

Европейская Конфедерация
Психоаналитической Психотерапии
Россия — Москва

РО ЕКПП-Москва

СБОРНИК СТАТЕЙ

**по материалам VII Межрегиональной
психоаналитической конференции**

«Инстинкт смерти: протест против боли жизни»

2-3 июня 2018 года

**Москва
2018**

Европейская Конфедерация Психоаналитической Психотерапии
Россия — Москва

Сборник статей по материалам VII Межрегиональной психоаналитической конференции «Инстинкт смерти: протест против боли жизни» 2-3 июня 2018 года.

*Редакционная коллегия: Башкевич Е.В., Иванова Е.Ю.,
Савичева Е.П., Тишкова Т.О.*

Рукописи не рецензируются. Редакция оставляет за собой право на редактирование рукописей перед публикацией. Мнения, высказываемые авторами, не обязательно совпадают с точкой зрения редакции.

При использовании материалов ссылка обязательна.

Содержание

<i>Лейбин В.М.</i> Проблематика смерти в жизни и работах З. Фрейда	6
<i>Мизинова Т.В.</i> После нас хоть потоп: умирание как триггер агрессивных и деструктивных импульсов	17
<i>Савичева Е.П.</i> Психоаналитик как контейнер мумифицированных объектов пациента	27
<i>Еремин Б.А.</i> Трансформация в галлюциноз: Ментальный суицид	37
<i>Гридаева Г.В.</i> Всомогущество и нарциссическая динамика в современном обществе и в клинической практике	56
<i>Гунар Т.Ю.</i> Аутоиммунные заболевания как соматизация влечения к смерти	74
<i>Котляров В.Л.</i> Агрессивное поведение у детей в структуре тяжелых личностных нарушений. Роль семьи и психотерапии в предотвращении разрушительного поведения в детском возрасте	83
<i>Осипов В.А.</i> Страх смерти – обстоятельство непреодолимой силы	89
<i>Ошуркова Н.М.</i> Табу смерти	108
<i>Ташкинов Е.В.</i> По следам статьи Ш. Ференци «Нежданный ребенок и его стремление к смерти»	120
<i>Тишкова Т.О.</i> Прерванный полет. О непереносимой боли детей и подростков и самоповреждающем поведении как способе выхода из тупика	139
Список авторов	148

Уважаемые коллеги!

В Москве 2–3 июня 2018 года в отеле «Эрмитаж» состоялась VII Межрегиональная Психодинамическая Конференция *«Инстинкт смерти: протест против боли жизни»*, организованная РО ЕКПП-Москва.

Тема мероприятия была посвящена проблеме природы человеческой деструктивности и связанной с ней идеей З. Фрейда о наличии концепции «инстинкта смерти», относительно использования которой с момента возникновения и по сегодняшнее время в психодинамическом сообществе не утихают дискуссии.

Конференция стала профессиональной площадкой для дискуссии о метапсихологическом, философском и прикладном измерении этой противоречивой концепции и альтернативных точках зрения на феномен смерти и угасания жизни. В ней приняли участие более 60 человек из Москвы, Самары, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Хабаровска, Новосибирска, Вологды.

Программа была насыщенной и разнообразной по форматам проведения.

Первым рабочим днем Конференции 1 июня стал теоретико-клинический семинар Маркуса Файя на тему: *«Причинение боли – приятно, страдания – особое удовольствие. Наслаждения не меньше в фантазиях о собственном умирании»*.

Участники Препреконференции получили возможность сосредоточить свое внимание на изучении последствий, к которым приводят специфические защитные действия, создающие хаос в психике человека. Благодаря этому исследованию стали более понятны странные клинические явления, такие как ненависть и жестокость, мазохизм и удовольствие от страдания.

2 июня на открытии Конференции прозвучали приветственные слова почетных гостей: Президента ЕКПП-Россия, Вице-президента ЕКПП, кандидата социологических наук Мизиновой Т.В., доктора медицинских наук, профессора, президента Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, Вице-президента Всемирного совета по психотерапии Макарова В.В., профессора МГ МСУ, доктора философских наук, заведующего кафедрой основ клинического психоанализа МИП,

почетного члена ЕКПП-Россия Лейбина В.М. и профессора Университета Зигмунда Фрейда (Вена, Австрия) Паст-президента ЕКПП Маркуса Файя.

Пленарными докладами первого дня стали выступления В.М. Лейбина *«Проблематика смерти в жизни и работах З. Фрейда»* и М.Файя *«Агрессивные влечения и их клиническая релевантность»*.

Для Программных докладов, мастер-классов и презентаций клинических случаев в течение двух дней в трех залах были развернуты секционные площадки Общего клинического и прикладного направления, Группового и Детского психоанализа. Выступали Москвичи и наши коллеги из Питера, Самары, Екатеринбурга.

Состоялась работа круглых столов: 1 – по материалам статьи Х. Сигал *«О клинической пользе концепции инстинкта смерти»*, 2 – *«Инстинкт смерти в работе – гомосексуальность»* и 3 – *«Сопровождение семьи в ситуации антисоциального поведения ребенка или, почему молодеет преступность»*.

С большим интересом прошел Дискуссионный форум «Раненый целитель» – о влиянии на профессиональную практику опыта потерь: личных, в профессиональном окружении и социальных трагедий.

Конференция была частью подготовки к Международному Конгрессу ЕКПП *«Психоаналитический взгляд на смерть и умирание»*, который состоялся в Вене 6–8 сентября 2018 года. Доклады Мизиновой Т.В., Еремина Б.А. и Савичевой Е.П. вошли в Программу Венского конгресса и были с интересом приняты его участниками.

В этом сборнике мы собрали часть докладов, в которых коллеги из Москвы и регионов высказывают свои соображения о природе смерти и внутренних психических разрушительных тенденциях, о полезности концепции «инстинкта смерти» в нашей клинической практике при работе с тяжелой психопатологией, работе с детьми и в группах.

Благодарим всех участников!

**С уважением,
Председатель и Правление РО ЕКПП-Москва**

Лейбин В.М.

Проблематика смерти в жизни и работах З. Фрейда

Первые три года «золотой Зиги», как называла мать своего первого сына, провел во Фрайберге (ныне Пришбор), небольшом городке, расположенном неподалеку от границы Моравии и Силезии, примерно в двухстах сорока километрах к северу-востоку от Вены.

В доме Зажиков, где семья Фрейда занимала одну комнату, маленький мальчик впервые в возрасте года и 7 месяцев столкнулся со смертью младшего брата Юлиуса, который умер в возрасте 8 месяцев.

