

**Библиотека
психоанализа**

**Микаэл
Балинт**

Базисный дефект

*Терапевтические аспекты
регрессии*



Библиотека психоанализа

Микаэл Балинт

**Базисный дефект.
Терапевтические
аспекты регрессии**

«Когито-Центр»

1968

УДК 159.9
ББК 88.8

Балинт М.

Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии /
М. Балинт — «Когито-Центр», 1968 — (Библиотека
психоанализа)

ISBN 978-5-89353-543-3

Впервые опубликованная в 1968 г. книга Микаэла Балинта «Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии» послужила основой для широкомасштабной реформы психоаналитической теории и техники. Книга Балинта чрезвычайно важна для понимания таких центральных проблем психоаналитической теории, как природа Я (self), последствия нарушений в развитии, ценность эмпатии. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 159.9
ББК 88.8

ISBN 978-5-89353-543-3

© Балинт М., 1968
© Когито-Центр, 1968

Содержание

Предисловие	6
Часть I	7
Глава 1. Терапевтические процессы и их локализация	7
Глава 2. Интерпретация и проработка	10
Глава 3. Два уровня аналитической работы	12
Глава 4. Область базисного дефекта	17
Конец ознакомительного фрагмента.	20

Микаэл Балинт
Базисный дефект. Терапевтические
аспекты регрессии

Michael Balint
THE BASIC FAULT
Therapeutic Aspects of Regression

Научная редакция: *А. М. Боковой*

© Перевод на русский язык – Когито-Центр, 2019

Предисловие

Проблемы, которые рассматриваются в этой книге, занимали меня на протяжении последних десяти лет. Несколько раз за эти годы я записывал и публиковал то, что считал достаточно созревшим. В хронологическом порядке это были следующие работы: «Три области психики» (1957), «Первичный нарциссизм и первичная любовь» (1960), «Регрессировавший пациент и его аналитик» (1960), а также «Доброкачественные и злокачественные формы регрессии» (1965).

Я изменил структуру всех этих независимых друг от друга работ и частично переписал их для того, чтобы включить в эту книгу. Самым большим изменениям подверглась работа «Регрессировавший пациент и его аналитик». Она была в значительной степени расширена, первая половина ее стала частью III этой книги, а вторая часть составила ядро части V.

Хочу выразить признательность редакторам *International Journal of Psycho-Analysis*, *Psychoanalytic Quarterly*, *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, а также редакторам издательства *Grune & Stratton* (Нью-Йорк) за ту любезность, с которой они позволили мне использовать материал, опубликованный ими ранее.

Как и при написании других книг, я многим обязан своей жене, без помощи которой создание этой книги заняло бы гораздо больше времени. Несколько раз, когда я безнадежно увязал в своих собственных идеях, именно благодаря нашим с ней обсуждениям я выбирался из трясины и продолжал свою работу.

Я благодарен моему другу и коллеге доктору Мэри Хэйр, мисс Энн Хатчинсон, заведующей нашей библиотекой в Институте психоанализа, за корректуру гранок и за ценные комментарии, а также мисс Хатчинсон за помощь в работе.

*Апрель 1967 г.
Микаэл Балинт*

Часть I

Три области психики

Глава 1. Терапевтические процессы и их локализация

Первая часть этой книги в основном состоит из достаточно независимых глав, посвященных отдельным частным вопросам. Хотя это может несколько затруднить чтение, тем не менее я решил остановиться на такой структуре, поскольку хотел бы сначала прояснить некоторые установившиеся взгляды и мнения относительно вполне достоверных клинических данных и только потом приступить к рассмотрению последующих тем.

Давайте договоримся перед тем, как отправиться в путь, что все мы, – и читатели, и автор – являемся достаточно компетентными и опытными аналитиками, не делаем элементарных ошибок. Это означает, что все мы способны давать достаточно корректные интерпретации в весьма подходящий для этого момент, а также по мере возможности прорабатывать материал, переноса и реальной жизни наших пациентов на генитальном и нескольких догенитальных уровнях.

Договорившись об этом, мы могли бы, наверное, согласиться с тем, что иногда нашими *vis-a-vis* бывают трудные пациенты, которые вызывают у нас сомнения и замешательство; мы не станем также отрицать и то, что, согласно слухам, циркулирующим в каждом отделении нашей Международной ассоциации, даже самые опытные и самые искусные аналитики среди нас порою сталкиваются с неудачами.

Почему так происходит, как мы можем объяснить этот неприятный факт? В целом причины наших трудностей и неудач могут быть разнесены по трем рубрикам. Это может быть связано: (а) с неадекватностью нашей техники, (б) с особенностями личности пациента и его заболевания и (в) с «нестыковкой» между нашими адекватными в других обстоятельствах техническими приемами и симптомами конкретного случая, при других условиях поддающимися лечению.

Первый вопрос, который мне хотелось бы обсудить, звучит так: почему одних пациентов лечить гораздо труднее, чем других, или почему в одних случаях аналитик и его пациент получают от анализа большую отдачу, чем в других? Чтобы разобраться в этом вопросе, сформулируем его иначе: какова природа терапевтических процессов, в какой области психики они разворачиваются, что именно в этих процессах служит источником тех трудностей, с которыми мы, аналитики, сталкиваемся?

Несмотря на то, что эта проблема занимает нас уже более шестидесяти лет, все еще остается без ответа основной вопрос определения структурных составляющих психического аппарата и степени их доступности для психоанализа. Используя нашу терминологию, можно было бы так сформулировать этот вопрос: в каких именно областях психики протекают терапевтические процессы? Несмотря на то, что эти две формулировки не совсем идентичны, они тем не менее имеют много общего.

