

Библиотека  
психоанализа

# Театры тела

Джойс  
Макдугалл

психоаналитический  
подход  
к психосоматическим  
расстройствам



Библиотека психоанализа

Джойс Макдугалл

**Театры тела. Психоаналитический  
подход к лечению  
психосоматических расстройств**

«Когито-Центр»

1989

УДК 159.9  
ББК 88

**Макдугалл Д.**

Театры тела. Психоаналитический подход к лечению  
психосоматических расстройств / Д. Макдугалл — «Когито-  
Центр», 1989 — (Библиотека психоанализа)

ISBN 5-89353-193-0

Джойс Макдугалл является признанным авторитетом в психоаналитическом сообществе. Книга «Театры тела» издается на русском языке впервые, она посвящена психоаналитическому осмыслению психосоматического феномена. Автор рассказывает о людях, которые реагируют на психологический стресс психосоматическими проявлениями, а также о психосоматическом потенциале, который есть в каждом человеке. Высокий профессионализм, богатый клинический опыт и широта теоретических взглядов, характерные для автора этой книги, проявились и в данной работе. В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9

ББК 88

ISBN 5-89353-193-0

© Макдугалл Д., 1989

© Когито-Центр, 1989

## Содержание

Предисловие научного редактора	6
Предисловие к русскому изданию	7
Введение	8
Начало путешествия	10
Что же представляет собой «психоаналитическое» обращение за помощью?	11
Каков прогноз для психосоматических заболеваний?	15
Глава 1	17
Теоретическая Одиссея	19
Истерическая конверсия и ее проблемные точки	20
Конец ознакомительного фрагмента.	21

**Макдугалл Джойс**  
**Театры тела: Психоаналитический подход**  
**к лечению психосоматических расстройств**

**Библиотека**  
**психоанализа**

*Издание осуществлено в рамках программы “Пушкин” при поддержке Министерства иностранных дел Франции и Посольства Франции в России.*

*Programme*  
*Pouchkine*

*Ouvrage réalisé dans le cadre du programme d'aide à la publication Pouchkine avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères français et de l'Ambassade de France en Russie.*

**Joyce McDougall**  
**THÉÂTRES DU CORPS**  
**Le psychosoma en psychanalyse**

GALLIMARD

Перевод с французского А.В. Россохин, А. Н. Багрянцева

*В оформлении обложки данной книги использован рисунок первого российского психоаналитика И.Д. Ермакова*

© Joice McDougall, 1989

© Когито-Центр, перевод на русский язык, 2007

## Предисловие научного редактора

Джойс Макдугалл – имя одного из наиболее выдающихся и уважаемых психоаналитических мыслителей и клиницистов нашего времени. Поражающая воображение глубина понимания человеческой души, способность, растворяясь в общей с пациентом Химере Бессознательного, погружаться в его внутренний мир и вновь выходить на поверхность «первичного океана» уже вместе с зарождающимся новым Я спутника по аналитическому путешествию – контур образа Джойс Макдугалл как психоаналитика, достигшего высот профессионального мастерства и зрелости. Читатель, встречавшийся с многочисленными ссылками на творчество Джойс Макдугалл в современной психоаналитической литературе, но впервые открывший ее книгу, обязательно испытает нечто подобное шоку: он встретится не только с мудрым и нейтральным Учителем, но и со страстной и живой Женщиной, доброй, понимающей и принимающей Матерью, и с открым всем фантазиям мира маленьким Ребенком, умеющим радоваться и наслаждаться жизнью и заражающим этим всех, кому посчастливится с ним общаться.

Три года супервизорской работы с Джойс Макдугалл не только помогли моему рождению как психоаналитика, но и были годами общения с Человеком, обладающим огромной душой. Иногда было непонятно, как она может разделять с пациентами их психологические и телесные страдания, оставаясь при этом открытой, любящей и эмоциональной. Секрет Джойс Макдугалл кроется в ее способности получать удовольствие – удовольствие от жизни, от общения с семьей и друзьями и, конечно, от любимой работы. Именно это удовольствие и помогает ей продолжать чувствовать себя живой в терапевтических отношениях с тяжелобольными психосоматическими пациентами, парализующими мыслительную и эмоциональную активность аналитика.

«Мать должна соблазнить своего ребенка жить» – считает Джойс Макдугалл, и эта парадоксальная фраза означает, что призвание матери состоит в том, чтобы заразить ребенка своей жадной жизни, своей любовью, научить его получать удовольствие от жизни, помочь ему обрести собственные силы и передать ему умение заботиться о себе самом. Что-то должно заставить ребенка хотеть жить дальше. Искра жизни не будет теплиться сама по себе. Кто-то должен постоянно раздувать пламя. Именно это и имеет в виду Джойс Макдугалл, когда говорит о соблазнении жить. Соблазняя своих пациентов жить, а не выживать, она дает им возможность ощутить свою материнскую любовь и одновременно играет в их психическом театре роль отделивающего от матери и открывающего новые горизонты Отца.

