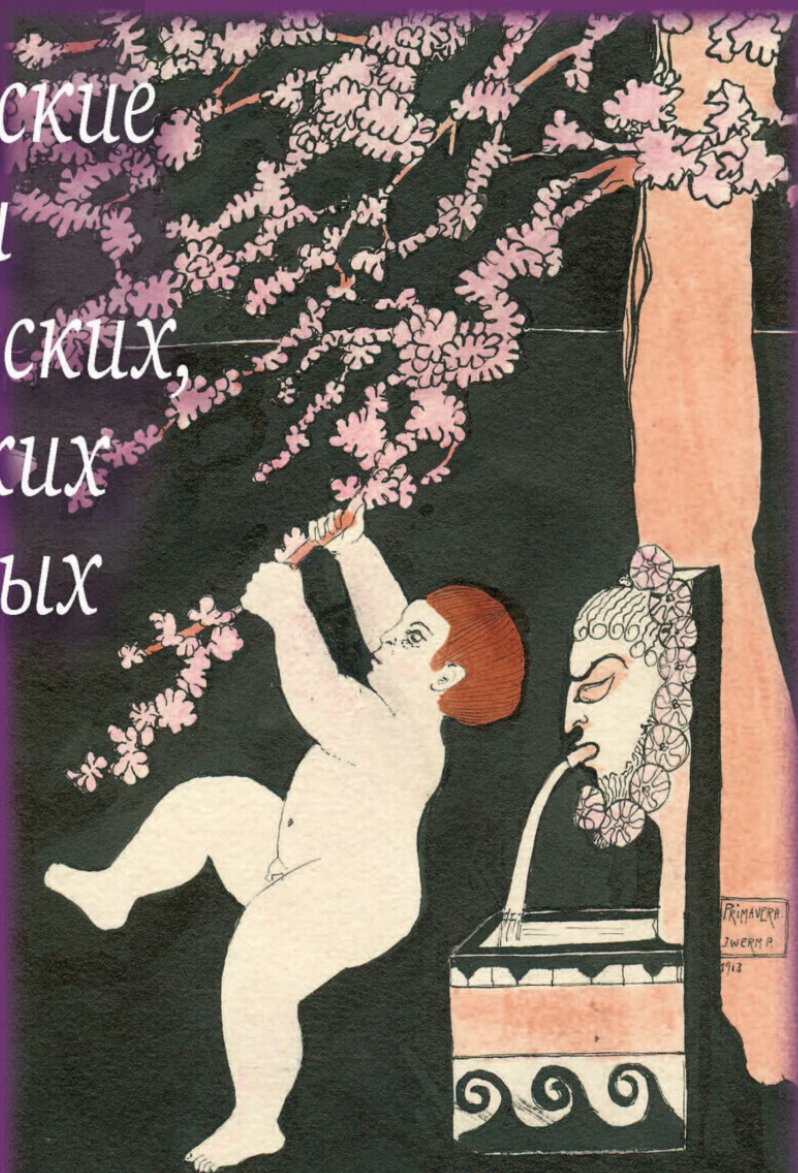


Библиотека  
психоанализа

Джон  
Стайнер

# Психические убежища

Патологические  
организации  
у психотических,  
невротических  
и пограничных  
пациентов



Библиотека психоанализа

Джон Стайнер

**Психические убежища.  
Патологические организации у  
психотических, невротических  
и пограничных пациентов**

«Когито-Центр»

1993

УДК 159.9  
ББК 88

**Стайнер Д.**

Психические убежища. Патологические организации у  
психотических, невротических и пограничных пациентов  
/ Д. Стайнер — «Когито-Центр», 1993 — (Библиотека  
психоанализа)

ISBN 978-5-89353-325-5

«Психические убежища» – это душевные состояния, в которые пациенты прячутся, скрываясь от тревоги и психической боли. При этом жизнь пациента становится резко ограниченной и процесс лечения «застревает». Адаптируя свою книгу практикующему психоаналитику и психоаналитическому психотерапевту, Джон Стайнер использует новые достижения кляйнианского психоанализа, позволяющие аналитикам осознавать проблемы лечения тяжелобольных пациентов. Автор изучает устройство психических убежищ и, применяя обстоятельный клинический материал, исследует возможности аналитика в лечении пациентов, ушедших от реальности. В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9

ББК 88

ISBN 978-5-89353-325-5

© Стайнер Д., 1993  
© Когито-Центр, 1993

## Содержание

Благодарности	6
Предисловие	7
Введение	9
Глава 1	12
Конец ознакомительного фрагмента.	20

**Джон Стайнер**  
**Психические убежища. Патологические**  
**организации у психотических,**  
**невротических и пограничных пациентов**

**Библиотека**  
**психоанализа**

John Steiner

**PSYCHIC RETREATS**

**Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic AND BORdeRLINe PATieNTS**

Foreword by Roy Schafer

London – New York 1993

*Published by arrangement with Paterson Marsh Ltd and The Institute of Psychoanalysis*

Предисловие Роя Шафера

*В оформлении использован рисунок первого русского психоаналитика И. Д. Ермакова, любезно предоставленный его дочерью М. И. Давыдовой.*

Перевод с английского

*З. Р. Баблян*

Научный редактор *И. Ю. Романов*

© John Steiner, 1993

© «Когито-Центр», 2010

## **Благодарности**

Я хотел бы выразить признательность моей семье и моим коллегам из Британского психоаналитического общества и Тэвистокской клиники за их помощь и поддержку. Варианты рукописи читали и комментировали Майкл Фельдман, Рональд Бриттон, Ханна Сигал, Присцилла Рот, Бетти Джозеф и моя жена Дебора Стайнер, и комментарии эти были бесценными. Важнейшую роль сыграла Элизабет Спиллиус – как редактор, коллега и друг. Особая благодарность – моим пациентам, как тем, чей материал представлен в этой книге, так и тем, кто помогал развитию и прояснению моих идей.