Общепринято, что терапия должна оказывать – и, по сути, оказывает – влияние на Супер-Эго. У нас даже есть представления о том, что происходит в этой части психики, мы знаем о терапевтических процессах, протекающих в этой области, и о происходящих там изменениях. Например, нам известно, что Супер-Эго в основном состоит из интроектов, важнейшими источниками которых являются возбуждающие, но никогда не приносящие полного удовлетворения сексуальные объекты младенчества, детства и пубертатного периода. Можно было бы сказать, что Супер-Эго в известном смысле представляет собой сумму психических спра-

мов, оставленных этими объектами. С другой стороны, во взрослой жизни Супер-Эго может быть преобразовано через приобретение новых интроектов – убедительным примером такого изменения является психоаналитическое лечение, во время которого пациент частично или полностью интроецирует психоаналитика. Здесь я хотел бы провести грань между интроекцией и другим процессом, более важным для образования Супер-Эго – идентификацией, которую можно рассматривать как следующий за интроекцией шаг. Индивид не просто вбирает в себя возбуждающий и фрустрирующий сексуальный объект, но с определенного момента воспринимает его как неотъемлемую часть самого себя. Часто идентификация предваряется идеализацией или непосредственно связана с ней, однако высокая степень идеализации может послужить серьезным препятствием для идентификации с интроецированным объектом. Все это достаточно хорошо известно, однако вряд ли нам что-то известно о процессах, ведущих к *аннулированию* интроекции, идеализации или идентификации.

Итак, мы располагаем некоторыми представлениями о процессах, приводящих к образованию новых интроектов и идентификаций, но нам, кажется, ничего неизвестно о том, как можно избавиться от существующих уже интроекций и идентификаций. Это вызывает сожаление, потому что для эффективности нашего метода было бы крайне важно знать, как помочь пациенту избавиться от некоторых частей его Супер-Эго.

Далее, большинство психоаналитиков согласны с тем, что аналитическая терапия должна стремиться к тому, чтобы Эго стало сильнее, хотя наши представления об истинной природе такого усиления и техники, позволяющие этого достичь, до сих пор остаются довольно неопределенными. Наши знания об этом аспекте терапии могут быть суммированы следующим образом. В процессе терапии должна быть усилена та часть Эго, которая находится в ближайшем контакте с Ид, то есть та часть, которая может наслаждаться удовлетворением влечений, выдерживать значительное увеличение напряжений, способна к проявлению заботы и внимания, может принимать и переносить неудовлетворенные желания и ненависть, которая может исполнять функцию проверки реальности – как внутренней, так и внешней – и старается учитывать ее требования. Вместе с тем нет никакой необходимости в укреплении той части Эго, которая не может и не смеет испытывать удовольствие от сильного чувства удовлетворения влечения, которая должна защищать себя от любого увеличения эмоционального напряжения посредством отрицания, торможения, через обращение в противоположность или создание реактивных образований – то есть той части Эго, которая приспосабливается к внешней реальности и к требованиям Супер-Эго за счет внутренней реальности. Наоборот, доминирование этой части Эго в жизни пациента должно быть ослаблено в результате терапии.

Вопрос, являются ли двумя более или менее независимыми процессами укрепление Эго и ранее обсуждавшаяся трансформация Супер-Эго или это два аспекта одного процесса, не был ни четко сформулирован, ни должным образом проработан. Наиболее часто используемая формула гласит, что Эго, следуя директивам Супер-Эго, должно играть роль посредника между внешней реальностью и Ид. Все еще остается открытым вопрос, обладает ли сам по себе этот посредник способностью оказывать влияние на установившийся баланс и какие именно терапевтические процессы могут воздействовать на эту способность.

Еще большая неопределенность царит в наших представлениях о возможных способах влияния на Ид. Едва ли у нас есть какие-либо представления о том, возможно ли такое вообще, а если возможно, то каким именно образом этого можно было бы достичь. Те аналитики, которые признают существование первичного влечения к смерти, а также первичного садизма, первичного нарциссизма и деструктивности, вынуждены согласиться с тем, что Ид может быть подвергнуто изменениям при помощи нашей терапии. Еще Фрейд в работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937) назвал один из аспектов этого вероятного преобразования «приручением влечений». Для особого случая первичного садизма это означает, что интенсивность деструктивных импульсов – иногда называемых *деструдо* – должна быть снижена во время и

посредством аналитического лечения или воспитана через изменения в самих их истоках, то есть в Ид либо через слияние этих импульсов с большим количеством либидо. Так как теоретические понятия «слияние» и «расслоение» не имеют четкого определения, то почти невозможно соотнести их с достаточной степенью надежности ни с Ид, ни с Эго. Кроме того, не говоря уже о том, что эти термины выбраны неудачно, мы так и не смогли составить какого-либо представления о тех механизмах и процессах, которые они определяют. Наверное, единственное, что можно здесь утверждать, так это то, что расслоение и фрустрация, по-видимому, довольно тесно связаны между собой. Однако остается не совсем ясным, справедливо ли то же самое и для чрезвычайно важных с точки зрения техники, дополняющих друг друга понятий слияния и удовлетворения.