Позднее в рамках самоанализа Фрейд в письме Вильгельму Флиссу (3 октября 1879 г.) делился своим воспоминаниями, связанными с враждебным желанием и настоящей детской ревностью по отношению к его маленькому брату. Одновременно он писал о том, что смерть брата породила у него самоупреки, осталось семенем для угрызения совести.

В процессе самоанализа Фрейд не вывил то, что скрывало его бессознательное. В частности, несколько месяцев после смерти своего брата с ним произошел несчастный случай, который без каких-либо комментариев приводится официальным биографом Э. Джонсом. Речь идет о том, что в возрасте около двух лет Фрейд упал с табуретки. При падении он ударился нижней челюстью о край стола. Причем удар был настолько сильным, что у мальчика образовалась кровоточащая рана, на которую пришлось накладывать швы. Рана зажила, но у Фрейда остался шрам на всю жизнь.

Как только Юлиуса не стало, маленький мальчик бессознательно соотнес исчезновение (смерть) брата со своими эгоистическими желаниями. Появившееся у него чувство вины

вызвало упреки в свой собственный адрес, которые, в свою очередь, породила потребность в наказании или, точнее, в самонаказании. Падение с табуретки, сильный удар о край стола и кровоточащая рана – это такой несчастный случай, за которым скрывается тенденция к самоповреждению как искуплению вины ребенка.

Кровоточащая от удара о край стола рана зарубцевалась, но на всю жизнь остался не только физический (телесный), но и психический шрам, за который ему пришлось всю жизнь платить в форме многолетних физических страданий. И Фрейд платит головными болями (приступы мигрени), расстройством желудка, симптомами сердечной болезни (аритмия, фибриляция предсердий и повторяющиеся приступы тахикардии), обмороками и, наконец, раковым заболеванием, которое оказалось роковым для его жизни.

Первый опыт в возрасте 6 лет Фрейд получил от матери, которая говорила, что все люди, включая его самого, сделаны из земли и должны превратиться в нее. Когда он высказал свое недоверие, мать потеряла руку об руку и показала ему частички, которые должны превратиться в землю. Испытывая удивление, Фрейд уловил смысл происшедшего, позднее выраженное словами: «Ты обязан природе смертью».

Когда Фрейд стал врачом и познакомился со своей невестой Мартой Бернайс, он пережил самоубийство и смерть близких ему людей. В 1883 г. один из коллег Фрейда по работе в больнице Натан Вейс покончил жизнь самоубийством через десять дней после своей свадьбы. Минна, сестра Марты, была помолвлена с другом Фрейда Игнацем Шенбергом, который заболел туберкулезом в 1883 г. и умер в начале февраля 1886 г.

В 1891 г. скончался Эрнст фон Флейшль, чья дружба много значила для Фрейда и о чьей безвременной смерти он сожалел, так как он порекомендовал использовать вместо морфия кокаин (1884-1885), к которому Флейшль пристрастился, и его болезнь затянулась на шесть мучительных лет.

За четыре года (1882-1886) от помолвки до свадьбы со своей невестой Мартой Бернайс Фрейд написал ей полторы тысячи писем. В одном из писем (29 августа 1883 г.) он рассуждал: «Все люди, как и мы с тобой, связаны жизнью и смертью ...

Есть психология простого человека, которая сильно отличается от нашей. У бедных гораздо больше естественных чувств, чем у нас. И только в них еще не погибли страсти, которые продолжают изменять бытие, жизнь, которая для каждого из нас завершается смертью, то есть небытием».

В период становления психоанализа в переписке с Вильгельмом Флиссом Фрейд упоминает о страхе смерти, проявляет озабоченность грядущей смертью и в последующие годы указывает на определенный срок своей кончины.

В письме Флиссу (16 апреля 1896 г.) Фрейд указывает на приступы страха смерти, связанные с австрийским скульптором Виктором Тилгнером, скончавшемся от сердечного приступа. Обладая сердечным заболеванием, Фрейд идентифицировался со скульптором, чья смерть вызвала острую реакцию у него. В последние годы Тилгнер посвятил созданию памятника (статую Моцарта), хотя его мучали тревожные предчувствия. Фрейд планировал написать несколько работ, включая книгу о сновидениях, если ему доведется прожить несколько лет, о чем он и писал в письмах Флиссу.

Фрейд пережил смерть своего отца, который скончался в октябре 1896 года в возрасте 81 года. Это было самой большой и тяжелой потерей в его жизни. В письме Флиссу (22 ноября того же года) он писал: «Хорошее настроение и интерес к жизни полностью исчезли. Вместо этого, я постоянно обсуждаю тему, как сложится положение дел после моей смерти».

Фрейд полагал, что умрет в 40 лет. Пройдя этот рубеж, он хотел дотянуть до заветной цифры в 51 год, поскольку этот возраст представлялся ему особенно опасным, ибо несколько его коллег внезапно умерли в это время. Позднее он ожидал, что его смерть наступит в возрасте 62 года, а затем в возрасте 71 года.

Попутно замечу, 51-й год жизни, после которого Фрейд считал, что умрет, частично связан с Флиссовской теорией периодичности (28 дней критический период женщины, 23 дня критический период мужчины).

В работе «Толкование сновидений» (1900) высказывались соображения, что «страх смерти» чужд ребенку, которому не знакомы ужас тления и все, что связано со словом «смерть» в представлении взрослого.

Если во сне отсутствует указание на то, что мертвый человек и в самом деле мертв, спящий приравнивает себя к нему: ему грозит собственная смерть. Колебание между жизнью и смертью означает безразличие спящего. Смерть в снах может обозначаться различными символами (поезда, корабли и т. п.). Сны, в которых человек опаздывает на поезд и испытывает по этому поводу тревогу, в действительности выражают страх смерти. Или служат ее опровержением, поскольку раз поезд ушел без человека, то это значит, что он не умрет.

В книге «Тотем и табу» (1913) З. Фрейд высказал мысль, согласно которой табу покойников вытекает из противоположности между сознательной болью и бессознательным удовлетворением по поводу смерти.

Дело не в том, чтобы оплакивающие покойника, действительно, виноваты в смерти или проявляли небрежность; где-то у них шевелилось неизвестное желание, удовлетворенное смертью, они и причинили бы эту смерть, если бы обладали для этого достаточной силой. Как реакция на это бессознательное желание и возникает упрек в смерти любимого человека.

Кто интересуется происхождением и значением сновидений о смерти любимых родственников (родителей, братьев, сестер), тот сможет констатировать полное сходство отношения к умершему у сновидца-ребенка и дикаря – сходство, в основе которого лежит та же амбивалентность чувств.

В основе запрещения всегда лежит злобное душевное движение – желание смерти – по отношению к любимому лицу. Первоначальное желание смерти любимого человека заменяется страхом его смерти. Ожидаемое несчастье имеет своим содержанием смерть. Как говорил Фрейд, проблема смерти по Шопенгауэру стоит на пороге всякой философии.