## Предисловие

Можно лишь восхищаться поразительной эмпатией, тонким пониманием, впечатляющим терпением и живительной искренностью, которые мы встречаем на этих страницах. Однако внимательное чтение работы Джона Стайнера вызывает не только восторг – оно способно значительно усовершенствовать умения и навыки как аналитика, так и психотерапевта. Особенно ценен интерпретативный подход Стайнера к преодолению неизбежно возникающих болезненных и разочаровывающих этапов в терапевтической работе с пациентами, страдающими от глубоких нарушений. С этой задачей мы, профессионалы в области психического здоровья, вынуждены вновь и вновь сталкиваться на протяжении всей своей карьеры.

Стайнер убедительно описывает подгруппу этих плохо поддающихся лечению пациентов как людей, неспособных выносить боль параноидно-шизоидной либо депрессивной позиции. Как следствие, они спасаются бегством из мира реальных отношений; они выстраивают психические убежища, в которых чувствуют себя защищенными, хотя все еще испытывают боль. Кажется, что они даже способны перверсивным образом обретать в этих укрытиях нарциссическое и мазохистическое удовлетворение. Этого они достигают, возводя патологические организации защит и фантазийных объектных отношений, в которых в качестве строительного материала используют в огромных объемах проективную идентификацию, идеализацию, серьезное искажение чувства реальности и смиренную покорность (ради ощущения безопасности) той самой организации, которую они создали в своем внутреннем мире. Отсюда понятно, что вмешательство терапевта они ощущают как угрозу безопасности и ограничение возможности получать удовольствие и потому противостоят тому самому человеку, к которому обратились за помощью.

Чаще всего эти пациенты прячутся от болезненных помех на пути переживания скорби, которую испытывают, когда разлучаются со своими примитивно воспринимаемыми внутренними объектами. Стайнер рассказывает много нового о переживании опустошения, часто сопровождающем скорбь об «утрате» объектов, с которыми человек психически разлучается. Столь же поучительна рисуемая им картина разных видов контрпереноса, который неизбежно провоцируется, когда аналитик или терапевт чувствует, что его заманили в странный, амбивалентный мир бессознательной фантазии; это означает, что практически неизбежными становятся нечувствительность аналитика и различные формы сговора между ним и пациентом. Но контрперенос может быть очень полезен, если научиться понимать его и управлять им.

Стайнер демонстрирует все это и в комментариях к ярким, подробно описанным клиническим примерам, и в блестящем заключительном очерке об эффектах различных способов построения интерпретаций. То, как именно мы обращаемся к таким пациентам, особенно в ситуации болезненного тупика, может серьезно сказаться на эффективности лечения. Эти клинические примеры и рассуждения автора иллюстрируют тончайшую аналитическую работу, которая только возможна на сегодняшний день. Они могут помочь нам в обдумывании своей собственной стратегии в тяжелые периоды работы с пациентами любого рода, а не только из выделенной автором подгруппы.

Идеи Стайнера основаны на обширном знании психоаналитической литературы, и в этом отношении его претензии трогательно умеренны. Он опирается на Фрейда и на других великих первопроходцев психоанализа, особенно на тех, кто как-то связан с кляйнианской мыслью (и немало на нее повлиял), – среди них Герберт Розенфельд, Уилфред Бион, Ханна Сигал и Бетти Джозеф. Однако его эрудиция простирается и дальше, что идет на пользу тем читателям, кто не относит себя к числу кляйнианских терапевтов или аналитиков – они найдут необходимое теоретическое основание для понимания клинических примеров и их обсуждения.

Поскольку многие из нас, аналитиков и психотерапевтов, сталкиваются с патологическими организациями, психоаналитическому распознаванию и пониманию которых посвятил себя Джон Стайнер, его книга «Психические убежища», безусловно, станет настольной для каждого клинициста. Вспоминая фразу, которую он столь удачно использовал в захватывающих главах, посвященных драмам Софокла, можно сказать: никто из нас не может «закрыть глаза» на работу столь высокого качества.

*Рой Шафер*



## Введение

Темы, обсуждаемые в этой книге, возникли в результате моих упорных размышлений над практическими затруднениями, возникающими в анализе тяжелых пациентов. Как и многих современных аналитиков, меня особенно занимали две проблемы: во-первых, как установить содержательный контакт с пациентом, и, во-вторых, что делать с анализом, который заиклился, стал статичным и непродуктивным. Опыт работы с такими пациентами оформился в следующее наблюдение: они используют разнообразные механизмы для создания душевных состояний, ограждающих их от тревоги и боли. Они укрываются от контакта с аналитиком в этих состояниях, которые зачастую переживаются пространственно, как будто это места, где пациент может спрятаться. Я называю эти состояния психическими убежищами, укрытиями, приютами, прибежищами, пристанищами, и эта книга посвящена тому, как они функционируют. Если состояния замкнутости в себе длятся достаточно долго, они становятся серьезной помехой для развития и существует весьма высокая вероятность «застревания» анализа. Такие клинические ситуации поднимают вопросы о технике аналитика, в том числе его способности к пониманию, а также о психопатологии пациента и выборе защит, и все это будет рассмотрено в нижеследующих главах.