При таком положении дел нет ничего удивительного в том, что никто не смог предложить надежные методы воздействия на эти процессы. Если все же анализ и может воздействовать на слияние и расслоение, то с определенностью можно сказать, что такое влияние осуществляется при переносе, то есть, по существу, через объектные отношения. Вместе с тем из этого следует, что процессы, инициируемые в аналитической ситуации, по-видимому, являются настолько мощными и интенсивными, что они в состоянии достичь глубинных слоев психики и произвести там фундаментальные преобразования. Действие механизмов этого процесса – как это происходит, каковы характеристики и какова интенсивность тех объектных отношений, которые, возможно, способствуют решению этой задачи – не нашло должного отражения в нашей литературе.

Так мы приближаемся к ответу на вопрос, с которого начали наши рассуждения: отчего даже у самых опытных из нас есть трудные пациенты и случайные неудачи? Несмотря на то, что мы располагаем некоторыми теоретическими представлениями о процессах, протекающих в психике в условиях психоаналитической терапии, все еще не найдены очевидные, достаточно надежные связи между нашими теоретическими представлениями и техническими методами. Другими словами, наши теоретические представления о терапевтических процессах и их локализации все еще не позволяют нам четко определить пригодность или неуместность тех или иных технических методов в какой-либо конкретной ситуации. В этом заключается *raison d'être*¹ сосуществования в психоанализе различных школ, каждая из которых пользуется своим собственным методом, значительно отличающимся от методов других школ, притом, что все школы разделяют одни и те же базисные идеи относительно структуры психики. Важно отметить, что аналитики разных школ, все без исключения, имеют свои успехи, свои трудные случаи и свою изрядную долю неудач. Велика вероятность того, что случаи, в которых адепты разных школ добиваются успеха или терпят неудачу, весьма отличаются друг от друга. Более того, различия в методах могут влиять на тип успеха или неудачи. Именно поэтому беспристрастное, но критическое исследование в этой области могло бы внести существенную ясность в нашу теорию и практику. К сожалению, независимого исследования такого рода не было проведено. История попытки статистического исследования, предпринятой Американской психоаналитической ассоциацией – очень деликатной, даже чрезвычайно деликатной попытки, от которой пришлось отказаться, – наглядно продемонстрировала тот уровень тревоги и сопротивления, который вызывают такие исследования.

¹ Основание (фр.). – Примечание переводчиков.

Глава 2. Интерпретация и проработка

Как я уже попытался донести до читателя, топический подход, по-видимому, не очень-то способствует продвижению в решении наших теоретических трудностей, и, конечно же, не предлагает нам надежных критериев для оценки корректности конкретного терапевтического шага, предпринятого в данных обстоятельствах, хотя этого и можно было бы ожидать. Мы не должны забывать, что последний пересмотр нашей теории психических структур и топологии был предпринят Фрейдом в начале 1920-х годов, более сорока лет назад. С тех пор не было предложено новой равноценной теории психического аппарата (впрочем, Фэйберн, Гартманн и Винникотт были созданы новые концепции Эго-психологии). Однако наш технический потенциал и наше реальное мастерство за минувшие сорок лет, бесспорно, существенно возросли. Вместе с тем увеличилось и количество наших технических проблем. Я привел обзор новых течений в моем докладе на конгрессе в Цюрихе (1949), основное содержание которого заключалось в попытке обоснования идеи взаимообусловленности техники и теоретических концепций Фрейда.

Фрейд в своих знаменитых монографиях «Я и Оно» (1923) и «Торможение, симптом и страх» (1926) отмечает, что он положил в основу своего метода и теории опыт клинической работы как с обсессивными пациентами, так и с пациентами, страдающими меланхолией, поскольку – я привожу его собственные слова – психические процессы и конфликты этих пациентов в значительной степени «интернализированы». Это означает, что исходные конфликты, защитные механизмы, а также процессы совладания с конфликтами стали для этих пациентов – и, по существу, остаются – внутренними событиями. И наоборот, у этих пациентов катексис внешних событий довольно слаб. Таким образом, в первом приближении можно принять, что все важные события, происходящие с такими пациентами и связанные с их патологией или терапией, почти исключительно относятся к их внутреннему миру. Именно такое положение вещей и позволило Фрейду описать изменения, происходящие в процессе терапии, в более или менее простой форме. Тогда при условии, что психоаналитики придерживаются некой «разумной» аналитической техники, изменения в конstellациях внешних событий и объектов, характерные для разных аналитиков, будут иметь ничтожно малое значение в силу того, что катексис внешних событий и объектов довольно слаб. Забывая о том, что все это верно только в рамках определенного случая и только в качестве первого приближения, некоторые аналитики пришли к идее «правильной техники», то есть техники, которая хороша для всех пациентов и для всех аналитиков независимо от их индивидуальных качеств. Если я верно представляю себе положение вещей, то «правильная техника» – это химера из ночного кошмара, фантастическая компиляция несовместимых фрагментов реальности.

Для того чтобы выдерживать и сохранять напряжения, которые вызывает интернализация, в качестве необходимого условия требуется достаточно хорошая структура Эго, при этом оно не должно разрушаться и не должно прибегать к защитам (что можно было бы назвать экстернализацией) типа отыгрывания, проекции, замещения, отрицания, деперсонализации. Известная аналогия, использованная Фрейдом применительно к пациентам, которые могут совладать с интернализацией, является точным определением того, что происходит во время аналитического лечения. Большую часть времени аналитик, по существу, играет роль «хорошо отполированного зеркала», он просто отражает то, что сообщает ему пациент. Более того, как видно из всех описанных Фрейдом случаев, материал, предоставляемый аналитику во время аналитической работы такого рода, в основном представлен в виде слов; отсюда следует, что и при отражении такого материала используются именно слова. В этом процессе продукции и отражения материала обе стороны – пациент и аналитик – примерно одинаково понимают то, что ими произносится. Конечно, аналитик сталкивается и с сопротивлением, которое порой

обладает высокой интенсивностью, однако всегда можно найти опору в надежном и разумном Эго, способном принять вербальную продукцию и позволить словам оказать свое воздействие. То есть Эго может справиться с тем, что Фрейд называл «проработкой».