С годами острый аналитический ум Джойс Макдугалл становится еще более отточенным, а чувства и фантазии еще богаче. Она продолжает «сумасшедшую», с точки зрения обывателя, жизнь «full-time» аналитика, все рабочее время которого занято встречами с пациентами и супервизией коллег-психоаналитиков. Иногда мне приходит в голову, что само влечение к жизни выбрало ее в качестве одной из своих репрезентаций в этом мире. Или, точнее, она выбрала его как свою главную жизненную и творческую силу.

*А.В. Россохин*

## Предисловие к русскому изданию

*Моему мужу Сиднею с любовью*

С огромным удовольствием я узнала от моего друга и коллеги Андрея Россохина, что в русском издательстве «Коги-то-Центр» готовится перевод моей книги «Театры тела».

Я часто вспоминаю, как была взволнована, когда в ходе французско-русского психоаналитического симпозиума в Москве около двух лет назад я впервые держала в своих руках две другие мои книги, изданные на русском языке: «Тысячеликий Эрос» и «Театр души». То, что сейчас книга «Театры тела» присоединяется к тем двум, – очень приятная для меня новость.

*Джойс Макдугалл*  
25.02.06

## **Введение**

### **Психосоматика и психоаналитическое приключение**

Почему я выбрала «Театры тела» в качестве заглавия? Уже во время работы над книгой «Театры Я» (McDougall, 1982a), как это часто бывает, я поняла, что у меня уже родился замысел новой. Выбирая театр в качестве метафоры психической реальности, я, вероятно, пошла по стопам Анны О., которая в конце XIX в. описывала свои свободные ассоциации во время терапии с Брейером как свой «личный театр» (Breuer and Freud, 1893–1895). Одной из трудных задач, с которой я тогда столкнулась, было понимание скрытого значения сложных психических сценариев, которые приводят к сексуальным отклонениям (McDougall, 1964). Уже тогда я обнаружила, что внутренние «театральные тексты», хотя и написанные в раннем детстве, оказывают последующее влияние на взрослую психику, порождая различные невротические и психосоматические заболевания. Я также наблюдала у тех своих пациентов, которые не были ни невротическими, ни психотическими, ни сексуально девиантными другое, едва заметное проявление того, что я назвала «псевдонормальностью»; это дало материал для книги «Речь в защиту некоторой аномальности», которая была опубликована в 1978 г. Позднее, когда я приступила к работе над «Театрами Я», я уже понимала, насколько важно выделять те области, в которых психические Я разворачивают свои скрытые драмы в соответствии с их сценариями, с участием различных действующих лиц, что и составляет психический репертуар. Работая с «невротическим», «психотическим», «переходным» и «нарциссическим» театрами, я обнаружила, что имею дело также с таким театром, который я предварительно назвала «психосоматикой на психоаналитической сцене». Данная область оказалась слишком объемной и явно выходила за рамки работы «Театры Я». На самом деле, ей можно было посвятить целую книгу, и теперь уже ясно, что название «Театры тела» родилось у меня задолго до того, как я приступила к работе над этой книгой.

Таким образом, сегодня я готова представить вашему вниманию более полную картину о «театрах» тела, делая акцент на понимании и исследовании психосоматического феномена в психоаналитическом сеттинге. Раньше я считала, что в психосоматических состояниях тело реагирует на психологическую опасность так же, как если бы эта опасность носила физиологический характер. Я также была уверена в том, что можно провести четкую грань между психикой и телом, объясняя это тем, что такие пациенты не осознавали свои эмоциональные состояния в ситуациях, представляющих для них угрозу. Занавес на психической сцене был плотно закрыт, ни один звук не прорывался наружу, и все же в этом неведомом театре разыгрывалась некая драма, которая таила в себе угрозу самой жизни владельцу этого театра.

Рассмотрим следующую ситуацию. После нескольких лет казавшейся успешной трудной работы с пациентом, страдающим алкоголизмом, я завершила анализ. Его творческая деятельность принесла ему всемирную известность, и слава его неуклонно росла. Что же может быть лучшим подтверждением успешно проведенного психоанализа? Однажды много лет спустя он снова пришел ко мне для того, чтобы сказать, что умирает. Он умирал от рака горла, чьи ранние симптомы мы не смогли обнаружить в театрах его психики. Занавес был закрыт, слова приглушены, и поэтому предупреждение не было услышано. Если бы только оно могло быть услышано раньше, это могло бы спасти ему жизнь!

Все мы когда-нибудь сталкивались с подобными таинственными драмами, которые разыгрываются в «психических театрах» наших пациентов. И действительно, зачастую, едва осознавая и испытывая при этом тревогу, мы можем наблюдать их не только у наших пациентов, с которыми проводится анализ, но также и у коллег, друзей или членов семьи.



Таким образом, в данной книге речь будет идти не только о тех людях, которые реагируют на психологический стресс психосоматическими проявлениями, но также и о психосоматическом потенциале или о том, что есть в каждом из нас. Все мы склонны к соматизации в те моменты, когда внутренние или внешние обстоятельства оказываются настолько тяжелыми, что мы не в состоянии справиться с такого рода проблемами, применяя привычные для себя психологические способы защиты. Довольно часто можно наблюдать, что определенные психосоматические процессы, а также повторяющаяся тенденция уходить в болезнь на физическом уровне исчезают как неожиданный побочный эффект психоаналитического лечения, иногда даже без специального исследования скрытого значения такого заболевания в психической экономике.