В статье «Мотив выбора ларца» (1913) Фрейд обращается к Шекспиру для постановки и решения одной проблемы. Один сюжет веселый – выбор женихами одного из трех ларцов в пьесе «Венецианский купец». Другой сюжет трагический – старый король Лир решает еще при жизни поделить свое королевство между тремя дочерьми, согласно силе их любви к нему. При этом Фрейд прибегает к сценам из различных мифов, поэзии и сказок (Афродита, Золушка, Психея), чтобы выявить скрытый

мотив решения важной для него проблемы, используя метод психоаналитической техники, символически употребляя три ларца трем женщинам.

Корделия (младшая дочь Лира) старается держаться скромной, она «любит и молчит». Символически немота не только в сновидениях, но и в других сферах человеческого духа (например, в сказках братьев Грима «Двенадцать братьев») можно истолковывать как знак смерти. Причем немоту можно воспринимать не только как символ смерти, но и «как олицетворение самой смерти, как богиню смерти». Именно третья из сестер Корнелия становится богиней любви и смерти, олицетворяющей саму смерть (богиня любви, пришедшая на смену богине смерти).

В финальной сцене Лир выносит на сцену мертвое тело Корнелии. Вечная мудрость советует старику «отказаться от любви, выбрать смерть, примириться с неизбежностью ухода». Шекспир приближает к нам древний мотив, показывая выбор старым, умирающим человеком одной из трех сестер.

Фрейд пишет о том, что для любого мужчины имеется три типа отношения к женщине: женщина роженица (собственная мать), друг, возлюбленная (которую мужчина выбирает по образу и подобию матери) и губительница (мать-земля, берущая его в свое лоно). Лир напрасно добивается любви женщины, какую он получил от матери, поскольку «лишь третья из олицетворяющих судьбу женщин, молчаливая богиня смерти, примет его в свои объятия».

В ноябре 1914 г. Фрейд узнал о гибели любимого брата Эммануила в железнодорожной катастрофе. Он по этому поводу писал Шандору Ференци: «Как мой отец, так и мой сводный брат дожили до 81 года, так что мои перспективы мрачны».

Фрейд ощущал беспокойство за судьбу своих двух сыновей: Мартина, сражающего в Галиции и России, и Эрнеста, сражающего против Италии после ее вступления в войну. Оба сына благополучно прошли через первую мировую войну. Единственная потеря касалась любимой сестры Фрейда Розы, которая потеряла единственного сына Германа Графа, который был убит на итальянском фронте в возрасте 20 лет.

В докладе «Мы и смерть» (1915) и в статье «Размышления о войне и смерти» (1915) был поставлен вопрос, не следует ли в

свете психоаналитических идей пересмотреть наше отношение к смерти, которое мы так тщательно подавляли.

Смерть – это необходимое завершение жизни, и каждый человек в долгу перед природой и должен быть готов оплатить этот долг, так как смерть естественна, неотвратима и неизбежна. Правда, в глубине души никто не верит в собственную смерть, ибо бессознательно каждый из нас убежден в своем бессмертии.

По мысли Фрейда, речь идет не о рассмотрении смерти как высшей цели, а о том, что изменение отношения к ней может способствовать тому, чтобы сделать жизнь более сносной. Переосмысливая ранее известную фразу «если хочешь мира, готовься к войне», он пишет: «Если хочешь вынести жизнь, готовься к смерти».

В начале 1920 г. судьба нанесла Фрейду два тяжелых удара. Первым ударом стала смерть венгерского предпринимателя, доктора философии, друга-пациента Антона фон Фройнда, последовавшего 20 января. Фрейд любил Фройнда, и после его смерти заметил: «Нам всем придется умереть, и я хотел бы знать, когда наступит мой черед».

Вторым ударом стала смерть дочери Софии («прекрасное дитя»), которая умерла от воспаления легких 25 января, оставив двоих детей, одному из которых было 13 месяцев от роду. Известие о ее смерти в 27 лет было потрясением для З. Фрейда. В письме Людвигу Бинсвангеру (14 марта 1920) он писал: «Никто из нас не в состоянии смириться с тем чудовищным фактом, что ребенок умирает раньше с своих родителей».

В работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920) Фрейд высказывает идею о навязчивом повторении и влечении к смерти. В качестве факта он признает, что все живое вследствие внутренних причин неизбежно умирает, возвращается к состоянию неживой материи. Он пишет: «Остается признать, что организм хочет умереть только по-своему: и эти «сторожа жизни» были первоначально слугами смерти». Вся жизнь влечений направлена на достижение смерти. Можно сказать, что «целью всякой жизни является смерть». Тем самым, продолжает Фрейд: «Мы нечаянно попали в гавань философии Шопенгауэра, для которого смерть есть «собственный результат» и, следовательно, цель жизни».

Влечение к жизни имеет больше дела с нашими внутренними восприятиями, выступая как нарушители мира, принося вместе с собой напряжения, разрешение которых воспринимается как удовольствие. Влечение к смерти непрерывно производит свою работу, принцип удовольствия находится в подчинение у влечения к смерти.

В апреле 1923 г. на Фрейда обрушился жестокий удар судьбы. Он обнаружил нарост на челюсти и правой стороне нёба, обратился к врачу Маркусу Гаеку, который прооперировал его 20 апреля. Вскоре исследование удаленной ткани подтвердило предположение о злокачественной опухоли, в результате чего Фрейд страдал раком на протяжении 16 лет до своей кончины.

Примерно в одно и то же время операции на ротовой полости подвергся внук Фрейда, которому удалили миндалину. В возрасте четыре с половиной года Хейнели, маленький сын его умершей дочери Софии, был слабеньким и болел. Фрейд, по его собственным словам, очень сильно любил внука, который умер от туберкулезного менингита 19 июля.

В связи с этими событиями Фрейд писал в одном из писем своему корреспонденту: «Я очень тяжело переживаю эту утрату. Не думаю, что когда-либо испытывал подобное горе; возможно, в мое тяжелое состояние внесла лепту и моя собственная болезнь. Я продолжаю существовать словно по привычке; все утратило для меня смысл». И еще в другом письме: «Для меня этот ребенок был дороже, чем все мои дети и внуки. С тех пор как Хейнели умер, я не только больше уже не нахожу утешение в других моих внуках, но и утратил вкус к самой жизни».

В период с 1923 по 1927 годы Фрейд посетил 278 визитов к врачу. Только в 1932 году в дневнике врача было сделано 92 записи, связанные с осмотром и лечением. В 1936 году участились хирургические вмешательства. Всего Фрейду было сделано тридцать три операции, что сопровождалось мучениями и страданиями от различного рода осложнений, необходимости пользоваться огромным протезом, отделяющим рот от носовой полости, а затем более совершенным, но, тем не менее, доставляющим массу неудобств.

