

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ В РАКУРСАХ ВРЕМЕНИ

К СТОЛЕТИЮ СО ДНЯ
РОЖДЕНИЯ

Гюнтер Аммон



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
ГОРГОДЕЦ

Гюнтер Аммон

**Динамическая психиатрия
в ракурсах времени. К
столетию со дня рождения.**

ИД «Городец»

1940-1990

УДК 159.9
ББК 88.5

Аммон Г.

Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения. / Г. Аммон — ИД «Городец», 1940-1990

ISBN 978-5-907085-00-8

В книге представлены основные теоретические труды Г. Аммона — основателя немецкой школы динамической психиатрии, объединившей психоаналитический, интерсубъективный подходы и идеи эго-психологии. В разделе, посвященном психосоматике, автор представляет взаимовлияние конституциональных и психосоциальных факторов, рассматривает возможности смены психосоматических и психопатологических нарушений в едином скользящем спектре расстройств. Подробно описывается психотерапевтическая система с акцентом на различные групповые формы работы, обеспечивающие наверстывающее развитие и восполнение личностных дефицитов. Монография предназначена для психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и специалистов психосоматического профиля.

УДК 159.9
ББК 88.5

ISBN 978-5-907085-00-8

© Аммон Г., 1940-1990
© ИД «Городец», 1940-1990

Содержание

Предисловие	7
Гюнтер Аммон	9
Предисловие	9
1. Динамическая психиатрия	10
Положение психически больных	10
Понимание себя официальной психиатрией как препятствие реформам	12
Психиатрические учреждения	15
Психоанализ и психиатрия	19
Клиника как терапевтический инструмент	20
Терапевтическая бригада	21
Основные позиции динамической психиатрии	24
2. Психодинамика психозов, симбиотический комплекс и спектр архаических заболеваний Я	26
3. Шизофрения	36
История жизни	38
Манифестация заболевания	39
Ход терапии	40
Конец ознакомительного фрагмента.	42

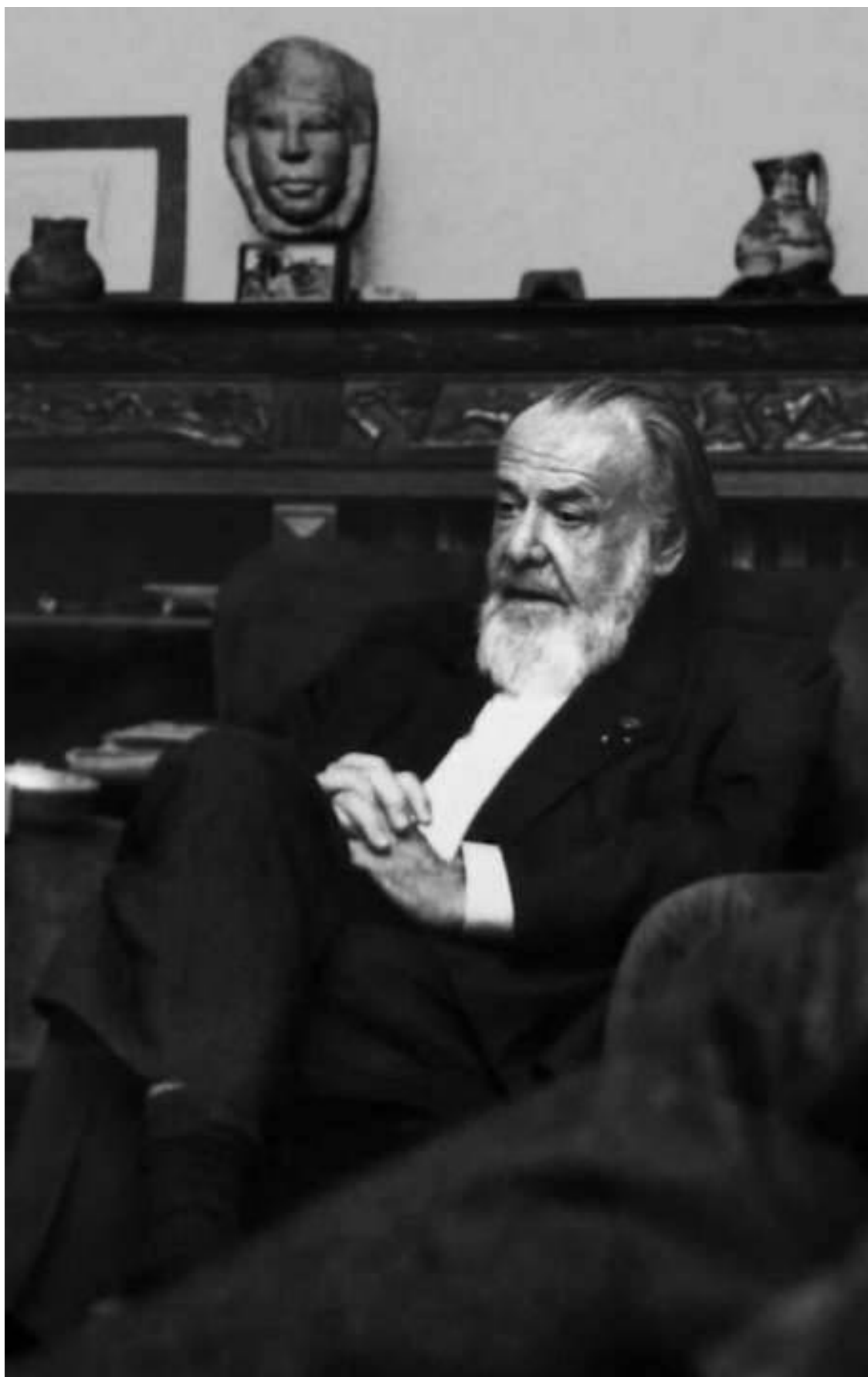
Гюнтер Аммон
Динамическая психиатрия в ракурсах
времени. К столетию со дня рождения

© Аммон Г.

© ИД «Городец», 2018

© НМИЦ психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева, перевод и научная редакция,
2018

* * *



Предисловие

Персонализированный подход приобретает все большую популярность в современной медицине в целом, но, к сожалению, следует отметить, что основное внимание отводится генетическим исследованиям, поиску специфических биотипов, хотя в самом термине заложена именно ориентация на личность, во всем многообразии ее как биологических, так и психосоциальных характеристик. Результаты интердисциплинарных исследований убедительно показывают взаимоперекрываемость звеньев патогенеза и тесную взаимосвязь между психическими и соматическими заболеваниями. Самые современные методы лечения, продемонстрировавшие высокую силу доказательности в эксперименте, на практике могут оказаться гораздо менее эффективными при игнорировании психологических аспектов терапевтического процесса. С точки зрения персонализированной парадигмы интересной представляется модель понимания личности, развития психической и психосоматической патологии в едином скользящем спектре и системы терапевтических воздействий, направленной в первую очередь на личность пациента и ее структурные дефициты, способствующие возникновению и рецидивированию заболевания основателя немецкой школы динамической психиатрии и Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии (аффилированного члена ВПА) Гюнтера Аммона.

В концепции Г. Аммона представлена попытка соединить в единую модель структуру личности, включающую в себя ее биологическую основу (генетические особенности, вытекающие из них темперамент и специфическую органную уязвимость), центральные глубинно-психологические персонологические Я-функции, вторичные по большей части социально обусловленные составляющие личности, проявляющиеся в специфических паттернах поведения и социальных навыках; особенности симптоматики и ее связь с индивидуальным развитием, прежде всего с особенностями групповой динамики (динамики системы отношений со значимыми другими, в своих осознаваемых и неосознаваемых составляющих). В рамках этой теории симптом является способом патологического восполнения имеющегося дефекта Я или дефицита идентичности субъекта (пациента). Он выполняет важную функцию поддержания психического гомеостаза для индивида и всей группы, в которой находится идентифицированный пациент. Смена симптомов при паллиативном лечении отчасти объясняется именно этой необходимостью факта болезни для патологической адаптации. В зависимости от уровня организации личности и степени декомпенсации в скользящем спектре возникают соответствующие психические психосоматические расстройства. Г. Аммон определяет болезнь и здоровье как динамические процессы, где в клинической картине отражается актуальное состояние личности, которое может измениться, может быть понято и включено в процесс терапии. Болезнь определяется как неудавшаяся попытка преодоления из неосознаваемого или ставшего непереносимым на данный момент ограничения, как дезинтеграция тела, психики и духа.

Г. Аммон получил сначала классическое психоаналитическое образование, затем он много лет проработал в институте и клинике психиатрии, созданных К. и В. Меннингером. Именно там начиналась пионерская работа по интеграции психотерапии в стационарную помощь психически больным. Один из основоположников современной психосоматической медицины Ф. Александер первым предложил термин «динамическая психиатрия», вместе с К. и В. Меннингером они во многом способствовали упрочению нового направления психиатрии. Эта школа объединила в себе модифицированные идеи классического психоанализа, теории объектных отношений и эго-психологии, а также принципы системного групподинамического мышления. Карл и Вильгельм Меннингеры были одними из первых, кто начал использовать психотерапию в комплексном стационарном лечении шизофрении, личностных и тяжелых психосоматических расстройств. На этом пути им удалось получить новые данные об этиологии и динамике психических и психосоматических заболеваний, а также разработать

методы их реабилитации и ресоциализации, где существенное место заняли более дифференцированные психотерапевтические подходы, такие как групповая и милье-терапия, экспрессивные формы психотерапии, подробно представленные в данной книге.

Общность теоретических позиций, апелляция в лечебном процессе в первую очередь к личности больного, ее здоровому ресурсу стали залогом успешного научно-практического сотрудничества в течение многих десятилетий между немецкой школой динамической психиатрии Г. Аммона и НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. За это время были реализованы совместные научные проекты, выпущены монографии, проведены международные конференции и программы обмена специалистами, созданы отделения динамической психиатрии в российских психиатрических больницах.

В 2018 г. отмечается столетие со дня рождения Гюнтера Аммона, этой памятной дате посвящена данная книга. Не вызывает сомнений, что эта монография будет интересна широкому кругу специалистов, как психиатрам, психотерапевтам, клиническим психологам, так и специалистам других медицинских специальностей, интересующимся вопросами психосоматической медицины.

*Директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России,
Президент Российского общества психиатров, главный внештатный
специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, Президент Всемирной
ассоциации динамической психиатрии, Заслуженный деятель науки РФ,
профессор, д.м.н.*

Незnanов Н. Г.

*Главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических
расстройств и психотерапии, руководитель международного отдела ФГБУ
«НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России, д.м.н.*

Васильева А. В.

Гюнтер Аммон

Динамическая психиатрия

Предисловие

Крупнейший немецкий ученый – психиатр Г. Аммон родился в 1918 г. в столице Германии. Являлся психиатром, неврологом, психотерапевтом и специалистом по психоанализу. Был одним из основателей целостной гуманистической динамической психиатрии и президентом Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии. Свою деятельность он осуществлял в Берлинском исследовательском институте, психиатрической клинике Ментершвайге в Мюнхене и Центре конференций немецкой Академии Психоанализа в Южной Италии. Предварительно он тщательно изучал медицину, а также психологию, философию, антропологию и археологию в Берлине, психоанализ – в Берлине в Топике (США – Меннингеровский фонд, где он работал десять лет). Глубокая любовь к человеку и холистическое (целостное) мышление заставили Г. Аммона постоянно искать пути к побуждению в пациентах творческого потенциала, заложенного в каждом. Не случайно в молодости он принимал участие в сопротивлении нацистскому режиму. Г. Аммон всегда выступал за мир и права человека. Его научные контакты во многих странах Запада и Востока сделали ученого послом гуманистического образа человека. В последнее десятилетие Г. Аммон и его ученики работали совместно со специалистами Института им. В. М. Бехтерева. Широта и полнота его образа человека имеет свое обоснование в многолетнем интересе к культурам прошлого и настоящего, являясь основой созданной им лечебной методики для тяжело психически больных людей. Г. Аммон издавал и редактировал международный журнал «Динамическая психиатрия». Кроме предлагаемой читателю книги «Динамическая психиатрия» его перу принадлежит множество книг и статей, в том числе «Психоанализ и психосоматика», 1974, «Справочник динамической психиатрии», т. I, II, 1978–1982 и др.

Поскольку Г. Аммон шел новыми путями в психиатрии и психоанализе, он считался наиболее прогрессивным, но также и наиболее оспариваемым психиатром в ФРГ.

25–29 октября 1994 г. в Институте им. В. М. Бехтерева был проведен 10-й конгресс Всемирной Ассоциации динамической психиатрии (ВАДП) с участием Немецкой Академии психоанализа (НАП). К большому сожалению, это был последний конгресс при жизни Г. Аммона, и настоящая книга выходит уже после его кончины, последовавшей 3 сентября 1995 года в Берлине.

В качестве приложения к монографии д-ра Аммона мы публикуем глоссарий его сотрудника доктора Э. Фабиана, который поможет читателю лучше понять сложный язык текста, насыщенный специальными терминами.

Директор Института им. В. М. Бехтерева профессор М. М. Кабанов
1995

1. Динамическая психиатрия

История одного из человеческих меньшинств – психически больных – до сего дня остается историей предрассудков и бесчеловечности.

Психическое заболевание все еще связано с негативным отношением общества, с изоляцией и пренебрежением. Общество избавляет себя от ответственности за своих психически больных сограждан, отсекая их от общества, лишая дееспособности, наказывая потерей социального положения, гражданских прав, свободы, достоинства и, наконец, забывая о них.

Положение психически больных

Бедственное положение психически больных, предрассудки, от которых они страдают, условия, в которых они живут, и равнодушие, с которым они сталкиваются, в последние годы все более становится общественной проблемой, вызывая споры, которые в некотором отношении можно обозначить как исторический поворот.

Интерес к положению психически больных и к состоянию психиатрии был вызван тревожным несоответствием между психиатрической морбидностью в населении и недостаточностью учреждений современного обслуживания психически больных.

Несколько цифр для иллюстрации ужасающего состояния:

1. По меньшей мере 50 % из 12 миллионов пациентов, которые ежегодно обращаются к врачу, являются больными т. н. «функциональными расстройствами», т. е. страдают психосоматическими заболеваниями (de Boor, 1965; Mitscherlich, 1966).

2. По меньшей мере 10–15 % населения один раз в своей жизни нуждаются в психотерапевтической помощи. Для ФРГ это 6–9 миллионов людей. Эта цифра в сравнимых странах еще выше – не менее 20 % нуждающихся в лечении (Srole, 1962).

3. 2–3 % населения однажды в жизни заболевают манифестной психотической реакцией. Для ФРГ это 1,2–1,8 миллиона людей, а для такого большого города, как Западный Берлин, – по меньшей мере 200 000 человек. 1 % населения заболевает шизофренией.