Тем не менее следует отметить, что аналитики, как правило, не начинают терапию только на основании жалоб психосоматического характера. Несмотря на то, что подобные жалобы могут также указывать на какую-то психологическую проблему, даже в этих случаях психоанализ не всегда показан. В психоаналитическое путешествие отправляются только с теми, кто действительно хочет исследовать непознанные континенты своей психики. Те, кто решается пуститься в подобное путешествие, поступают так в надежде, что открытия, сделанные ими, позволят им извлечь пользу для жизни, научат выдерживать бури и разочарования, с которыми каждый из нас неизбежно сталкивается. Как и в любом путешествии, прежде чем отправляться в путь, следует составить план и обсудить его с тем, кто пойдет вместе с вами. Необходимо решить, насколько психоанализ будет адекватен в данной ситуации. Ведь иногда те, кто отправляется в дорогу, выбирают неверный путь.

## Начало путешествия

Давайте послушаем г-на З., который на протяжении многих лет (сколько он себя помнит) страдал от трудноизлечимой бессонницы, для которой не было найдено никаких медицинских причин. Традиционный аналитик может предположить, что бессонница такого рода указывает, что пациент, даже будучи крайне изможденным, боится засыпать, боится тех снов, которые ему могут присниться, боится оставить свой контроль дня и внешнего мира. Далее аналитик может предположить, что скрытые причины этих страхов можно будет выявить в процессе анализа. Психиатр же, со своей стороны, может предложить эффективное снотворное, которое будет гарантировать г-ну З. пять или шесть часов хорошего сна и ощущение, что он готов встретиться с новым днем. В зависимости от своих личностных особенностей г-н З. может сказать аналитику: «Меня не волнует *причина* моей бессонницы; все, что я хочу, – это избавиться от нее!» – или психиатру: «У меня нет ни малейшего желания всю жизнь принимать лекарства для того, чтобы заснуть, я хочу понять, *почему* я просто не могу заснуть, как другие люди!» Очевидно, существует определенный риск того, что если на истинную природу просьбы г-на З. не будет обращено должного внимания, он может начать такое лечение, в котором впоследствии – возможно, даже через несколько лет – усомнится или о котором будет сожалеть.

Очевидно, что в сценарии г-на З. есть два различных типа просьбы о помощи. Консультирующему психиатру, который проводит лечение лекарственными препаратами, или консультирующему психоаналитику, который опирается на аналитический метод в лечении, необходимо выяснить, что именно ищет *пациент*. Психиатр рассчитывает на то, что правильно подобранные медикаменты позволят стабилизировать состояние пациента, в то время как психоаналитик считает, что по мере того, как пациент начнет лучше узнавать и понимать себя, у него снизится вероятность повторения симптомов, и он будет способен к более эффективному и творческому использованию психической энергии.

Поскольку сами аналитики считают, что психоанализ не обязательно является предпочтительным методом лечения для всех психологических или психосоматических нарушений, на этот вопрос о выборе метода лечения следует обращать особое внимание.

## **Что же представляет собой «психоаналитическое» обращение за помощью?**

Как оценивать просьбу о предоставлении психоаналитического лечения? Поскольку подразумевается, что уже в ходе первичного интервью аналитик должен понять, какого рода помощь хотел бы получить потенциальный пациент, важно точно определить, что именно необходимо рассматривать. Признавая что разные аналитики придерживаются различных подходов к проведению первичных интервью, я опишу здесь свои собственные представления в отношении этого сложного вопроса. Что же я хочу узнать? Как я собираюсь получить информацию, которая мне необходима? И как я буду ее оценивать?

Я использую один и тот же подход вне зависимости от того, страдает ли пациент от психосоматических заболеваний, отмечаются ли у него невротические или психотические симптомы, связаны ли эти симптомы с особенностями характера пациента или с аддитивными проблемами. На основании симптомов трудно судить о возможных результатах психоаналитической терапии с данным пациентом. Каждый аналитик когда-нибудь обязательно сталкивался с ситуацией, когда лечение начинается с пациентом, которому (согласно теориям и в соответствии с клиническим опытом) действительно была показана психоаналитическая работа, но через год или два выясняется, что он по-прежнему находится в том же самом состоянии, что и во время первичного интервью. На мой взгляд, имеется несколько основных условий, позволяющих принять необходимость оказания психологической помощи. И эти условия не всегда очевидны во время первичных интервью! Рассмотрим их.

### **1. Осознание психического страдания**

Может казаться самоочевидным, что пациент страдает *психологически*; иначе зачем бы он обратился к психоаналитику? Но это условие не всегда присутствует. Вот несколько наиболее распространенных примеров.

