



АНГИАНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ

Натан Шварц-Салант

Пограничная личность

Видение и исцеление



Натан Шварц-Салант
Пограничная личность.
Видение и исцеление
Серия «Юнгианская психология»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66247494

*Пограничная личность: Видение и исцеление / Шварц-Салант Н., Пер.
с англ. Н. А. Серебренниковой: Козито-Центр; Москва; 2016
ISBN 978-5-89353-319-4*

Аннотация

Одна из самых известных и часто цитируемых книг, написанных юнгианскими аналитиками, «Пограничная личность» Натана Шварц-Саланта посвящена работе с одной из наиболее сложных категорий пациентов, к которой автор подходит, используя все достижения глубинной психологии, как юнгианской, так и фрейдистской. Раскрыта специфика терапевтического использования тонких уровней восприятия – имагинального видения в переносе-контрпереносе, работы в поле аналитического третьего. Развивая юнговскую алхимическую метафору аналитического процесса, автор дает оригинальную интерпретацию известной серии рисунков из *Rosarium philosophorum* и показывает, какие глубинные проблемы приходится решать психике на пути воплощения.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Предисловие к русскому изданию	8
Благодарности	14
Введение	18
Глава 1	44
Введение	44
Конец ознакомительного фрагмента.	54

Натан Шварц-Салант

Пограничная личность: Видение и исцеление

Посвящается моим родителям, Эндрю Д. Буа и Айле Дж. Финн.

Огромную благодарность также выражаю Россу Вудману, Дэрилу Шарпу, Кэтрин Энн Скinner и всем, кто проходил у меня анализ



Nathan Schwartz-Salant

THE BORDERLINE PERSONALITY
Vision and Healing

В оформлении обложки использована картина Джексона Поллока, любезно предоставленная Джейн Смит.

Перевод с английского
Н. А. Серебrenниковой

© «Когито-Центр», 2010

Предисловие к русскому изданию

Я очень рад тому, что вижу свою книгу о пограничных личностях искусно переведенной на русский язык¹. Я также с удовольствием хочу добавить некоторые соображения к тексту этой книги, впервые опубликованной в 1989 г. С тех пор я опубликовал и другие работы, которые продолжают тему, начатую в этом исследовании: одна из них – «Мистерия человеческих отношений» (1998), посвященная алхимии. В другой книге – «Черная ночная рубашка» (2008), которая также переведена на русский язык, – я представил концепцию комплекса слияния (*fusional complex*).

Здесь я хотел бы высказать свою точку зрения на структуру пограничной личности, которая защищает от невыносимых переживаний при воздействии комплекса слияния. Содержание моей работы по алхимии также имеет отношение к пограничным процессам, особенно там, где я говорю об алхимической стадии нигредо, амплифицируя многое из того, что описано в настоящей книге. Но в этом предисловии я сфокусирую свое внимание на том, как комплекс слияния усиливает страдания пограничной личности.

Термин «пограничная личность» является крайне полезным с клинической точки зрения. Диагностика определен-

¹ Я благодарен моей жене Лидии Салант за такую оценку перевода.

ного поведения как «пограничного» и, при необходимости, определение пациента как пограничной личности может помочь самости аналитика выжить под влиянием чрезвычайно сложных полей взаимодействия с пациентом в аффективной сфере и в области безумия. Здесь превалирует глубокое расщепление, проективная идентификация, защитная идеализация, гнев и агрессия, которые не только влияют на других людей, но часто разрушительны и для самого пациента, особенно при наличии мощной психотической части личности. Но в основе пограничной личности мы обнаруживаем еще одну структуру – комплекс слияния. Понимание его природы дает нам возможность более успешного проведения терапевтического процесса.

Комплекс слияния – это такие условия, в которых человек чувствует себя притянутым к объекту очень мучительным способом, когда близость ощущается хаотичной и ни в коей мере не является позитивным союзом или состоянием взаиморастворенности. Напротив, здесь имеет место самоуничтожительная «прилипчивая» близость, магнетически притягательная, но существующая в условиях полной не-связанности. Эти противоположности являются карикатурой на здоровое слияние и межличностное дистанцирование, которые сосуществуют одновременно. При этом создаются условия, невыносимые для рационального мышления – быть связанным с кем-то запутанным и вязким образом и в то же время ощущать отсутствие связи (логически при этом состоянии А

= – А). Мало того, при отделении от такого состояния слияния происходит очень резкое усиление тревоги, как будто человек оказывается на грани падения в бездну или близок к психозу.

Состояния, которые мы определяем как «психогенный аутизм» и «шизоидное расстройство личности», являются защитами от комплекса слияния, когда он становится фиксированным патологическим состоянием, препятствующим нормальному доступу в мир пространства-времени. При этих расстройствах проблемы «решаются» путем ухода от контактов. У пограничной личности, вероятно, есть опыт неких позитивных переживаний в ранних объектных отношениях, и этот опыт зачастую позволяет развить множество нормальных и даже выдающихся черт характера. Однако, когда возникает травмирующее состояние, связанное с угрозой быть покинутым, активируются более глубокие уровни комплекса слияния и связанного с ним безумия. На это пограничная личность реагирует иллюзорным расщеплением объекта на абсолютно хорошую и абсолютно плохую части. Реальность искажается ради безопасности. Неистовая ярость пограничной личности является дальнейшей реакцией противостояния втягиванию в состояние слияния; аналогичную роль играет ярость при психозе.

Поля взаимодействия, с которыми мы часто сталкиваемся при работе с пограничными личностями, обычно очень мощно влияют на терапевта, который, в свою очередь, как пра-

вило, не говорит и не делает ничего такого, что может активировать негативные проекции пациента. Перед терапевтом стоит задача осознать собственную тенденцию к расщеплению, преодолеть ее и пытаться переживать пациента целостно. Это оказывается очень трудным, поскольку пограничная личность страдает оттого, что в своей внутренней душевной жизни ощущает себя омертвевшей, и в то же время связанной с трансцендентным уровнем Самости. Из-за этого пограничный человек может на глубинном уровне воспринимать души другого таким образом, что это знание оказывается для него страшным, безжалостным и оскорбительным разоблачением того, кто рядом с ним.

Таким образом, «видение» пограничного человека пугает, может быть, даже больше, чем его испепеляющий гнев, и задача терапевта – не позволить своей собственной душе «омертветь» в ходе контрпереносной реакции. Психотерапевт должен иметь мужество заботиться о своей собственной внутренней жизни и оставаться в контакте с ней перед лицом тех сил, что оживают внутри пациента, в частности, при активировании ранних травматических переживаний. Кроме того, принимая ответственность за свой внутренний мир, терапевт часто должен иметь смелость признать истинным то, что в нем «видит» пациент. Часто бывает, что внутренне отвергая эти ощущения как параноидные, терапевт говорит, например: «Да, возможно, нечто подобное имеет место, но все же я задаюсь вопросом: кто я сейчас для вас на самом

деле?» Такая реакция разрушает доверие пациента, который часто видит больше, чем терапевт сам про себя знает, то есть часто пациент осознает моменты, когда терапевт, по сути, лжет.

Нелегко принимать «видение» другого человека, ибо трудно поверить, что не станешь жертвой опасного состояния слияния, и, фактически, эта вера возможна только в том случае, если терапевт заботится о собственной душе больше, чем об исцелении пациента. В свою очередь, это означает, что в случае необходимости терапевт готов к потере пациента. Терапевт должен смотреть в лицо своему страху быть покинутым и, тем самым, контейнировать его. В определенном смысле это относится к глубинной психотерапии в целом, но именно с пограничным пациентом каждую сессию особенно необходимо воспринимать в некотором роде не только как первую, но и как, возможно, последнюю.