В 1 главе я предлагаю очерк теории психических укрытий и формулирую центральную идею, что эти укрытия отражают деятельность патологических организаций личности. Эти организации я представляю себе и как группировку защит, и как высоко структурированную, многосвязную систему объектных отношений. Хотя эта глава больше посвящена теории, я ориентируюсь в первую очередь на клиническую ситуацию и стремлюсь понять пациента и аналитика в процессе их взаимодействия в аналитическом кабинете. Ведь теория важна и интересна не только сама по себе – она также должна быть клинически полезной. Поскольку у аналитика всегда есть теория, независимо от того, придерживается он<sup>1</sup> ее сознательно или нет, на мой взгляд, лучше иметь осознанную теорию, чем неосознанный предрассудок. Однако важно подчеркнуть, что разрабатываемые мной теоретические описания должны обеспечить только базовую ориентировку и не предназначены для того, чтобы их использовали в качестве формул в рабочем кабинете аналитика. В этом я согласен с Бионом (Bion, 1970): главная задача аналитика заключается в том, чтобы предоставить себя пациенту и открыть свой ум для его сообщений, минимально в них вмешиваясь. Теория, подобно «памяти и желанию», может заполнить разум аналитика и не оставить достаточно места для проекций пациента. Однако правильный теоретический подход, когда простые и ясные теории используются при размышлении над клиническим материалом между сеансами, в написании работ и в дискуссиях с коллегами, – по сути, он облегчает отступление теории на задний план, когда аналитик находится один на один с пациентом.

Во 2 главе я более подробно описываю психические убежища и использую клинический материал для иллюстрации того, как они функционируют и действуют в качестве укрытия как от параноидно-шизоидных, так и от депрессивных тревог.

В главе 3 предлагается обзор параноидно-шизоидной и депрессивной позиций и тревог, характерных для каждой из них. Я ввожу новые подразделы в эту классификацию, чтобы прояснить те пункты, в которых пациент испытывает специфическое напряжение, а потому склонен прибегнуть к защите со стороны патологической организации личности.

В главе 4 этот обзор распространяется на нарциссические объектные отношения и исследования, посвященные патологическим организациям личности. Хотя обзор по большей части

---

<sup>1</sup> В своей книге я пытаюсь избежать сексистского языка, но иногда использую местоимение «он» для обозначения аналитика или пациента любого пола ради простоты и ясности.

сосредоточен на работах авторов-кляйнианцев, важно признать, что многие аналитики не кляйнианского направления проделали существенную работу в этой и родственных ей областях, иногда используя схожие идеи, но другую терминологию. Не претендуя на полный охват этих работ, в 4 главе я кратко обсуждаю лишь некоторую их часть.

В главе 5 описывается, как происходит возвращение частей самости, утраченных в результате проективной идентификации. Обратимость проективной идентификации и восстановление частей самости, утраченных посредством этого механизма, играют центральную роль при рассмотрении попыток пациента отдалиться от убежища. В этой главе приводится нормальная последовательность событий, составляющих процесс скорби, и описывается модель, согласно которой в процессе скорби происходит воссоединение частей самости.

В главе 6 обсуждаются психотические организации. Потребность пациента-психотика реставрировать свое Эго вызывается отчаянной ситуацией, является следствием внутренней катастрофы, в которой его собственная психика подверглась нападению. Здесь объясняется, каким образом патологические организации личности служат своего рода заплаткой на поврежденном Эго.

Глава 7 иллюстрирует, каким образом вводится в действие патологическая организация, когда пациент чувствует себя пострадавшим, обиженным, но не может выразить свое желание мести. В такой ситуации патологическая организация может действовать как защита от преследования и фрагментации, но в то же время она может начать ограждать пациента от депрессивной боли и вины и не допускать переживание утраты. Если пациент способен выйти из психического убежища, чтобы соприкоснуться с психической реальностью, он, вероятно, должен быть способен распознать в себе достаточное количество добрых чувств, чтобы почувствовать сожаление и раскаяние. Если это происходит, становится возможным переживание скорби, и проекции могут быть отведены от объекта и возвращены самости. Пациент чувствует, что теперь его могут простить, и он в свою очередь способен прощать, так что могут быть приняты определенные шаги к репарации.

В главе 8 обсуждаются перверсивные аспекты психических убежищ и изучается особый, специфичный для них тип отношений с реальностью. Я предполагаю, что с реальностью обращаются здесь одновременно и принимая, и не признавая ее – нечто подобное описывал Фрейд в своем исследовании фетишизма (Freud, 1927).

В 9 главе я продолжаю это обсуждение, показывая, как перверсивные объектные отношения, в том числе перверсивные отношения между частями самости, способствуют укреплению власти патологических организаций над личностью.

В 10 главе я рассматриваю великие трагедии Софокла, посвященные Эдипу, которые оказали столь глубокое влияние на психоанализ. Я использую этот материал для исследования двух типов психического убежища. В трагедии «Царь Эдип» я выделяю перверсивные механизмы, в частности тот, который я называю «закрыванием глаз», потому что он позволяет одновременно и признавать истину, и отвергать ее, т. е. знать и не знать в одно и то же время. В пьесе «Эдип в Колоне» наблюдается более радикальный разрыв с реальностью, который я называю «бегством от истины к всемогуществу», и это служит примером психотического типа убежища.