Некоторые люди обращаются за помощью исключительно по настоянию других. Например, партнер в браке или любовник может сказать, что он не будет продолжать отношений, если другой не «предпримет что-то» для решения своих проблем. Или же семейный доктор может посоветовать обратиться к психоаналитику. Это часто имеет место, когда люди страдают от заболеваний, которым в большинстве случаев приписывается психосоматическое происхождение (случай г-жи А., о котором пойдет речь в главе 4, как раз подтверждает это). Однако некоторые люди, имеющие психосоматические нарушения, пребывают в полном неведении о какой-либо психической боли и могут отрицать любую потенциальную взаимосвязь между физическим страданием и психологическим стрессом. В таких случаях психоаналитическая терапия может оказаться не только бесполезной, но и даже опасной. Если пациент твердо заявляет только о физических страданиях и не обнаруживает какой-либо осведомленности о психологических страданиях, возможно, он просто обратился не по адресу.

Здесь же можно привести и другой пример. Кандидаты психоаналитических обучающих институтов – будущие психоаналитики – должны сами пройти личный психоанализ. Несмотря на то, что личный анализ представляет собой важнейший опыт для каждого, кто надеется практиковать психоанализ или психоаналитическую терапию, подобное образовательное требование не является само по себе приемлемой причиной для того, чтобы начинать аналитическое путешествие. Очевидно, конечно, что будущий психоаналитик добавляет к желанию понять личные психологические проблемы надежду, что благодаря личному аналитическому опыту он будет способен не только лучше понимать других и помогать им, но также и защищать их от неблагоприятного влияния своих собственных проблем или недостатков.

Резюмируя, хочу подчеркнуть, что вне зависимости от того, по каким причинам пациент обратился к психоаналитику, самым важным является его *желание предпринять психоанализ лично для самого себя*. Когда человек не признает психологических страданий, его не следует рассматривать в качестве кандидата для психоанализа, хотя другие люди могут настаивать на том, что ему необходима психотерапевтическая помощь. Отнюдь не каждый, кто «нуждается» в анализе, способен к его прохождению! Вне зависимости от симптомов психоанализ или психотерапия не принесут желаемых результатов до тех пор, пока человек не будет в состоянии до конца принять, что это именно его собственное желание осуществить столь трудное, хотя и захватывающее, путешествие. Поэтому наше первое требование к будущим анализантам<sup>1</sup> состоит в том, чтобы они признавали, что испытывают тревогу или депрессию, разочарованы или пребывают в замешательстве в связи с ситуацией, в которой они оказались, не понимают значения симптомов или обнаружили, что один и тот же негативный опыт повторяется бесчисленное количество раз.

Лично я не буду принимать в психотерапию или психоанализ тех, кто просит об анализе исключительно по предписанию судебных инстанций или по требованию обучающих институтов, или исключительно на основании рекомендации врачей, начальников или партнеров по браку. Вовлечь человека в психоаналитическое путешествие, основываясь только на этой мотивации, означает вступить в сговор с защитной системой отрицания, которая может оказаться фактически непоколебимой. Когда потенциальный пациент обращается за помощью главным образом потому, что своими действиями он заставляет страдать других или потому, что другие требуют от него измениться, нам может потребоваться несколько первичных интервью для того, чтобы определить, действительно ли этот человек стремится к самопознанию. Это приводит нас ко второму важному требованию к будущему анализанту.

## 2. Стремление к самопознанию

Давайте вернемся назад к первой встрече аналитика с потенциальным анализантом и предположим, что последний не обращается с просьбой назначить ему лекарства и не действует от чьего-то имени. Это вовсе не означает, что он понимает, что его страдания возникли вследствие действия неизвестных ему сил внутри него самого.

Многие из тех, кто обращается в терапию, зачастую винят в своих проблемах общество, семейные обстоятельства, ссылаются на свою расовую принадлежность, религиозные убеждения, наследственные факторы, биологический пол. Несмотря на то, что любой из этих факторов может способствовать возникновению текущих проблем, если пациенты не заинтересованы узнать, *почему* они продолжают переживать подобные неизменные факторы травматически, что делает их жизнь невыносимой, то это можно расценивать как скрытый отказ брать на себя ответственность за свою жизнь. (В качестве примера можно привести случай Кэт, описанный в главе 6.)

Желание более глубокого понимания, открытия бессознательного значения неудовлетворяющих жизненных ситуаций или необъяснимых симптомов предполагает принятие факта, что, в конечном счете, причины психологических симптомов *лежат внутри самого человека*. Эта точка зрения является признаком того, что потенциальный анализант имплицитно принимает *концепцию бессознательной психики*.