Осознание комплекса слияния как структуры, определяющей переживания человека, помогает терапевту в его способности видеть в пациенте прежде всего страдающую душу, а не только «трудного пациента». Нужно понимать природу этого страдания, особенно ужас существования человека, увязшего в слиянии, и быть способным замечать такие состояния в собственном бытии.

В клинической литературе состояние слияния, как правило, не обозначается как основной элемент пограничной личности. Но понимание глубины реакций на поля слияния

также важно для постижения страдания пациента. Если мы не делаем этого, то будем в нашей клинической работе иметь дело лишь с тем, как эго искажает и отрицает реальность, и с тем, как отыгрывается депрессия покинутости. Это по-своему тоже необходимо и трудно, но такой подход вряд ли будет проявлением заботы о внутренней жизни души.

Натан Шварц-Салант

декабрь 2009 г.

Благодарности

Конечно, невежество никогда не будет приветствоваться, однако зачастую недостаточно самых глубоких знаний. Поэтому не должно проходить ни дня, чтобы психотерапевт со смирением не говорил себе, что он еще только стоит на пороге храма знаний.
C. G. Jung, 1946, par. 464.

Своим пониманием психологических особенностей «трудного пациента» я обязан многим людям, внесшим бесценный вклад в развитие моих представлений, и теперь для меня большое удовольствие – выразить признательность некоторым из них за помощь, заботу и знания.

Постоянным источником идей и вдохновения были для меня работы К. Г. Юнга. О юнгианском подходе к психике можно сказать многое, но все это будет бессмысленным, если не принимать во внимание ту *установку*, которой придерживался Юнг: психика не сводится к личному. Гений Юнга заключался в понимании того, что архетипические паттерны проявляются даже в тех событиях, которые кажутся совершенно обыденными. Умение обнаруживать дух в материальном очень важно при взаимодействии с пограничной личностью.

Мне очень приятно выразить признательность моему дру-

гу Майклу Эйджену за его вклад и его работы. Его понимание безумия и самости, так же как и трактовки идей Биона и Винникотта, были очень важны для меня. Есть и другие труды, которые оказались крайне полезны. Работы Мелани Кляйн обязательны для любого, кто пытается постичь пограничную личность. В числе тех, кто помог мне разобраться в тонкостях кляйнианской концепции депрессивной позиции, я хотел бы особо отметить моего друга, покойного Генри Элькина. Этому довольно экстравагантному человеку, всегда придерживавшемуся независимой позиции, я благодарен за дискуссии, которые направляли и питали меня.

В контексте понимания раннего детства я хотел бы упомянуть работы Майкла Фордхама и мои беседы с ним на конференции 1984 г. в «Ghost Ranch». Другие аналитики Лондонской школы аналитической психологии также давали мне пищу для рефлексии и вдохновляли на свои собственные изыскания. Я хотел бы подчеркнуть важность работы Розмари Гордон и Джудит Хаббак, и выразить особую признательность за сотрудничество и дружбу Эндрю Сэмюелсу, который всегда был открыт для общения и делился своими знаниями.

Важным и постоянным источником материалов и рефлексии для меня были ежегодные конференции в «Chost Ranch» в Абики, штат Нью-Мексико. На них я представил несколько докладов, которые в виде статей были опубликованы в «Chiron Clinical Series», содержащей материалы этих конфе-

ренций. Эти статьи были дополнены в ходе обсуждений, всех участников, которых я хотел бы поблагодарить за ценный вклад, и усовершенствованы в результате дискуссий с Мюрреем Стайном, моим другом и соредактором «Chiron Clinical Series». Наша многолетняя совместная работа служила для меня источником вдохновения и очень повлияла на эту книгу. Я также хочу поблагодарить Лену Росс за помощь в работе над «*Золотым ослом*» Апулея, и особенно над историей Купидона и Психеи.

Я уделил особое внимание редактированию этой книги, чтобы сделать свои мысли более ясными и понятными. В этом мне помогали два редактора. Я чрезвычайно благодарен Флоренс Фальк за ее интерес к моей работе и те усилия, которые она приложила, чтобы побудить меня упорядочить ту путаницу, которая имела место в неотредактированном тексте. Затем книга прошла через то, что, как я думал, окажется просто подготовкой для сдачи рукописи в печать, а оказалось полноценным вторым редактированием, на сей раз силами Джиннин Брэдли. Ее редакторское мастерство, понимание и знание моей работы были чрезвычайно важны для меня.

Эта книга создавалась на протяжении пяти лет. Огромную помощь оказала мне моя жена Лидия, делаясь своими впечатлениями и предлагая идеи. Я очень благодарен ей за любовь и поддержку.

Я в долгу у Джейн Смит, которая любезно позволила ис-

пользовать картину Джексона Поллока для обложки этой книги. В работах Поллока запечатлена расщепленная самость, присутствующая в каждом из нас, и особенно точно отражено расщепление на структурном уровне, подрывающее пограничную личность. Я также хотел бы выразить благодарность Дугу Олсону, познакомившему меня с Джейн Смит и предложившему использовать «двойную голову» для обложки этой книги.

И в заключение я хочу выразить самую важную для меня благодарность: эту книгу невозможно было написать без помощи многих моих пациентов. Под «помощью» я подразумеваю не только разрешение использовать их материал, но и – что намного более важно – то, чему я научился в ходе работы с ними. Им я обязан всем, что я знаю о пограничном пациенте, и я надеюсь, что эта книга станет доказательством моего уважения к тайне и глубине их страдания.

Введение

Невроз теснейшим образом связан с проблемой эпохи и представляет собой, собственно, неудавшуюся попытку индивида в себе самом разрешить общую проблему.

C. G. Jung, 1942a, par. 18²

Термин «пограничное состояние» (*borderline*) описывает специфический психологический синдром. Общеизвестно, что этот термин впервые введен в психоаналитическую литературу в статье Адольфа Стерна «Психоаналитическое исследование и терапия пограничной группы неврозов» (1938). В ней Стерн описал группу пациентов, демонстрировавших явное сопротивление психоаналитическому лечению, которых он рассматривал как крайне нарциссичных. Они страдали, по его словам, от «психического кровотечения». Кроме того, психическая травма вызвала у этих пациентов эмоциональный паралич, они демонстрировали ригидность разума и тела, неуверенность, часто мазохизм, и страдали от глубоко укорененного чувства неполноценности. В работе Стерна сформулировано понятие пограничного синдрома, который не является ни невротическим, ни психотическим, и вместе с тем несет в себе характерные чер-

² Цит. по: Юнг К. Г. О психологии бессознательного // Психология бессознательного. М.: Канон, 1997. С. 48.

ты и того, и другого. В процессе научного осмысления этого синдрома предлагались и другие термины для описания состояния таких «трудных пациентов», среди которых – «амбулаторная шизофрения» (Zilboorg, 1941), «скрытый психоз» (Bychowski, 1953) и «псевдоневротическая шизофрения» (Hoch, Cattell, 1959).