По поводу того, что в одной из чикагских газет говорилось, что Фрейд «медленно умирает», он дал такой комментарий:

«Все это очень поучительно как относительно происхождения слухов, так и по поводу того, какие могут быть выдвинуты прикрытия относительно настоящих слухов. Эта статья утешает меня тем, поскольку нет вещи, подобной смерти, только лишь для злобных людей».

В 1926 г. Фрейд писал: «Дожить до таких лет, находить столь много теплой любви в своей семье, среди друзей, иметь столь значительное ожидание успеха в таком рискованном предприятии, если не сам успех. Кто еще достиг столь многого?»

В работе «Торможение, симптом, страх» (1926) З. Фрейд рассматривает проблему соотношений между Сверх-Я, сигналом страха и страхом смерти. Наказание утерей любви со стороны Сверх-Я расценивается Я в качестве опасности, на которую оно реагирует сигналом страха. Последнее проявление страха перед Сверх-Я видится З. Фрейдом в форме страха проекции вины в виде силы рока, что можно назвать страхом смерти. З. Фрейд: «Для психоанализа это очень трудная проблема, так как смерть есть абстрактное понятие негативного содержания, для которого бессознательного соответствия не найти. Механизм страха смерти может состоять только в том, что Я в значительной степени освобождается от своей нарциссической нагрузки либидо, то есть отказывается от самого себя точно так, как обычно в случае страха отказывается от другого объекта. Мне думается, что страх смерти развертывается между Я и Сверх-Я».

Страх смерти при меланхолии допускает, что Я отказывается от самого себя, поскольку чувствует, что Сверх-Я ненавидит и преследует его. При меланхолии бедное Я ощущает себя покинутым всеми охраняющими силами и может решаться на смерть.

В личном плане Фрейд переживал смерть соратников и друзей, связанных с психоаналитическим движением, и близких ему людей. В 1925 г. умер Карл Абрахам, по поводу которого он писал: «Кто бы мог подумать, что Абрахам будет первым, кто покинет эту бессмысленную жизнь!». В 1932 г. скончался Шандор Ференци: «Ференци унес с собой часть старого времени, — писал Фрейд, — ... Судьба. Покорность. Это все».

В сентябре 1930 г. в возрасте 95 лет умерла мать Фрейда. Он любил ее и с искренним почтением относился к матери, хотя

ее смерть вызвала в нем две вещи: «чувство возрастание личной свободы, поскольку меня всегда страшила мысль о том, что матери придется услышать о моей смерти», и удовлетворение от того, что она, наконец-то, избавилась от страданий. «Пока она была жива, я не мог позволить себе умереть, но теперь могу. Так или иначе, ценности жизни заметно изменяются в глубинных слоях».

В январе 1937 г. умерла Лу Саломе, к которой Фрейд нежно относился, восхищался, очень любил, по его признанию, «без малейшего сексуального влечения», и говорил о ней как единственной реальной связи между ним и Ницше.

Несмотря на свою собственную болезнь, Фрейд продолжал работать, частично принимая некоторых пациентов, отвечал на письма корреспондентов, регулярно читая газеты, создавая новые книги.

Летом 1938 г. Фрейд ознакомился с работой Марии Бонапарт «Время жизни, сны и смерти» и продолжал работать над рукописями «Человек Моисей и моноистическая религия» и «Очерком о психоанализе»

В последние дни 1938 г. Фрейд с интересом читал книгу Рахиль Бирдаш «Император, мудрецы и смерть», которая доставила ему удовольствие. Написал ей трогательное письмо, в котором выразил просьбу посетить его с визитом. Книга относится к событиям XIII века, где один из персонажей раввин Бен-Арон и его смерть воспринимаются в качестве величия подлинного смирения, ибо смерть не является чем-то пугающим и ужасным. Автор этого романа проходила психоанализ у Теодора Райка, а ее интерес к проблеме смерти имел отношение к личным воспоминаниям Бирдаш, которая встретила с Фрейдом в начале 1939 г.

Последней прочитанной книгой для Фрейда была повесть Бальзака «Шагреневая кожа». Ее герой Рафаэль оказался обладателем магического куска кожи, но с каждым исполнением его желания кожа сжималась все больше, пока ее не стало, в результате чего он не смог обуздать свои желания и умер в отчаянии. Дочитав повесть Бальзака до конца, он заметил: «Эта книга как раз для меня; речь идет в ней об усыхании и голодной смерти».

В 21 сентября 1939 году, когда Фрейд не мог переносить боль, в его жизни не осталось ничего, кроме бессмысленных

мучений. Он обратился к лечащему врачу Макс Шурю для того, чтобы тот выполнил свое обещание, данное ему несколько лет тому назад, – безболезненно помог уйти в мир иной. Врач совершил эвтаназию, введя несколько доз морфия своему знаменитому пациенту, смерть которого наступила в три часа ночи 23 сентября.

Прах Фрейда хранится в музее Лондона в вазе, подаренной Марией Бонапарт на очередной его день рождения, когда он прокомментировал: «Как жаль, что вазу невозможно взять с собой после кончины». К сожалению, в ночь на 2014 г. воры попытались похитить вазу с прахом Фрейда, куда был помещен и прах его жены, умерший в 1951 г., в результате чего ваза разбилась на кусочки.

Итак, несмотря на удары судьбы, смысл жизни все-таки существовал для Фрейда.

Во-первых, в том, что он постоянно, как в молодости, так и в старости, искал истину в научных исследованиях и сохранял способность к творчеству. Фрейд написал так много книг и статей, включая последние до ухода в мир иной, что даже большая часть психоаналитиков, судя по всему, не читали целиком его эпистолярное наследие. Психоанализ был для Фрейда тем делом, которое стало важнее жизни любого из тех, кто так или иначе покидает этот мир. В старости он продолжал работать, так как считал, что «жить лишь ради своего здоровья, оберегая его как национальное достояние, крайне тяжело». Во всяком случае, Фрейд считал, что «жизнь после смерти, продолжая нашу земную жизнь наподобие того, как невидимая часть спектра соприкасается с видимой», т. е. жизнь продолжается с развитием психоанализа.

Во-вторых, в том, что он обладал отменным чувством юмора в любом возрасте. Так, в мае 1916 г. Фрейду исполнилось 60 лет, когда он заметил: «Я получил так много цветов из Вены, что проблема с погребальными венками теперь решена полностью, а Хичман прислал мне «непроизнесенную» речь. Она так трогательна и панегирична, что, когда придет время, – надгробный монолог уже не потребуется». В мае 1933 г., в день рождения Фрейда, в конце визита лечащего врача Макса Шура, жена которого ждала появления на свет ребенка, основатель психоанализа произнес: «Вы уходите от человека, который

не хочет покидать этот мир, к ребенку, который не хочет войти в него».