4. Сюда относится растущее число наркологических больных. Число только официально зарегистрированных алкоголиков в ФРГ составляет 500 000. Действительное их число безусловно значительно выше и постоянно увеличивается.

По сообщению федерального правительства (1971), в ФРГ и Западном Берлине имеется 2,5 миллиона лиц с риском появления пристрастия к наркотическим средствам в возрасте 15–25 лет. 250 000 подростков употребляют наркотики и 50 000–120 000 являются наркоманами. В Западном Берлине потребление наркотиков молодежью за 1965–1970 гг. увеличилось в 12 раз (Bschor, 1971).

Сюда относится также то обстоятельство, что потребление психофармакологических средств резко возрастает. В 1968 г. в ФРГ было прописано 30 миллионов упаковок формирующих пристрастие барбитуратов, а препарат седуксен в 1970 г. уже стоял на четвертом месте среди наиболее употребляемых медикаментов.

5. Ежегодно делается около 50 000 попыток самоубийства, по оценкам же Бохумского университета, истинная цифра по меньшей мере вдвое больше.

6. Потрясает статистика дурного обращения с детьми. Ежегодно в ФРГ около 90 детей погибает от рук родителей. Истинная цифра, по всей вероятности, в 10 раз больше. Около 6500 детей ежегодно оказываются беспризорными.

7. Проблема возрастных психиатрических заболеваний становится все более насущной и существенно влияет на психиатрическое обслуживание. К этой категории относится около 8 % лиц в возрасте свыше 65 лет.

8. Наконец, сюда относятся психические заболевания на почве органического поражения головного мозга и группа лиц с умственной отсталостью.

Уже такой беглый обзор делает отчетливым тот факт, что психические нарушения в нашем обществе приняли размах, который делает их тяжелой социальной проблемой. Полная несостоятельность существующих учреждений психиатрического обслуживания делает эту ситуацию «национальным бедствием» (Häfner, 1967).

Мы стоим перед фактом, что громадной группе психически больных и нуждающихся в лечении предоставлены ничтожные на данный момент возможности обслуживания – профилактики, лечения и реабилитации.

Это могут проиллюстрировать следующие данные:

1. На 6–9 миллионов нуждающихся в психотерапии в ФРГ и Западном Берлине имеется около 600 подготовленных психотерапевтов, которые занимаются преимущественно лечением неврозов.

2. Из 2500 психиатров в ФРГ около половины имеет свою частную практику. На этом в основном основано амбулаторное обслуживание психически больных. Лишь немногие из них имеют психотерапевтическую подготовку.

3. Стационарным обслуживанием психически больных занимается почти исключительно 68 психиатрических больниц, интернирующих громадные массы больных преимущественно в сельской изоляции.

Сейчас, по данным адресного справочника больниц 1970 г., в ФРГ насчитывается 115 000 т. н. психиатрических коек, таким образом, на 1000 населения приходится 1,84 койки. ФРГ далеко отстает здесь от сравнимых стран. В Швейцарии, Швеции, Англии и США на 1000 населения приходится 3,5–4 койки.

Но именно в психиатрии количество одних только коек на душу населения вряд ли является достаточным показателем работы здравоохранения, поскольку психически больные в основном не нуждаются в постельном режиме. Для большинства государственных психиатрических больниц характерно то, что было установлено немецким обществом невропатологов и психиатров в «Плане обслуживания психически больных в ФРГ» (1971 г.); «Имеющиеся психиатрические больницы, в которых стационарно обслуживается большая часть психически больных, перегружены и переполнены, имеют недостаточное количество персонала и находятся в обветшалом состоянии».

Таким образом, не редкостью является то, что врач должен обслуживать до 200 больных, в среднем – 125.

В соматических больницах 1 врач приходится на 18 больных.

Не хватает и медперсонала. В среднем один работник обслуживает одновременно 15 пациентов. Очевидно, что медсестры и санитары уже поэтому вынуждены ограничиться рутинным поддержанием спокойствия и порядка.

Это имеет большое значение, так как врачи, перегруженные канцелярской работой, ежедневно могут посвятить каждому больному не более 4 минут. Во время, когда пациенты охраняются звенящим ключами персоналом, 1 психолог обслуживает 618 больных, 1 специалист по терапии занятостью – 455 больных и 1 социальный работник заботится о социальных проблемах 715 стационарированных и выписанных больных (Degkwitz, 1971).

4. Примерно 50–70 % всех пациентов принудительно госпитализируются в государственные психиатрические больницы. ФРГ имеет здесь печальный рекорд. В Англии, где уже 10 лет происходит основательная реформа системы больничной психиатрии, сегодня принудительные госпитализации составляют 3 % от всех поступлений.

В ФРГ с 1971 г. существует законодательство, согласно которому каждый принудительно госпитализированный пациент пожизненно ставится на учет – мероприятие, введенное

несмотря на многочисленные протесты и входящее в длинный список социальной дискриминации, которой подвергаются больные.

5. Кадры медперсонала для психически больных составляют менее половины кадрового состава, предусмотренного законодательством для соматически больных.

Эти краткие указания обозначают социальную катастрофу, размер которой трудно преувеличить.

Поэтому следует всецело приветствовать, что в последние годы бедственное положение психически больных впервые стало достоянием гласности и проблемой общества.

Весной 1970 г. бундестаг впервые с момента своего существования занялся положением психически больных в нашем обществе и озадаченно констатировал ужасающее отставание психиатрического обслуживания. Через несколько месяцев проблема «Улучшения помощи психически больным и инвалидам» стояла на повестке дня съезда немецких врачей – впервые за почти столетнюю историю этого учреждения. С этих пор ситуация в психиатрии не перестает быть темой общественной дискуссии.

Комиссия бундестага по делам молодежи, семьи и здоровья начала в октябре 1970 г. с ряда открытых слушаний видных психиатров-экспертов, чтобы получить первую и основополагающую информацию о положении психически больных и немецкой психиатрии. На основе рабочих результатов этой комиссии бундестаг в январе 1971 г. обратился к правительству с требованием провести подробное расследование развития и актуального состояния психиатрического обслуживания в ФРГ и Западном Берлине. Федеральное правительство созвало затем комиссию экспертов «для разработки проекта реформы положения психиатрии в ФРГ», начавшую свою работу в августе 1971 г. В ноябре 1970 г. тогдашний президент немецкого общества невропатологов и психиатров на ежегодном конгрессе этого общества заявил, что благодаря инициативе парламента «психиатрия стала политикой» и ее реформа, наконец, признается как «первоочередная задача нашей медицинской и социальной политики».

Понимание себя официальной психиатрией как препятствие реформам

Следует безоговорочно приветствовать тот факт, что бедственное состояние психически больных в нашем обществе и неудовлетворительное их обслуживание – результат того, что «психиатрия стала политикой». Именно вытеснение проблематики психических заболеваний из поля зрения общественного интереса является одним из главных препятствий давно назревшей внутренней и внешней реформы.

С другой стороны, с таким ходом событий связана также опасность, что психиатрия сама хочет понять свои собственные проблемы лишь как проблемы общества и тем самым как политические проблемы, которые затем «стратегически» обсуждаются.

Так, например, Kulenkampf (1970), один из выдающихся представителей психиатрии реформ, сформулировал в качестве основной проблемы давно назревшей структурной реформы, «что должно стать из отсталого громадного комплекса психиатрических больниц», и в этой связи комментировал альтернативу— «деструкция или отстройка ареалов обособления»:

«Хотим ли мы любой ценой провести в жизнь психиатрию, высоко вышколенную в отношении профилактики и реабилитации, психиатрию, которая вторгается в общество и целью которой является предотвращение или сокращение госпитализации?» Такая стратегия должна, по мнению Kulenkampf, «в перспективе редуцировать осадок задержавшихся надолго гостей в психиатрических больницах до твердого ядра тех, кому там действительно место».

Другая возможность состояла бы в том, чтобы придерживаться той точки зрения, что «слабых и больных не всегда следует подвергать реадaptации, своего рода вышвыриванию

назад в общество, ориентированное на продуктивность и жестко требующее от них как раз того, что они дать не могут». Это означало бы, что мы должны не только создавать, но и гуманизировать резерваты, культивируя их как защитные зоны с дифференцированным жизненным пространством и собственными возможностями производственной занятости». Kulenkampf отчетливо понимает эту альтернативу как «политическую альтернативу», за которой видится общая проблема: «хотело бы общество в первую очередь интегративно организовывать и убеждать своих сумасшедших, или оно допускает эмансипацию этих сумасшедших и принимает их, какими они есть».

По-моему, эта стратегическая постановка вопроса идет по касательной к затрагиваемой проблеме. Главный вопрос структурной психиатрической реформы – не то, что общество хочет сделать с меньшинством психически больных, хочет ли оно больных интегративно организовать или принять их в качестве сумасшедших. Основной вопрос скорее в том, как сама психиатрия понимает свое отношение к доверяемым ей пациентам. Не то, как общество в целом думает о своих психически больных, а как психиатры понимают болезни своих пациентов и как ведут себя по отношению к ним, является, с моей точки зрения, решающей проблемой. Ибо бедственное положение психически больных в нашем обществе имеет причиной не только финансовую, организационную, инфраструктурную и кадровую недостаточность психиатрического обслуживания и не только предрассудки и боязливую отстраненность, с которой т. н. общественность встречает больного; главным препятствием на пути давно назревшей реформы и, тем самым, изменения ситуации к лучшему является практика и понимание себя официальной немецкой психиатрией, которая сама в значительной мере несет в себе предрассудки, от которых страдает.

Это нуждается в более подробном разъяснении. Практика и понимание себя традиционной психиатрией непосредственно связаны с большими психиатрическими учреждениями, «ареалами обособления», в которых общество интернирует человеческое меньшинство – психически больных.

Психиатрия не изобрела эти учреждения, она нашла своих пациентов уже в качестве заключенных в тюрьмах, в которых они содержались примерно с середины XVII в. вместе со всеми другими т. н. асоциальными элементами. В ходе своего развития в XVIII и XIX вв. психиатрия лишь заботилась о дифференцировке этих заведений и добилась того, что психически больные были отделены в качестве особой группы от прочих заключенных и помещены в собственные заведения.

Этот значительный эмансипаторный шаг, состоявший в том, что помешанные были признаны больными людьми, подлежащими лечению, был сначала, в особенности при Philippe Pinel (1745–1826), связан с терапевтической программой, центральным инструментом которой было само заведение, представлявшее морально поддерживающую терапевтическую среду.

Постепенно утвердившееся в ходе XIX в. естественнонаучное сужение представления о психическом заболевании все больше и больше игнорировало этот ранний подход. Больничная психиатрия, которая в Германии вплоть до 1860 г. определяла развитие психиатрии в смысле прогрессивно-эмансипаторной антропологии, пришла в упадок после воцарения естественнонаучной, медицинской, т. е. нейро-психиатрически акцентуированной университетской психиатрии, и потеряла практически полностью свои первоначально терапевтические тенденции.

В результате господства мышления тогдашней медицины психические заболевания рассматривались как группа нозологических единиц, представление о которых должно было получаться на основе объективированного наблюдения индивидуальной симптоматики. Нозологические единицы могли отличаться по формам их течения, однако оставались вне терапии, поскольку предполагаемая соматическая этиология, над выявлением которой билась нейропсихиатрия, оставалась неизвестной.

Эта система взглядов кульминировала в обширной нозологической системе крепелиновской психиатрии, которая вплоть до сего дня столь капитально господствует в психиатрической терминологии, что немецкий язык считается родным языком психиатрии (Fish, 1962; Szasz, 1961).

Основа этой психиатрии – и в плане нашей темы это особенно важно – является история болезни, а не история больного. Болезнь в этой связи принимает прямо-таки мифологический характер. Она становится, как это подчеркивал Foucault (1954) в научно-теоретическом исследовании, «специфической сущностью, обнаруживаемой по симптомам, в которых она проявляется, но существовавшей раньше них и в известной мере независимой от них».

Абстрактность этого «предрассудка сущности» компенсируется за счет введения естественнобиологического постулата, поднимающего болезнь «до уровня ботанических видов» и исходящего из того, что «за многообразием симптомов предположительная нозологическая единица определяется постоянными признаками и разделенными на подгруппы подвидами».

Сам больной предстает на фоне этой нозологической единицы лишь как деперсонализированный носитель болезни, что мало отличается от того, что раньше он считался деперсонализированным носителем злого духа или просто асоциальности. Защита общества от этого носителя вновь становится доминирующим мотивом психиатрии.

Возникает задача – защитить «народ» от болезни путем своевременной изоляции носителей болезни и воспрепятствования их размножению, т. е. распространению болезни.

Особую значимость приобретает поэтому диагноз, который служит своевременной идентификации болезни и ее носителя. Нозологическая система служит идентификации нозологической единицы с помощью диагноза, не дающего никаких опорных пунктов для терапии. Психиатрическое учреждение тем самым вновь становится просто местом содержания, интернирования пациентов, приговоренных диагнозом к этому в большинстве случаев пожизненно.

Крепелиновская психиатрия пронизана абсолютным терапевтическим нигилизмом. Крепелин, который – что интересно – был основателем фармакопсихиатрии и первым привлекал к своим исследованиям экспериментально-психологические методы, до конца жизни категорически отвергал психодинамические механизмы.

Психопатологический процесс для него недоступен пониманию по определению. Jaspers (1946) удачно заметил по этому поводу, что «отличный отчасти психологический анализ в его учебнике удавался ему как бы помимо его воли; он считал его предварительным заполнением пустот, пока все не сделают объективным эксперимент, микроскоп и пробирка». Такое понимание до сего дня сохранило существенные последствия для практики и самовосприятия психиатрии. Пинель в конце XVIII в. освободил умалишенных из тюрем в качестве психически больных людей и снял с них цепи. Психиатрическое заведение он представлял и использовал его как инструмент терапии. Сто лет спустя, однако, больница вновь стала просто местом интернирования человеческого меньшинства, теперь медицински обозначенного как носителя заболевания.

Насколько спаяна крепелиновская психиатрия с больничной обстановкой, из которой вышла, становится ясно, когда мы изучаем функцию ее решающих позиций для практики психиатрии.

Объективация пациента в качестве просто носителя болезни, результирующая из этого догма о недоступности понимания его поведения, миф о неудержимо распространяющейся нозологической единице, которая, так сказать, разрушает своего носителя, и неизвестная соматическая этиология, которая отсылает целенаправленную терапию в область невозможного, – все эти позиции являются, с моей точки зрения, выражением его естественнонаучной рационализирующей психологической защиты от жизненной действительности психически больного. Они, по сути, формулируют защитное значение, позволяющее врачу установить между собой и пациентом непреодолимую дистанцию. Они имеют для психиатра ту же функцию, которую

выполняли стены и решетки, леса и болота, которыми общество отгораживалось от человеческого меньшинства психически больных. Они служат вычленению и изоляции психически больных – человеческого страдания, которое они олицетворяют. Иными словами: эти позиции означают научно рационализированный предрассудок. Как таковые они являются непосредственной составной частью того окаменелого общественного предрассудка, который психиатрические заведения олицетворяют по отношению к своим заключенным.