Так мы подходим ко второму ответу на поставленный перед нами вопрос. Приведенное здесь описание аналитической техники прежде всего подразумевает, что для пациента и аналитика интерпретации являются именно интерпретациями, а не чем-то иным. Может сложиться впечатление, что здесь утверждается очевидное, но позже, я надеюсь, необходимость такого акцентирования станет ясна.

Психоаналитическая психотерапия даже в классическом варианте «хорошо отполированного зеркала», по существу, представляет собой объектные отношения. Все, что в ходе терапии приводит к изменениям в психике пациента, инициируется событиями в сфере отношений между двумя персонами, — *между* двумя людьми, а не внутри одного из них. Этот фундаментальный факт мог отрицаться только до тех пор, пока в фокус внимания исследования попадали главным образом те пациенты, которые по большей части использовали интернализацию, то есть пациенты, обладающие достаточно сильной структурой Эго.

Такие пациенты могут «принять» то, что им предлагает аналитик, и то, что они переживают в аналитической ситуации. Они также могут экспериментировать со своим новым опытом. Их Эго достаточно сильно для того, чтобы справиться — по крайней мере на какое-то время — с возникающими напряжениями. Напряжения и дискомфорт, связанные с интерпретациями, могут быть порой довольно сильными, но все же эти пациенты в состоянии справиться с ними. По крайней мере, именно такую картину воспроизводят опубликованные случаи из практики Фрейда.

Итак, мы подходим ко второму вероятному источнику трудностей и неудач в анализе. Наша техника создана для пациентов, которые воспринимают интерпретации аналитика именно как интерпретации. Достаточно сильное Эго таких пациентов позволяет им «принять» интерпретации и совершить то, что Фрейд назвал процессом «проработки». Нам известно, что не все пациенты могут справиться с этой задачей. Как раз с такими пациентами мы и испытываем затруднения.

Глава 3. Два уровня аналитической работы

Обычно в психоаналитической литературе для того, чтобы охарактеризовать атмосферу, свойственную уровню, на котором происходит классическая терапевтическая работа, используют термины «эдипов уровень» и «генитальный уровень», в оппозиции к ним находятся такие определения, как «доэдипов», «догенитальный», «довербальный уровень». По моему мнению, эти более поздние термины сами по себе уже несут некую смысловую нагрузку. Я хочу предложить здесь новый ясный и однозначный термин, который, как я надеюсь, освободит нас от некоторых скрытых влияний, однако прежде обратимся к общепринятому значению вышеупомянутых терминов.

Эдипов комплекс был одним из величайших открытий Фрейда, справедливо считавшего его центральным комплексом, лежащим в основе развития всех аспектов сферы человеческого бытия – здоровья и болезней, религии и искусства, цивилизации и закона и т. д. Хотя эдипов комплекс характерен для довольно раннего этапа развития, Фрейд без колебаний прибегал к языку взрослых людей при описании психического опыта ребенка, эмоций и чувств, возникающих на этом этапе. (Я намеренно ухожу от вопроса определения границ этого раннего возраста, так как не хочу касаться проблемы хронологии. Для моих целей достаточно указать на то, что это очень ранний возраст.) На самом деле предположение Фрейда было явной проекцией, дерзкой экстраполяцией. Неявно, без дальнейших обоснований, он принял допущение как о сходстве эмоций, чувств, страстей, страхов, инстинктивных импульсов, состояний удовлетворения и фрустрации у маленьких детей и у взрослых людей, так и об идентичности взаимных отношений между этими элементами у детей и у взрослых. Именно на этих двух посылах основано представление о правомерности использования языка взрослых людей для описания детских переживаний.

Я повторяю, принятие этих посылок было довольно смелым шагом, но впоследствии как наблюдения за нормальными детьми, так и клинический опыт анализа детей, страдающих неврозами, подтвердил корректность этого шага. Наряду с этим необходимо отметить, что накопление данных, подтверждающих правильность этого предположения, начатое еще в описании анализа Маленького Ганса (1909), совпало по времени с последним пересмотром Фрейдом теоретических концепций психического аппарата, который он предпринял в 20-е годы.

Для того чтобы избежать возможного недоразумения, я бы хотел пояснить, что аналитик, работая на эдиповом уровне, конечно же, не игнорирует и не отвергает догенитальный материал. Однако он использует язык взрослых людей для его проработки, то есть поднимает этот материал до эдипова, или вербального уровня. Это является очень важным моментом для нашего метода, поскольку здесь мы сразу же сталкиваемся с такой проблемой: что должен предпринять аналитик, если пациент не понимает или не принимает догенитальный материал, выраженный средствами языка взрослых людей? Что делать, когда нет прямого пути, ведущего пациента от довербального к эдипову уровню?

За время, прошедшее с 20-х годов, наш метод в значительной степени усовершенствовался. У нас есть все основания утверждать, что мы можем лечить пациентов, которые в прежние времена считались неизлечимыми. Несомненно, мы можем лучше – гораздо глубже и с большей достоверностью, чем наши коллеги сорок лет назад – понять обычного пациента. В процессе этого развития мы собрали богатый урожай как клинических наблюдений, так и сбивающих с толку проблем. Все они имеют отношение к тому, что происходит и наблюдается в аналитической ситуации. На первый взгляд, этот материал может быть описан в терминах эдипова конфликта, средствами языка взрослого человека. Однако *pari passu*² с углублением

² Наряду (лат.). – Примечание переводчиков.