Психологическая литература (особенно за последние тридцать лет) переполнена описаниями пациентов, чьи симптомы и поведение варьируются от навязчивых или истерических состояний до психотических тревог и защит, но наряду с этим имеются и периоды рационального, «нормального» поведения. Действительно, состояния таких пациентов, по-видимому, столь переменчивы, что понятие «пограничный» можно легко применить к любому человеку, психический статус которого с трудом поддается классификации и не вписывается в установленные психиатрические категории неврозов или психозов. Это уязвимое место в использовании термина побудило Роберта Найта (Knight, 1953) к критике понятия «пограничное расстройство»: «диагноз – мусорное ведро». Даже теперь диагноз «пограничное расстройство» часто ставится «от противного», после того как другие возможности были исчерпаны. Однако эти трудности не отрицают того факта, что такая категория существует; пациенты с пограничным расстройством личности действительно демонстрируют специфические симптомы и поведение, которые особенно сильно воздействуют на психику терапевта. К

настоящему времени термин «пограничное состояние» стал в психоаналитической литературе общепринятым.

Большинство пограничных пациентов живут так, чтобы избежать сильной психической боли вследствие покинутости, и для этого они используют такие психотические механизмы, как защитная идеализация, расщепление, отрицание и обсессивно-компульсивная активность или, напротив, становятся инертными. Эти психические механизмы заменяют им нормально функционирующую самость, которая является основным организатором психической жизни.

Самость – центр саморегуляции психики. Она гармонизирует противоположности, такие как порядок/беспорядок, слияние/сепарация, прогрессия/регрессия, любовь/ненависть, разум/тело. Юнг пишет:

Бессознательное действительно выдвигает сбивающее с толку обилие аналогий этой непонятной штуки, которую мы называем мандала или «Самость». Это аналогично тому, как если бы мы были готовы витать в бессознательном древнем алхимическом сне и нагромождать новые симптомы поверх старых, чтобы узнать, наконец, так же много или так же мало, как и сами древние. Я не буду преувеличивать значение *lapis* для наших праотцев, а также значение мандалы для ламаистов и тантристов, ацтеков и индейцев пуэбло, «золотого шарика» для даосов и «золотого семени» для индусов. Нам известен текст, который дает живое объяснение этому. Но что обозначает бессмысленная

настойчивость бессознательного, являющего туманный символизм просвещенному европейцу? <...>

С этой точки зрения все может быть сгруппировано общей концепцией «мандалы», выражающей сущность некоторого рода *позиции*. Известные позиции сознания имеют определенные цели и устремления. Но отношение человека к Самости – единственное, не имеющее определенной цели и видимого стремления... Достаточно легко сказать «Самость», но что же это значит? Это продолжает скрываться в «метафизической» темноте. Я могу определить «Самость» как единство сознательных и бессознательных процессов, но это выше нашего понимания; это настоящий *lapis invisibilitatis*. Раз существует бессознательное, а его существование, по крайней мере, постулат, то никто не может предположить его возможное содержание. Всеобщность доступна изучению только частями, и лишь в той мере, в какой они являются содержаниями сознательного... Правда, эта концепция [самость] устойчиво проясняется с опытом – как показывают наши сны – впрочем, без какой-либо потери своей трансцендентности. Поскольку мы не можем знать границы чего-то неизвестного, мы, следовательно, не в состоянии устанавливать любые границы Самости. Эмпирическая манифестация бессознательного несет в себе признаки чего-то неограниченного, чего-то, не определяемого временем и пространством. Это нуминозное качество, и оно тревожит, особенно

осторожный ум, который знает цену лишь точно ограниченным концепциям.

Все, что может быть выяснено о символизме мандалы³, отражает автономный психический факт, характеризуемый феноменологией, которая всегда повторяет себя и повсюду одинаково. Она, как понятие, должна представлять собой нечто вроде автономного ядра, о внутренней структуре и конечном значении которого мы ничего не знаем (Jung, 1953a, par. 247–249)⁴.

Очевидно, самость не может быть мертвой или полностью отсутствовать, но у пограничной личности она кажется таковой. Есть способы, при помощи которых мы можем обнаружить глубоко бессознательное функционирование самости: например, она проявляется в сновидениях, изображающих мучения пограничного пациента и в то же время – пути исцеления. Но при всей имманентности самости, т. е. существовании в пространственно-временных границах жизни эго, ее упорядочивающая сила оказывается подавлена мощными влечениями и навязчивыми состояниями, т. е. более темными аспектами бытия.

Имманентная самость пограничной личности инкапсулирована в психотическом процессе. *Следовательно, суще-*

³ Шварц-Салант вставляет вместо слова «мандала» [*the self*] – Самость. – Прим. ред.

⁴ Цит. по: Юнг К. Г. Психология и алхимия / Пер. с англ. М.: Рефлбук, Киев.: Ваклер, 2003.

ственно то, что такой человек страдает от глубоко укорененного страха быть покинутым, не находя материальных или духовных способов освободиться от него. По этой причине терапевт должен обнаруживать психотические и искажающие действительность фантазии и поведенческие модели пациента и противостоять им.

Связь между самостью как позитивной силой и темными разрушительными свойствами психики порождает важный вопрос. Если самость инкапсулирована внутри темных аспектов бытия или захвачена ими, должны ли мы считать эти более темные аспекты частью самости? Ответ – важно подходить к этому именно так (Jung, 1953a, par. 25), поскольку *сознательная установка* врача по отношению к самости является решающей для ее потенциального возрождения в позитивной форме. Если мы недооцениваем психотические механизмы пограничного пациента и рассматриваем их как нечто, что должно быть подавлено или изменено, вместо того, чтобы признать и активно исследовать их вопреки множеству защит, отрицающих боль, то мы потеряем самость и, в лучшем случае, получим эго с развитой способностью к вытеснению. Религиозный вопрос также важен: воля самости, проявляющаяся через сновидения и фантазии, является слишком слабой, чтобы воплотиться в действии в реальном пространстве и времени. Акт веры со стороны терапевта необходим, если он хочет помочь человеку принять свое безумие, а не сбежать от него, поскольку пограничная лич-

ность может представить себе только опасности перемен, а не их плюсы, и переживает капитуляцию перед ними как падение в пустоту или безумие, откуда нет возврата.

Многие наблюдаемые особенности пограничной личности развиваются из-за недостаточного функционирования самости и вследствие психотического процесса, в котором самость инкапсулирована. Например, клиницист Л. Гринберг пишет:

Из ярких особенностей пограничных пациентов, описанных в психоаналитической литературе... лично я наблюдал следующие: господство «психотической части личности»; непереносимость фрустрации; преобладание агрессивных импульсов; использование патологического расщепления, нарциссических идентификаций, фантазий о всемогуществе и всеведении, а также идеализации в качестве центральных защитных процессов; нарушения идентичности; состояния диффузной тревоги; нарушение контакта с реальностью, хотя и без полной утраты связи с ней; временная потеря контроля над импульсами, с тенденцией к отыгрыванию вовне; преобладание примитивных объектных отношений; депрессия и крайне инфантильная зависимость от объектов; превалирование пре-генитальных конфликтов и тенденция к развитию психоза переноса, вплоть до угрозы кратковременных психотических срывов (1977, р. 123).