Совершенно отчетливым это становится в преобладании диагноза. Диагноз решает, кто должен находиться в больнице, а кто нет. Он приобретает власть, патогенная динамика которого постоянно подчеркивалась Menninger (1963), за счет того, что сам представляет стену, которая отделяет лишенного прав пациента от общества.

Психиатрические учреждения

Наш анализ парадигмы официальной психиатрии, определяющей до сего дня понимание себя многими психиатрами, ведет нас к действительности учреждений традиционной кустодической психиатрии.

Goffman (1961) подверг эти учреждения глубокому социологическому рассмотрению, которое мы воспроизводим ниже. Он описал больницы как «тоталитарные учреждения», служащие содержанию лиц, «относительно которых предполагается, что они не способны заботиться о самих себе и представляют – хотя и ненамеренную – угрозу для общества». Их тоталитарный характер проявляется в почти герметической изоляции от окружающего общества или в ригидной регламентации ограниченного контакта с ним. Эта регламентация на границе с обществом соответствует регулированию почти всех проявлений жизни внутри тоталитарного учреждения.

Решающим признаком для динамики этих учреждений является «фундаментальное разделение между большой управляемой группой заключенных, с одной стороны, и менее многочисленным надзирающим персоналом – с другой». «Заключенные» идентифицируются как таковые с помощью диагноза. Они живут в учреждении и имеют ограниченный контакт с внешним миром. Персонал, напротив, социально интегрирован и не привязан к учреждению в этом узком смысле. Он дифференцируется функциональными и ранговыми обозначениями. «Между обеими группами существует большая, часто формально предписанная дистанция». С другой стороны, между ними существует сильное аффективное напряжение: «Каждая из обеих групп видит другую через очки узких, враждебных стереотипов. Персонал часто воспринимает заключенных озлобленными, замкнутыми и недостойными доверия, в то время как заключенные часто видят членов персонала высокомерными и подлыми. Персонал держится свысока и считает, что право на его стороне, в то время как заключенные – по меньшей мере в некотором отношении – чувствуют себя подавляемыми, более слабыми, достойными порицания и виноватыми».

Это напряжение становится конфликтом, поскольку персонал понимает свою деятельность как уход за людьми, которые не в состоянии адекватно выразить свои потребности и удовлетворить их в рамках обычных форм взаимодействия, в то время как группа заключенных на своем опыте постигает, что она должна за уход персонала заплатить «унижением и оскорблением достоинства», которые Goffman понимает как «элементарные и прямые нападки на «Я»» больных. Эти нападки осуществляются прежде всего во время поступления, которое в большинстве случаев демонстрирует все аспекты активной деперсонализации нового заключенного, строго отнимая у него такие атрибуты личности, как социальная роль, одежда, ответственность, интимность и т. д. Все эти атрибуты забираются у лишае мого диагнозом дееспособности так, как будто он узурпировал их противоправно. Все это происходит во имя заботы о нем и в сознании служения этой заботе.

Goffman описывает специфические техники обеих групп тотальных учреждений, используемые для вытеснения и избегания конфликта между ними. Заключенные учатся в ходе «моральной карьеры» формировать себя как пациентов. С помощью «вторичного приспособления» они подчиняются бюрократическим правилам учреждения, разнообразно и провоцирующим образом нарушая их лишь в мелочах, остающихся без последствий. Персонал учится интерпретировать все моменты в поведении заключенных, не соответствующие бюрократическому регламенту учреждения, как подтверждение невменяемости заключенных, и тем самым вновь и вновь находить свое поведение оправданным. Результатом является, с одной стороны, полная инфантилизация заключенных, с другой – чрезмерная ригидность ролевого поведения надзирающего персонала. Обе группы специфическим образом подчиняются тем самым структуре «тотального учреждения».

Описанная Goffman в виде идеальнотипической абстракции динамика приспособления в психиатрических учреждениях подтверждается каждым визитом в одну из традиционных больниц. Мы различаем в этой динамике приспособления две тенденции.

При благоприятном приспособлении пациенты подчиняются инфантилизирующему регламенту учреждения. Они учатся быть хорошими пациентами, примерно и «незаметно» следуют распоряжениям персонала, подтверждая тем самым, что его деятельность служит необходимой заботе о людях, которые не способны помочь сами себе. Они в конце концов вознаграждаются за это чрезмерное приспособление к жизни в учреждении выпиской, после которой, вне психиатрической больницы, оказываются во власти такой же ригидной системы требований приспособления, которым они могут подчиняться. Часто поиск таких рамок заканчивается вновь клиникой и служит персоналу подтверждением теории «шуба психического заболевания».

При злокачественном приспособлении, напротив, возникает садомазохистская перепалка между пациентом и учреждением или персоналом. Эта садо-мазохистская перепалка с ее постоянной сменой агрессивно-провоцирующего протеста и пассивного подчинения связана для пациентов с психодинамически понятной вторичной выгодой от заболевания. Она позволяет им постоянно доказывать учреждению, персоналу, что они не могут удовлетворить потребности пациента, который, с другой стороны, без них не может обойтись.

В особенности отчетливой эта динамика становится при психотерапевтической работе с шизофренно реагирующими пациентами. Как только этим пациентам в ходе терапии удастся конструктивной и ответственной работой преодолеть свой инфантильный страх и архаическую потребность зависимости, они отвечают за этот успех почти регулярно выраженным саморазрушающим поведением, которое вновь демонстрирует терапевту или учреждению беспомощность пациента, и должно их принудить вновь взять на себя заботу о нем.

Большая опасность заключается в том, что концепция тотальных учреждений как места скопления недееспособных постоянно идет навстречу этой патологической динамике. Патологическая динамика в виде бессознательного синергизма постоянно ожидается и, тем самым, чаще всего провоцируется для подкрепления собственного определения роли.

Благоприятное и злокачественное приспособления проявляют себя как две в основе своей однонаправленные формы «моральной карьеры» пациента. И «плохой пациент» является «хорошим пациентом», поскольку вносит свой вклад в одновременное практикование патогенной динамики тотального учреждения и сокрытие ее от сознания участников. Бессознательная динамика приспособления в психиатрических учреждениях, делающая из пациентов больных, болезнь которых затем диагностируется, многократно описана. Главной проблемой необходимых перемен, с моей точки зрения, является то, что она коренится в структуре и рационализирующем понимании себя традиционной психиатрией.

Результатом этой динамики приспособления, действительной как для больного, так и для самой психиатрии, является поразительная обездвиженность психиатрических учреждений.

Это в особенности характерно для немецкой психиатрии и постепенно становится проблемой в ФРГ.

Kulenkampf (1970) указал на то, что состояние современного психиатрического обслуживания буквально конфронтирует нас с положением дел в XIX в.

Почти все большие психиатрические больницы возникли в XIX в., во всяком случае при кайзере. К этому же времени относится институт частных психиатров. Традиционная государственная триада так называемых открытых социальных служб управления здравоохранением, заботой о семье и службой по делам молодежи, а также смежные, в основном благотворительные, службы также в течение более 50 лет мало изменились по структуре и пониманию себя. Даже катастрофа национал-социализма, в котором немецкая психиатрия прямо участвовала предательством самой себя и доверенных ей больных, не смогла потрясти институциональные основы немецкой психиатрии. И ни далекое от практики философско-экзистенциальное самоизучение, ни разнообразные мелкие реформы, перестройки и обновления послевоенного времени до сего дня не изменили институциональные рамки психиатрии в ФРГ, они часто даже не задевали этих рамок.

Современная немецкая психиатрия имеет возраст 100 лет, и это, к сожалению, не увеличение. Поэтому не удивляет, что бедственное положение, размеры которого я обрисовал вначале некоторыми цифрами, стоит сегодня перед нами прежде всего как проблема больших больниц, которые все менее способны соответствовать объемам и современным формам психических заболеваний в нашем обществе. Развитие современных соматических стратегий лечения, в особенности фармакотерапии в последние десятилетия, не устранило структурных проблем психиатрии, оно лишь эти проблемы одновременно усилило и осложнило. То обстоятельство, что с помощью медикаментозного лечения удалось сократить средний срок пребывания пациентов с 3–4 лет до 3–6 месяцев, оказалось частью порочного круга. Психофармакологические средства, правда, изменили атмосферу больших больниц, поскольку сделали в основном излишними механические средства ограничения, как смирительная рубашка и другие пыточные инструменты. Они стали важной составной частью поверхностной «клинификации» старых больниц. С другой стороны, кратковременная выписка лишь фармакологически стабилизированных пациентов привела к огромному росту числа регоспитализаций и повысила нагрузку по приему больных, которая пала на перегруженные психиатрические больницы. Практически полное отсутствие профилактических учреждений и средств амбулаторного наблюдения ускоряет водоворот этой «психиатрии вращающихся дверей», как ее удачно назвал Winkler (1967). Этот порочный круг, с моей точки зрения, представляет собой лишь новую форму выражения прежней неподвижности кустодальной психиатрии. Он, вероятно, представляет собой фон для сообщенного Huber наблюдения о том, что процент госпитализированных с т. н. эндогенными психозами демонстрирует тенденцию к снижению. Согласно исследованиям Mueller, он снизился за период 1936–1962 гг. с 50 до 32 % (С. Н. Mueller, 1967). Этой интерпретации соответствует число первичных поступлений заболевших т. н. эндогенными психозами, снизившееся в сравнении с числом повторных поступлений. Возникающий в результате роста повторных поступлений усиленный приток больных придает психиатрическим больницам все больше характер главного перевязочного пункта на фронте, где большое количество остро заболевших в спешке возвращаются к жизни. Отчетливо это видно по ситуации приема, когда пациенты ввиду недостатка коек лежат на голых матрацах или в коридорах.

Особая ирония заключается в том, что это именно те отделения, где принимаются больные, чей «клинический характер» привлекается как оправдание переименования старых больниц в клиники. На самом деле ни переименование, ни фармакотерапия существенно не изменили характер старых больниц. Переименование делает возможным прежде всего незначительное увеличение врачебного персонала. Как и прежде, отделения для хронически больных, для пожилых и олигофренов составляют большинство, а именно 60–70 % всего объема

психиатрических больниц. Кадровая ситуация в этих отделениях существенно не изменилась, она в ряде случаев ухудшилась, поскольку значительно возросшее число проходящих больных поглощает наличествующий врачебный и средний персонал.

Кадровые возможности больниц поэтому снижаются, клинический оборот увеличивается, терапевтические возможности в застое, если они вообще существуют. Ибо чисто симптоматологически работающая фармакотерапия может сделать терапию возможной, но никак не замещать ее. Это – ситуация, которая описывается как нарастающее структурное искажение учреждений психиатрического обслуживания больных и которая делает противоречия структурно измененной психиатрии все более ощутимыми и в конце концов осознаваемыми.

Прежде чем я перейду к изложению практических следствий, которые мы должны вывести из описанной ситуации, я хотел бы вкратце резюмировать то, что дают предшествующие выкладки для постановки наших проблем.

Мы исходили из познания, что в первую очередь не общественность и ее предрассудки препятствуют реформе немецкой психиатрии в направлении гуманной и научной, т. е. терапевтически действенной психиатрии. Главным препятствием этой давно назревшей реформы нам кажется концепция немецкой университетской психиатрии, а также учрежденческих структур, которые проявляются в психиатрической науке в форме научных медицинских рационализаций.

Анализ общей динамики «тотальных учреждений» и анализ их воспроизведения в догмах крепелиновской психиатрии позволил нам сделать отчетливой эту структурную связь на уровне идеально типической конструкции. Результат этой научно-теоретической и социологической дискуссии мы могли бы подытожить следующим образом: как психиатрическую больницу в виде тотального учреждения, так и основанную на деперсонализации больных и объективации их болезни крепелиновскую психиатрию мы можем понимать как выражение бессознательной защиты от жизненной действительности психически больных. Эта защита проявляется в непреодолимой дистанции, которая возводится между больным и обществом или психиатром.

В качестве решающего инструмента для возведения этой дистанции мы признали стигматизирующий диагноз, который, с одной стороны, служит обществу для вычленения и интернирования больных, с другой – традиционной психиатрии для мистификации их реальных действий, т. е. для сокрытия ее действительной практики во взаимодействии с психически больным.

Karl Menninger (1963) постоянно подчеркивал это. Он требовал от психиатра, чтобы он, пользуясь понятным языком, в действительности делал себя понятным для больных и своих коллег. «Напоминающие об охоте на ведьм обозначения как шизофрения, невроз, душевное заболевание, психопатическая личность в действительности им непонятны – как, впрочем, и никому. Их использование скрывает лишь незнание или недостаточное знание» (Karl Menninger, 1963). Он подчеркивал, что при диагностике, как и во всех остальных сферах контакта психиатра и его пациента, следует анализировать и размышлять над значением, посланием поведения. Ибо психические заболевания, т. е. ставшие непонятными формы поведения, которые приобрели патологическую автономию, не могут быть освещены, поняты и изменены в рамках ситуации, которая сама основана на непонятном поведении и заинтересована в том, чтобы это поведение оставалось непонятным. Отправным пунктом кардинальной структурной реформы психиатрии является поэтому точный анализ того, что делает психиатр в своем отношении к больному, как он понимает болезнь пациента и как ведет себя по отношению к нему.

Психоанализ и психиатрия

Здесь, с моей точки зрения, важно то решающее значение, которое психоанализ получил везде, где действительно были проведены структурные реформы психиатрии в практике и теории.

Freud открытием динамики бессознательного расширил наше понимание психического поведения до ранее неизвестных размеров. Он исходил из того, что якобы непонятное поведение психически больных принципиально доступно пониманию. Предложенный им психоанализ является методом последовательной рефлексии бессознательной динамики межличностных отношений врача и пациента, попытки постепенного понимания с помощью анализа переноса и сопротивления ставших непонятными искажений в поведении пациента.

При этом психоанализ считает пациента априорно партнером по совместным усилиям. Пациент является не объектом, носителем болезни, он выступает как субъект в межличностной коммуникативной связи, в которой в равной степени участвуют пациент и врач.

Тем самым основан метод, который сделал доступным сознанию бессознательное измерение межличностного опыта. Высвободив пациента из его роли объекта и позволив ему войти в качестве личности в процесс лечения, Freud изменил также самовосприятие врача. Дистанцированный наблюдатель физиологических или биохимических процессов превратился в участвующего наблюдателя психической динамики. Это означает то, что не только пациент вовлекается как личность в терапевтический процесс, но и врач становится как личность частью этого интерперсонального процесса.