нашего опыта и совершенствованием наших возможностей наблюдения мы сумели распознать в аналитической ситуации некие коллизии, которые ставят серьезные проблемы для наших теоретических представлений, а также для нашего метода.

Например, мы узнали, что некоторые пациенты испытывают огромные затруднения в «принятии» всего, что увеличивает их внутреннее напряжение. Вместе с тем пациенты другого типа могут «принять» все, что угодно, так как их сокровенная самость, по-видимому, остается по большому счету незатронутой. Пациенты, которые принадлежат к одному из этих двух типов, создают, как я только что отметил, серьезные теоретические и технические трудности, возможно, в силу того, что их отношение к аналитику существенно отличается от того, которое мы обычно ожидаем на эдиповом уровне.

Пациенты, о которых мы только что говорили, представляют собой лишь небольшую выборку из всей совокупности пациентов, которых обычно называют «глубоко нарушенными», «имеющими глубинное расщепление», «тяжелыми шизоидами», «имеющими слишком слабое или незрелое Эго», «в высшей степени нарциссическими» или страдающими от «глубокой нарциссической раны» и т. д. При этом подразумевается, что истоки их расстройств лежат дальше и глубже уровня эдипова конфликта. Используя терминологию часто обсуждаемой теоретической проблемы, мы можем сказать: неважно, достигают ли они эдипова уровня в процессе развития уже больными либо более поздние травматические события обнаруживают несостоятельность защитных механизмов, принадлежащих этому периоду, вынуждая пациентов к регрессии или отклонению за эдипов уровень. В этом контексте, по сути, важным является само признание существования двух различающихся уровней аналитической работы.

Чтобы пояснить, с какими именно проблемами приходится сталкиваться на этом уровне, я хочу сослаться на часто цитируемый пример из совершенно иной области. На наших исследовательских семинарах, посвященных общей медицинской практике (Balint M., 1964), врачи довольно часто докладывали о такой типичной ситуации. В беседе с пациентом они достаточно четко объясняли ему суть его заболевания, а затем, когда реальные итоги их разъяснений сопоставлялись с ожидаемыми, на удивление часто оказывалось, что объяснения были понятны только доктору. Для пациента они ничего не проясняли – часто слова доктора вовсе не воспринимались как разъяснение. Всякий раз после доклада какого-нибудь врача, в котором звучали заверения в том, что он предлагал четкие объяснения, обычно следовал вопрос: «Да, четкие, но для кого?» Это расхождение между намерением и результатом было вызвано тем, что одни и те же слова имеют совершенно разное значение для сочувствующего, но невовлеченного доктора и для его глубоко вовлеченного пациента.

Мы, аналитики, часто оказываемся в похожей ситуации. Мы предлагаем нашим пациентам ясную, немногословную, обоснованную, своевременную интерпретацию, которая – к нашему удивлению, отчаянию, раздражению и разочарованию – нередко либо не оказывает влияния на пациента, либо оказывает совсем не то воздействие, которое предполагалось. Другими словами, наша интерпретация бывает абсолютно непонятной или даже совсем не воспринимается как интерпретация. Обычно аналитик в целях самоуспокоения прибегает к попыткам рационализации возникающего в результате разочарования; при этом возможны три варианта рассуждений. Аналитик может осуждать себя за ошибку, которую он допустил в определении наиболее важной тревоги в данной ситуации – дескать, он пошел по ошибочному пути, интерпретируя то, что имело второстепенное значение. Вслед за этой самокритикой обычно следуют безумные попытки угадать, что же именно в фантазиях пациента встало преградой на пути понимания интерпретации аналитика. Затем аналитик может реанимировать в себе извечную полемику по поводу относительных достоинств или недостатков интерпретаций содержания материала, защиты или переноса, которая может продолжаться бесконечно. И, наконец, он может успокоить себя, уверившись в том, что сопротивление пациента в данный момент было слишком сильным и поэтому ему, видимо, потребуется значительное время для того,

чтобы «проработать» его. Эта последняя формула является самой эффективной, поскольку сам Фрейд в свое время прибегал к ней.

К сожалению, эти формулы самоуспокоения и рассуждения здесь неуместны, так как все они принадлежат эдипову уровню, а это значит, что во всех вариантах подразумевается, что пациент воспринимает интерпретацию аналитика именно как интерпретацию, а не как нечто другое. Именно для такой ситуации Фрейд предложил термин «проработка». Очевидно, что проработка возможна только в той степени, в какой пациент способен принять интерпретацию как интерпретацию и позволить ей оказать влияние на свою психику. В отношении «глубоко нарушенных» пациентов это неочевидно. Процесс проработки невозможен, если для пациента интерпретация аналитика не является интерпретацией, то есть фразой, состоящей из слов, обладающих общепринятым значением. Проработка может произойти только в том случае, если слова имеют приблизительно одинаковое значение как для наших пациентов, так и для нас самих.

На эдиповом уровне такой проблемы не существует. Пациент и его аналитик уверенно общаются на одном языке, одни и те же слова имеют для них примерно одинаковое значение. Конечно, пациент может отвергать интерпретацию, может быть раздражен, напуган или задет ею, но в этом случае нет сомнений в том, что это была именно *интерпретация*.