Конечно, я тоже наблюдал эти особенности; но важнее, я считаю, подчеркнуть другой фактор, ключевой для воплощения самости, обычно игнорируемый в психоаналитической литературе: пограничная личность отщеплена от имагинального восприятия и отрицает его – воображение оказывается для нее или недоступным, или преследующим. Множество клинических примеров в этой работе иллюстрируют различные проявления видения пограничных пациентов, которое отщеплено от их нормального сознания; при помощи этого видения пациент пристально изучает терапевта в ходе сессии, и страдает, если оно отсутствует. Оно берет свое начало в способности воображения точно воспринимать бессознательные процессы, и раскрытие этой способности – существенный элемент при восстановлении функционального значения самости. Способность терапевта *видеть* пациента через призму воображения – например, ощущать отщепленного и запуганного ребенка, исследующего окружение из-под прикрытия эго-защит – оказывается сосудом, контейнирующим психотический материал, который иначе мог бы привести к неуправляемому бредовому переносу.

Имагинальный процесс обеспечивает способность точно воспринимать эмоциональные состояния и установки других людей, – способность, присущую каждому человеку и, вероятно, функционирующую с рождения. Она присутствует как в психической, так и в физической жизни наряду с кинестетическим опытом, чувствами и мышлением. Этот способ

восприятия включает в себя придание внутренним образам внешней формы (Corbin, 1969, p. 218 и далее) и дает возможность обнаружения того, о чем человек обычно предпочел бы не знать. Кроме того, клинически засвидетельствовано и бесспорно доказано, что пациент может бессознательно воспринимать сознательные и бессознательные установки терапевта. Широко известно, например, что сновидения пациента могут точно отображать определенные аспекты поведения и даже бессознательных фантазий терапевта о пациенте.

Один пациент вспомнил такой эпизод из своего раннего детства: «Я видел, как моя мать стоит в задумчивости, но я также заметил в ней еще чье-то присутствие – ушедшего в себя человека, полного ненависти. Как только я понял это, я осознал, что мать, которую я знал, была похожа на машину, разыгрывающую роль, от которой она была полностью отделена. Я *увидел* это и испугался, потому что знал, что не должен был этого видеть». Имагинальный мир ребенка – вселенная образов. Это мир видения, когда-то высоко развитого в традиционных обществах и в шаманских практиках, и которое живо в детстве, потому что ребенок близок к миру архетипических образов. Но, как правило, ребенок скорее откажется от этого глубокого способа понимания, чем впустит в свое сознание то, как его или ее ненавидят за каждую попытку индивидуации. В таких условиях дар видения превращается в демоническую форму восприятия, которая будет атаковать позитивные аспекты личности и тех, с кем он

или она взаимодействует.

Терапевт, решивший вернуть пациенту имагинальный способ восприятия, не может позволить себе не обращать внимания на искажения действительности, от которых страдает пограничная личность. (Психоаналитическая литература на эту тему, а также дающая общее представление о пограничном пациенте, неисчерпаема; см. например: Frosch, 1964; Giovacchini, 1979; Green, 1975, 1977; Grinberg, 1977; Grotstein, 1979; Kernberg, 1975, 1984; Masterson, 1976, 1981; Meissner, 1984; Kinsley, 1982; Winnicott, 1971). Когда мы имеем дело с пограничным пациентом, мир которого расщеплен (например, на иллюзорные «хорошие» и «плохие» объекты), наши попытки воссоединить его с имагинальной реальностью приведут лишь к скрытой инфляции и подкрепят бредовое восприятие реальности.

Психоаналитическая литература описывает пограничного пациента в терминах психотических и невротических механизмов. Такой подход полезен тем, что указывает нам на необходимость обратить внимание на беспомощную часть личности, запутавшуюся в психотических процессах – независимо от того, насколько успешны такие пациенты в повседневной жизни за счет своих обсессивных механизмов. В этой работе, однако, я утверждаю, что попыток понять феноменологию пограничной личности исключительно в терминах психотических и/или невротических механизмов недостаточно для полного осмысления этого расстройства. Фран-

дуцкий психоаналитик Андре Грин предложил идею о том, что «пограничная» категория специфична (Green, 1977, p. 17), и что для ее определения может потребоваться модель, не основанная на психозе или неврозе. Я уверенно поддерживаю такую точку зрения.

Пограничные состояния существуют в пространстве или в поле взаимодействия, уникальные особенности которого трудно уловить. Это поле можно охарактеризовать через понятие лиминальности (*liminality*), которое антрополог Виктор Тернер (Turner, 1974) использовал для описания ритуальных практик. В ходе ритуала неопит переходит из привычного мира, существующего в пространстве и времени, через порог (*limen*) в сферу опыта, обычно вытесняемого и недоступного повседневному сознанию. Затем он или она возвращается к темпоральности (и нормальности), получив опыт взаимодействия с этой атемпоральной (*вневременной*) сферой. Лиминальные переживания несут в себе чрезвычайно мощные архетипические силы. Лиминальные ритуалы вращаются вокруг первичных символов и символических действий, «которые предназначены пробуждать *gross quantum*⁵ аффектов – в том числе недозволенных – чтобы в следующей фазе большого ритуала связать эти аффекты, лишённые моральных свойств, с приемлемыми и одобряемыми целями и ценностями» (Turner, 1974, p. 257).

Мы могли бы описать пограничную личность как «за-

⁵ Огромную массу (*лат.*).

стрывшую» в лиминальном переходе, в состоянии, описанном Тернером как *лиминоидное*, в котором «*gross quantum* аффектов» высвобожден, но не прошел качественного обновления – создания «одобряемых целей и ценностей» не произошло. Обновляющие свойства лиминального ритуала объясняются тем, что они исходят из архетипического источника. Но в случае пограничного состояния архетипическое свойство обновления сочетается самым запутанным образом с индивидуально наработанными психическими структурами. Такое слияние происходит потому, что эго пациента колеблется между различными частями его психического материала: 1) отщепленными комплексами крайне негативных аффектов; 2) интроектами неосознаваемых родительских качеств и 3) чувственными состояниями не-присутствия, связанными с неудачами при переходе от одной стадии развития к другой. Эти колебания порождают ситуацию, когда ощущение всемогущества чередуется с глубоким ощущением неполноценности. Цель терапии пограничных пациентов состоит не в том, чтобы вытеснить эти психические состояния, но найти подход, который позволит задействовать обновляющий потенциал архетипов, лежащих в основе их общего состояния.

Если терапевт намерен задействовать обновляющий потенциал, заключенный в пограничных состояниях, нужно принять во внимание характер поля взаимодействия, возникающего при работе с пограничным пациентом. Такое стрем-

ление приводит нас на территорию алхимической мысли, возрожденной в замечательных исследованиях К. Г. Юнга, в частности, в работе «Психологии переноса» (Jung, 1946), входящей в корпус трудов, который завершает его *opus magnum*⁶ – *Mysterium Coniunctionis* (1955). Символические основания алхимии дают нам средства, с помощью которых мы начинаем понимать значение и суть пограничных переживаний. Подход Юнга к алхимической символике может быть сфокусирован на поле взаимодействия. Эта плодородная сфера, видимая только глазу воображения, констеллируется в процессе переноса и контрпереноса, и наблюдение за этим процессом – существенная часть моего подхода.

Ключевым является вопрос о *локусе* этих неуловимых энергетических полей; наша неспособность локализовать их в пределах нашего нормального пространственно-временного восприятия приводит к возрождению древнего понятия *тонкого тела*. Это понятие, являющееся основополагающим для алхимического мышления, относится к переживаниям, которые нельзя назвать ни физическими, ни ментальными, но принадлежащими к обеим этим сферам. Кроме того, концепция тонкого тела неразрывно связана с алхимическим представлением о воображении (лат. *imaginatio*), которое считалось имеющим и психическую, и материальную природу. Мы ощущаем на себе действенность воображения в процессе проективной идентификации, при котором бес-

⁶ Дело жизни (лат.).