Тем самым была преодолена «медицинская модель» (Huber, 1972) естественно научно-суженного лечения больных, которая, как мы видели, в психиатрии прежде всего, представляет наивную репродукцию общественного предрассудка.

В то время как Freud применил этот метод сначала лишь для исследования и лечения невротических заболеваний – как известно, он придерживался мнения, что т. н. душевные заболевания, которые он понимал как нарцисстические неврозы, недоступны психоаналитическому лечению – психоанализ уже у его учеников вошел в психиатрическую практику.

В немецкоязычном пространстве этим короткое время занимались Abraham, Jung, Federn, Alexander, Simmel, пока наконец национал-социализм полностью не остановил это. В англосаксонском пространстве, однако, психоанализ с самого начала натолкнулся на отвергание официальной психиатрии, но, напротив, приветствовался и принимался в качестве вклада центрального значения.

Это развитие началось в США после визита Freud в 1911 г. С 30-х годов, оно ускорилося и усилилось благодаря эмигрировавшим в США немецкоязычным психоаналитикам, многие из которых участвовали в активном проникновении психоанализа в психиатрическую практику.

Здесь следует назвать прежде всего имена Paul Federn, Franz Alexander, Ernst Simmel, Frieda Fromm-Reichmann, Edith Weigert и т. д. Среди этих пионеров хочется в особенности упомянуть также H. S. Sullivan, разработавшего теорию и практику «терапевтического сообщества», и Karl, и William Menninger, которые в Меннингеровской клинике и школе психиатрии создали новую, основывающуюся на психоанализе, психиатрию, которую они вместе с Franz Alexander называли динамической психиатрией. Это был долгое время один из важнейших центров научных исследований, практики и обучения.

Проникновение психоаналитических познаний и методов «мелко следствием развитие одного из все более дифференцированных спектров психотерапевтических методов лечения – от классического анализа до групповой и терапии средой, которые не только могли способствовать более глубокому пониманию условий возникновения и динамики психических заболеваний, но и расширяет возможности реабилитации и ресоциализации психически больных в

не виданном до того размере. Открытие психофармакотерапии показало сомато-терапевтический путь, сделавший возможной психотерапевтическую работу в случаях, читавшихся ранее безнадежными.

Неортодоксальный подход американских психоаналитиков и психиатров находит свое выражение также в том обстоятельстве, что возник целый ряд психоаналитических школ, все более эмансипировавшихся от сужения психоаналитической работы до изучения и лечения невротических нарушений. Здесь следует назвать наряду с Karen Horney прежде всего Otto Rank, чьи усилия в США привели к развитию образцовых возможностей обучения медицинских социальных работников, в особенности для психиатрии.

Клиника как терапевтический инструмент

Психотерапевтическая работа, т. е. расшифровка патологического поведения через осознание бессознательной динамики сопротивления и переноса имела следствием то, что неосознаваемая динамика межличностных отношений в психиатрических учреждениях сама должна была стать проблемой. Оказалось возможным распознать антитерапевтический характер иерархически-бюрократически структурированных клиник и больных и усилия по созданию «терапевтической среды», т. е. лечебной ситуации, в рамках которой делаются доступными осознанию и изменению бессознательные конфликты пациентов, могли начаться также в институциональном масштабе.

Целью при этом было постепенное превращение учреждений кустодальной психиатрии, служащих простому интернированию психически больных, в терапевтические инструменты, которые могли бы соответствовать новым познаниям о динамике психических заболеваний и которые могли бы не препятствовать психотерапевтической работе, а способствовать ей.

Основой этой работы были наряду с опытом пионеров обширных исследовательских проектов, сделавших доступными сознанию и изменению структуру и динамику психиатрических учреждений с помощью обширного спектра научных исследовательских приемов, прежде всего инструмента участвующего наблюдения. В этой связи, кроме цитированных исследований Goffman, следует также назвать работы Caudill, Stanton Schwarz.

Бедственное положение официальной немецкой психиатрии, по-моему, в этой связи становится отчетливым. Здесь все еще практически невозможно представить, чтобы антропологи и социологи изучали психиатрические учреждения, как если бы оказались конфронтированными с незнакомой культурой, чтобы именно тем самым содействовать более широкому пониманию психиатрией своего собственного поведения и осознанию ее структурных условий. В США, наоборот, такие антропологи, как Bateson и его сотрудники, обогатили психиатрию ставшими классическими работами по психодинамике шизофреногенной семьи (см. Bateson et al., 1969).

Динамическая психиатрия смогла именно потому интегрировать данные исследования ее собственной структуры и форм деятельности в собственную практику и самовосприятие, поскольку она восприняла основные предпосылки психоаналитического метода, именно, последовательную рефлексию бессознательных процессов переноса, которая вынуждает психиатра постоянно перепроверять и подвергать ревизии свою позицию относительно больного, учреждения и коллег, свои собственные чувства, страхи, предрассудки и т. д., ибо иначе он не может помочь пациенту осознать мотивы его поведения, от которых он страдает. На основе такой установки, полностью ориентированной на потребности терапевтической работы, могут развиваться практика и концепция динамической психиатрии. В соответствии с этим вся клиника понимается и организуется как терапевтический инструмент, задача которого состоит в установлении терапевтической среды, которая взаимодействует как с личностью, т. е. в его телесной, психической и социальной целостности. Очевидно, что такая программа лечения

должна вовлекать всю бригаду каждого учреждения в лечебный процесс. Чтобы сформироваться и работать, т. е. представлять собой терапевтическую среду, такая бригада требует основательной, прежде всего групподинамической и психотерапевтической, подготовки. Эта работа является абсолютно приоритетной. William Menninger постоянно подчеркивал, и его требование «brains before bricks» является, с моей точки зрения, Основным законом каждой психиатрической структурной реформы, притязающей на действительное улучшение ситуации.

Психически больному могут помочь только сооружения, упорядоченные и ориентированные на эффективность бюрократической структуры, а также терапевтически опытные и подготовленные люди, которые в состоянии коммуницировать о потребностях и распознавать неосознанные потребности, проявляющиеся в страдании психически больных.

Терапевтическая бригада

Приведенный анализ деятельности психиатрических учреждений показал нам, что анти-терапевтический характер «тотальных учреждений» коренится не только в их организации, и прежде всего скрыт в самовосприятии и поведении персонала. Если не удастся здесь найти и изменить антитерапевтические структуры, не может удалиться превращение кустодияльного и управляющего учреждения в терапевтически действенную среду. Работа с персоналом имеет поэтому абсолютное предпочтение.

Когда Н. S. Sullivan основал в 1930 г. специализированное отделение в клинике Шеппарда и Енока Пратта в Мэриленде (США), он начал с того, что уволил весь персонал. Затем он сформировал группу своих сотрудников преимущественно из бывших пациентов и тех медработников, которых он сам обучил. С помощью этой группы он мог в своей средовой и психотерапевтической работе, прежде всего с шизофренно реагирующими пациентами, добиться выдающихся успехов.

При основательной перестройке трех больших психиатрических клиник в штате Канзас (США), в которой я участвовал в качестве ведущего психиатрического консультанта, я убедился в необходимости увольнения большей части персонала и последующей работы с оставшейся группой персонала и вновь пришедшими сотрудниками в форме интенсивной групповой динамики, чтобы изучить и корригировать прежде всего представление персонала о том, что является психическим заболеванием и как его нужно понимать. Эта работа с персоналом, которой придавалось поначалу преимущественное значение по сравнению с работой с пациентами, очень быстро показала свою результативность, поскольку от изменения установок персонала получали опосредованную пользу и пациенты.

Структура психиатрической клиники охватывается лишь очень поверхностно, если анализ производится на уровне организационных вопросов и механики их проблем. Ее собственное ядро заложено в основном в бессознательной динамике межличностных отношений, в которых институциональные структуры как представлены, так и развиваются. Особое значение должно поэтому придаваться обучению персонала, в особенности молодых психиатров. Именно в этой области отставание нашего психиатрического обслуживания особенно отчетливо.

Обучение психиатров в ФРГ за немногими исключениями лишь отдаленно соответствует уровню требований, и в сравнимых странах, например в США, в течение уже десятилетий является налаженной практикой.

В области психотерапевтического обучения и работы имеется вопиющий дефицит. Возможности обучения для среднего медперсонала совершенно недостаточны. То же самое действительно и для психологов, терапевтов занятостью и социальных работников. Ситуация усугубляется тем, что курсы, в особенности для среднего медперсонала, организуются преиму-

щественно учреждениями, имеющими с главным полем деятельности психиатрии, большими психиатрическими больницами, лишь поверхностную связь.

Рабочая ситуация в психиатрических университетских клиниках полностью отличается от ситуации в больших больницах в отношении структуры, стиля работы и самовосприятия. Молодые психиатры не могут поэтому использовать для своей практики то, чему они научились; они часто предоставлены сами себе в том, чему должны научиться для практики, если не хотят опустить руки и подчиниться рутине. Ибо научное исследование, т. е. систематическое осмысление собственной работы, имеет место в больших больницах лишь в исключительных случаях. Пока только одна психиатрическая больница в ФРГ стала академической.

Широкая программа квалификации всех занятых в психиатрическом обслуживании лиц и профессий на месте, т. е. там, где эти люди вместе работают, имеет предпосылкой распознавание и проработку актуальных проблем психиатрической работы. Первоочередным здесь, несомненно, является основательная групподинамическая и психотерапевтическая самоэксплорация и обучение врачей, медсестер, санитаров, психологов, терапевтов занятостью и социальных работников. Лишь такая программа обучения обеспечит в долгосрочной перспективе адекватный, т. е. в смысле «терапевтической среды» подход к психически больным вместо их интернирования, лишения свободы и самоуважения.

Похвально, что новое уложение о квалификации врачей, вступившее в силу в октябре 1971 г., предусматривает усвоение молодыми врачами уже во время обучения основных познаний в социальной психиатрии, психологии и психиатрии. Кроме этого, с моей точки зрения, срочно необходимо, чтобы уже сейчас существующим психиатрическим больницам были предоставлены время и деньги для собственных программ повышения квалификации, а также найдены возможности привлечения психоаналитиков-супервизоров, групповых терапевтов и специалистов по групповой динамике для повышения подготовки всей бригады.

В дискуссии о необходимой реформе и расширении психиатрического обучения постоянно всплывает возражение относительно того, что психотерапевтическое образование является слишком трудоемким, дорогостоящим и, в конце концов, слишком неэффективным, чтобы его можно было осуществлять в большом масштабе. В ответ на это следует вспомнить о том, что существующее обучение с его акцентом на технико-инструментальной медицине также поглощает большие суммы, но дает возможность лишь симптоматического лечения психических и психосоматических заболеваний, что в перспективе оборачивается значительно большими затратами. Поэтому, напротив, структурная психиатрическая реформа, осуществляемая вне обучения, прежде всего психотерапевтического, ограничивающаяся лишь организационно-учрежденческими или строительными мероприятиями, безусловно чревата нерациональным вложением громадных финансовых средств.

Второе возражение, которое я часто встречал со стороны прежде всего коллег из «социальной психиатрии», – опасение, что с введением психотерапевтической и групподинамической работы в психиатрических клиниках обращение к бессознательной динамике и самоэксплорации станет самоцелью, которая затеряется в бесконечном разглядывании собственного пупка. Тем самым, с одной стороны, собственно работы будут скорее тормозиться, чем стимулироваться, с другой же – из поля зрения исчезнет общественный горизонт, если конфликты учреждения будут переживаться лишь в форме личных напряжений. Тем самым, с моей точки зрения, затрагиваются проблемы, которые могут быть связаны с групподинамической самоэксплорацией, но не должны с ней идентифицироваться. Если групподинамическое вскрытие неосознанных напряжений в учреждениях становится самоцелью, оно само является выражением бессознательной защитной стратегии, которая должна быть осознана и проработана. Упрек же относительно того, что групподинамическая или психотерапевтическая работа зашторивает общественную обусловленность личностных конфликтов, с моей точки зрения в

сфере психиатрической работы служит опасной мистификации. Я упоминал уже выше об этом аспекте и хотел бы еще раз на этом остановиться.

Анализ деятельности традиционных психиатрических больниц помог нам узнать, что в их структуре общественное предубеждение против психически больных повторяется в бессознательной динамике приспособления. В этом смысле субкультура психиатрической больницы представляет собой слепок общества.

Однако микро-общество психиатрических больниц (Ammon, 1968в) не просто отражает бесчеловечность и иерархически-авторитарные черты общества в целом. Оно не только пассивно следует динамике общества. Малое общество традиционной клиники чрезвычайно активно участвует в воспроизведении болезнетворных условий жизни.

Антитерапевтическая динамика общественных предрассудков проявляется не в форме абстрактной динамики, для ее конкретизации необходимо реальное, осуществляемое людьми принуждение. Пациенты длительно обороняются против этого принуждения, развивая при этом чрезвычайно творческую гибкость, утрачиваемую лишь постепенно. Эта защитная стратегия формирует важный аспект «вторичного приспособления» к больничному распорядку.

Поэтому, с моей точки зрения, опасен и неверен вывод, которого придерживаются некоторые представители т. н. «социальной психиатрии», о том, что изменению ситуации в психиатрических клиниках должны предшествовать коренные перемены в общественной ситуации, причем предполагается, что условия изменившегося общества в целом автоматически отразятся на психиатрических учреждениях. Подобные соображения означают, с моей точки зрения, так же бегство от «критически» закливаемой общественной реальности, как и удачно обозначенная Kisker (1972) «лирика эндогенности» традиционной психиатрии.

Социально ангажированная и ответственная психиатрия должна иметь задачей изменение общества там, где она с ним встречается, т. е. в самых больших психиатрических больницах.

Я хотел бы это подчеркнуть в особенности потому, что коренная смена ориентации, происшедшая в психиатрии за счет внедрения психоанализа как фундаментальной науки, сделала во многом размытыми границы заново структурированной и понимаемой психиатрии.

Huber (1972) лишь недавно указал на эту проблему. Он констатировал, что область ответственности психиатрии сегодня «иначе структурирована и значительно шире, чем это раньше виделось», и комментирует это следующим образом: «Сегодня нужно ясно видеть, что это означает: психиатрия должна полностью взять на себя ответственность за душевное здоровье определенного сектора населения (Huber исходит из числа в 5–6 миллионов нуждающихся в обслуживании в ФРГ. – Г. А.)... и наряду с терапией и наблюдением после выписки осуществлять также профилактику таким образом, чтобы нарушенные отношения между человеком и его окружающей средой – здесь он цитирует Naefner (1967) —... вне зависимости от их причины корректировать наиболее эффективными методами».