Можно сказать, что по отношению к жизни и смерти Фрейд был, скорее всего, реалистом, поскольку его пессимистические и оптимистические размышления об этом касались как его личного бытия, так и его творений, будь то статьи, книги, письма ко многим корреспондентам. По его собственным словам, он испытывал конфликт между «безрассудной любовью к жизни и разумным смирением с истинным положением дел», когда необходимо «привыкнуть к жизни приговоренного к смерти».

Смерть – это естественный исход человека, рано или поздно завершающий процесс его жизнедеятельности. Смерть, по выражению Томаса Манна, – не пугало и не тайна, это простое, разумное физиологически необходимое явление. Или, говоря словами Зигмунда Фрейда, всё живущее вследствие внутренних причин умирает.

Можно, разумеется, найти глубокий смысл в максиме, принадлежащей Эпикуру: «Когда мы существует, смерть еще не присутствует, а когда смерть присутствует, тогда мы не существуем». Но не в этом дело. Главное, чтобы смерть не жила, а жизнь протекала во всем ее многообразии, стремилась к своему продлению и завершалась естественным образом, нормальной человеческой смертью.

В течение своей жизни Фрейд пережил многие удары судьбы. На протяжении 16 лет он проявлял мужество и стойкость души и тела, страдая от тяжелой болезни, но продолжая жить, работать, творить до своей смерти, когда ему было 83 года. Это мужество и стойкость основателя психоанализа перед раковым заболеванием, сопровождавшимися физической болью и душевными переживаниями, не может не вызвать уважение у любого здравомыслящего человека за огромную работоспособность и смелость мысли Фрейда.

Мизинова Т.В.

После нас хоть потоп: умирание как триггер агрессивных и деструктивных импульсов

В данном докладе представлены размышления, основанные на многолетней клинической практике и подтверждаемые опытом коллег, о тех особенностях, которые мы видим, когда пациенты с нарциссической патологией сталкиваются с диагнозами о неизлечимом заболевании и неизбежностью смерти.

Итак, мы смертны, и мы это знаем! И все боимся смерти.

Есть хорошая шутка, что когда самолет попадает в зону турбулентности, то на борту не остается атеистов.

Нам необходимо рассказывать себе истории, которые бы опровергали реальность и позволяли справиться с парализующим страхом смерти. У взрослых людей есть четыре общепризнанные защитные стратегии принятия неизбежности смерти – это те «истории», которые мы рассказываем себе на протяжении столетий и которые модифицируются в деталях под условия современной жизни, но по своему смыслу остаются теми же на протяжении веков.

II. Вера в существование эликсира вечной жизни

В современной интерпретации эта идея трансформируется в веру в достижения медицины, пересадку органов и стволовых клеток, чудодейственные таблетки.

Это самая простая версия истории бессмертия – избежать смерти, оставаясь физически молодым и здоровым навеки.

В какой-то степени цивилизация помогла нам в этом: продолжительность жизни наших предков составляла 30-40 лет, в то время как наша увеличилась вдвое.

Возможно, в будущем мы и будем жить до 120 или 150 лет – в случае беспрецедентной технологической революции – но все же, это не имеет отношения к вечности.

II. История воскрешения

Даже если мы не можем жить вечно, существует вера в то, что после смерти мы сможем воскреснуть и жить снова. Мы можем видеть, как этот миф лежит в основе христианства и других религий.

Но большинство современных людей вряд ли верят в то, что Бог воскресит их, и тут тоже фантазии и вера смещаются в сторону науки и технологического прогресса. У вас есть повод надеяться, что всемогущие ученые и доктора смогут возвращать нас к жизни.

К примеру, Фонд продления жизни Alcor (*The Alcor Life Exten Foundation*) содержит 156 «пациентов» в состоянии криоконсервации – тела или мозги законсервированы в жидком нитрагине и ожидают будущего, в котором они смогут вновь вернуться к жизни.

III. История о душе

Многие мыслители, начиная с Платона и заканчивая буддистами, утверждали, что тело является лишь препятствием на пути к бессмертию, а главная цель в жизни – освобождение духа.

Наше тело – лишь временная оболочка, главное в человеке – душа, и эта душа бессмертна и может переселяться во все новые и новые тела, перенося информацию и опыт прежнего владельца.

IV. Наследие

Тут уместно вспомнить миф об Ахиллесе, которому был дан выбор: вернуться домой и зажить счастливой жизнью или остаться в Трое, сразиться и умереть, увековечив себя в памяти потомков как великого героя всех времен и народов, и, таким образом, остаться жить вечно.

Наверное, это самый лучший и созидательный способ обеспечить себе бессмертие.

В России часто говорят: «Мы живы, пока нас помнят и любят».

С возрастом возрастает потребность передавать свой опыт ученикам, принимать участие в благотворительной деятельности, писать книги, возиться с внуками.

И это замечательный способ, который, помогая справиться со страхом смерти, в то же время дает сильнейший импульс к жизни.

Нужно отметить, что у меня неоднократно были пациенты, которые после того, как им был поставлен диагноз, в результате терапии начинали новые проекты, на которые не решались раньше и во всех случаях это имело еще и очень положительный эффект на течение основного заболевания.

На символическом уровне это звучало так: «Я не могу умереть, пока не закончу начатый проект, я должен жить». Даже такие болезненные процедуры как радио- и химиотерапия переносились легче, когда пациент не фиксировался на своих болезненных ощущениях, а переживал за развитие проекта.

В последствии это трансформировалось в идею, что после того, как такое большое дело было сделано, то уже совсем не было смысла умирать, так как хотелось насладиться результатами.

Однако, для пациентов с тяжелой нарциссической патологией, по моим наблюдениям, существует еще один способ справиться со страхом смерти, он обусловлен их структурой личности.

Разрушение мира вокруг себя!

Известие о неизлечимом заболевании, безусловно, ведет к регрессу и ослаблению более зрелых защит и патологические нарциссические паттерны захватывают личность и становятся ведущими мотивами.

Было бы целесообразно вспомнить некоторые особенности нарциссических личностей.

Мелани Кляйн (1957) была первой, кто указал на зависть к хорошему объекту как на важную характеристику пациента с тяжелой нарциссической психопатологией.

Такая зависть осложнена потребностью пациента разрушить собственное осознание этой зависти. Это спасает от того,

чтобы почувствовать весь ужас бешеной зависти, которая испытывается к тому, что дорого и ценно в объекте. Под завистью к объекту и потребностью уничтожить и испортить все хорошее, что может исходить из контактов с ним, лежит бессознательная идентификация с первоначально ненавистным и необходимым объектом.