Наконец в главе 11 обсуждаются некоторые технические проблемы, которые создают в анализе пациенты, находящиеся во власти патологической организации личности. Здесь я считаю полезным проводить различие между «потребностью в понимании» и «потребностью быть понятым». Соответственно интерпретации переноса можно схематически разделить на центрированные на пациенте и центрированные на аналитике. Я обсуждаю сильные и слабые стороны обоих типов интерпретаций и прихожу к выводу, что иногда для пациентов с выраженной склонностью замыкаться в психических убежищах центрированные на пациенте интерпретации могут быть слишком вторгающимися и преследующими. В таких случаях переход к интер-

претациям, центрированным на аналитике, может помочь аналитику понять, что происходит, и иногда — избежать тупика.

## Глава 1

### Теория психических убежищ

Психическое убежище предоставляет пациенту область относительного покоя и защиты от напряжения, когда значимый контакт с аналитиком переживается как угроза. Нетрудно понять потребность во временном отступлении такого рода, но в анализе пациентов, использующих психическое убежище привычно, чрезмерно и по всякому поводу, возникают серьезные технические проблемы. В некоторых случаях пациенты (в частности, психотические и пограничные пациенты) практикуют более или менее постоянное пребывание в убежище и это препятствует их дальнейшему развитию и росту.

В своей клинической практике я наблюдал множество форм такого типа отступления и в результате – развивающуюся неспособность поддерживать контакт с аналитиком. Отстраненное шизоидное чувство превосходства проявляется у одного пациента как холодная снисходительность, а у другого – как насмешливое пренебрежение моей работой. Некоторые пациенты отчетливо реагируют на возникновение тревоги, и их бегство, по-видимому, указывает на то, что аналитик затронул болезненную тему, которой следует сторониться. Вероятно, наибольшие затруднения представляет убежище такого типа, когда выстраивается мнимый контакт и аналитика побуждают действовать поверхностным, нечестным или перверсивным образом. Иногда эти реакции можно считать результатом неловкого или слишком настойчивого поведения аналитика, но часто случается так, что даже тщательный анализ приводит к утрате контакта с пациентом. Пациент скрывается за мощной системой защит, что служат ему броней или укрытием, и время от времени мы можем наблюдать, как с великой осторожностью, словно улитка из раковины, пациент показывается из своего укрытия и прячется туда снова, если контакт вызывает боль или тревогу.

Понятно, что препятствия в поддержании контакта и препятствия на пути прогресса и развития взаимосвязаны, что и те и другие возникают вследствие разворачивания защитной организации особого типа, с помощью которой пациент стремится избежать невыносимой тревоги. Я называю такие системы защит «патологическими организациями личности» и использую этот термин для обозначения группы защитных систем, характеризующихся чрезвычайной стойкостью и помогающих пациенту избежать тревоги, уклоняясь от контакта с другими людьми и с реальностью. Этот подход привел меня к подробному изучению того, как функционируют защиты, в частности, как они взаимодействуют, формируя сложные и сплоченные защитные системы.

Аналитик наблюдает психические убежища как такие душевные состояния пациента, в которых тот «застрял» и пребывает в изоляции, вне досягаемости. Отсюда можно заключить, что эти состояния являются следствием действия мощной системы защит. Восприятие убежища пациентом отражается в данных им описаниях, а также в бессознательной фантазии: сновидениях, воспоминаниях и рассказах из повседневной жизни, что дает нам выразительный и театрализованный образ бессознательного переживания убежища. Обычно оно представляется в виде дома, пещеры, крепости, необитаемого острова или другого подобного места, выглядящего как зона относительной безопасности. Кроме того, оно может принимать межличностную форму, как правило – организации объектов или частичных объектов, которая готова предоставить защиту. Это может быть образ коммерческой организации, школы-интерната, религиозной секты, тоталитарного правительства или мафиозной банды. В описании зачастую явно видны элементы тиранического или перверсивного характера, но иногда пациент идеализирует эту организацию и восхищается ею.

Обычно на протяжении некоторого периода времени наблюдаются различные репрезентации убежища, что помогает выстроить картину защитной организации пациента. Ниже я попытаюсь показать, что иногда полезно представлять эту патологическую организацию как совокупность объектных отношений, защит и фантазий, что формирует пограничную позицию, схожую с описанными Мелани Кляйн (Klein, 1952) параноидно-шизоидной и депрессивной позициями, но отличающуюся от них.

Обеспечиваемое убежищем облегчение достигается ценой изоляции, застоя и отступления, и некоторые пациенты находят такое состояние тягостным и жалуются на него. Однако другие принимают эту ситуацию покорно, с облегчением, а временами с пренебрежением или с триумфом, так что все отчаяние, связанное с неспособностью поддерживать контакт, выпадает на долю аналитика. Иногда, когда пациент распознает фатальный характер ситуации, убежище ощущается как мучительное место, но гораздо чаще оно представляется как место приятное и даже идеальное. Идеализируется ли укрытие или же переживается как неотступное мучение, в любом случае пациент старается остаться в нем, предпочитая его другим, еще худшим состояниям, альтернативы которым он не видит. У большинства пациентов наблюдается определенное движение, когда они со всеми предосторожностями показываются из убежища лишь для того, чтобы снова вернуться туда, как только возникают какие-то проблемы. В некоторых случаях в эти периоды выхода из убежища возможно истинное развитие, и такие пациенты способны постепенно снижать свою склонность спасаться бегством.