Следствия такой расширенной постановки вопроса он видит наиболее продвинутыми в концепции «Community Mental Health Centers» и делает из этого вывод, что главная часть понимаемой таким образом психиатрической работы должна проводиться вне клиники, и присоединяет к этому предостережение о том, что такой план до сих пор не был реализован «и в будущем сможет охватить лишь меньшинство (больных. – Г. Л.)». Концепция «Community Mental Health Centers» является, однако, лишь следствием изменения наших представлений о психическом заболевании. Здесь, так сказать, буквально вышли за рамки «медицинской модели», перенеся основную тяжесть работы на внебольничные учреждения.

Другим следствием – и об этом слишком часто забывают – является то, что институт психиатрических больниц сам меняется и в результате применения сведений из исследования групп внедряет «терапевтическую среду», в рамках которой самые тяжелые больные оказыва-

ются не «твердым ядром постоянных обитателей» (Kulenkampf, 1970), а могут получить адекватную помощь.

Как это может быть реализовано, об этом я подробно буду говорить в следующих главах. Сейчас же я хотел бы наметить каталог теоретических предпосылок динамической психиатрии в том виде, в котором она разработана большим числом психиатров и который, с моей точки зрения, обозначил рамки психиатрической работы.

Основные позиции динамической психиатрии

1. Предубеждение относительно невозможности понять психическое заболевание динамическая психиатрия заменяет полученным в ходе психотерапевтической работы с психотически реагирующими пациентами представлением о том, что психопатологическое поведение даже при тяжелейшем психическом заболевании может быть понято и доступно терапии как форма реакции на ставший бессознательным опыт раннего детства.

2. На место медицински суженного понятия болезни традиционной психиатрии динамическая психиатрия ставит концепцию многофакторного генеза психической болезни и понимает патологию как выражение и результат патогенной динамики, в которой взаимодействуют психические, соматические и социальные факторы.

3. Программа лечения динамической психиатрии основана на модели психоанализа. Терапия поэтому вовлекает бессознательное и современное, прошлое и возможное в будущем социальное поле пациента. Она в принципе работает с сопротивлением и переносом.

4. Целью терапевтической программы является компенсаторное развитие Я пациента. Центральным инструментом лечения является терапевтическая среда всей клиники, которая в качестве «facilitating environment» принимает и стимулирует здоровые компоненты личности пациента, позволяя ему проработку конфронтации со своим заболеванием в рамках понимающей интерпретации.

5. Терапевтическая среда клиники складывается из большого числа различных терапевтических ситуаций, от классического анализа, через интенсивную психотерапию не на кушетке, аналитическую групповую терапию вплоть до спектра невербальных терапевтических ситуаций, предоставляемых аналитической терапией средой.

6. Предпосылкой для успешной интеграции этого многообразия ситуаций лечения является вовлечение всего персонала в терапевтическую работу в качестве вспомогательных терапевтов.

7. Психиатрическая клиника может таким образом предоставить терапевтическую среду, позволяющую пациенту под защитой клиники отреагировать свои ставшие неосознаваемыми конфликты на сцене терапевтической среды и тем самым сделать их доступными наблюдению и интерпретации.

Намеченная этими семью пунктами программа нигде еще в масштабе общества в целом не была реализована. В том числе и в США, где наряду с прогрессивными клиниками все еще существует большое число психиатрических учреждений, про которые Karl Menninger говорил, констатируя: «Безнадежный пациент – легенда. И все же 80 % государственных больниц держатся за эту легенду, ибо содержащиеся там больные вообще не получают никакого лечения».

В ФРГ мы сталкиваемся со специфическими трудностями, которые в основном были изложены в настоящей главе. Хотелось бы привлечь здесь еще один аспект проблемы. На фоне трудностей, перед которыми немецкая психиатрия сама себя поставила, есть, с моей точки зрения, проблема учреждения и идентичности. Для большинства недостаточно подготовленных немецких психиатров взгляд в бессознательную динамику их отношений с больными связан с чрезвычайной нарциссической болезненностью; им приходится признать, что их подго-

товка недостаточна для глубинно-психологической работы с больными, что ставит под вопрос их профессиональную идентичность. Они должны, кроме того, признать, что им нужно значительно больше времени для работы с больными, ибо без ежедневного контакта между терапевтом и пациентом по меньшей мере 20 минут не может состояться психотерапевтическая работа.

Многие психиатры, получающие психотерапевтическую квалификацию, предпочитают поэтому покинуть клинику и вести частную практику – тенденция, которая стимулируется еще и тем, что опыт, сообщаемый большинством психоаналитических учебных заведений, касается преимущественно амбулаторной практики.

Это неудачное отделение психоанализа от психиатрии, которое имеет свою специфически немецкую историю, не только лишает психиатрическую работу одного из ее важнейших методических и научных инструментов, оно вредит также самому психоанализу, чье современное развитие обязано именно изучению и лечению психозов. В этой связи следует особо приветствовать то, что область психотерапии принята в каталог рабочих специальностей центральной комиссии федерального правительства.

Специфически немецкое отщепление психоанализа от психиатрии привело к тому, что в немецкой официальной психиатрии психоаналитическая работа в психиатрической клинике все еще связывается с представлением о том, что психоаналитический метод ограничивается техникой стандартного лечения неврозов на кушетке. Это, конечно, неверно. Психоаналитический опыт и метод входит в психиатрическую практику тем, что создается интегрированный спектр терапевтических ситуаций – прежде всего за счет групповой работы и дополнительных форм трудовой и терапии средой – который в целом формирует психотерапевтическую среду. Психиатр с психоаналитическим образованием обсуждает здесь с пациентом более или менее неформальным образом его переживания и помогает ему понимать их. При этом он распознает бессознательный перенос, но почти не интерпретирует его; для пациентов со слабым Я поведение, которым терапевт выражает понимание, часто более значимо, чем вербальная интерпретация. Очевидно, что такая работа возможна лишь когда терапевтическая среда в целом структурирована так, что перенос и сопротивление не увязаны с процедурными рамками стандартной ситуации психоанализа.

В ФРГ эти познания начинают постепенно распространяться. Признаком этого является растущее число «терапевтических сообществ» в целом ряде психиатрических больниц и клиник. Хотя эти попытки, проводимые в т. ч. Flegel, Winkler, Ploeger и другими, все еще страдают от того, что не переходят рамок «кустодальной психиатрии» (Winkler, 1969), и поэтому в основном застревают в заданных институциональных рамках, и все же они означают важный шаг в направлении нового, психоаналитически рефлекслируемого отношения между психиатром и его пациентами.

На смену психиатрическому офицеру крепелиновской эры, к ритуальному обходу которого больные выстраиваются как на парад, в то время как персонал следит за спокойствием и порядком, в терапевтическом сообществе приходит психотерапевт, для которого заболевание пациента является не только поводом для стигматизирующего диагноза, который последовательно и надолго предоставляет себя в помощь и распоряжение больного и поэтому с большим правом может называться терапевтом, т. е. служащим.

Диагноз и уход долгое время были разделены в развитии психиатрии. Одно считалось задачей врача, другое – задачей надзирающего персонала. Их реинтеграция в психотерапевтической работе позволяет, с моей точки зрения, надеяться, что предметом врачебных усилий является уже не абстрактное понятие болезни, а то, что пациента следует понять и лечить как страдающего, что претендует на ту форму помощи, за которую он уже не должен расплачиваться лишением своего достоинства.

2. Психодинамика психозов, симбиотический комплекс и спектр архаических заболеваний Я

Я хотел бы изложить в дальнейшем психодинамику т. н. психических заболеваний в рамках психоаналитической концепции, распознающей в непонятном на первый взгляд поведении больного психозом проявление и результат нарушения развития Я в раннем детском возрасте. При этом я понимаю развитие Я как межличностный процесс, в ходе которого ребенок постепенно развивает и дифференцирует функции своего Я во взаимодействии с матерью и окружающей группой, воспринимая и отграничивая себя, наконец, как полноправную личность. Т. н. психические заболевания я понимаю как нарушения этого развития. С моей точки зрения, они являются результатом специфически нарушенного взаимодействия между развивающимся ребенком и матерью или дальнейшей первичной группой, которые не способны адекватно поддерживать ребенка в развитии функций его Я и отграничением его собственной идентичности. В качестве патогенного силового поля я понимаю при этом прежде всего нарушенные отношения матери и ребенка в первые три года жизни, что ведет к возникновению нерешенного конфликта в форме симбиотического комплекса. Последний обладает специфической динамикой и является столь же основополагающим в отношении психотической реакции, как и эдипов конфликт для невроза. Наряду с психотическими реакциями шизофренного и маниакально-депрессивного круга я причисляю также т. н. пограничную симптоматику, т. е. промежуточные формы между неврозом и психозом, сексуальные перверсии и психосоматические нарушения к архаическим заболеваниям Я, являющиеся следствием специфических нарушений Я и развития идентичности в первичной группе, неспособной стимулировать и поддерживать ребенка в его развитии. В дальнейшем я хотел бы обратиться главным образом к двум комплексам вопросов:

1. Как объяснить генез архаических заболеваний Я?

2. Как можем мы понимать динамику поведения, связанного с отдельными болезненными состояниями?

Сначала к вопросу о генезе. Я хотел бы предпослать этому то, что значение психогенеза т. н. психических заболеваний здесь понимается не в смысле догматического отвергания возможных соматических факторов в этиологии тяжелых психических заболеваний. Когда я в центр анализа ставлю процесс развития Я и его нарушения, я делаю это потому, что, с моей точки зрения, на этом уровне болезненного процесса они на уровне Я как воспринимаются, так и превращаются в поведение.

Freud (1924a, b) подчеркивал в своих трудах о психодинамике психозов прежде всего отличие от неврозов. Он понимал неврозы в основном как интрapsихический конфликт между отдельными психическими инстанциями, связанный с постоянным поддержанием контакта с окружающим миром. В качестве же характерной для психотической реакции черты он обозначал нарушение отношений с окружающим миром, потерю реальности. Он давал этому сначала инстинктивно-психологическое объяснение в форме своей теории нарцизма (1911, 1914), предполагая, что в психозе все либидо отнимается от внешних объектов и направляется на собственное Я. Оно создает себе собственный бредовый мир. Позже он подчеркивал в большей степени Я-психологический аспект психотической реакции (Freud, 1924a, b). Он понимал психоз как результат «отрицания» Я окружающего мира в противоположность невротическому вытеснению, направленному против инстинктивных желаний Оно. При этом он все же подчеркивал, что отрицание чаще не является полным и потеря реальности поэтому остается частичной. Он констатировал: «...Проблема психоза была бы простой и прозрачной, если бы уход Я от реальности был проведен до конца. Но это происходит очень редко, почти никогда». И в глубочайшем психозе могут наблюдаться две установки: «...Одна, соотносящаяся с реально-

стью, нормальная, и другая, которая под действием инстинкта уводит Я от реальности» (Freud, 1938b). Ригидное сосуществование обеих установок в Я, признание и отрицание реальности и ее притязаний ведет к «расщеплению Я в процессе защиты» (Freud, 1938a), всегда связанном с отрицанием внешнего мира.

Тем самым Freud установил прямую связь между психотическим или психозоподобным поведением и структурным изменением Я, относительно которого он предполагал, что оно является результатом конфликта Я с внешним миром. В качестве примера отрицания ему служил пациент, реагирующий сексуальной перверсией, фетишист. Freud понимал поэтому отрицание как защиту от угрозы кастрации (Freud, 1927, 1938a).

Дальнейшее развитие психоаналитической психологии Я смогло, прежде всего, дифференцированно осветить защитный механизм отрицания. Anna Freud (1936) отнесла его, так же как и проекцию и идентификацию, к ранним ступеням развития Я.

Hartmann (1953) обратил внимание на то, что вызывающий психоз конфликт является результатом не только «соперничающих притязаний Оно и окружающего мира к Я» (Freud, 1938b). Возникновению психотической реакции способствует также нарушение самого Я, его функций и возможностей защиты. Он понимал это повреждение как нарушение определяемой им «свободной от конфликтов сферы Я, относительно которой он предполагал, что она формируется путем прогрессирующей нейтрализации либидинозной и агрессивной инстинктивной энергии на основе первично заданных автономных предрасположений Я» (Hartmann, 1939).

Rapaport (1958) на основе теории Hartmann развил свою концепцию «относительной автономии Я» как от притязаний окружающего мира, так и от мира инстинктивных потребностей. Он понимал эту «относительную автономию» как результат «свободной от конфликтов» деятельности функций Я, препятствующей гипердаптации к внутреннему миру инстинктивных потребностей и к окружающему миру. Психоз предстает в этой концепции как потеря относительной автономии Я и как гипердаптация к миру инстинктивных потребностей.

Решающий вклад в наше понимание Я-психологических условий «относительной автономии Я» сделал Paul Federn (1952a). В исследовании сна и психозов – Federn относится к пионерам психоаналитического изучения и лечения психозов – он сформулировал свою концепцию подвижной «границы Я» отделяющей Я вовнутрь и вовне от «не-Я» соответственно меняющимся «состоянием Я». Динамическое единство Я окружено гибкими границами, служащими своего рода периферическим органом восприятия снаружи и изнутри и загруженными временными количествами свойственной Я нарциссической энергии (ego catexis). Относительно функционального аспекта Я он подчеркивал «чувство Я», в котором Я находит свое выражение как последовательное психическое переживание.

С помощью этого эскизно изложенного понятийного инструментария Federn смог точно описать Я-психологический аспект психотической реакции.

Он понимал чувства отчуждения и деперсонализации в психозе как выражение недостатка свойственной Я нарциссической энергии и результирующей из этого недостаточной занятости границ Я. За счет этого возникает угроза различению Я от не-Я, возможному лишь с помощью границы Я. При сохранности функции Я проверки реальности возникают чувства отчуждения. Реальность воспринимается отчетливой, но чужой и нереальной. Подобным образом Federn объясняет возникновение бредовых представлений. В психозе лишенное Я бессознательное наводняет Я, границы которого заняты недостаточно.

Federn видел поэтому причину психоза не в отнятии либидо от внешнего мира, а в недостатке свойственной Я нарциссической энергии, в слабости границ Я.

Он узнал, что психотически реагирующие пациенты могут развивать сильные отношения переноса, и тем самым опроверг представление Freud, который видел важный признак психоза в неспособности к переносу.

Теория «относительной автономии Я» Rapaport и концепция «границ Я» Federn оказались чрезвычайно плодотворными применительно к изучению развития Я и его нарушений.

Мы можем распознать цель развития Я в формировании гибкой границы Я или ее постоянном расширении, которое делает возможной для Я свободную от конфликтов деятельность функций Я и тем самым относительную автономию от внутренних потребностей и окружающего мира (Ammon, 1972d, 1973). В этом смысле я понимаю формирование границы Я и реализуемое в результате этого различения Я и не-Я как решающую фазу развития Я и идентичности. Формирование границы Я оказывается при этом возможным, благодаря ставших автономными функций Я. Они в своем развитии, однако, зависят от поддержки в ближайшем окружении ребенка, первичной группы, в особенности матери в рамках раннего симбиоза матери и ребенка.