сознательные части одного человека ощущаются другим как проникающие и влияющие на него. Тонкое тело – сфера, через которую передаются и трансформируются проекции; эти процессы могут быть восприняты при помощи воображения, однако рациональным способом их обычно нельзя обнаружить.

Концепция тонкого тела во многом сходна с идеей Винникотта о переходном, или потенциальном, пространстве, но является более полной, так как описывает сферу, в которой протекают специфические процессы, становящиеся доступными для восприятия в воображении, когда приходит в действие процесс переноса-контрпереноса. В некотором смысле эти процессы раскрывают существование комплекса, который управляет бессознательным и терапевта, и пациента. Обнаружение бессознательных факторов взаимодействия является фокусом моего подхода к трансформированию структур и энергий, с которыми мы сталкиваемся при пограничных состояниях сознания.

Поскольку эти психические энергии могут вызывать сильную тревогу, неудивительно, что многие терапевты, работающие с пограничными пациентами, иногда начинают искать убежище в концептуальных схемах, обещающих безопасность при условии контроля над собственными аффектами. Терапевт пытается найти опору перед лицом интенсивных аффектов ненависти, гнева, голода и зависти, вместо того чтобы естественным образом пережить их. Кроме

того, зачастую он будет избегать соприкосновения с хаосом и признания болезненного отсутствия эмоционального контакта с пациентом. Диагностирование клиницистом пациента как «пограничного» часто оказывается своего рода словесной магией, защитным средством, призванным лишить этого «трудного пациента» силы и подчинить его.

За прошедшие тридцать лет существенно увеличилось количество публикаций о пограничных пациентах, в которых предлагаются различные модели внутренней структуры этого личностного расстройства и причин, его вызывающих. Хотя подходы к работе с пограничным пациентом очень разнятся (Meissner, 1984), у терапевтов все еще сохраняется тенденция придерживаться «научной позиции» и пытаться упорядочить феноменологию состояния, которое мы называем пограничным. Эта «научная позиция» предполагает рационально-дискурсивный подход, согласно которому пограничная личность рассматривается как совокупность невротических и психотических механизмов, формирующихся вследствие блокировки процесса индивидуации в раннем детстве. Например, многие клиницисты придерживаются концепции индивидуации в младенчестве Маргарет Малер и рассматривают пограничное состояние как результат того, что не пройдена подфаза сепарации-воссоединения, которая соответствует возрасту примерно 15–22 месяцев (Mahler, 1980). Кляйниански ориентированные терапевты рассматривают пограничное состояние как следствие

неудачного вступления в депрессивную позицию и непрохождения через эту фазу; они полагают, что человек, страдающий от этого состояния, постоянно подвержен влиянию преследующих аффектов, характерных для параноидно-шизоидной позиции (Segal, 1980). Отто Кернберг (Kernberg, 1975, 1984) комбинирует кляйнианский подход, теории развития и подход Эдит Якобсен (Jacobsen, 1964) к эго-психологии. Уильям Мейсснер, учитывая ограничения существующих моделей пограничной личности, комбинирует малеровскую концепцию с такими идеями, как семейные паттерны, генетические факторы и нарушения привязанностей на втором – третьем году жизни (Meissner, 1984). Правильное представление о последствиях дефицита привязанности в раннем возрасте, к которому привлекли внимание эти клиницисты, является ключевым для понимания пограничного состояния; и в самом деле, нужно внимательно рассматривать события первых месяцев жизни. Упомянутые выше подходы представляют определенную ценность и могут быть использованы, однако они ограничены в своих возможностях. Необходим другой, дополнительный подход – феноменология, столь четко сформулированная в рационально-дискурсивном ключе, должна быть помещена в контекст архетипического понимания, которое включает в себя символическое значение термина «пограничный».

«Символ, – говорит Юнг, – представляет собой лучшую формулировку малоизвестного» (1920, par. 815):

Что есть символ, что нет, – это зависит прежде всего от *установки* рассматривающего сознания, например, рассудка, который рассматривает данное обстоятельство не просто как таковое, но, сверх того, и как выражение чего-то неизвестного. Поэтому весьма возможно, что кто-нибудь создает такое обстоятельство, которое для его воззрения совсем не кажется символическим, но может представиться таковым сознанию другого человека. Точно так же возможно и обратное (Jung, 1920, par. 818)⁷.

Когда терапевты говорят о пограничном состоянии, часто это понятие неявно используется как символ определенных иррациональных состояний бытия, которые не могут быть исчерпывающе оценены в терминах, известных сознанию. Рациональное понимание сильных трансферентных переживаний, часто возникающих у терапевта при работе с пограничными пациентами, не охватывает в достаточной мере истинную природу этого опыта. Динамику переноса-контрпереноса нельзя осмыслить без четкого понимания того, как тонкое тело переживается в поле взаимодействия. Терапевт должен быть в состоянии осознавать тонкие состояния сознания. Эти состояния не могут быть дифференцированы на ментальные и физические, но почти осязаемо содержат в себе оба компонента; переживания на уровне тонкого те-

⁷ Цит. по: Юнг К. Г. Психологические типы. СПб.-М.: Ювента – Прогресс-Универс, 1995. С. 557.

ла являются ядром пограничного процесса. В пределах полей взаимодействия, констеллирующихся в ходе психотерапии, можно выделить различные свойства тонкого тела. Эти свойства, проливающие свет на пограничное состояние, Юнг рассматривает в своих работах по алхимической символике.

Символический аспект термина «пограничный» происходит из того факта, что в работе с пограничной личностью возникают состояния, которые колеблются на границе между индивидуальным и архетипическим так, что аспекты того и другого переплетаются, и часто – причудливым образом. Итак, терапевту приходится иметь дело с иррациональными элементами, которые существуют не только в пациенте, но и в нем самом. Эти состояния сознания, казалось бы, можно объяснить в терминах комплексов пациента или терапевта, однако факт остается фактом: поле взаимодействия может вызывать состояния слияния или холодной отстраненности, препятствующие эмпатическому пониманию. Альтернативой этому могут быть состояния союза, которые выходят за пределы полярности процессов слияния/сепарации. Ни одно из этих психических состояний не может быть сведено только лишь к индивидуальным аспектам терапевта или пациента.

Это движение между индивидуальными и архетипическими уровнями является принципиально важным: пограничное расстройство может быть частично интерпретировано в терминах конструкторов теорий развития и концепций внут-

ренней структуры подходов объектных отношений, однако на самом деле состояния, которые вынужденно переживаются в общем поле взаимодействия, не могут быть исчерпывающим образом описаны с позиций этих подходов. Напротив, терапевт вступил в ту область, которая лучше всего воспринимается при символической установке. Психика пограничной личности индуцирует проникновение в области, которые нелегко распознать и которые обычно избегаются, – в сферы хаоса, без которого невозможно человеческое обновление.