У других пациентов периоды отступления более продолжительны, а все достигнутое за время выхода из убежища носит преходящий характер, так что пациент возвращается в предшествующее состояние с негативной терапевтической реакцией. Обычно устанавливается некоторое равновесие, когда пациент пользуется убежищем для того, чтобы оставаться относительно свободным от тревоги, но расплачивается за это почти полной остановкой в развитии. Ситуация осложняется тем, что частью защитной организации становится аналитик, который иногда вовлекается в эту ситуацию столь искусно, что не отдает себе отчет в том, что пациент превратил анализ в убежище. Зачастую аналитик испытывает сильное давление и фрустрация может приводить его в отчаяние или подталкивать к попыткам (обычно бесполезным) преодолеть то, что он воспринимает как упорные защиты пациента.

На практике мы обнаруживаем все возможные степени зависимости от убежища: от полностью «застрявших» пациентов до тех, кто пользуется убежищем лишь иногда и по своему усмотрению. Масштабность и охват убежища также могут варьировать, и некоторые пациенты способны развивать и поддерживать адекватные отношения в отдельных областях своей жизни, в других же аспектах оставаясь «застрявшими». Хочу подчеркнуть, что перемен можно добиться даже в анализе чрезвычайно «застрявших» пациентов. Если аналитик способен упорно работать и выдерживать оказываемое на него давление, он и пациент могут постепенно обрести некий инсайт в отношении того, как действует патологическая защитная организация, и ослабить интенсивность и масштаб ее действия.

Одной из особенностей психического убежища, особенно ярко проявляющейся у пациентов-психотиков, пациентов в пограничных состояниях и склонных к пerversиям пациентов, является то, что, уклоняясь от контакта с аналитиком, пациент в то же время уклоняется и от контакта с реальностью. Таким образом, убежище оказывается областью психики, где можно укрыться от столкновения с реальностью, где фантазия и всемогущество могут существовать беспрепятственно, где все дозволено. Именно благодаря этой особенности убежище зачастую столь притягательно для пациента и обычно включает в себя использование психотических и пerversивных механизмов.

Поражает мощь системы защит, с которой приходится встречаться в подобных случаях «застрявшего» анализа. Иногда эти защиты столь успешно ограждают пациента от тревоги, что пока в действие системы ничто не вмешивается, у него не возникает никаких затруднений.

Другие пациенты остаются в убежище, несмотря на причиняемое им очевидное страдание, которое может быть хроническим и устойчивым или мазохистическим и привычным. Однако в любом случае пациент страшится возможных перемен и на попытки вывести его из убежища может реагировать еще более радикальным уходом.

Эти ситуации весьма интересны с точки зрения теории, но меня больше заботит клиническая практика, и потому основное внимание я обращаю на то, как функционируют защитные организации в ходе конкретных сеансов анализа конкретных пациентов. Важно признать, что аналитик ни при каких условиях не может оставаться отстраненным наблюдателем, поскольку он всегда в большей или меньшей степени вовлечен в разыгрывания переноса (Sandler, 1976; Sandler and Sandler, 1978; Joseph, 1989). Применяя эту идею к области патологических организаций, я старался отмечать, как пациент использует аналитика для создания укрытия, в которое он может отступить. Более всего я старался скрупулезно следовать ситуации, складывающейся на сеансе, и описывать то, как пациент предпринимает некоторые движения, чтобы выйти из укрытия лишь для того, чтобы снова в него отступить, когда он сталкивается с тревогами, которые не в силах или не намерен переносить.

Высокоорганизованный характер этого процесса поразил меня и привел к использованию термина «патологическая организация» для описания внутренней конфигурации защит. Сама клиническая картина оказалась знакомой для большинства практикующих аналитиков; она описана в различных терминах многими авторами, к работам которых я обращусь ниже. Наиболее ранними примерами являются исследования нарциссического сопротивления Абрахама (Abraham, 1919, 1924) и работа Райха (Reich, 1933), посвященная «броню характера». О высокоорганизованной системе защит говорила Ривьер (Riviere, 1936), а у Розенфельда (Rosenfeld, 1964, 1971a) мы встречаем описание деструктивного нарциссизма. Сигал (Segal, 1972), О'Шонесси (O'Shaughnessy, 1981), Ризенберг-Малкольм (Riesenberg-Malcolm, 1981) и Джозеф (Joseph, 1982, 1983) также описывали пациентов, захваченных мощными защитными системами. Эти и подобные им работы посвящены пациентам, находящимся в особых ситуациях, которые мы можем рассматривать в связи с теми предельными препятствиями изменению, о которых писал Фрейд в работе «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937). Фрейд связывал эти глубочайшие препятствия изменению с действием инстинкта смерти, и, на мой взгляд, патологические организации играют особую роль в универсальной проблеме примитивной деструктивности. Она затрагивает человека на самом глубоком уровне, каковы бы ни были причины ее возникновения, внешние или внутренние. Травматический опыт насилия или пренебрежения со стороны окружения приводит к интернализации жестоких нарушенных объектов, которые в то же время служат удобными вместилищами для проекции собственной деструктивности индивида.

Нам не обязательно разрешать спорные вопросы относительно инстинкта смерти для того, чтобы признать, что в структуре личности человека мы часто встречаем такие элементы, которые направляют его к смерти и саморазрушению и могут угрожать его целостности, если должным образом не контейнируются. На мой взгляд, защитные организации выполняют задачу связывания примитивной деструктивности, ее нейтрализации и контроля независимо от ее источника, и это является универсальной чертой структуры защит человека. Более того, у некоторых пациентов, чьи связанные с деструктивностью проблемы особо выражены, защитная организация начинает доминировать в психике, и в таких случаях ее способ действия легче всего оценить. Сделав это хотя бы однажды, будет гораздо легче распознать подобное или более мягкое действие защитной организации у невротиков или нормальных людей.