Нарушения межличностного процесса в симбиозе, в котором ребенок открывает и под защитой симбиоза развивает и пробует свои функции Я конструктивной агрессии и творчества, ведут к психопатологическим синдромам, которые, с одной стороны, характеризуются неспособностью различать Я и не-Я – в этом смысле речь идет о нарушении формирования границы Я – и, с другой стороны, демонстрируют высокую выраженность ставшей деструктивной агрессии – в этом смысле речь идет о патологической деформации центральной функции «Я». Архаические болезни Я – психотическая реакция, т. н. пограничная симптоматика, сексуальные перверсии и психосоматические заболевания – я понимаю как формы реакций на такое нарушение формирования границ Я и участвующих в этом функций Я. Они могут, с моей точки зрения, стать проявлениями патологической остановки развития Я и идентичности на преэдипальном уровне. Я обозначаю их как архаические заболевания Я, которые вместе образуют спектр.

Лежащие в основе интернализованные конфликтные ситуации я понимаю как комплекс симбиоза, чтобы обозначить преэдипальный уровень раннего детского конфликта, который при психопатологическом поведении приобретает вторичную патологическую автономию.

Я хотел бы в дальнейшем остановиться на следующем:

Ребенок переживает себя в первое время жизни не отделенным от матери, он не различает внутренний и внешний мир, себя и не-себя, Я и не-Я. Мать воспринимается как часть собственного тела, само тело не имеет ясных границ.

Обращаясь с любовью к ребенку в рамках этого симбиоза, понимая и адекватно реагируя на его потребности и телесную речь, мать постоянно делает возможным для ребенка самостоятельное восприятие своих потребностей и соматических функций, опробование функций своего Я. Симбиотическое взаимодействие между матерью и ребенком разворачивается при этом на многих уровнях. Оно образует основу для формирования телесного Я, для развития первично заданных функций Я конструктивной агрессии и креативности, т. е. любопытного подхода к вещам и людям и игрового обращения с ними, и создает таким образом тренировочное поле, на котором ребенок в постоянном взаимодействии с матерью развивает свои функции Я и возводит и развивает границы своего Я.

Spitz (1955) в своем интересном исследовании указал на то, что ребенок переживает ситуацию своего симбиоза с матерью в ранней фазе своей жизни «пещерным модусом восприятия», т. е. с помощью «первобытной пещеры» рта, в котором весь опыт концентрируется на основе как внешнего, так и внутреннего восприятия.

Он убедительно описал этот модус получения опыта как мост между внутренним и внешним восприятием и обратил внимание на межличностное качество ситуации следующими словами: «Можно было добавить, что это раннее интраоральное переживание состоит в том, что ребенок забирает в себя грудь, в то время как он одновременно закутан в руки и грудь матери. Взрослый рассматривает это как отдельные впечатления. Но для ребенка они являются еди-

ным и неделимым, без различия между составляющими частями, так что каждая из этих составных частей может представлять все переживание».

Это означает, что первичная пещера собственного рта соответствует первичной пещере материнских рук, несущих ребенка, и груди, к которой его прикладывают.

Этот «мир первобытной пещеры», по Spitz, является «матрицей как интроекции, так и проекции», в которой мы можем распознать первую первично-процессуальную форму тех функций Я, которые позднее будут служить более стабильному разделению Я и «не-Я». Spitz обозначает «первичную пещеру» рта и межличностную ситуацию, которую она представляет, как место «перехода для развития осознанной целенаправленной активности, для первого возникающего из пассивности желания» – представление, которое очень близко соответствует моей концепции функции Я конструктивной агрессии, хотя Spitz сам в дальнейшем придерживается ортодоксальной теории инстинктов в отношении агрессии. В этой ранней фазе симбиоза, которая обозначается улыбкой, которой в конце третьего месяца жизни ребенок реагирует на лицо матери, симбиотическое взаимодействие движется прежде всего на уровне телесного Я и служит его формированию. Насколько важны в этой фазе постоянный прямой контакт с матерью для развития Я ребенка, показали работы Spitz (1946) по госпитализму, а также данные сравнительного исследования поведения, в особенности на обезьянах (Harlow и Harlow, 1966). Уже при формировании телесных границ развитие инстинктов и Я идет параллельно, и подавление одного всегда равнозначно искалечиванию другого, т. е. подавление инстинктов всегда сопровождается блокированием развития Я.

И по окончании этой фазы развития, т. е. после достижения контроля и координации соматических функций и моторики, ребенок живет в симбиозе с матерью.

Наряду с сознательным поведением матери по отношению к ребенку, стилем ее физического контакта, ухода и обращения, решающее значение для развития Я ребенка имеют прежде всего и ее неосознанные фантазии.

Anzieu (1971) указала на то, что бессознательные фантазии не должны пониматься, как это во многих случаях предполагается, в качестве индивидуально-психологических процессов *par excellence*, они представляют скорее межличностную реальность. Они обозначают движение и рамки артикуляции развития Я, они решают, так сказать, протяжение и степень дифференцированности «игрового поля» симбиоза.

Erikson (1965) указал в этом смысле на то, что способность матери и первичной группы воспринимать потребности ребенка образует предпосылки для успешного развития Я. Динамика, которую развивает процесс индивидуального развития Я, поэтому тесно связана с бессознательной динамикой группы, в рамках которой растет ребенок, и динамика первичной группы имеет решающее значение для успеха или неудачи этой кардинальной фазы развития Я.

Решающие механизмы, определяющие симбиотическое взаимодействие со стороны ребенка, это – проекция и идентификация, которые используются в ситуации, в которой ребенок в течение длительного времени не может найти ясного различия между самим собой и объектами или их соответствующими психическими представительствами, т. е. в течение всей фазы преедипального развития. Их задача состоит, с одной стороны, в том, чтобы удовлетворить потребности ребенка и защитить его от опасностей реальности, с другой же – в том, чтобы помогать при вынесении неизбежных фрустраций. Мать и группа выполняют, следовательно, за развивающегося ребенка долгое время решающие функции Я отграничения вовне и внутрь.

Поддерживая ребенка в том, чтобы он распознавал и артикулировал собственные потребности, они помогают ему выстраивать границу Я относительно внутренних инстинктивных потребностей. Поддерживая ребенка в изучении внешнего мира, в его любознательном подходе к вещам и людям и защищая его от связанных с этим опасностей, они помогают ему выстраивать границу Я с внешним миром.

В ходе своего развития Я ребенка постепенно перенимает функции, которые ранее выполнялись матерью или первичной группой. Он учится распознавать и артикулировать свои потребности, координировать свои функции тела и движения и начинает самостоятельно исследовать внешний мир и менять его, играя.

Здесь все же нужна постоянная поддержка матери и первичной группы, ребенку нужен постоянный приток «external narcissistic supplies», как это сформулировал Fenichel (1945), т. е. он нуждается в телесном обращении и нарциссическом подтверждении, как в атмосфере.

Если мать и группа неспособны дать ребенку эту поддержку, если они встречают потребности ребенка и его выражения непониманием, отверганием или даже открытой враждебностью, то последствиями могут быть тяжелые нарушения развития. Ребенок переживает отвергание матерью как экзистенциальный страх покинутости и угрозу уничтожения. Его слабым границам Я угрожает наводнение внутренними и внешними содержаниями «не-Я». Вместо гибкого отграничения Я, которое служит коммуникации вовне и внутрь, наступает отщепление всей затронутой сферы опыта в Я и отрицание соответствующей сферы в реальности.

Возникают, так сказать, белые пятна на карте Я, области, в которых Я ребенка остается неспособным к получению опыта снаружи и изнутри и которые поэтому, как чуждые Я, должны отрицаться и отщепляться.

Таким образом, возникает структурный дефицит Я, дефект в границе Я, который я хотел бы обозначить как «дыра в Я». Затронутые области опыта не могут быть вовлечены в дальнейшее развитие. Ребенок в этих областях остается в диффузной зависимости от недифференцированных объектов. Он защищается от связанного с этим чувства архаического страха уничтожения с помощью отщепления и отрицания.

В зависимости от времени и длительности преедипального травматического опыта развивается специфическая психопатологическая симптоматика, служащая компенсации нарциссического дефицита и в известной мере заполняющая «дыру в Я». Деструктивная динамика, которую развивает эта симптоматика, т. е. архаическое заболевание Я, я понимаю не как признак неудавшейся нейтрализации или сублимации деструктивно-агрессивного инстинкта. С моей точки зрения, деструкция обозначает реактивную патологическую деформацию первоначально конструктивной агрессии, которую я понимаю как первоначально заданную функцию Я, т. е. не как укрощенный инстинкт (Mitscherlich, 1958, 1969), не как побуждение (Schultz-Hencke, 1951).

Эта функция Я любопытного подхода к вещам и людям имеет, так же как и тесно связанная функция Я креативности, центральное значение для формирования границ Я в период симбиоза. Она превращается в деструкцию, если сталкивается с матерью и группой, не способными к получению опыта, ретирующими страхом или враждебным отверганием на действия ребенка. В этом смысле деструктивная агрессия определенным образом является негативным отпечатком конструктивной агрессии. Неспособность матери к восприятию ребенка может проявляться в разных формах и на разных уровнях симбиотических отношений.

По моему опыту специфика шизофреногенной матери заключается в злокачественной форме ее неспособности быть матерью. Эти псевдоматери получают полную власть над маленьким ребенком, зависящим от их помощи (Аммон, неопубликованный манускрипт обработки обширного материала об изгнании детей из семьи, дурном обращении с ними и убийства детей собственными матерями). Более благоприятной формой шизофреногенной матери (Pankow, 1968) являются т. н. дети матери, ожидающие от своих собственных детей, чтобы они обращались с ними как их матери.

Бросается в глаза родство между матерями детей с перверсиями и психосоматическими расстройствами.

И те и другие имеют либидинозную установку лишь на тело ребенка.

Психогенетическая эксплорация психосоматических и перверсных больных показывает, что и те, и другие могут воспринимать себя в качестве существующих (т. е. развивающих чувство Я) лишь в рамках психосоматического или перверсного акта. Почему один больной избирает этот, а другой – иной симптом, я понимаю исходя из различного поведения матерей. Мать, индуцирующая психосоматическое расстройство, реагирует либидинозно лишь на дефекты и болезни своего ребенка, в противоположность матери, индуцирующей перверсию, у которой либидинозно загружены все действия, касающиеся здорового тела ребенка, напр., церемония мытья, одевания, манипулирования мужскими или женскими гениталиями ребенка. Обе матери игнорируют при этом растущую идентичность Я ребенка. С последней обращаются как с вещью, либидинозно занятым предметом, а не полноправной развивающейся личностью.

Подчеркивание роли матери в патогенезе архаических заболеваний не означает, что мать должна быть изолирована как морбидный фактор. В своем поведении по отношению к ребенку она представляет всю первичную группу и приводит к выражению бессознательной динамики. Если группа в целом не обладает идентичностью и не может как группа отграничиться от внешнего мира, то и мать в симбиозе не сможет обеспечить ребенку отграничение его Я.

Ранее я указывал на то, что у группы как целого должны быть собственные границы, чтобы иметь возможность помочь отдельным своим членам, т. е. в особенности ребенку при отграничении (Ammon, 1971a, b, c; 1972d, i, m; 1973). Первичная группа, которая к такому отграничению, т. е. к рефлексированному и гибкому способу договариваться о своих потребностях, страхах, желаниях и т. д., будет представлять собой в целом патогенное силовое поле. Группа как целое тогда неспособна формировать групповое Я и групповую идентичность. Она будет гипердаптивной или к внешнему миру и его нормам, или к внутреннему миру группы и ее конфликтам. В обоих случаях группа парализована и как группа недееспособна, это – мертвая группа. Изучение т. н. шизофренической семьи (Bateson et al., 1969) и семейных групп депрессивно-психотических пациентов (Cohen M. B., 1954) сделало отчетливой патогенную динамику этих распавшихся, гипердаптивных и поддерживаемых лишь внутренним или внешним принуждением «псевдосообществ» (Wynne, 1969).

Для того чтобы выстроить коммуницирующую границу Я, ребенку всегда нужно, чтобы он был окружен в симбиозе с матерью и первичной группой коммуницирующими границами Я. Во взаимодействии с этими динамическими межличностными структурами он может формировать и дифференцировать свои собственные границы Я, т. е. свою собственную относительную автономию в смысле прогрессирующего креативного расширения идентичности Я.

Архаические заболевания Я есть выражение нарушения первых и решающих шагов этого развития Я и идентичности. Они восходят к неудавшемуся формированию собственных границ Я и выходу из симбиоза. Поэтому я обозначаю каузальную конфликтную констелляцию как симбиотический комплекс.

Balint (1968) вслед за Ferenczi с его «теорией базисного расстройства» (basic fault) сформулировал концепцию, которая во многих чертах соответствует тому, что я обозначаю как симбиотический комплекс. Он также обращает внимание на то, что раннее нарушение психического развития в отношениях между матерью и ребенком имеет иную динамику по сравнению с эдипальным конфликтом при неврозе. Он также подчеркивает межличностный характер этой патологической динамики.

Но Balint не дает своей концепции базисного расстройства, как сам признает, никаких структурно-теоретических координат. Он дает выдающуюся феноменологию симбиотического состояния и его нарушений, но не развивает концепции, которая сделала бы понятным возникновение и изменение этих состояний в рамках развития Я. Последствия, которые он делает из своих наблюдений для терапевтической работы, поэтому неизбежно остаются минимальными.

И Margaret Mahler (1969) внесла существенный вклад в изучение генеза и динамики инфантильных психотических реакций и симбиоза.

Ее концепция, которая видит причину психотических и психозоподобных реакций в неудавшемся симбиозе, во многом соответствует тому, что я понимаю под симбиотическим комплексом. Относительно ее теории Я и ее глубинно-психологических гипотез – она, с одной стороны, близка школе Hartmann, с другой стороны, направлению Melanie Klein (1952). Ее концепция динамики симбиоза отличается в существенных пунктах от моих представлений. Это в особенности касается концепции агрессии, которую Mahler понимает как инстинктивный процесс, и роли группы.

Функция группы в патогенезе архаических заболеваний Я становится в особенности отчетливой в случае симбиотического нарушения в форме затянувшегося симбиоза. Мать пытается тогда привязать к себе ребенка за пределами времени естественного симбиоза, поскольку сама не в состоянии выстоять в одиночку в нарушенной группе. Ребенок оставляется матери другими членами семьи, чтобы позволить группе не распознавать ее собственные конфликты. Ребенку тем самым запрещается развивать собственную идентичность. Как слабый член семейной группы он служит тому, чтобы путем проекции локализовать на себе общегрупповой бессознательный конфликт с тем, чтобы потом его контролировать и отражать.