## 3. Является ли психоаналитическая ситуация переносимой?

---

<sup>1</sup> Это психоаналитическое понятие подчеркивает различие между пациентом, получающим психиатрическую или психотерапевтическую помощь, и анализантом – человеком, проходящим психоанализ. В современных психоаналитических исследованиях активно используется, наряду с традиционным понятием «пациент». – *Прим. науч. ред.*

Среди тех, кто обращается к аналитикам за помощью для решения своих проблем, есть некоторое число анализантов, которые не способны использовать психоаналитическую ситуацию. Ситуация, в которой пациента призывают «говорить все» и в то же самое время «ничего не делать», представляется некоторым людям достаточно сложной. Когда нет уверенности в том, что пациент будет способен принять предложенные ограничения и использовать этот опыт, аналитик будет решать, сможет ли модифицированная форма аналитической терапии, групповая терапия, психодрама или определенная форма психиатрического лечения оказаться более эффективной. Даже когда мы решаем, что потенциально сложный пациент (нарциссический, инфантильный, импульсивный, первертный, болезненно аддиктивный и др.) способен выдержать болезненные аспекты аналитических отношений, мы должны спросить себя: действительно ли мы хотим отправиться в психоаналитическое путешествие с этим пациентом? Готовы ли мы вынести напряжение, которое, возможно, возникнет с обеих сторон, даже принять возможную неудачу, к которой такие сложные проблемы часто приводят? Никто не отрицает того, что этот путь может оказаться достаточно тернистым, хотя наша задача и состоит в том, чтобы помочь пациентам относиться к своей жизни более творчески.

#### 4. Может ли один человек зависеть от другого без страха?

И, наконец, последний фактор, который следует учитывать, – это готовность пациента *получать* помощь. Многие потенциальные анализанты проецируют на аналитика всезнание, как будто он знает все то, что они не знают о самих себе. Другие демонстрируют определенное высокомерие (как правило, это бывает вызвано страхом), это означает, что любые открытия, которых они не сделали исключительно сами, скорее нанесут рану их нарциссизму, нежели помогут, что вызовет с их стороны негативную реакцию в отношении терапии. (Иллюстрацией к вышесказанному может послужить виньетка<sup>2</sup> из анализа Джека Хорнера, описанная в главе 7.) Подобная нарциссическая уязвимость может положить начало аналитическому процессу, не имеющему конца.

В действительности любая потребность в освобождении от психологических симптомов весьма парадоксальна, поскольку эти симптомы представляют собой детские попытки самолечения и были сформированы как способ избавления от невыносимой психической боли. Таким образом, существует сильная внутренняя сила, которая боится утратить симптомы, несмотря на все те страдания, которые они причиняют; как правило, она создает серьезное сопротивление аналитическому процессу.

Таким образом, основываясь на одних только симптомах, мы располагаем небольшим объемом информации относительно возможного направления психоаналитического путешествия, если оно будет предпринято. Может оказаться, что многие из так называемых «хороших невротиков» упорно не поддаются анализу, тогда как многие нарциссически ранимые, пограничные или полисоматизированные пациенты способны пережить увлекательный, творческий и полезный психоаналитический опыт.

К наиболее «трудным» можно отнести тех пациентов, которые не могут принять свою часть ответственности за симптомы, которые они имеют, или тех, кто не может принять помощь по причине своей нарциссической ранимости, провоцируя болезненные контртрансферентные чувства ввиду отсутствия видимого прогресса. Может даже казаться, что им становится хуже, что они чувствуют себя еще более несчастными, что у них усиливается ощущение безнадежности, что они становятся еще более раздраженными, чем до начала психоаналитического путешествия. По неведомым им самим причинам они боятся психических изменений, которых хотят и к которым стремятся. Это вполне понятно, поскольку *подобные симптомы представляют собой технику психического выживания*. Поэтому не так легко отпустить то,

<sup>2</sup> Небольшой фрагмент аналитического случая. – Прим. науч. ред.

что помогает тебе выжить, когда нет уверенности в способности к психическим изменениям или есть страх, что все изменения причинят еще больший вред!

## Каков прогноз для психосоматических заболеваний?

Тяжелые психосоматические заболевания, равно как и психосоматические предрасположенности, которые являются частью потенциальных проблем каждого из нас, зачастую рассматриваются как вызывающие сомнения области для психоаналитического применения. Когда они становятся очевидными уже в процессе анализа, аналитики зачастую игнорируют их как материал для возможной интерпретации. В самом начале собственной психоаналитической практики я уделяла мало внимания вторжениям тела в психоаналитический процесс, но со временем меня стало поражать то безмолвие, которое окружало психосоматический стресс – вплоть до того момента, когда этот стресс уже невозможно было отрицать. Это «безмолвие» стало понятным мне, когда я начала осознавать, что корни этого феномена зачастую обнаруживаются в раннем младенчестве.

Основываясь на своих ранних наблюдениях, я сначала считала, что в психосоматических состояниях тело реагирует на психологическую угрозу так, как если бы эта угроза носила физиологический характер; что существует существенное разделение между психикой и телом; что это в значительной степени обусловлено тем, что наши соматизированные пациенты ничего не знают о своих эмоциональных состояниях в ситуациях, представляющих угрозу; что мысли, связанные с конфликтным аффектом, не вытесняются, как в случае с неврозами, а сразу же стираются из сознания (механизм, который был назван Фрейдом (Freud, 1918) *отверганием*, в связи с психотическими состояниями). Однако последующие наблюдения показали мне, что многие пациенты, страдающие серьезными психосоматическими заболеваниями, не обладали способностью ни оперативно мыслить, ни приобретать знания о своем эмоциональном опыте (одной из таких пациенток была Жоржетта, аналитической работе с которой посвящены главы 10 и 11). Стало очевидно, что мои ранние гипотезы были неполны.