Зависть можно рассматривать и как источник примитивных форм ненависти, тесно связанный с оральной агрессией, жадностью и прожорливостью, и желанием поглотить!

Французский аналитик Пол Клод Ракамье отмечает: «Патологические нарциссы имеют фантазию и даже твердое убеждение, что они никому ничего не должны. Выражаясь еще более резко, для них жизненно важно никому ничем не быть обязанными. Они используют все средства, чтобы устранить то, что может вызвать любое чувство зависимости, для них это равносильно признанию в беспомощности и несостоятельности. Нарциссические перверты никогда не извиняются и никогда не говорят спасибо. В своих фантазиях они ни в чем не испытывают недостатка, они обладают всем. Чувства сожаление, стыда и благодарность им незнакомы».

В своем исследовании 1990 года Нэнси Мак-Вильямс и Стэнли Лепендорф приходят к следующим двум важным заключениям, подтверждающим вышесказанное и являющимся характерным для патологических нарциссов. «Во-первых, неспособность извиняться и отказ от раскаяния и угрызений совести. Поскольку извинения и раскаяние свели бы на нет непогрешимость нарциссических первертов, которая должна оставаться неоспоримой, лучше отрицать любые собственные ошибки и обвинять других. Во-вторых, неспособность выражать благодарность. Благодарность обнаружила бы зависимость, что непереносимо для них, а также личную недостаточность, что было бы оскорблением для их грандиозного Я, так что лучше перевернуть роли и оставаться единственным, кто уполномочен получать признание».

Все эти черты, характерные для патологического нарциссизма становятся очень яркими при столкновении с необратимым диагнозом и диктуют разрушительные и агрессивные способы поведения.

В моей практике было несколько подобных случаев.

Наиболее яркие, когда женщина 40 лет с раком щитовидной железы проиграла в казино квартиру, оставив без жилья своих родителей. Или когда молодой бизнесмен, зная, что неизлечимо болен раком мозга и умирает, без финансовой для себя выгоды предоставил конкурентам коммерческую информацию, по сути, разорив фирму, которую он создал со своим другом детства. Этим действием он так же лишил свою жену и ребенка возможности получать дивиденды после его смерти.

Но я хотела бы более детально остановиться на истории пациента с 4 стадией рака простаты.

Андрей, внешне очень привлекательный мужчина около 60 лет, обратился ко мне через два года после того, как ему был поставлен диагноз.

В его случае операцию было делать невозможно, и он проходил химио и гормоно терапию.

Он производил впечатление очень спокойного, что было странно для его состояния, но в тоже время и очень злого человека, речь которого была наполнена сарказмом, критикой, негативизмом и обесцениванием всего вокруг.

Успешный бизнесмен, состоятельный человек.

Официально Андрей был женат, но больше 10 лет жил с женой раздельно. Это случилось после того, как она сказала, что не любит его и секс с ним ей неприятен. Произошедшее стало для пациента тяжелой травмой, оскорблением, которое он не мог ни принять, ни простить.

Но он упорно отказывался дать развод супруге, объясняя это словами: «тогда она сразу же выйдет замуж и какой-то мужик будет жить на мои деньги». Постоянно контролировал ее и даже нанимал детектива, чтобы за ней следили. Когда у жены появился другой, очень успешный мужчина, Андрей нанял юриста, который писал на «соперника» жалобы во все инстанции, что сильно вредило бизнесу, и даже нанимал людей для физической расправы.

На сессиях он неоднократно повторял фразу: «У нее один мужчина в жизни и это я, без меня ей не может быть хорошо».

Конечно, отношения бывшей супруги с новым избранником прекратились, о чем Андрей говорил с собой гордостью,

как о победе. Однако, чувства обиды и обесцененности не покидали его.

Несмотря на то, что описанный эпизод имел место до начала нашей работы, пациент часто вспоминал о произошедшем, сравнивая себя с этим мужчиной.

В этих сравнениях всегда присутствовали презрение и критика, зависть и мучительные аффекты досады, раздражения, недовольства и враждебности.

Как это характерно для патологического нарциссизма, понимание того, что он не может обладать любовью своей жены, трансформировалось у пациента в желание уничтожить успех ее партнера и разрушить их нормальные отношения.

Несмотря на внешний триумф от того что ему это удалось, Андрей не был счастлив, так как не смог вернуть любовь и восхищение своей бывшей жены, что являлось для него нарциссическим провалом, не дававшим ему покоя и заставлявшим продолжать вмешиваться в ее жизнь и контролировать.

На момент обращения он жил с женщиной на 25 лет его моложе, и именно она настояла на том, что бы Андрей обратился к аналитику, так как жить с ним стало невозможно.

В результате лечения от онкологии он изменился внешне, что сильно переживал и стыдился встречаться с друзьями и бизнес партнерами, не мог активно работать, так как боялся вопросов и сочувствия.

«Я имел их всех, все они прыгали вокруг меня! А сейчас, даже если я выйду из Порша, они все будут меня жалеть. Спрашивать и показывать сочувствие, но они рады, что я сломался. Я знаю».

Справедливым является замечание Отто Кернберга о том, что “когда разница между реальностью и представлениями о своей грандиозности очевидна и нарцисс испытывает крушение фантазий, он полностью изолирует себя от каких-либо социальных контактов, теряет способность к работе, впадает в тяжелую депрессию, настолько ему невыносимо воспринимать себя неудачником”.

За два года болезни Андрей разорвал все социальные связи с друзьями и знакомыми, став практически затворником.

Жену очень пугало деструктивное поведение пациента по отношению к ней, окружающим людям и даже к 5 летней дочери, которую очень сильно любил первые три года, а потом изменил резко отношение.

«Меня раздражает то, что она все время бегаёт и смеётся. Ей пять лет, она должна уже взрослеть. Жена бесконечно балует её. Раньше так детей не воспитывали. Ещё в школу не пошла, а у неё свой компьютер. Мы книги читали... Каждое лето на море, то Испания, то Италия, то Турция... я впервые поехал на море в 18 лет. Жена с ней носится, она должна быть со мной! Я все ей дал, даже этого ребенка. Кто она такая без меня? Она ничтожество! Останется жить и радоваться, но все, что у неё есть, это мое».

В его словах всегда слышалась огромная зависть к тому, что его близкие могут радоваться и любить. В том, что он говорил, легко улавливалось желание это разрушить и видеть страдания близких людей.

В редкие минуты откровения, Андрей рассказывал, как тяжело переживает, что не может нормально заниматься с женой сексом, что думает о том, как он изменился и стал ей противен, что, возможно, она ждёт его смерти.