Третий ответ на вопрос, с которого мы начали, заключается в констатации существования двух разных уровней аналитической работы, и в то же время он ставит нас перед новыми интересными проблемами. Прежде чем перейти к рассмотрению этих проблем, давайте оглянемся на пройденный нами путь из того пункта, где мы сейчас находимся. Мы начали с вывода – или трюизма, – гласящего, что даже наиболее опытные из нас порой имеют дело с трудными или даже очень трудными пациентами. Затем мы поставили перед собой следующие вопросы: что представляют собой терапевтические процессы, в каких областях психики они протекают, что именно в этих процессах является причиной затруднений; и, наконец, последнее, но не менее важное – какими техническими средствами мы можем оказывать на них влияние. Далее мы рассмотрели современные теоретические основания нашего метода и пришли к выводу, что топологический подход не оказался особо эффективным. Двигаясь дальше, мы поняли, что все наши представления о том, что происходит в психике пациента во время терапии, основаны на результатах тщательного исследования – инициированного самим Фрейдом в начале 20-х годов – пациентов, которые могут принять и «понять» интерпретации аналитика как интерпретации и которые способны к «проработке». И, наконец, мы увидели, что есть по крайней мере два уровня аналитической работы, откуда можно сделать вывод, что и терапевтические процессы протекают на двух уровнях. Одним из аспектов различия между ними является степень, в которой язык взрослых людей может быть пригоден для работы на каждом из этих уровней.

Ференци, в частности, в своем последнем докладе на Конгрессе (1932) и в посмертно опубликованных «Заметках и фрагментах» впервые описал это важное отличие, касающееся использования языка, которое может привести к образованию пропасти между пациентом и аналитиком, а также препятствовать прогрессу в терапии. Он назвал это «путаницей языка ребенка [в единственном числе!] и взрослых [во множественном числе!]». С тех пор – хотя обычно без ссылки на его новаторские работы – разными исследователями было предпринято несколько попыток описания вышеупомянутых феноменов.

Вывод, к которому мы пришли в предыдущей главе, является лишь новой формулировкой давно известного, а именно того, что аналитическая работа происходит по крайней мере на двух разных уровнях: один, называемый эдиповым уровнем, более известен и менее проблематичен, тогда как для описания другого используют такие термины, как доэдипов, догенитальный, довербальный уровень.

Я предлагаю сохранить термины «эдипов период», «эдипов конфликт», «эдипов комплекс», так как они отражают самые важные характеристики уровня, к которому принадлежат.

Существуют типичные черты, которые позволяют дифференцировать в клинике феномены, относящиеся к этому уровню, и феномены иного уровня. Первое отличие состоит в том, что все принадлежащее к эдиповому уровню – будь то генитальные или догенитальные переживания – происходит в рамках тройственных отношений: всегда кроме субъекта в них участвуют еще как минимум два параллельных объекта. Этими двумя объектами могут быть два индивида (как, например, в эдиповой ситуации) или индивид и объект (что характерно для областей анального и, весьма вероятно, орального эротизма). В случае анального эротизма второй объект представлен испражнениями и их многочисленными дериватами, тогда как в качестве элементов орального эротизма, по крайней мере на поздних стадиях, помимо источника пищи или кормильца, всегда выступает пища в качестве второго объекта. Отношения, возникающие здесь – речь идет об анальной фазе и поздних стадиях оральной фазы, – несмотря на то, что две эти сферы по определению являются догенитальными, благодаря своей структуре, характеризующейся наличием субъекта и по меньшей мере двух параллельных объектов, переходят в эдипову область и поднимаются до эдипова уровня.

Вторая важная особенность эдиповой области состоит в том, что ей всегда присущ конфликт. За исключением некоторых случаев, конфликт вызван амбивалентностью, возникающей из сложных взаимоотношений между индивидом и двумя параллельными объектами. Несмотря на то, что конфликт является неотъемлемым свойством этой ситуации, он может быть разрешен, во всяком случае он может быть в значительной степени урегулирован. Вероятно, лучше всего изучен такой тип конфликта, при котором авторитет – внешний или внутренний – предписывает или запрещает особые формы удовлетворения. Такой конфликт неизбежно приводит к фиксации, которая связывает определенное количество либидо в тщетной борьбе, являющейся источником непрекращающегося состояния напряжения. В этом случае задача аналитического лечения состоит в мобилизации и освобождении этого связанного либидо либо при помощи интерпретации, либо через предоставление пациенту возможности регрессировать при переносе для поиска лучшего решения. Хотя идеальных решений не существует, так как пациент всегда испытывает некоторое напряжение, все же почти всегда есть возможность найти такое решение, которое приведет к существенному снижению интенсивности напряжения.

Третья важная характеристика этого уровня состоит в том, что здесь язык взрослых является адекватным и надежным средством коммуникации; как всем нам хорошо известно, Эдип был взрослым мужчиной. Если когда-либо возникнет необходимость в том, чтобы ввести новый термин для обозначения этого уровня, я предложил бы называть его уровнем конвенционального, общепринятого языка, или языка взрослых.

В науке часто случается так, что неудачный выбор термина либо является причиной недопонимания, либо создает препятствия на пути непредвзятого исследования проблемы. Для того чтобы избежать такой альтернативы, двум уровням психики должны быть присвоены независимые друг от друга наименования. Термин «эдипов» происходит от одной из важных характеристик этого уровня. Полагаю, что другой уровень должен обладать своим собственным именем и не должен называться «до-чего-то-там-еще». Он не должен называться «доэдиповым», так как вполне может сосуществовать одновременно с эдиповым уровнем, насколько об этом позволяет судить наш клинический опыт. Сейчас я хочу оставить открытым вопрос, касающийся возможности функционирования психики только на одном уровне, не выходя при этом на иной уровень. Важно отметить, что другой уровень, несомненно, более прост, более примитивен, чем эдипов уровень. Я предлагаю называть его уровнем *базисного дефекта*, и я хочу подчеркнуть, что он характеризуется именно как нарушение, а не как ситуация, позиция, конфликт или комплекс. Позже я объясню почему.