Изучение работы специалистов по психосоматическим заболеваниям младенцев позволило мне понять, что мои взрослые пациенты в какие-то моменты функционировали психически подобно младенцам (латинское «*infans*» означает «тот, кто не может говорить»). Поскольку младенцы пока еще не могут использовать слова, чтобы думать, они реагируют на эмоциональную боль только психосоматически. И хотя матери мыслят в рамках языкового кода (а большинство матерей постоянно разговаривают со своими детьми), самые ранние психические структуры младенца строятся вокруг невербальных «значений», в которых телесные функции и эрогенные зоны играют господствующую роль. Мы не будем удивлены, если младенец, которого внезапно и на длительное время оторвали от матери или который испытал неожиданный шок,отреагирует на происходящее острым гастритом или колитом. Когда со взрослым в подобных обстоятельствах случается нечто аналогичное, и это в результате приводит к серьезному заболеванию, мы склонны сделать вывод, что имеем дело с архаической формой психического функционирования, которая не использует язык.

Кроме того, я пришла к пониманию того, что поскольку младенец имеет интенсивные соматические переживания в первые месяцы жизни, т. е. задолго до того, как у него появляется какое-либо четкое представление об *образе своего тела*, он может воспринимать собственное тело и тело матери только как единое целое. Несмотря на то, что младенцы стремятся к взаимному обмену со своими матерями и у них рано формируется собственное отношение к тому, что их окружает, Штерн (Stern, 1985) в своей работе показывает, что младенцы не имеют четких различий между Я и объектом.

Когда взрослый бессознательно представляет границы своего тела как слабовыраженные или неотделенные от других, эмоциональные переживания со значимым другим (или иногда с кем-то, кто случайно мобилизует телесную память о ранней психической травме) могут привести к психосоматическому взрыву, как если бы в этих обстоятельствах существовало только

одно тело для двоих людей. Клинические иллюстрации, представленные в данной книге, делают понятной данную точку зрения и прольют свет на мое собственное психоаналитическое путешествие, предпринятое для раскрытия телеснопсихических тайн.

Прежде чем завершить эту увертюру ко многим театрам тела, раскрывающимся на психоаналитической сцене, давайте рассмотрим контртрансферентную перспективу. Порой мы ничего не знаем о психосоматических проявлениях, поскольку пациенты часто не считают нужным их упоминать. Если же эти проявления действительно становятся частью аналитических ассоциаций пациента, то, как правило, они раскрывают слабые или неязыковые связи со скрытой за ними фантазией, в отличие от того, что мы находим в случае невротических симптомов или в невротической части любой психической структуры конкретного пациента. Кроме того, на установление вербальных связей может уйти не один год. По этим причинам некоторые аналитики имеют тенденцию обижаться на соматические жалобы. Факт, что психосоматические явления зачастую ускользают от понимания аналитика, формирует нарциссическое унижение и может приводить некоторых аналитиков к ощущению того, что пациент должен решать свои психосоматические проблемы в каком-то другом месте, а наши усилия следует ограничить только тем, что является психологическим и может быть выражено в словах.

К вышеуказанным контртрансферентным отношениям можно добавить следующие: отсутствие аффекта, нехватка способности к воображению, а также сложности с вербальной коммуникацией, описанные в исследованиях в области психосоматики. Общеизвестно, что психоаналитики, вслед за Фрейдом, наделяют язык особой привилегированной ролью в структурировании психики и в психоаналитическом лечении. *Но язык используется Далеко не во всех коммуникациях.* В попытке атаковать любое осознание определенных мыслей, фантазий или конфликтных ситуаций, способных вызвать сильные чувства, которые могут оказаться слишком болезненными или чрезмерно возбуждающими, пациент может, например, породить соматический взрыв вместо какой-то мысли, фантазии или сновидения. (Психосоматический взрыв Кристофера, о котором пойдет речь в главе 3 с его последующей трансформацией в сновидение и фантазии, которые могут быть *вербализованы*, — яркий тому пример.)

В связи с этими различными причинами, а также принимая во внимание опасения, что у пациентов, склонных к серьезной соматизации, может произойти обострение их заболевания, становится понятно, почему некоторые аналитики не приветствуют таких пациентов.

Однако, если предостережения, подробно изложенные на предыдущих страницах, были приняты во внимание, нет никаких оснований для того, чтобы у психосоматически уязвимого пациента и внимательного терапевта возникла необходимость отказаться от совместного психоаналитического путешествия. И даже когда психосоматика угрожает разрушить или завести в тупик работу анализа, психологические вознаграждения как для анализанта, так и аналитика, могут быть значительными, что я и надеюсь показать в этой книге.



## Глава 1

### Мать

В возрасте пяти лет я сделала открытие, что тело имеет собственный язык. Когда я была маленькой, в нашей семье существовала традиция пару раз в год выбираться из Данедина, где мы тогда жили на Южном Острове Новой Зеландии, в Каррингтон, к родителям моего отца. На своей ферме они выращивали зерновые культуры и держали домашний скот. Предметом их особой гордости была известная джерсейская порода коров, разведением которых они занимались. Моя бабушка, миниатюрная строгая женщина из первопоселенцев, всегда выглядела неприступной и держалась, как сама королева Виктория. У бабушки было пять сыновей и единственная дочь, и все они, даже их супруги, всегда очень почтительно относились к ней, называя ее не иначе как «Мать». Она же, подобно полковнику в армии, командовала не только своим мужем («Отцом»), художником, мечтателем по натуре, но и дядей Цедриком, и всеми без исключения работниками на ферме.