Но это были редкие мгновения, похожие на раскаянье.

В реальной же жизни он выступал настоящим деспотом и тираном, заставлявшим жену находиться с собой все время, ревновавшим к дочери и запрещающим встречаться с матерью и подругами.

Даже на фоне терапии за полгода отношения в семье очень сильно ухудшились. Жена была объектом постоянного шантажа, что если она не будет исполнять его желания, то он переписшет наследство на сына и она с дочерью окажутся на улице.

Я думаю, что супруга действительно ждала его смерти, так как находиться под таким постоянным давлением и отражать волны агрессии было бы непереносимо для любого человека.

Но наиболее трагичными мне представляются отношения со старшим сыном, делавшим очень успешную карьеру в Англии. Узнав о болезни, Андрей настоял на том, чтобы сын оставил перспективную работу в банке и «занялся бизнесом отца, который скоро умрет».

Сын всегда подвергался критике, все действия его признавались неправильными, и часто это происходило публично.

Пациент сам заключал невыгодные тендеры, обвиняя в этом сына: «Я хочу посмотреть, как он из этой ситуации будет выкручиваться. Я же сам всего достиг, и он пусть работает, а так ему все достанется...»

В результате за два года оборот фирмы уменьшился более чем в двое, и в этом Андрей постоянно обвинял сына: «При мне фирма процветала, а ты еще не унаследовал, а уже развалил ее».

Тема зависти к тому, что кто-то продолжит его дело была для него невыносимой. Это создавало в нем болезненное чувство ненужности и понимание того, что он не уникален и может быть легко заменен.

Безусловно, зависть – это универсальное переживание, с которым сталкивается каждый человек, но нарциссы страдают от хронической сознательной и бессознательной зависти.

Нарциссическая зависть – это особый вид ненависти, деструктивной для того, кто испытывает это чувство. Эта зависть всегда направлена на нечто желанное, хорошее, что есть у другого. В итоге зависть разрушает то, что человек любит и о чем мечтает.

В заключении, я бы хотела сказать несколько слов о тех контрпереносных чувствах, которые вызывают пациенты с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями у аналитика.

Следует отметить, что, по моим наблюдениям, чаще всего это пациенты со СПИДом или с онкологическими заболеваниями.

Если 20-25 лет назад СПИД называли «Чумой 21 века» и относились к этому, как к проклятью, то сейчас, благодаря успехам медицины, после того, как переживается первый шок, это заболевание воспринимается достаточно спокойно и в ряде случаев просто становится фоном жизни, наряду с такими заболеваниями как диабет или язва.

Другое дело, когда пациенты сталкиваются с онкологическими заболеваниями. Фраза: «у вас обнаружен рак» часто звучит как приговор и всегда вызывает массу эмоций!

Страх, отчаянье, паника, чувство несправедливости и наказания за что-то, потерянности и депрессия – это самые распространенные реакции .

И тут, конечно, важно отметить, пришел ли пациент после того, как был поставлен диагноз или заболевание возникло в процессе терапии или анализа.

Безусловно, такие пациенты чаще всего вызывают у терапевтов очень сильные контрпереносные реакции; жалость, теплоту, искреннее желание помочь и даже предоставить какие-то дополнительные преимущества – сделать более удобным сеттинг, не брать денег за пропуск по причине плохого самочувствия, снизить цену.

В конкордатном контрпереносе чувствуется страх, тревога, чувство несправедливости. Как такое могло случиться с таким хорошим человеком? Иногда – апатия и частые фантазии о том, как пациент умрет, как будут проходить его последние дни и чувство беспомощности и безнадежности.

Когда пациент заболевает во время терапии, то появляется чувство вины, и это подтверждают многие коллеги, с которыми я разговаривала.

Сталкиваясь с заболеванием нашего пациента мы чувствуем страх и вину, задавая себе вопрос, а не спровоцировало ли наше лечение болезнь?

Что мы сделали неправильно, почему пропустили начало заболевания? Была ли наша работа достаточно честной, был ли пациент в достаточной степени инвестирован нами? Где мы ошиблись?

И только с пациентами с тяжелой нарциссической патологией возникают несколько другие эмоции, являющиеся результатом проективной идентификации.

Агрессия и деструктивные импульсы, которые патологические нарциссы испытывают к окружающим, безусловно, распространяются и на терапевтов. Невозможность принять искреннюю помощь и испытать за нее благодарность, постоянные и активные нападения на связи, которые хочет установить аналитик, резкие и критичные замечания, желание обидеть и обесценить совместную работу – это то, с чем придется столкнуться в работе с этой категорией пациентов.

Их диагноз как будто дает им на это право!

Классическая при работе с нарциссами техника отзеркаливания не всегда является эффективной, так как приходится

сталкиваться с агрессией в форме обесценивания: «Вы не можете понимать, что я чувствую, я умираю... Вам-то откуда знать, что это такое».

Терапия становится объектом атак, и в контрпереносе все чаще появляются агрессивные чувства к пациенту. Фантазии, что если этот человек приносит столько боли окружающим, то болезнь его справедлива и он должен умереть!

И хотя Дональд Винникот в своей работе «Ненависть в контрпереносе», по сути, дал всем аналитикам право испытывать чувство ненависти к своим пациентам, все равно оно сталкивается с чувством вины за агрессию по отношению к умирающему человеку.

Работа с патологическими нарциссами, имеющими необратимый диагноз, всегда очень сложна!

Ни с одним из таких пациентов терапия не продолжалась больше 6-7 месяцев, они разрушали ее, как и все вокруг себя.

В ней практически нет перспективы позитивного исхода, и аналитику приходится лишь предоставлять себя, как контейнер для страхов и объект для разрядки агрессивных импульсов пациента.

Те стрессы и тяжелые переживания, которые приходится выдерживать в работе с такими пациентами, являются крайне деструктивными для психики самого аналитика и обязательным условием ведения пациентов с тяжелой нарциссической патологией, имеющих неизлечимые заболевания, является супервизионная поддержка и сопровождение.

Литература

1. Paul-Claude Racamier. In his article on narcissistic perversion. International Journal of Psychoanalysis (2014, 95: 119-132).

Савичева Е.П.

Психоаналитик как контейнер мумифицированных объектов пациента

*Английское слово титту означает как «мумию»,
так и «мамочку».*

Тема смерти со времен основателя психоанализа остается чрезвычайно эмоционально заряженной. З. Фрейд наравне с либидо возвел инстинкт смерти в ранг основной движущей силы в человеческой душе. Его метафорическое сравнение психоанализа с археологией, страстное увлечение египетскими древностями, пирамидами, мумиями указывает на явный интерес к теме смерти.