Неясно, всегда ли будут успешны такие методы совладания с деструктивностью. Определенно, что наблюдаемые нами формы защитной организации стремятся функционировать как своего рода компромисс и они являются выражением деструктивности в той же степени, сколько и защитой от нее. Вследствие этого компромисса они всегда патологичны, несмотря

на то, что могут служить цели адаптации и предоставляют человеку уголок, где он чувствует облегчение и обретает временную защищенность. Патологические организации оглушают личность, мешают контакту с реальностью и становятся преградой личностному росту и развитию. У нормальных индивидов они начинают действовать, когда тревога превышает порог переносимости, и сходят на нет по завершении кризиса. Тем не менее, в любой момент они готовы снова включиться, вывести пациента из зоны контакта и затормозить анализ, если аналитическая работа приближается к пределу того, что человек способен выдержать. В личности пациентов с более значительными нарушениями защитные организации превалируют, и человек оказывается в большей или меньшей степени захваченным ими.

Различение психотических и непсихотических частей личности, предложенное Бионом (Bion, 1957), помогает нам отличать типы патологической организации, возникающие у пациентов с серьезными нарушениями, от тех, что наблюдаются у нормальных пациентов и невротиков, что обсуждается в главе 6, где описывается психотическая организация. В личности пациентов-психотиков и пограничных пациентов защитная организация доминирует; она используется для «корректировки» поврежденных частей Эго и в результате оказывается неотъемлемым компонентом психотической части личности. Непсихотическая личность менее склонна к деструктивным нападениям на собственную психику, и поскольку ситуация не столь безнадежна, возможно чередование проективных и интроективных процессов. Несмотря на эти различия, существует множество общих элементов патологических организаций личности для разных типов пациентов, и именно эти элементы выходят на передний план, когда пациент испытывает давление. Если аналитик пытается помочь пациенту совладать с проблемами на пределе его возможностей, даже у тех пациентов, которые обычно справляются относительно неплохо, возникают области, где они испытывают затруднения, и в таком случае пациенты склонны спасаться в убежищах, к которым редко обращаются в обычных обстоятельствах.

Даже у нормальных пациентов и невротиков убежище, нередко представленное как пространство, возникшее естественным образом или обеспеченное окружением, можно считать результатом действия мощных систем защит. Подчас пациенты отдают себе отчет в том, как они создают убежище, и даже способны определить, каким образом убежище служит им защитой. Однако обычно описание в терминах защит представляет точку зрения аналитика и составляет часть его теоретического подхода. Я обнаружил, что внимательное исследование объектных отношений, возникающих при переносе, особенно полезно для выявления некоторых базовых механизмов, задействованных в работе патологической организации. Чтобы детально понимать их структуру, необходимо разбираться в действии примитивных механизмов защиты, в частности проективной идентификации, которая занимает столь важное место в современном кляйнианском психоанализе. Мы будем обсуждать эти механизмы позже, а пока достаточно признать, что проективная идентификация приводит к объектным отношениям нарциссического типа, подобным тем, что были описаны Фрейдом в его работе о Леонардо (Freud, 1910). При наиболее явной форме проективной идентификации часть самости отщепляется и проецируется в объект, приписывается объекту, а тот факт, что она принадлежит самости, отрицается. Возникающие в результате объектные отношения устанавливаются не с человеком, воспринимаемым как отдельная личность, а с самостью, спроецированной в другого, — при том, что к ней относятся как к другому человеку. Это позиция мифологического Нарцисса, влюбившегося в незнакомого юношу, которого он с собой сознательно не связывал. Также это верно в случае Леонардо, который проецировал свою инфантильную самость в учеников и заботился о них так, как хотел бы, чтобы о нем заботилась его мать (Freud, 1910).

Объектные отношения нарциссического типа, основанные на проективной идентификации, определенно являются центральным аспектом патологических организаций, но сами по себе они не дают достаточного объяснения той грандиозной мощи и сопротивлению переменам, которые эти отношения демонстрируют. Более того, сама по себе проективная иденти-

фикация не является патологическим механизмом и действительно формирует основу всякой эмпатической коммуникации. Мы проецируем в других для того, чтобы лучше понять, каково это быть в их шкуре, и неспособность или нежелание это делать влияет на объектные отношения на очень глубоком уровне. Однако для нормального психического функционирования важно уметь использовать проективную идентификацию гибким и обратимым образом, т. е. быть способным отказываться от проекций, наблюдать других людей и взаимодействовать с ними с позиции, прочно базирующейся на своей собственной идентичности.

Во многих патологических состояниях такая обратимость заблокирована и пациент не способен вернуть себе части своей самости, утраченные при проективной идентификации, в результате чего он теряет контакт с теми аспектами своей личности, которые постоянно пребывают в объектах, с которыми они идентифицированы. Любое качество, включая интеллект, сердечность, мужественность, агрессию и так далее, может таким образом быть спроецировано и отчуждено, и когда обратимость не срабатывает, это приводит к истощению Эго, более не имеющего доступа к утраченным частям самости. В то же время искажается объект, которому атрибутируются отщепленные и отрицаемые части самости.