Я очень не любила Мать. Она не позволяла мне весь день рисовать и рассматривать картинки в книжках, лежа на веранде. Вместо этого я должна была гулять и «вентилировать легкие», потому что она называла меня «бледненькой горожанкой». По-видимому, мои враждебные чувства по отношению к ней еще больше усиливались из-за того, что моя мама, уже будучи в своем собственном доме, не боялась высказываться по поводу того, что отец, его братья и сестра всегда лебезили перед Матерью. Но я знала и то, что моя мама всегда боялась этой маленькой старомодной, но властной женщины, потому что была в ее доме «английской невестой», которой стоило невероятных усилий соответствовать образу безупречной дочери. И во мне, новозеландке в третьем поколении, бабушка хотела видеть примерную внучку. Но стоило мне оказаться на ферме, буквально через пару дней у меня начиналась крапивница. Такое происходило со мной только у них в гостях.

Так продолжалось на протяжении нескольких лет, и вся каррингтонская родня была единомышленна в том, что это реакция на молоко от коров той самой породы, которое я так любила. При этом члены семьи абсолютно упускали из виду тот факт, что молоко таких же коров, выпиваемое мною в других местах, не вызывало подобных проблем. И как-то раз, устав от придирок требовательной Матери, которую раздражал один только вид далекой от совершенства внучки, моя мама в сердцах воскликнула: «Мне надоела эта сыпь! С сегодняшнего дня ты больше не выпьешь на этой ферме и глотка молока!» Семейная легенда гласит, что я, со всей той непосредственностью, которая присуща пятилетнему ребенку, выдала такую фразу: «Мои болячки не из-за молока, а из-за Нее».

И действительно, все последующие события должны были подтвердить мое детское теоретическое обоснование аллергии на бабушку! Мне было лет восемь, когда дядя Цедрик, который втайне от всех ухаживал за одной девушкой, привел ее в дом и представил: «Ее зовут Эдит. Мы собираемся пожениться в этом месяце». И с того самого момента на ферме между Матерью и ее новой невесткой разгорелась настоящая война, которая привела к тому, что бабушка с дедушкой переехали на Северный Остров Новой Зеландии, в Напиер, – как мне тогда казалось, на другой конец света. Там они обосновались у дяди Эрни, единственного из всех сыновей, который не был женат и которому Мать могла навязать свою волю. Мы продолжали приезжать на ферму, но уже не так часто, так как без Матери там изменилось все, вплоть до того, что крапивница меня больше не беспокоила! Теперь я могла совершенно спокойно пить жирное молоко от коров дяди Цедрика. С тех пор прошло много лет, но у меня больше никогда не возникала подобная симптоматика.

Ко всему вышесказанному мне бы хотелось добавить, что после переезда у Матери стали возникать различные проблемы психосоматического характера. До конца своих дней она страдала от грудной жабы и на протяжении тридцати лет все считали, что она находится «одной ногой в могиле». Тогда я думала, что это наказание свыше за ее властный характер. Но в то же время в своих фантазиях я испытывала чувство вины за ее проблемы с сердцем, и я постоянно просила Господа о том, чтобы она умерла не от этого! Всевышний, кажется, услышал мои молитвы, но это не помешало мне в возрасте пятнадцати лет шокировать всю семью заявлением о том, что теперь я атеистка. После этого моему примеру последовала моя сестра. Совершенно очевидно, что мои амбивалентные чувства к Матери теперь были перенесены на Бога!

Я до сих пор считаю, что и Мать, и я страдали от горя и ярости, не нашедших своего выражения, и что именно это было причиной наших соматических проявлений. Кто бы мог подумать, что фантазии ребенка по поводу происхождения крапивницы и заболеваний сердца впоследствии могут быть преобразованы в научные теории, объясняющие загадочные соматические проблемы!

## Теоретическая Одиссея

Несмотря на мои детские заявления по поводу психологических причин возникновения физических недугов, в начале своей психоаналитической практики я не обращала особого внимания на соматические проявления в процессе психоанализа; равно как и на неуловимую взаимосвязь между телом и душой. Я принимала имплицитную позицию Фрейда, согласно которой органические заболевания, хотя и могут иногда иметь скрытые психологические причины, все же выходят за рамки психоаналитического лечения и исследования. Может показаться удивительным, что Фрейд ограничивал психоаналитическое поле областью психики, в частности, ее репрезентативной системой, которая закрепляется посредством языка. Считается, что Фрейд заложил основы своей теории психического аппарата на биологической территории и что в функционировании человеческого организма он видел союз тела и души, а психические процессы выводил из биологических. Несмотря на его интерес к взаимосвязи между психикой и соматикой, он все же ограничил свои исследования исключительно изучением психологических симптомов.