«Граница» присутствует в мифах многих культур. Это область психики, где нарушается ориентация эго и констеллируются мощные силы, которые эго слабо контролирует. На древних картах иногда познанный мир изображается окруженным клубами тумана и морскими змеями. Эти символические образы – одновременно и выражение страха и трепета человечества перед встречей с неизвестным, и попытки очертить и определить известное. В древнем Египте Эфиопия считалась пограничной территорией, т. е. областью, населенной людьми, которые могли контролировать опасные силы и были адептами черной магии. Египтяне понимали важность демонических существ, которые бушевали в «пограничной зоне» и вызывали страх и замешательство. Фактически, они инициировали процессы на «границе» ради возрождения Осириса, несмотря на то, что именно эти «пограничные» процессы разрушали основы жизни и поряд-

ка. Поскольку в рамках переходного обряда человек сталкивается ради обновления с самыми опасными силами, разрушающими порядок, египтяне попытались вплести эти силы в ткань своей мифологии, таким образом признавая, что демоническое не должно быть полностью отделено от повседневной жизни.

В египетской мифологии центральная четверица богов включает позитивную мать – богиню Исиду, ее супруга – милостивого царя Осириса, ее сестру Нефтиду (ассоциирующуюся с эфиопской царицей Асо) с супругом Сетом – демоническим антагонистом Осириса. Египетская мифология может с успехом служить моделью пограничных состояний: параноидное Око бродит по вселенной; позитивная Великая Мать Исида становится партнером главного демона Сета в битве против собственного сына Гора; баталии между Гором и Сетом приводят к тому, что Сет вырывает око у Гора, а Гор лишает Сета тестикул. Мы можем сказать, что их битва символически отражает то, что часто происходит в терапевтической ситуации, когда внутри поля взаимодействия с пограничным пациентом под властью проективной идентификации способность терапевта к имагинальному видению и эмпатии уменьшается; в результате происходит «атака» на пациента, его кастрация за то, что он «был столь негативным».

Наиболее впечатляющая фигура египетской мифологии, Осирис, является мертвым богом, но это не значит, что он – бог мертвых. Беспомощный и инертный, он лежит в Ниж-

нем мире в ожидании искупления (Rundle Clark, 1959). Осирис кажется защищенным в своем мазохистском уединении; он лежит неподвижно, обвитый змеем, атакующим его, если он осмеливается приподняться. Этот образ отражает переживания пограничного пациента, само существование которого оказывается под угрозой при малейшей попытке индивидуации. Напряжение древнеегипетского ритуала искупления Осириса, его девятидневных мучительных страданий, отражает огромные затраты энергии терапевта при работе с пограничным пациентом⁸.

Но египтяне не создали бы одну из самых значительных цивилизаций в мировой истории, если бы были нацией пограничных личностей. Напротив, они обладали талантом интегрировать такие пограничные состояния в свое культурное сознание. Они были способны осознать парадоксальную обновляющую природу тех состояний сознания, которые выглядят наиболее разрушительными. В работе с пограничной личностью большинство терапевтических рычагов мы получаем благодаря реакциям контрпереноса – реакциям, которые влекут за границу, в прежде заблокированные области

⁸ Для понимания пограничных состояний сознания нет необходимости быть знатоком египетской мифологии, хотя я и предпочитаю обращаться к ней вслед за Юнгом. Конечно, можно привлечь и другие мифы, и большое количество литературных источников, чтобы описать пограничную личность в архетипическом контексте. Ранее я уже упоминал о важности алхимической символики. Стоит также вспомнить о значимости границы в шекспировском «Отелло», а в романе Апулея «Золотой осел» Люций, главный герой, обладает многими чертами пограничной личности (см. главу 7).

хаоса. Но исходное условие терапии состоит в способности видеть эти условия в более широком контексте, не только как симптомы неудачных попыток индивидуации, а скорее как фрагменты психической и мифологической структуры, которая не была реализована во всей полноте.

Юнг говорил, что невротическая личность страдает от основной проблемы своего времени (Jung, 1942a, par. 18). Возможно, что союз двоих людей и процессы, которые его сопровождают – на алхимическом языке, *coniunctio* – могут быть отражением новой архетипической формы, появляющейся в коллективном бессознательном. Пограничные пациенты – люди, которые страдают от мучительной неспособности воплотить этот принцип союза. Страдание пограничного пациента может быть понято в терминах архетипических процессов, которые были фрагментированы: пациент переживает темные, разрушительные аспекты *coniunctio*, а его упорядочивающие и живительные свойства оказываются исключены.

Во время египетского праздника Сед происходила борьба между силами порядка и беспорядка, представленными Сетом и Гором, после чего следовали торжества в честь *hierogamos*, священного брака между фараоном и царицей, который символизировал брак Исиды и Осириса. Точно так же за внешне разрушительными пограничными состояниями сознания скрыт новый порядок; этот порядок появляется из хаоса и принимает форму *coniunctio*. Опыт *coniunctio* может

быть получен в пределах имагинальной сферы тонкого тела. В то время как темные разрушительные аспекты, относящиеся к *coniunctio*, доминируют при пограничном состоянии и в процессе работы с ним, терапевтическое осознание того, что мы имеем дело с более масштабным архетипическим паттерном, является решающим в терапии пограничных пациентов. Дезорганизующие аффекты тревоги, гнева или паники и связанное с ними ощущение бессмысленности могут быть ослаблены, если терапевт займет героическую позицию, которая иногда необходима, но героический образ действий препятствует пониманию цели и смысла страдания пограничного пациента. Подход к пониманию пограничных состояний, при котором тело, воображение и состояние единения ценятся наравне с рационально-дискурсивными подходами или даже больше, может преобразовать это страдание в значимый паттерн.

Используя в этой работе термин «пограничный», я с благодарностью принимаю предшествующие психоаналитические разработки и исхожу из этих моделей. Но символическое понимание этого термина также необходимо; этот подход позволяет проникнуть в области, которые невозможно полностью охватить рациональными средствами. Следовательно, в этой работе понятие «пограничного» следует понимать как гибрид символических и рационально-дискурсивных подходов.

Архетипические содержания обладают характерным ка-

чеством, которое Юнг, вслед за Рудольфом Отто, назвал нуминозным. *Numinosum*⁹, как в своих позитивных, так и в негативных формах, создает исключительные трудности для пограничного пациента. Этот объект, обладающий качеством нуминозности, является ядром любого религиозного опыта, и для него характерны и возвышенные, и демонические свойства; он связан с динамикой, неподвластной сознательному волевому контролю. *Numinosum* захватывает любого, и хотя мы надеемся на всевозможные рациональные способы ослабления его влияния на нас, это не отменяет того факта, что он составляет ядро наиболее важных переживаний человека. Функция религиозных систем, как показал Г. Шолем (1946), состоит в том, чтобы отделять человечество от *numinosum*, энергия которого часто рассматривается как источник слишком большой опасности. Психоаналитическая концепция первичного процесса не дает возможности осознать истинную природу *numinosum*, которая часто проявляется через эмоциональное затопление и архаичные образы. В рамках концепции первичного процесса также не признается трансформирующая сила *numinosum*. Юнг, однако, говорил, что на *numinosum* основывается весь его подход к исцелению (Letter, 8 August, 1945). Он имел в виду, что энергии и структуры архетипов несут в себе мощный обновляющий потенциал, и что имагинативное вовлечение в работу этих «богов» и «богинь» открывает пути исцеления, ко-

⁹ Нуминозный объект. – Прим. ред.

которые вряд ли могут быть найдены иными способами. Роль *numinosum* в его позитивных и негативных формах обсуждается на протяжении всей этой книги. Пограничная личность охвачена страхом перед *numinosum* и чрезвычайно уязвима перед его подавляющей мощью.