В таком «затянувшемся симбиозе» психотическая, например, реакция останется латентной до тех пор, пока ребенок находит возможность жить в этом эмоциональном пространстве. Часто в периоде пубертата, благодаря связанным с этим отрезком жизни напряжениям относительно сексуальной и социальной идентичности, эта ситуация взрывается, происходит своего рода симбиотический взрыв, проявляющийся в открытой психотической реакции.

Латентность психотического или близкого к психозу нарушения Я может сохраниться или восстановиться, если воздействовать на другие симбиотические партнерские отношения. Лишь когда эти «эрзац-симбиозы» – супружества, дружбы, производственные группы и т. д. – перестают функционировать, если в силу внутренних или внешних причин симбиотическое пространство вдруг воспринимается как тюрьма, может наступить психотическая реакция.

Она предстает как отчаянный протест против пленения, в котором чувствует себя Я, и ведет, поскольку развитие Я не удастся за пределами симбиотической фазы, к мучительному переживанию потери Я, отчуждению и чувству «не-Я». Многократно наблюдавшаяся периодичность психотических реакций, которая поверхностно рационализируется в т. н. теории «шубов», находит здесь психодинамическое объяснение.

Динамика затянувшегося симбиоза выступает в особенности отчетливо в т. н. «folie a deux», совместном построении бреда, которое может пониматься как попытка одновременно сохранить симбиотическое пространство и фантастически расширить его. И параноическая форма шизофренической реакции, с моей точки зрения, восходит к затянувшемуся симбиозу. Параноя служит поэтому не защите от латентной гомосексуальности, как это предполагал Freud (1911), скорее гомосексуальность служит, наоборот, защитой от симбиотической матери, воспринимаемой в качестве преследовательницы. Gisela Ammon 1969, 1972a, b) смогла показать в рамках своих исследований в руководимом ею психоаналитическом детском саду, что патологическая симптоматика в поведении детей, как, напр., деструктивная агрессия, психосоматические заболевания и т. д., всегда является выражением неразрешенного и ставшего бессознательным конфликта между родителями. Она также установила, что детское симбиотическое поведение исчезало даже без прямого терапевтического вмешательства в момент, когда родители могли получить инсайт на свои конфликты и проработать их. Это – опыт, который разделяют многие психоаналитически ориентированные педиатры.

Чаще, однако, инфантильная симптоматика, приводящая к манифестации родительских конфликтов, не распознается ими как проявление их собственных трудностей. Ребенок тогда вынужден приспосабливаться к морбогенной семейной ситуации в форме своей патологии. Его симптоматика неправильно понижается как болезнь ребенка и, соответственно, лечится, в последующем камуфлируясь за счет формирования фальшивой «Самости» (Winnicott, 1935,

1948; Guntrip, 1968; Khan, 1968, 1972) – фасада гипердаптивного функционирования. Если наступает изменение патогенной, но «не бросающейся в глаза» ситуации при поступлении в школу, в начале пубертатного периода, покидании родительского дома, школы или университета, которые исполняли роль симбиотической матери и первичной группы, то наступает манифестация заболевания. Мы можем понимать ее как попытку заполнить демонстративной патологией вновь ставшую вирулентной «дыру в Я» в результате отделения от матери или замещающих ее школы, университета и т. д., которая возвращает пациента в старую зависимость от матери.

Инфантильный конфликт вновь восстанавливается и проявляется вовне. Для архаических заболеваний Я характерно, что пациенты переживают свою симптоматику «Здесь и Сейчас» отреагирования не как чуждую Я и патологическую, хотя их симптоматическое поведение по большей части находится в явном противоречии с гипердаптивным фасадом их фальшивой «Самости». Они скорее переживают свой бессознательный конфликт сновидно в реальности, которая тем самым становится ценой их инфантильного симбиоза. К окружающему миру, так сказать, предъявляется требование взять на себя функцию отграничения Я в отношении отреагирующего симбиотического больного.

В «Здесь и Сейчас» отреагирования больным их поведение предстает при этом не как нарушение контакта с окружающим миром, их патологическое поведение чаще единственная форма, в которой они могут чувствовать себя и окружающий мир действительно существующими, т. е. в которой они могут иметь чувство Я. Это, как уже упоминалось, в особенности отчетливо в случае сексуальной перверсии и психосоматического заболевания. При этом ставшая деструктивной динамика задержанного симбиоза позволяет больному выражать это чувство Я лишь в форме саморазрушающих действий и ситуаций.

Здесь проявляется решающее отличие от невротического симптома. Последний воспринимается пациентом как чуждый Я, как нарушение и повреждение коммуникации с окружающим миром. Невротический симптом является, следовательно, выражением бессознательного конфликта, угрожающего в достаточной мере развитому и отграниченному Я.

Симптоматика архаических заболеваний Я, напротив, сама формирует часть Я, она заполняет дыру в границе Я. Невротический симптом затрудняет коммуникацию, Я с внутренним и внешним миром, симптом же архаического заболевания Я, напротив, замещает коммуникацию в важной сфере опыта за счет постоянно неудачной саморазрушающей попытки пережить «чувство Я» в смысле восприятия своего существования. Это имеет далекоидущие следствия для терапевтической техники и ее программы. В терапии неврозов речь идет об устранении вытеснений. Ставший бессознательным конфликт должен быть вскрыт и сделан доступным сознанию. Существующее чувство Я тем самым расширяется и дифференцируется.

В терапии архаических заболеваний Я, напротив, речь идет прежде всего не об устранении вытеснений, а скорее о реинтеграции дефицитарного Я пациентов в рамках восполняющего развития Я, т. е. о восстановлении границы Я в смысле гибкого коммуникативного отграничения.

В клинической практике отделение невротического от психотического или близкого к психозу часто наталкивается на большие трудности, поскольку картины болезни могут разнообразно перекрываться. Дифференциальный диагноз, однако, весьма важен для выбора адекватной терапевтической техники.

Моему учителю Karl Menninger (1963) принадлежит большая заслуга в основательной критике и ревизии психиатрической диагностики. Он демифологизировал т. н. психические заболевания и решающим образом стимулировал в теории и практике психодинамическую терапию тяжелых психических заболеваний. Menninger разработал концепцию, в которой все психические нарушения, от легчайшего невротического раздражения и до тяжелых

психических заболеваний, могут пониматься и лечиться как нарушения контроля различной степени.

Он отличал нарушение функции (dysfunction), описывающей поведение, от нарушения организации (dysorganization), которая затрагивает возникшее в результате патологического поведения изменение в состоянии психической организации и соответствующее нарушение организации. Нарушение функции и соответствующее нарушение организации он в целом обозначал как нарушение контроля (dyscontrol). Нарушение контроля означает нарушение операций по стабилизации (coping devices), с помощью которых Я как «хранитель жизненного равновесия» пытается защитить психическую систему от инстинктивных импульсов и стрессов окружающего мира. Я при этом понимается Menninger, прежде всего, как система контроля и регуляции, служащая для защиты от инстинктов. Я идентично сумме его функций, складывающейся из иерархии защитных механизмов и регулирующих мер совладения (coping devices).

Я хотел бы расширить концепцию Menninger скользящей шкалы ступенчато различных нарушений контроля и говорить в скользящем спектре психических заболеваний, чтобы соответствовать структурным различиям, являющимся результатом различных специфических конфликтных ситуаций, лежащих в основе отдельных болезненных картин. Один полюс целостного спектра психических заболеваний образуют архаические заболевания Я, восходящие к приобретенному, вследствие задержки симбиоза, структурному дефициту Я. Другой полюс спектра образуют невротические заболевания, восходящие к неразрешенному эдипальному конфликту. Широкую пограничную область между психотическими заболеваниями и невротическими нарушениями образует область т. н. пограничной симптоматики, в которой базисный структурный дефект Я перекрывается многочисленными невротическими картинками симптомов.

Многие психотерапевты придерживаются мнения о том, что доминирующая симптоматика в последние десятилетия демонстрирует отчетливый сдвиг от невротических картин к картинам, близким к психозам типа пограничной симптоматики.

Причина этого, несомненно, в том, что развитие психоаналитического изучения развития Я и соответствующего изучения групп дает возможность лучшего понимания этой симптоматики. Wolberg (1973) недавно указал на то, что многие описанные Freud пациенты, как, напр., знаменитый «Wolfsmann» (Freud, 1918), были пограничными пациентами.

С другой стороны, увеличение числа архаических заболеваний Я означает ситуацию прогрессирующего распада буржуазной маленькой семьи, которая всё меньше может выполнить свою жизненно-исторически решающую задачу содействия развитию Я ребенка путем предоставления интактной групповой границы.

Развитие психоаналитической психологии Я и исследование групп является попыткой соответствовать динамике указанной постановки проблем в обществе в целом. В то время, как вначале на первом плане интересов стояли функциональные аспекты Я и, в особенности, его защитные механизмы, то позднее в центре внимания оказалась проблема чувства Я, или «идентичности Я», благодаря исследованиям Federn и Erikson (1956). Психоаналитическое изучение групп оказалось в особенности важным для выяснения аспекта идентичности развития Я. Оно показало, что развитие Я может пониматься не только как индивидуально-психологическая проблема контроля и подавления инстинкта, а как межличностный аспект развития Я, т. е. вопрос отграничения от и коммуникации с окружающей группой, представляющий решающий уровень удачи или неуспеха психического развития.

В свете этих исследований Я человека предстает не только как кибернетическая система различных защитных и регуляторных механизмов, которую достаточно было бы определить функциями контроля инстинктов и приспособления к окружающему миру. Наряду с этим функциональным аспектом Я мы должны признать аспект его идентификации, который делает Я человека неповторимым образом, который может быть понят лишь на основе исторических

связей жизненной истории индивидуума с его группой и в широчайшем смысле слова с обществом. Эта функция идентификации Я, как я хотел бы ее назвать, имеет целью последовательную поддержку в формировании и расширении границ Я в рамках межличностного процесса, а также помощь партнерам индивидуума в их развитии.

В этом смысле мы можем увидеть в психопатологии наших пациентов и в ставших бессознательными конфликтах, затрудняющих развитие их Я и идентичности, также и патогенную динамику общества, пытающегося обойти кризис своей идентичности путем отрицания и отщепления. С помощью точного анализа тех болезненных процессов, которые до сего дня обществом, а также многими психиатрами кажутся недоступными пониманию и необратимыми, динамическая психиатрия может способствовать распространению познания о том, что заболевания Я и идентичности не являются по определению безнадежной и индивидуальной судьбой, но могут быть поняты и излечены в рамках группы.

3. Шизофрения

Исследование шизофрении вызывает наиболее сильный интерес в психиатрии с тех пор, как Kraepelin (1899) предложил концепцию раннего слабоумия как нозологической единицы, в особенности же когда Bleuler (1911) сформулировал т. н. «первичные знаки» как диагностические критерии шизофрении.

Поиск наследственной причины заболевания или вызывающего его органического нарушения остается до сих пор безрезультатным, несмотря на громадные усилия во всем мире (Ammon, 1971 a, b, c; M. Bleuler, 1970; Benedetti, 1970 a; Horwitz, 1959).

Я хотел бы остановиться лишь на некоторых психоаналитических и динамико-психиатрических исследованиях шизофрении. С. G. Jung (1906) указал на то, что поведение шизофренно реагирующих пациентов имеет сновидный характер и следует первично-процессуальной динамике, согласно описаниям Freud в толковании снов. Наряду с важными, уже упоминавшимися работами Federn (1952a) следует назвать Н. S. Sullivan (1953, 1962), работавшего на основе своей психотерапевтической работы с больными шизофренией свою «интерперсональную теорию психиатрии». Он понимал шизофренную реакцию как «security operation», с помощью которой отщепляются области опыта, связанные в раннем детстве с чрезмерным страхом. Шизофренную реакцию он понимает как «schizophrenic way of life», попытку самому заново интегрировать диссоциированное. Неудача «security operations» дает классические картины заболевания, которые Sullivan отличает от попыток восстановления.

Значимы исследования динамики т. н. шизофреногенных семей Bateson с сотрудниками (1969). В качестве центральной патогенной ситуации появляется «double-bind». Она характеризуется разрывом коммуникации между людьми – в нашем случае между родителями или одним родителем и ребенком – таким образом, что в одно и то же время ребенку адресуются два различных взаимно исключающих сообщения, послания, требования, связанные как с запретом выбора одного из них, так и с невозможностью для ребенка выйти из ситуации. Такая ситуация double bind возникает, когда мать внутренне отвергает ребенка, испытывает страх перед контактом с ним, с другой же стороны, демонстрирует любовную заботу, одновременно при этом требуя и опасаясь доказательства своей нежности от ребенка. Такой повторяющийся опыт имеет следствием ту диссоциацию значимых мотиваций и сфер психики в ходе незащищенного психического развития ребенка, которую описал Sullivan. Семейная динамика, наблюдавшаяся в этих семьях, характеризуется автоматизмами и навязчивым избеганием, состоянием, которое описано как псевдовзаимность, расщепленный и перекошенный брак, защита стереотипных ролей и динамика козла отпущения.

Наши познания о сущности шизофренной реакции и процессе ее терапии значительно обогатили также работы Searles (1965), который поначалу понимал и лечил шизофренную реакцию как болезнь отдельного человека. В ходе своей 14-летней работы он пришел к выводу о том, что речь идет о патологии отношений индивидуума и его окружения, и понимал шизофренную реакцию как проявление патологии семейной группы. Шизофренно реагирующий пациент в годы самого раннего развития рассматривался как объект, а не как самостоятельный полноправный индивидуум. Запрет развития своей идентичности со стороны окружения, т. е. матери и семейной группы из страха потерять их собственную, загоняет пациента в сумасшествие. С одной стороны, каждый шаг к собственной идентичности как индивидуума связан поэтому для пациента со страхом разрушить этим существование матери, семьи и окружения. С другой стороны, он живет в постоянном страхе утраты собственного существования. Этот конфликт находит свое выражение в патологическом симбиозе пациента с морбогенной матерью или группой, за благополучие которой больной чувствует себя ответственным, платя за это своим собственным эмоциональным и физическим существованием. С одной стороны, полно-

стью растворяясь в этих симбиотических отношениях, с другой же – опасаясь именно этого как потери собственной идентичности, он не может организовать собственную эмоциональную жизнь и находится поэтому в состоянии интенсивной и экстремальной изоляции. Шизофреническая реакция, которой пациент отвечает на эту реакцию (это может произойти в детстве, пубертате или позже, когда актуальные пусковые факторы вновь создадут эту ситуацию), понимается Searles не только как форма защиты, а одновременно как попытка спонтанного излечения; это – точка зрения, которая восходит как к концепции Freud о попытках восстановления, так и к теории Sullivan о «schizophrenic way of life». В концепции «симбиоза» как отношения, которого шизофренично реагирующий пациент столь же желает, сколь и избегает, Searles связал шизофреническую реакцию с патологией развития в раннем детстве. В своей терапевтической работе он пытался восстанавливать этот симбиоз, переживать его совместно с пациентом и помогать ему в конце концов выходить из него в качестве полноправного индивидуума.