Как и многие мои коллеги в середине 1950-х – начале 1960-х годов (а некоторые даже и сейчас), я воспринимала рассказы моих пациентов о телесных заболеваниях в ходе сессии в том же ключе, как и рассказы о текущих событиях дня. Я относилась к ним как к возможному смещению предсознательной или абсолютно бессознательной тревожащей фантазии. Я задавала себе вопрос, почему мой пациент задумывается о своем физическом состоянии именно в данный конкретный момент, но при этом я уделяла мало внимания потенциальным невербальным сообщениям, в которых соматическое заболевание могло быть только некоторым внешним признаком.

Мой интерес к соматическому Я начинался с более обширной области. Я старалась понять все то, что, как правило, *упускается* из вида в ходе психоаналитического процесса – разные важные мысли и чувства, которые не обсуждаются на сессиях, а – вместо этого получают разрядку в действиях за пределами аналитических отношений и ускользают от понимания. Когда наши обычные защиты против психической боли терпят поражение, мы не пускаемся в размышления, а начинаем действовать. Вместо осознания мы чувствуем себя виноватыми, испытываем тревогу или сердимся, мы переедаем, злоупотребляем спиртными напитками, можем попасть в автомобильную аварию, поссориться с соседом или близким человеком, простудиться в ненастную погоду! Это простые примеры «выражения в действии», когда человек скорее прекращает эмоционально реагировать, чем начинает размышлять о происшедших событиях и связанных с ними чувствах. Мне потребовалось какое-то время, чтобы начать наблюдать у своих пациентов эти формы разрядки-в-действии, которые зачастую заволакивали терапевтический процесс в тупик, создавали риск возникновения бесконечного анализа, в то время как в данной ситуации рефлексия была бы более эффективна. Наиболее ускользающими из этих феноменов, как мне кажется, являются психосоматические проявления, в которых действие находит свое выражение в теле пациента, при этом здесь точно нет никакой связи с истерическими телесными симптомами. Все это привело меня к серьезным клиническим и теоретическим размышлениям и, в конечном счете, я поняла, что необходимо разграничивать истерические и психосоматические феномены (McDougall, 1982a).

## **Истерическая конверсия и ее проблемные точки**

Я посвятила много времени изучению работы Брейера и Фрейда «Очерки об истерии» (Breuer and Freud, 1893–1895) и пришла к выводу, что требует прояснения ее теоретическая часть, построенная на материале клинических проявлений телесных нарушений, которые нельзя отнести к воображаемому телу с чисто символическим значением (как в случае с истерией), но которые при этом проявляются в истерическом измерении. В классической психоаналитической теории истерические симптомы относят к дисфункциям тогда, когда часть тела или орган чувства принимает символическое значение на бессознательном уровне. Например, глаза или ноги пациента могут быть бессознательно тождественны его сексуальным органам; и в случае тяжелого торможения взрослой сексуальности глаз или нога могут быть неспособны функционировать. И это при отсутствии любого физиологического повреждения, аффективный орган лишь истерически парализован. Но как следует относиться к торможениям более общего характера, таким, как сексуальная импотенция и фригидность или к физическим нарушениям, таким, как запоры, нарушения пищеварения, бессонница при отсутствии каких-либо органических заболеваний? Здесь мы видим сбивающее с толку смешение психических и соматических проявлений. Подобные дисфункции нельзя полностью приравнивать к истерическому параличу или к утрате зрения или слуха при отсутствии каких-либо очевидных органических поражений. Несмотря на то, что такие дисфункции могут быть классифицированы сегодня как проявления истерии, поскольку они берут свое начало в неосознаваемых тревогах, связанных с запретными либидинозными стремлениями, они часто связаны с агрессивными и садистскими импульсами, и их достаточно сложно рассматривать исключительно как конверсию сексуальных желаний. Однако психика всегда использует тело, чтобы сообщить что-то, донести какую-то информацию и, таким образом, не допустить реализации запретных влечений и желаний. Прежде чем мы сможем решить для себя, относятся или нет эти поверхностные симптомы к классической невротической структуре, мы должны иметь четкое представление о содержании вытесняемых фантазий.

Допустим, я провожу аналитическую работу с пациентом, тяжелая форма сексуальной импотенции которого проявляется всякий раз, когда он хочет заняться любовью. Когда его фантазии станут осознанными, мы можем увидеть, что все женщины, вызывающие у него сексуальный интерес, на бессознательном уровне представляют его мать. Поэтому на такую женщину как на объект желания налагается запрет, а мужчин из своего окружения он боится, воспринимая их как потенциальных кастраторов. Таким образом, становится понятно, что импотенция «необходима» ему в качестве защитного механизма. Иными словами, этот пациент заранее сам себя кастрирует. Такой симптом мы можем также рассматривать как истерическое решение невротического конфликта, связанного с эдиповым комплексом и сопутствующим страхом кастрации. Невротические страхи, как правило, возникают тогда, когда отрицается естественное право взрослого человека получать удовольствие в сексуальных и любовных отношениях или нарциссическое удовлетворение от работы и социальных связей.

## **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.