Когда Фрейд ссылаясь на «океаническое переживание», он использовал этот термин для рефлексии очень ранних состояний слияния матери и младенца (Eigen, 1987, p. 8, n. 10). Пограничный пациент страдает от отсутствия подпитки и поддержки со стороны этого «Океана». Но, как правило, он знаком с мистической сферой, в которой Океан – это не его собственная мать, а *numinosum*. У пограничной личности особенно заметно, как *numinosum* переплетается с обыденным. Работа с пограничной личностью часто толкает терапевта в область, которая находится «в промежутке» – между обыденным сознанием и той уникальной таинственной сферой, которую до сих пор относят к сфере мистики.

Аффекты пограничного пациента, которые появляются в ходе работы с ним, трудно описать, поскольку они не являются чисто индивидуальными, и поэтому не способствуют проявлению эмпатии, как правило, основанной на собственном раннем опыте терапевта. Пограничный пациент запутался в психических уровнях экстремальной интенсивности, которые имеют непосредственное отношение ко многим великим архетипическим темам в истории – к битве между богом и дьяволом, между жизнью и смертью; к возрождению души;

и особенно – к великой драме соединения, которая находит свое выражение в архетипе *coniunctio*.

В главе 1 обсуждаются переживания, которые часто возникают в ходе терапии пограничного пациента. В главе 2 сравнивается пограничный пациент и нарциссическая личность, а в главе 3 рассматриваются искажения реальности, характерные для пограничного пациента. Глава 4 сфокусирована на центральном значении проективной идентификации в терапии пограничной личности, а в главе 5 я продолжаю эту тему в связи с динамикой тонкого тела. Кроме того, в 4 и 5 главах развивается идея о том, что бессознательная пара структурирует поле взаимодействия между терапевтом и пациентом. В главе 6 исследуется расщепление личности пограничного пациента на нормальную/невротическую и психотическую части. Эта дуальность осмыслена в терминах *numinosum* и далее увязывается со специфической логикой пограничного пациента, так искусно описанной Андре Грином. В главе 7 роман Апулея «*Золотой осел*» используется как опора для дальнейшей рефлексии – исцеления пограничного состояния через имагинальное понимание и телесное осознание, которое может привести к *coniunctio*.

Глава 1

Рядом с пограничной личностью

[Есть такие] переживания [которые] охватывают человека и изнутри, и извне, а потому рационально их перетолковывать, тем самым апотропеически ослабляя, не имеет смысла. Лучше признаться себе в наличии аффекта и отдаться под его власть, чем путем всякого рода интеллектуальных операций или бегства, продиктованного чувством, уйти от себя.

Jung, 1952, par. 562¹⁰

Введение

В последние годы термин «пограничное расстройство» оказался на слуху в клинической практике. В разговорах с коллегами терапевты говорят о том, как «с ними трудно», – это о пограничных пациентах, – и склонны сочувствовать друг другу. Характеристика пациента как «пограничного» может быть способом освободить терапевта от ответственности за любые серьезные ошибки. Тем не менее, пограничное расстройство личности существует и на самом деле со-

¹⁰ Цит. по: Юнг К. Г. Ответ Иову. М.: Канон, 1995. С. 117.

здает исключительные проблемы в ходе психотерапии, не самая малая из которых – интенсивные негативные реакции терапевта.

В особенно трудные периоды лечения терапевт может со страхом ожидать прихода пограничного пациента на сессию и заранее переживать тревогу или испытывать своего рода фобию по отношению к пациенту. Нет ничего из ряда вон выходящего в том, чтобы задаваться вопросом «Насколько плохо будет на этот раз?» или «Что он скажет по поводу моей ошибки в прошлый раз?» Самым удручающим является ожидание нападения со стороны пациента, не столько словесного, сколько через энергию ненависти, которая, кажется, вызвана желанием, ни много ни мало, полностью уничтожить терапевта.

Как ни странно, пациент доносит до терапевта истину. Однако эта истина выражена в деструктивной форме. В египетском мифе Око Богини – символ архетипа Великой Матери на начальных стадиях творения – бродило по миру и разрушало все, что видело. Мы можем сказать, что Око олицетворяет собой имагинальный взгляд в деструктивной форме и соответствует «истине» пограничного пациента. Этот взгляд у пограничного пациента отщеплен и бессознателен. В ходе терапии мы сталкиваемся с ним, прежде всего, как с неопределенным требованием, эманацией, заставляющей терапевта быть начеку; он вызывает чувство вины, дискомфортное телесное напряжение и затруднения дыхания, и в дальней-

шем – расщепление тела и разума. Очень часто возникает ощущение, что пациент сканирует терапевта бессознательным взглядом.

Под прессингом отщепленного взгляда пограничного пациента беседы часто перемежаются паузами, которые полны смысла, известного только пациенту; он, кажется, чего-то ожидает, как будто некоторые внутренние процессы пребывают в состоянии неопределенности до тех пор, пока на терапевта не снизойдет некое откровение. Такие моменты озадачивают, так как весомость пауз, кажется, не соответствует банальности предшествовавшей фразы. Таким образом, беседы в целом приобретают своего рода синкопированный ритм, в котором терапевт чувствует себя глупо – как человек, упустивший некий решающий подтекст во вполне рядовом разговоре. Фактически, часть пациента наблюдает за терапевтом в отчаянной надежде быть замеченной, и в то же время готова к яростному нападению, если ее проигнорируют.

В ходе лечения пограничной личности бессознательное око пациента наблюдает за терапевтом и оценивает его. Это око бдительно наблюдает за тем, какую сторону примет терапевт в сражении между базовыми потребностями человеческой природы и высшими запросами души. Таким образом, терапевт должен постоянно задаваться вопросом, остается ли он на «позиции души», пока пробирается через воздвигнутые пациентом эмоциональные контрольно-пропуск-

ные пункты. Действительно, особенно важно принимать во внимание душу пациента, когда поток повседневных мелочей затапливает и конкретизируется в проблемы, требующие решения. Поскольку эти «мелочи» – средство, при помощи которого душа должна быть обнаружена и встречена в подлинной связи «Я-Ты». Любое молчаливое соглашение о том, что между терапевтом и пациентом существует связь – когда, на самом деле, терапевт использует слова, чтобы вытеснить дискомфортное напряжение во взаимодействии – может оказаться катастрофическим для лечения. В этой драме бессознательный взгляд играет роль агрессивного защитника тяжелораненой души, которая была почти побеждена травмой ненависти и лжи длиной в жизнь. И все же эта душа обладает центральным, важнейшим смыслом в жизни и является сокровищем человека.

При работе с некоторыми пограничными пациентами бессознательный взгляд ощущается как почти автономное присутствие, которое вторгается во взаимодействие пациента и терапевта и порождает неясную тревогу, побуждающую обоих отщеплять от себя переживание встречи. Несмотря на то, что этот взгляд часто отрицают, именно он, будучи задействован, подталкивает субъекта к сражению не на жизнь, а на смерть, между истиной и заблуждением – в сущности, сосредоточенному на аутентичности связи между пациентом и терапевтом. С другими пограничными пациентами бессознательный взгляд, кажется, полностью отсутствует. В ходе

лечения, однако, становится очевидным, что первоначальное восприятие терапевта было ошибочным. Напротив, этот орган бессознательного восприятия начинает проявляться в пассивном, инертном состоянии. Такие пациенты стараются быть послушными и часто проявляют мазохистические и истеричные черты характера. Но всегда, по мере того как продвигается трудный процесс помощи этим пациентам, сопряженный с интенсивными негативными аффектами, параллельно возникает и понимание терапевтом процессов бессознательного сканирования у таких пациентов.