В последнее время некоторыми авторами делалась попытка привлечь наследственную, так сказать, «эндогенную» слабость Я для объяснения возникновения шизофрении и тем самым «дополнить» психодинамическое объяснение биологически-генетически.

«Врожденная слабость Я» (Benedetti, 1970b) соучаствует, по мнению этих авторов, в психодинамике как «унаследованное условие возникновения шизофрении» (M. Bleuler, 1972). Как объективный момент в будущем больном оно провоцирует патогенную констелляцию, которая затем делает из предрасположенности заболевание.

С моей точки зрения, это представление недоступно всякой верификации и остается без терапевтических последствий, если не стимулирует установки отчаяния. Каждый ребенок, как я пытался это показать, рождается существом со слабым Я и в своем развитии зависит от «facilitating environment». Нет оснований для утверждения, что маленький ребенок, даже на основе врожденного дефекта Я, пусть в смысле простой предрасположенности, вызывает патогенную динамику семьи, вследствие которой загоняется в болезнь. Лишь когда симбиотический конфликт приобретает бессознательную патологическую автономию, можно говорить о такой провокации, это же нарушение Я должно, с моей точки зрения, в ходе терапии пониматься и устраняться именно психодинамически – задача, в отношении которой наследственно-биологическая концепция не дает никакой помощи. В дальнейшем я хотел бы на примере пациентки представить генез, динамику шизофренической реакции в связи с историей жизни и ход лечения.

Пациентка Хуанита, молодая художница, поступила ко мне на психотерапевтическое лечение в возрасте 26 лет. Она находилась в состоянии выраженной спутанности и демонстрировала в своем поведении все т. н. «первичные признаки», которые Eugen Bleuler (1911) описал как характерные для шизофрении.

Она слышала голоса, которые высмеивали ее, бранили «ведьмой», страдала бредовыми представлениями о том, что из батареи центрального отопления на ее рабочем месте – она работала как художница в НИИ – выходят угрожающие ей невероятные животные. В ходе защитной реакции она полностью оклеила батарею нарисованными ею монстрами. Пациентка демонстрировала отчетливые нарушения мышления, аффективности и восприятия тела.

К этому времени она уже три года находилась на психотерапии у терапевта, к которой обратилась из-за постоянных депрессий и суицидных мыслей. Она чувствовала себя в общении с этим терапевтом, которая уделяла ей много понимания, очень защищенной, но затем внезапно почувствовала угрозу и преследование с ее стороны. Терапевт распознала психотический характер реакции Хуаниты и одобрила принятое самостоятельно пациенткой решение искать помощи у терапевта мужского пола.

Пациентка много лет живет отдельно от своей матери, работницы государственного предприятия. Контакта с другими родственниками не было. Пациентка жила изолированно в снимаемом ею помещении.

История жизни

Хуанита выросла в неблагополучных условиях у своей матери. Отец, алкоголик, разорил семью и покинул ее, когда пациентке было 3 года.

Мать была не в состоянии обслуживать арендованное малое фермерское предприятие, она вскоре была вытеснена взявшимися за это своими родителями и братом и жила с дочерью в одном из помещений дома в примитивных условиях. К низкому вспомоществованию, которое мать получала от своих родителей, она добавляла доходы от случайной проституции. Своих меняющихся клиентов, в основном солдат из близлежащих гарнизонов, она принимала в помещении, в котором жила вместе с дочерью, половой акт совершался в присутствии дочери, часто спали втроем в единственной постели, которую мать делила с дочерью.

Отношения с родителями матери и дядей были враждебно-напряженными. Мать ревностно следила, чтобы Хуанита не завязывала никаких дружеских контактов с родными. Она заставляла пересказывать каждое слово, сказанное дочерью в разговоре с ними. Она старалась предотвратить по возможности посещения других родственников. Она постоянно говорила, что дочь должна бояться всех посторонних и прятаться. Таким образом она привязала дочь к себе, заключив ее в строгую ситуацию собственного социального гетто. Она обозначала дочь как свою единственную подругу, которой может доверить свои проблемы. От дочери она требовала того же, нисколько не считаясь при этом с потребностями ребенка.

В садо-мазохистских играх с дочерью она обращалась с ней как с предметом, безраздельно предоставленным ее произволу. Она избивала ее «для удовольствия, чтобы показать, кто имеет власть», использовала ее как мишень для бросания мяча, выбив ей при этом два зуба. Контакт между ними протекал в форме непрерывной цепи ситуаций double-bind. С одной стороны, она соблазняла дочь к сексуальным играм, с другой – реагировала отвращением на вопрос дочери о том, что такое онанизм.

Она не позволяла дочери носить очки, поскольку это портит ее внешность, но постоянно бранила ее как уродливое и глупое существо, такой же «тип преступника», как и ее отец. Она брала ребенка с собой, отправляясь воровать фрукты, и без угрызений совести оставляла ее одну, когда за ними гнались крестьяне.

Она препятствовала каждой попытке пациентки установить отношения с другими людьми, внушая дочери страх перед незнакомыми и презрительно критикуя знакомства. Каждый самостоятельный шаг Хуаниты она воспринимала как личную угрозу и террором подавляла его. Больная не получала поддержки ниоткуда. Родственники не одобряли поведения матери, однако буквально ничего не предпринимали. Пациентка оставалась зависеть от матери и жила в чрезвычайном принудительном симбиозе с ней, служа ей мячом для игры в ее садистических капризах.

Поведение матери было при этом постоянно пронизано глубокой амбивалентностью и хаотичностью. Она в подробных описаниях сообщала дочери о своей молодости, обучении на фортепиано, отношении к животным и т. д. Дочери, однако, она ничего этого не позволяла. Мать ожидала, что дочь должна быть вполне довольна быть ее дочерью.

Она была агрессивна в своем эмоциональном обращении с ребенком. Она демонстрировала дочери, «как голуби кормят своих птенцов», насильно заталкивая ей в рот разжеванные куски хлеба своим языком. Когда Хуанита при этом сопротивлялась, мать возмущенно и с нарастающей агрессивностью напоминала ей о том, что, будучи маленьким ребенком, она охотно позволяла кормить себя таким образом.

Позднее она часто избивала дочь без всякого повода. Она постоянно угрожала отдать ее в приют, в котором ежедневно избивают до крови. Когда же дочь в конце концов в отчаянии

просила ее сделать это, мать продолжала избивать ее со словами: «Ага, ты хочешь покинуть свою мать, я тебе покажу за это!»

Мать долгое время кормила Хуаниту грудью и носила на руках. Она переживала каждый шаг ребенка в направлении отграничения и собственной идентичности как преступление, которое стремилась предотвратить с яростью и отчаянием. Ее социальная изоляция и безучастность окружающей группы вела к тому, что Хуанита оставалась в полной зависимости от матери, которая хотела общаться с ней лишь на самом раннем уровне телесного контакта и кормить дочь «как голуби своих птенцов».

Пациентка воспринимала это симбиотическое затягивание со стороны матери, неспособной самой отграничить себя от ребенка, с сильнейшим страхом. В возрасте двух с половиной лет она видела свою шестимесячную сестру Луизу мертвой в кровати матери. Последняя рассказала ей позднее, что отец отравил сестру сладостями. Больная же боялась втайне, что мать задушила Луизу в кровати. Мать описывала сестричку, с одной стороны, как очаровательную маленькую беби, которая в противоположность Хуаните всегда была мила и довольна. С другой же стороны, она описывала Хуаните сестру также как монстра, волосатого по всему телу, с убегающим «лбом преступника». Поэтому Хуанита думала, что мать задушила ребенка из отвращения и отчаяния. Эти страхи усилились после рассказов бабушки, которая сказала внучке, что ее мать зарыла в навозной куче не одного своего внебрачного ребенка. Во всех этих воспоминаниях пациентки проявляется экзистенциальная угроза, воспринимавшаяся дочерью в садистически амбивалентном поведении матери.

Она была неспособна самостоятельно отграничить себя от матери, она воспринимала отделение от матери скорее с таким же страхом, как и близость ее, и отчаянно сопротивлялась этому, когда в возрасте 12 лет вынуждена была быть отделена от матери, когда та лечилась в больнице.

Лишь в 18 лет, после того как она сопровождала мать через серию хаотических жизненных ситуаций, в которых та постоянно оставляла ее в беде, Хуаните удалось покинуть мать и начать обучение в художественном училище. Рисование и живопись были единственным занятием, которое мать терпела и принимала без запрещающего вмешательства. Точно так же окружающие луга и леса детства пациентки были постоянно используемой возможностью сбегать от матери и остаться одной.

Пациентка могла присоединить посещение художественного училища к одному из немногих положительных впечатлений своего детства. В начальной школе она с большим изумлением и облегчением обнаружила, что ее учителя и одноклассники относились к ней не враждебно, а с пониманием и теплотой.

Она смогла закончить образование и вступить в лесбиански окрашенные отношения со своей сокурсницей. Однако расставание с матерью сильно ее отягощало. Мать, ставшая к тому времени рабочей, несколько раз навещала ее. Во время своих визитов мать устраивала ей бурные сцены, упрекая ее в том, что она бросила ее, обрекая на нищету.

Манифестация заболевания

Хуанита реагировала на эти встречи каждый раз с практически полной апатией, параличом побуждений и депрессивным чувством внутренней опустошенности.

Она все сильнее страдала от суицидных представлений и стала искать, наконец, помощь в психотерапии. Это помогло ей за счет теплоты и понимания терапевта сначала найти работу, утвердиться в ней и начать посещения вечерней школы. Усиливающийся материнский перенос на терапевта вызвал манифестацию шизофренической реакции параноидного типа, которая привела пациентку на лечение ко мне, поскольку терапевт мужского пола представлялся ей менее опасным.

Ход терапии

Смена терапевтов сама по себе стала важным шагом в ее терапии. Она испытала, как терапевт без упреков позволила ей покинуть ее, тем самым впервые интроецировав ей образ хорошей матери. С другой стороны, терапевт не уклонился от ее потребности в помощи, не наблюдал безучастно воспроизводящийся в терапии конфликт, как это делали дед и дядя.

Самостоятельная смена терапевта показала, что она сохранила здоровый, способный к действию компонент Я. На этот здоровый компонент Я должна была опереться терапия. При этом решающей терапевтической проблемой было, с одной стороны, принять симбиотически-психотический и одновременно деструктивно-амбивалентный перенос пациентки, с другой же – одновременно работать над тем, чтобы пациентка смогла бы выйти из симбиоза без чувства вины. Пациентка находилась в состоянии глубочайшей психотической регрессии, связанной со значительным нарушением или параличом важных функций Я. Задачей терапии не могло быть аналитическое разрешение архаических механизмов проекции и отрицания, с помощью которых она пыталась защититься от грозящей дезинтеграции ее личности. Ей предстояло скорее помочь в ходе восполняющего развития Я дифференцировать ее защитные механизмы и закрыть дыру в Я, ставшую вновь вирулентной в результате отделения от матери.

Поэтому техника свободных ассоциаций была противопоказанной для пациентки. Fromm-Richmann (1958) указала на то, что аналитическая интерпретация может быть успешна лишь когда отношения между терапевтом и пациентом являются позитивными и благожелательными в их аспектах реальности. Устойчивый терапевтический союз с психотически реагирующим пациентом может развиваться лишь очень медленно и постепенно, ибо «психотический перенос шизофренно реагирующего пациента характеризуется глубокой амбивалентностью и интенсивностью». Слишком поспешная интерпретация может очень легко разрушить позитивный аспект переноса и привести к углублению регрессии.

То обстоятельство, что решающий травматический опыт этой пациентки восходит к превербальной стадии развития Я, чрезвычайно затрудняло установление стабильного терапевтического союза. Архаические конфликты, манифестировавшие в отношениях переноса к терапевту, часто вряд ли могут быть высказаны словами, и аналитическая интерпретация архаических механизмов защиты поэтому будет восприниматься пациентом не как эмоциональное обращение, а как укор или отвергание.

Поэтому было необходимо установить терапевтическую ситуацию большой гибкости и разнообразия, которая бы позволила пациентке двигаться как можно свободнее и разнообразно сообщать о себе и воспринимать себя на невербальном уровне. В такой ситуации она могла воспринимать и удовлетворять свою потребность в близости к терапевту, обходя при этом связанные с каждым прямым контактом психотический страх и деструктивную защиту от него. То обстоятельство, что пациентка была художницей и своими нарисованными в психотическом состоянии картинами смогла принести в терапию впечатления и представления из своего превербального мира, дало мне уникальную возможность как для дифференцировки терапевтической ситуации, так и для наблюдения и контроля невербального терапевтического процесса.

Я видел пациентку дважды в неделю на терапевтических сеансах. При этом я отказался, как уже упоминалось, от формальной фиксации обстановки. Пациентка свободно передвигалась, ходила вокруг, садилась на стул, выходила на кухню, чтобы что-нибудь выпить, и т. д. Терапевтический разговор велся сначала преимущественно на уровне внешней реальности. Мы говорили о работе пациентки, ее жилье, квартирной хозяйке, финансовом положении и вечерней школе, которую она посещала.

Затем пациентка внесла в ситуацию свои картины, написанные в психотическом состоянии вне терапии. Эти картины вначале тоже не интерпретировались, а обсуждались лишь

как художественная продукция. Они имели при этом двойную функцию: для меня картины больной были сейсмографом, по которому я мог прямо определять, на каком уровне и отрезке терапевтического процесса мы находились. В состояниях глубокой регрессии с расплыванием границы Я пациентка рисовала «картины болота», мрачные тона в зыбких формах, в которых всегда возвращались угрожающие глаза матери.

Терапевта она изобразила в целой серии картин как каменного идола с неподвижным взором. Себя саму она рисовала чаще как маленькую голубую серну. («Пуглива как серна», – называли ее незнакомые, у которых она пыталась прятаться.) Такое изображение себя с помощью дегуманизированных форм типично для шизофренного переживания Я.

Тяжелые состояния кризиса нашли свое выражение в картинах, на которых отсутствовала всякая телесность. Монстры, составленные из диссоциированных частей тела, как когти, клювы, глаза и зубы, угрожали на этих картинах голубой серне, ее заколдовывал волшебник, представлявший терапевта.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.