Уровню базисного дефекта свойственны следующие основные особенности: (а) все, что происходит на этом уровне, находится исключительно в рамках отношений между двумя пер-

сонами – здесь отсутствует третья персона; (б) эти двусторонние отношения обладают особенной природой, абсолютно отличной от хорошо изученных человеческих отношений эдипова уровня; (в) природа действующего на этом уровне динамического фактора отличается от природы конфликта и (г) язык взрослых людей часто оказывается либо бесполезным для описания событий, происходящих на этом уровне, либо приводит к неверному пониманию, так как слова не всегда обладают конвенциональным, общепринятым значением.

Хотя смысл сказанного об особенностях этого уровня прояснится только впоследствии, по ходу дальнейшего изложения, развернутого в следующих главах, уже здесь я могу кое-что сказать о некоторых из них. Прежде всего это касается природы примитивных отношений, которые складываются на этом уровне между двумя персонами. При первом приближении они могут рассматриваться как пример первичных объектных отношений, или первичной любви, описание которой я уже приводил в некоторых работах (Balint M., 1932, 1934, 1937, 1959) и повторю в главе 12 этой книги. Любая третья сторона, вмешивающаяся в эти отношения, всякий раз предстает как тяжкое бремя или вызывает невыносимое напряжение. Замечательное отличие между состояниями удовлетворения и фрустрации составляет еще одну важную характеристику этих отношений. Если удовлетворение – «приспособление», соответствие между объектом и субъектом – приносит с собой состояние тихого, спокойного благополучия, которое можно заметить только с большим трудом, – до такой степени оно естественно и поэтому с трудом поддается наблюдению – то фрустрация – недостаток «приспособления» объекта – вызывает шумную и резкую реакцию (см. также главу 16).

Позже, в главе 4, я вернусь к обсуждению природы динамического фактора, который действует на уровне базисного дефекта. Однако здесь я хотел бы отметить любопытную неопределенность языка, свойственную данному уровню. Это объясняется тем, что каждое слово, когда им пользуются взрослые люди, окружено *кластером ассоциаций*. На уровне базисного дефекта практически каждый элемент этого кластера может в равной степени претендовать на право владения всем словом. Отмеченная особенность языка не ограничена рамками базисного дефекта, это видно из того, как трудно, практически невозможно, найти точное значение слова, особенно в нашей науке психологии. Чтобы получить-таки точное определение, необходимо очистить слово от всех лишних или нежелательных ассоциаций. Опыт показывает, что это удается очень редко, так как люди упорно считают (даже настаивают), что слова обычно имеют другие значения, отличные от тех, которые намеревался вложить в них изобретатель термина. (Эта проблема будет обсуждаться далее в главе 20.)

Глава 4. Область базисного дефекта

Приняв умозрительно то, что существует уровень базисного дефекта, мы должны поставить перед собой вопрос: какие именно события в аналитическом лечении служат индикаторами того, что этот уровень достигнут? Возьмем в качестве примера рядовой случай. Предположим, что в течение некоторого времени лечение протекает довольно гладко: пациент и аналитик понимают друг друга, давления и требования, оказываемые и предъявляемые друг к другу, особенно к аналитику, не выходят за рамки разумного и, что особенно следует отметить, всегда понятны и обоснованны. Затем, начиная с определенного момента, внезапно или постепенно атмосфера аналитической ситуации коренным образом изменяется. Иногда это происходит спустя довольно короткий промежуток времени либо сразу же после начала анализа.

Есть несколько аспектов того, что я обозначу как радикальное изменение атмосферы. Прежде всего в этом ряду следует отметить, что пациент, как уже говорилось в предыдущей главе, перестает воспринимать интерпретации аналитика как интерпретации. Он воспринимает интерпретации как атаку, направленную на него, как какие-то претензии к нему; по сути, эти интерпретации являются для него инсинуациями, измышлениями, ничем не обоснованной грубостью или оскорблением, незаслуженным обхождением, несправедливостью или, по крайней мере, полным отсутствием уважения и т. д. С другой стороны, с той же степенью вероятности интерпретации аналитика могут восприниматься либо как нечто в высшей степени приятное, приносящее удовлетворение, возбуждающее, утешающее, либо как соблазнение; или вообще играть роль неопровержимого свидетельства уважения, привязанности и любви. Обычные слова, которые до сих пор имели общепринятое, «взрослое» значение, использование которых не могло вызвать серьезных последствий, приобретают теперь огромную важность и влияние как в позитивном, так и в негативном аспекте. В такие моменты каждое случайное замечание аналитика, каждый его жест или движение могут иметь для пациента колоссальный смысл, они могут приобрести значение, которое выходит далеко за рамки действительных намерений аналитика.