В терапевтической работе с любым пограничным пациентом одна из главных задач состоит в том, чтобы обнаружить, контейнировать и трансформировать этот имажинальный взгляд, и часто это означает – замечать его и испытывать на себе его ярость, не избегая и не атакуя его за ту боль, которую выражает его правда. Через энергетическое поле, преследующее или милосердное, пациент передает имажинальное восприятие собственного бессознательного – как писал Юнг: «Бессознательный дух человека *понимает* правильно, даже когда сознающий разум ослеплен и бессилён» (Jung, 1952, par. 608)¹¹.

Пограничный пациент подавил способность видеть эмоциональную истину намного сильнее, чем большинство людей, поскольку на раннем этапе формирования его личности этот способ видеть был расценен им как чрезвычайно

¹¹ Цит. изд., с. 138.

опасный. Как правило, пациент бессознательно вступал в тайный сговор с родителем, чтобы не видеть его ненависть и психотические качества. Молчаливое «соглашение» вести себя так, будто все нормально, создало внутреннюю «пятую колонну», темную тень ненависти и гнева, сопряженную с требованием быть слепым и к собственным деструктивным качествам, и к таковым в других людях. Следовательно, неспособность терапевта привлечь такого рода имагинальное видение того, что другие предпочли бы оставить невидимым (часто включая собственные ошибки терапевта), становится повторным разыгрыванием истории предательства пациентом собственного видения.

С психологической точки зрения постоянство объекта достигается в результате восстановления имагинального взгляда. В египетской мифе Гор преодолевает жгучие и деструктивные аффекты Ока. Трансформированное Око становится защитником Солнца, символа рационального сознания, и обеспечивает непрерывность своего существования через еженощный спуск к Апопу, демону хаоса. Но в терапевтической работе с этим потенциально трансформирующим процессом часто не справляются, поскольку разворачивается грустная история бегства терапевта от сознательного или бессознательного гнева пациента. Терапевт изобретательно использует обман или пытается «убить» взгляд пациента посредством вытеснения, расщепления и отрицания своих собственных ошибок.

Терапевт может думать: «Только бы он не явился сегодня... Но тогда он, наверное, так или иначе поймет, что мой подход к отменам сеансов порочен! Я потребую оплатить этот час. Я должен. Ну, может и нет, возможно, я просто не сделаю ничего и насчет оплаты доверюсь ему. Нет, я надеюсь, что он придет. Я просто буду спокоен, сосредоточен и готов иметь дело с тем, что он приносит». Возможно, я слегка утрирую, но, полагаю, этот монолог знаком многим терапевтам, лечащим пограничных пациентов. Терапевт теперь сам становится пограничным! Он ненавидит пациента и лечит его, не испытывая к нему ни малейшего участия. Терапевт начинает проявлять хитрость, чтобы получить плату. Пациент также защитно идеализируется, поскольку ненависть терапевта к нему впоследствии отщепляется последствием уловки: терапевт решает быть «открытым, спокойным, и сосредоточенным». И в то же время терапевт испытывает ненависть по отношению к самому себе, так как чувствует себя беспомощным и трусливым.

Эти чувства, испытываемые терапевтом, дают ключ к тому, что чувствует пограничная личность – глубокую ненависть и презрение к себе из-за собственного бессилия, ощущаемого при попытках изменить свою жизнь в лучшую сторону. Пограничный пациент будет «трусливо» рассеивать энергию, чтобы избежать чувства ненависти и ощущения, что его ненавидят, существующих внутри него. Это бегство только усиливает его отвращение к себе и отчаяние. Но это

еще не все: реакции избегания у терапевта и тем более бегство от аффектов пациента подкрепляют убежденность пациента в том, что нет никого, кто по-настоящему присутствовал бы в его жизни. Тенденция терапевта к уходу от контакта подталкивает пациента к уже знакомому ему ощущению покинутости.

И в самом деле, пограничных пациентов часто покидают, по крайней мере, в их фантазии, и они мучительно осознают этот факт. Пограничный пациент готов к ощущению пустоты и подозревает, что так называемого «хорошего объекта» вовсе не существует. На самом деле и пациенту, и терапевту нужно испытать это состояние *отсутствия*, чтобы мог проявиться хоть какой-нибудь фрагмент аутентичности пациента. Эта подлинная крупица *бытия* часто оказывается смешана с горестным чувством, которое становится привычным для того, кто был изолирован в течение очень долгого времени. Но отчаявшемуся пациенту кажется, что единственная его надежда в том, чтобы быть «хорошим», уступить, действуя так, будто его отношения с терапевтом подлинны. Терапевт, как правило, предлагает пациенту свою позицию «открытости и готовности». Эта игра в шарады продолжается снова и снова, поскольку пациент часто оказывается «хорошим», и терапевт по достоинству ценит это, постоянно надеясь, что «приятное настроение согласия» сохранится всю сессию. Терапевт часто вступает в этот тайный сговор, замалчивая осторожные упоминания пациентом

«ПЛОХИХ ЧУВСТВ».

Аффекты, столь часто выводящие терапевта из равновесия, естественно, опустошают и внутренний мир пограничного пациента. В результате пациент ужасно уязвим перед тем, что может казаться лишь легкими погрешностями в эмпатии со стороны терапевта. Типичный сценарий: пациент приходит с мыслями о ненависти и мести. В ходе сессии терапевт может несколько заскучать, быть отстраненным и чувствовать себя скорее аутсайдером, а не эмпатичным Другим. Если бы терапевт рефлексировал, а не отыгрывал эту отстраненность вовне, то мог бы почувствовать фальшь, а возможно, и то, что сказанное пациентом не стоит принимать всерьез. В ходе дальнейшей рефлексии ему на ум могла бы прийти идея, что, возможно, гнев пациента в действительности нацелен на самого терапевта. Но аффекты, от которых страдает пограничная личность и которые констеллирует в своем окружении, могут быть настолько интенсивными, что терапевт быстро оказывается не в состоянии рефлексировать и использовать воображение, которое только и могло бы управлять взаимодействием. Однако такая неудача часто тайно свидетельствует о бессознательной враждебности терапевта к пациенту.

Однажды один пациент описывал мне спор с другом, и его самодовольство и зависть произвели на меня гнетущее впечатление. Я временно утратил свою рефлексивную установку и спросил о *его* роли в споре. На следующей сессии он сказал:

«Все, в чем я нуждался, – это толика чувств от Вас, просто внимание ко мне хоть раз в жизни». Стоило ему произнести это, как проявилось энергетическое поле, шокирующее своей способностью вызывать вину. Эта энергия разрушила мою способность к рефлексии и умение использовать воображение. Я чувствовал, будто он хотел ни больше ни меньше, как моего полного унижения и поражения. Это взаимодействие с очевидностью проявилось на последующих сессиях, когда пациент вел себя так, как будто меня вовсе не существовало: непрерывность наших отношений была нарушена, а вся их история сведена на нет, и мы чувствовали себя чужими друг другу. Вся наша предыдущая работа, казалось, аннулирована. Нам понадобилось несколько недель, чтобы восстановить хоть какое-то ощущение связи, и в течение этого периода мне было особенно трудно помнить о том, что этого пациента преследуют и атакуют мощные аффекты, которые он побудил меня почувствовать.

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.