Исследование патологических организаций, изложенное в данной книге, привело меня к выводу о еще большей сложности их структуры. Защитная ситуация только что описанного типа может возникать в результате нормального расщепления, в ходе которого объект воспринимается как хороший или плохой и человек пытается с помощью хорошего защититься от плохого. Как подчеркивала сама Кляйн (Klein, 1952), понятно, что такое расщепление объекта всегда сопровождается соответствующим расщеплением в Эго, и хорошая часть самости, установившая отношения с хорошим объектом, удерживается отдельно от плохой части самости, установившей отношение с плохим объектом. Если это расщепление успешно поддерживается, хорошее и плохое настолько изолируются друг от друга, что между ними вообще не происходит никаких взаимодействий, но если оно оказывается под угрозой разрушения, человек может попытаться сохранить равновесие, обратившись к защите хорошего объекта и хороших частей самости от плохого объекта и плохих частей самости. Если и с помощью этих мер не удастся поддержать равновесие, человек может прибегнуть к еще более радикальным средствам.

Например, может происходить патологическое расщепление с фрагментацией самости и объекта и их выталкивание в более жесткой и примитивной форме проективной идентификации (Bion, 1957). Затем могут развиваться собирающие эти фрагменты патологические организации, а результат снова может оставлять впечатление защищенного хорошего объекта, изолированного от плохих объектов. Однако на этот раз то, что кажется относительно простым расщеплением на хорошее и плохое, фактически является результатом расщепления личности на несколько элементов, спроецированных в объекты и затем собранных заново таким образом, что это имитирует контейнирующую функцию объекта. Патологическая организация может преподносить себя в качестве хорошего объекта, защищающего индивида от деструктивных атак, но фактически ее структура состоит из хороших и плохих элементов, полученных из самости и объектов, в которые осуществлялось проецирование, использованных в качестве строительных блоков возникшей в результате чрезвычайно сложной организации. Я считаю, что самость, зависящая от превалирующей организации, также может иметь сложную структуру и может оказаться не такой уж невинной жертвой, какой выглядит на первый взгляд. Необходимо понять не только каковы строительные блоки организации, но и то, каким образом они собираются и удерживаются вместе, поскольку зависимая часть самости, а также аналитик, могут оказаться втянутыми и включенными в тиранические и жестокие объектные отношения, охраняющие систему от всякого на нее воздействия.

В последующих главах я попытаюсь показать, как в патологических организациях личности проективная идентификация не ограничивается единичным объектом, а охватывает группы объектов, между которыми также устанавливаются отношения. Эти объекты, на самом



деле чаще всего частичные объекты, сконструированы из опыта взаимодействия с людьми, присутствовавшими в раннем окружении пациента. Фантастические фигуры внутреннего мира пациента иногда основаны на его реальном опыте, полученном во взаимодействии с плохими объектами, а иногда оказываются искажениями и неверными интерпретациями раннего опыта. Травма и депривация в истории пациента оказывают сильное воздействие на создание патологических организаций личности, хотя не всегда возможно разобраться в соотношении внешних и внутренних факторов. В ситуации анализа – здесь и сейчас – становится очевидным, что объекты, независимо от того, выбираются ли они пациентом из ранее предоставленного окружением или создаются им самим, используются в особых защитных целях, в частности для связывания деструктивных элементов личности.

Я уже говорил о том, что главной функцией патологических организаций личности является контейнирование и нейтрализация этих примитивных деструктивных импульсов, и для того, чтобы с ними справиться, пациент отбирает деструктивные объекты, в которые он может спроецировать деструктивные части самости. Как описано у Розенфельда (Rosenfeld, 1971a), Мельцера (Meltzer, 1968) и других, эти объекты часто собраны в «банду», единство которой достигается жестокими и насильственными мерами. Эти мощно структурированные группы индивидуумов представлены во внутреннем мире пациента на бессознательном уровне и проявляются во снах как межличностный вариант убежища. Безопасное место обеспечивается группой, которая предлагает защиту как от преследования, так и от вины до тех пор, пока пациент не оспаривает господство банды. Результатом этих операций становится создание сложной сети объектных отношений, где каждый объект контейнирует отщепленные части самости, а единство группы достигается сложным, специфичным для каждой конкретной организации образом. Патологическая организация «контейнирует» тревогу, предлагая себя в качестве защитника, и делает она это перверсивным образом, сильно отличающимся от нормального контейнирования, которое происходит, например, как описывал Бийон, между здоровой матерью и ее ребенком (Bion, 1962a, 1963).

Такая формулировка иллюстрирует степень возможной персонификации патологической организации. Частично это результат ее развития в раннем детстве, когда многие явления природы воспринимаются ребенком как результат человеческих действий. Персонификация до некоторой степени является также результатом того, что внутренний мир пациента остается населенным объектами, находящимися во взаимоотношениях друг с другом, а также и с субъектом. Никакое прибежище не является надежным, пока оно не одобрено и не защищено также и социальной группой, которой оно принадлежит. Иногда оказывается возможным получить информацию о более глубоких фантазиях, в которых психические убежища предстают полостями объектов или частичных объектов. Это могут быть фантазии об укрытии в матке, анусе или груди матери, которые иногда воспринимаются как желанные, но запретные места.

Одним из важнейших последствий такой структуры является то, что индивиду чрезвычайно сложно отважиться на конфронтацию с этими объектами и отречься от их методов и целей. В результате блокируется обратимость проективной идентификации. Далее я покажу, что эта обратимость устанавливается благодаря успешной работе скорби. Процесс возвращения частей самости, утраченных при проективной идентификации, включает в себя встречу с реальностью того, что принадлежит объекту и что принадлежит самости, и наиболее отчетливым образом это происходит в переживании утраты. Именно благодаря процессу скорби обретаются утраченные части самости, и для достижения этого может потребоваться значительная работа. Таким образом, истинной интернализации объекта можно достичь только путем отказа от него как объекта внешнего. Затем он может интернализироваться как отделенный от самости, и в этом состоянии с ним можно идентифицироваться гибким и обратимым образом. Развитие символической функции способствует этому процессу и позволяет индивиду идентифицировать себя с некоторыми аспектами объекта, а не с его конкретной целостностью.