Помимо прочего, пациенту каким-то образом удастся – и с этим трудно смириться – забраться аналитику под кожу. Ему становится известно многое, очень многое о своем аналитике. Это знание пополняется не из внешних источников информации, а с помощью какого-то вдруг открывшегося сверхъестественного таланта: пациент вдруг становится способен «понимать» мотивы аналитика и «интерпретировать» его поведение. Этот сверхъестественный талант иногда кажется способностью к телепатии или ясновидению, а может быть, и действительно равнозначен им (см. Balint M., 1955). В переживаниях аналитика этот феномен представлен чувством, будто пациент находится внутри него и видит всю его подноготную. То, что пациент узнает об аналитике таким способом, всегда носит в высшей степени личный характер, всегда каким-то образом касается пациента и до известной степени всегда верно и истинно. Вместе с тем это знание переходит всякие границы и поэтому не может быть достоверным, во всяком случае, так чувствует это аналитик.

Если в этом случае аналитику не удастся «включиться», то есть соответствовать ожиданиями пациента, которые появляются при переносе, то реакции гнева, ярости, презрения или критики не возникают, как того можно было бы ожидать на эдиповом уровне. Можно наблюдать только чувства пустоты, потерянности, омертвения, тщетности, несерьезности и т. п., сопровождающие апатичное принятие всего происходящего. По сути, все принимается без заметного сопротивления, но все утрачивает смысл. Другой возможной реакцией на неудачу аналитика в его попытке «включиться» может быть страх преследования. Оставим за скобками то, что в таких состояниях – в их общепринятой клинической форме – является второстепенным и несущественным. Факт состоит в том, что пациенты считают намеренно создан-

ной любую ситуацию, которая вызывает у них состояние фрустрации. Они не могут допустить мысли о том, что причиной фрустрации их желаний может быть что-то еще, помимо злого умысла, недобрых намерений или, по меньшей мере, преступной небрежности. Несмотря на то, что время от времени в их отношениях с терапевтом могут происходить какие-то позитивные события, состояния фрустрации представляют собой неоспоримое доказательство злобного и враждебного отношения со стороны их окружения.

Интересно, что все это принимается просто как факт, причиняющий боль. Больше всего удивляет, как мало гнева (и еще меньше воли к борьбе) вызывается этой ситуацией. Но еще большее удивление вызывает то, что почти никогда здесь не появляется чувство безнадежности. Видимо, отчаяние и безнадежность принадлежат эдипову уровню. Возможно, эти чувства являются постдепрессивными. Хотя чувства пустоты и омертвения (ср.: Balint E., 1963) могут быть очень интенсивными, за ними обычно стоит искренняя, спокойная установка принимать вещи такими, какие они есть на самом деле. Это странное сочетание глубокого страдания, отсутствия дешевой драчливости и негибкого намерения продолжать анализ делает таких пациентов поистине привлекательными – важный диагностический признак того, что аналитическая работа достигла уровня базисного дефекта.

Реакция аналитика, которая разительно отличается от его реакции на сопротивление при работе на эдиповом уровне, также является характеристикой этого уровня. Я вернусь к этому вопросу в III, IV и V частях книги. Здесь же достаточно будет отметить, что все происходящее затрагивает аналитика гораздо глубже, – он обнаруживает, что ему становится довольно трудно сохранять привычное отношение сочувственной объективной пассивности. Фактически, он постоянно подвержен угрозе эмоционального личного вовлечения. Некоторые аналитики позволяют себе и даже сознательно предпочитают отдаться на волю этого мощного потока, что впоследствии приводит их к необходимости внести изменения в свой метод. Другие же тщательно и осторожно придерживаются арсенала своих хорошо проверенных технических средств, настойчиво избегая любой возможности вовлечения. Есть и такие аналитики, которые перед лицом угрозы вовлечения занимают позицию – возможно, играющую роль компенсаторного реактивного образования – некой несокрушимой самоуверенности, непрестанно убеждая себя в том, что при помощи своей техники интерпретации они могут справиться с любой ситуацией.

Другую важную группу феноменов можно было бы отнести к рубрике признания ценности работы аналитика и благодарности за нее. На эдиповом уровне, при условии что качество работы аналитика соответствует требованиям стандартов профессии, два чувства – признание и благодарность – являются могущественными союзниками анализа, которые оказывают существенную помощь, особенно в мрачные периоды терапии. При работе на уровне базисного дефекта никто не может знать наверняка, что придет на ум пациенту. И уж совсем мала вероятность того, что пациент признает и оценит мастерство и понимание аналитика, которые тот проявил в недавнем или отдаленном прошлом. Одна из причин такой разительной перемены состоит в том, что на этом уровне пациенты убеждены, что они просто должны получить то, в чем нуждаются. Вскоре я вернусь к рассмотрению этой важной особенности.

Таким образом, в том случае, если аналитик идет навстречу нуждам пациента, то последний принимает это как само собой разумеющееся и вовсе не видит в этом свидетельства профессионального мастерства аналитика, исключительного дара или любезности с его стороны, – поэтому со временем пациент будет выдвигать все больше и больше требований. В современной психоаналитической литературе этот синдром называют жадностью, или даже оральной жадностью. Я не возражаю против использования в данном контексте слова «жадность», но я категорически против использования в этом определении прилагательного «оральная», так как оно вводит в заблуждение. Для понимания данного синдрома главным является не отсылка к оральному компоненту влечения, но тот факт, что истоки феномена лежат в примитивных

диадических отношениях, которые могут быть, а могут и не быть «оральными». Среди широкого круга известных злокачественных зависимостей, в которых «жадность, прожорливость» является важной чертой, без сомнения, большое число относится к «оральным». Среди них прежде всего следует назвать курение и алкоголизм. Тем не менее в этом ряду есть множество и не оральных зависимостей, таких, как морфинизм или пристрастие к назальному приему кокаина. Можно также отметить навязчивое расчесывание кожи, как это бывает, например, при чесотке.

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.