Когда контейнирование обеспечивается не единичным объектом, а организацией объектов, очень трудно добиться с я обратимости проективной и дентификации. Невозможно отпустить от себя какой-либо единичный объект, скорбеть о нем и, далее, отвести от него проекции, поскольку он не функционирует отдельно, а соединяется с остальными членами организации мощными связями. Эти связи безжалостно поддерживаются, а главной целью является сохранение организации в неприкосновенности. Фактически, в такой ситуации индивидуумы часто воспринимаются в неразрывной связи друг с другом, а для контейнирования важна его обеспеченность группой объектов, рассматриваемых как единый объект – а именно как организация.

Отведение проекций от одного из объектов означает, что в области отношений этого объекта должна произойти встреча с реальностью, затем то, что принадлежит объекту, должно быть дифференцировано от того, что принадлежит самости, – для того, чтобы стало возможным отделение проекции от объекта и возвращение ее самости. Это может оказаться затруднительным даже если защиты действуют порознь, но если объектные отношения составляют часть сложной организации, эта задача становится исключительно сложной. Пациент ощущает себя втянутым во всемогущую организацию, выйти из которой он не в состоянии. Если аналитик признает это всемогущество, он вряд ли попытается противостоять организации или бороться с ней напрямую. Подобное признание, на мой взгляд, помогает как аналитику, так и пациенту примириться с фактом всемогущества, не поддаваясь ему, но и не вступая в агрессивное противостояние. Если удастся признать его как жизненный факт, составляющий реальность внутреннего мира пациента, становится возможным постепенно приблизиться к его пониманию и в результате – ослабить его власть над личностью.

Я уже указывал на то, как патологические организации личности могут приводить к «застреванию» в анализе, когда пациент может закрыться от контакта до такой степени, что аналитику становится сложно поддерживать с ним связь. С другими пациентами сходная ситуация возникает не столько из-за отсутствия контакта, движения и развития, сколько вследствие того, что всякое развитие, реально достигнутое, тотчас же и иногда полностью обращается вспять. Как только это установлено, зачастую становится возможным увидеть подобные, но менее выраженные движения даже у большинства явно «застревших» пациентов. В результате мы можем дать более подробное описание ситуации, следуя за пациентом, совершающим пробные, иногда почти незаметные движения навстречу аналитику и вновь прячущимся в убежище при столкновении с тревогой. Как только пациент начинает выходить из-под защиты организации, при наличии и доступности убежища как источника облегчения тревоги и боли, бегство в него оказывается очень удобным, и иногда контакт вызывает такой страх, что отступление следует незамедлительно. Тем не менее, если этот момент контакта регистрируется и интерпретируется аналитиком, пациент может обрести понимание своего страха контакта, почувствовать поддержку аналитика и в результате начать постепенно укреплять свою способность переносить этот страх.

Если пациент чувствует, что аналитик понимает природу тревог, с которыми он сталкивается, выходя из убежища, скорее всего, он будет чувствовать поддержку и предпримет дальнейшие шаги, ослабляющие его зависимость от патологической организации личности. Существует важное различие между тревогами параноидно-шизоидной и депрессивной позиций, как они описаны Кляйн (Klein, 1946, 1952), и патологические организации личности призваны защищать пациента от обоих этих наборов тревог (Steiner, 1979, 1987). Данный подход предполагает, что важно не только описать психические механизмы, действующие в каждый конкретный момент, но и обсудить их функцию, т. е. установить не только то, что происходит, но и почему это происходит – в нашем случае надо попытаться понять, каких именно последствий своего выхода из убежища боится пациент. Если уделять внимание мельчайшим движениям, пациент сможет отметить преходящий и на короткое время допустимый «вкус» тревоги, возникающей, когда он выходит из убежища, а аналитик сможет это явление – уже фиксируе-

мое наблюдением – проинтерпретировать. Появляется возможность установить и исследовать функцию защиты. Некоторые пациенты зависят от организации, защищающей их от примитивных состояний фрагментации и преследования, и они боятся, что не выдержат этих состояний крайней тревоги, если покинут убежище. Другие же способны достичь более высокой степени интеграции, но не в состоянии выносить депрессивную боль и вину, возникающие при укреплении контакта с внутренней и внешней реальностью. И в том, и в другом случае стремление к контакту с аналитиком может привести к быстрому возвращению в убежище и попыткам восстановить удерживаемое ранее равновесие.

Мелани Кляйн (Klein, 1952) описывала параноидно-шизоидную и депрессивную позиции в терминах совокупности защит и модели соответствующих тревог и других эмоций. Каждая позиция характеризуется также типичными психическими структурами и типичными формами объектных отношений, как внутренних, так и внешних. Именно по отношению к этим позициям мы можем легче всего понять феномен убежища, которое действительно можно рассматривать как особую позицию, со свойственной ей совокупностью тревог, моделью защит, типичными объектными отношениями и характерной структурой. Ранее я обозначал ее как «пограничную позицию», поскольку она находится на границе двух основных позиций (Steiner, 1987, 1990a).

## **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.