Для нас хранителем таких древностей в широком смысле является память, как способность связывать прошлое и настоящее, мир мертвых и мир живых.

Становясь психоаналитиками, мы наследуем эту способность теории и метода: активизировать – оживлять переживания пациента, содержащие как эротические любовные связи, так и выражение аутодеструктивных тенденций, фобий, некрофильческих перверсий. Основополагающей функцией психоаналитика становится поддержание сеттинга, который хотя и составляет часть реальной жизни (это происходит здесь и сейчас), но и неразрывно связан с «другим местом» – психической реальностью: миром фантазий, бессознательным и следами прошлого, постоянно преобразующегося отложенного действия. Сеттинг позволяет вывести болезнь на свет – и тогда в рамках психоаналитического процесса вспыхивает не только «безумие», которое не является прерогативой патологии и связано со страстью

и Эросом, но и «психоз», с его механизмами расщепления и отрицания, связанный с деструктивными влечениями. Именно психоз соотносится с отсутствием репрезентации и декатексиса объекта (А. Грин, 1986).

Такая специфическая особенность психоаналитического сеттинга включает психику аналитика в неизбежный парадокс: хотя психоанализ часть реальной жизни – это не реальная жизнь, он требует преобразований вне действия и имплицитной отсылки к чему-то другому, чего сейчас НЕТ. По выражению У. Биона: «Все, что происходит в кабинете психоаналитика, обычно происходило с обоими участниками и раньше, но никогда – точно таким же образом» (1992 г.)

Психоанализ работает в пространстве «между» – между фантазией и реальностью, между первичным и вторичным процессами, между сейчас и тогда: где-то еще. Функция аналитика состоит в том, чтобы поддерживать и использовать это напряжение. Это создает временной интервал, необходимый для трансформации, в противоположность разыгрыванию. Кроме того, явления, происходящие внутри аналитической пары, требуют пространства и времени для метаболизации эмоциональной связи между пациентом и аналитиком, наполненной любовью или ненавистью. И тогда чувственные впечатления преобразуются в альфа-элементы, что способствует возможности формирования в мышлении пациента процесса символизации психотических частей.

Для создания такого процесса В. Бюн предложил аналитику приступать к сессии «без воспоминаний и желаний». Это позволяет интуитивно познать психическую реальность пациента: контейнировать непереваренные эмоции и вернуть утерянные смыслы, какими бы болезненными бы они ни были.

Понятие контейнирования широко применяется в психоанализе и происходит от описанной М. Кляйн проективной идентификации, при которой человек в некотором виде содержит в себе (contains) части другого человека. Этот ранний психический механизм имеет два аспекта – как интенсивная эвакуация болезненного душевного состояния и как способ коммуникации.

В докладе хочу показать особенности работы с пациентами, матери которых имеют психиатрический диагноз – шизофрения.

Какие они, эти матери, в душе наших пациентов? По отношению к такому диагнозу у нас есть достаточно правдивые представления о способах психического функционирования – нетестирование реальности и непереносимость фрустрации, бредовые конструкции и соответствующие особенности поведения и коммуникации.

Моя практика показала, что часто бессознательно в отношениях с такой матерью есть желание ее мумифицировать – выпотрошить, опустошить содержимое материнского контейнера – тела. Это попытка справиться с силой желания и любопытства по отношению к драгоценностям внутри «мамочки» и ее тела, но это связано с огромными опасностями – смертью: ужасом поглощения и мести с ее стороны. Фантазия о мумии, которую хорошо показал Хичкок в своём бестселлере «Психо», носит защитный характер. Ее цель – снижение аннигиляционной тревоги, с одной стороны, и возможность идентифицироваться и контролировать объект зависти – с другой. В аналитическом процессе такой репрезентацией материнского тела становится другой контейнер – мыслительный аппарат аналитика.

Разворачивается психоз переноса. Его скрытая бессознательная задача – свести аналитика с ума. При этом здесь «свести с ума» имеет прямое значение – сделать тупым, лишить аналитика его способности быть отдельным и мыслящим. Если «отдельность» означает быть с Другим и неизвестным, и вызывает примитивный страх сепарации, то «мыслящий» – значит познающий смыслы – переваривающий эмоциональные послания, находящий символические репрезентации – альфа-функционирующий. Это именно то, что нужно пациентам. В чем опасность? Почему так страшно воспользоваться разумом аналитика?

Потому что у таких пациентов отношения с матерью вывернуты наизнанку – все, что в обычных отношениях только кажется или как будто: Ты что, сумасшедшая? Или ты не в себе? Здесь так и есть – твоя мать сумасшедшая. Ребенок не получает нужного контейнера для своих эмоциональных бурь, напротив, сам становится предметом для размещения вычурных объектов внутреннего мира сумасшедшей матери.

Клинические примеры. В случае пациентки А. у матери диагноз шизофрения с бредом паразитарного заражения мозга –

черви или личинки копошатся в голове. Отношения с дочерью носили преследующий или холодный и отстраненный характер. Отца не было. Во время госпитализаций матери А. воспитывали бабушка и дед. Пришла в анализ в 24 года. А. боялась делать выбор и опираться на свои желания в важных жизненных ситуациях, ее захватывала тревога, которая превращала мысли в «кашу», и это состояние было мучительным. Чтобы уйти от матери, она стала жить с 14 лет с женщиной старше на 25 лет.

В случае с пациенткой М. у матери была шизофрения с бредом ревности – она бросалась с ножом на мужа, ранила его, хватала дочку и убегала с ней как с куклой – никто не знал куда – они потом оказывались где-то далеко от дома. Дочка, чтобы привыкнуть к внезапностям и атакам ярости, расщепила образ матери на 2 личности – мамочка хорошая – МАМО и чучело (неживая набитая тряпками кукла). После смерти матери пациентка очень боялась, что в ней самой в отношении собственных детей проснется этот кошмар, стала набожной, очень навязчивой в отношении здоровья детей и контролирующей свою агрессию.

Что же может происходить с психикой человека при контакте с психотиком? В пространстве таких отношений нет психического содержимого – нет репрезентаций, но это не психика младенца. В психозах взрослых преобладает аффект и слова, как действие, а не коммуникация.

Так формируются тревожные актуальные неврозы. Это означает, что психические продукты негативного опыта переживаний напирают, чтобы получить изобразительность. Характерные признаки – настойчивость и повторение – говорят о бессознательных источниках. Мы видим эти корни заболевания пациенток в их ранних травмах отношений. Они «немые» – доисторические, но есть следы, и они не вытеснены.

Наши ранние травмы – это негромкие незамеченные события, которые сохраняют архаическую либидинальную сексуальность – кастрационную тревогу, инцестуозные фантазии, отцеубийство. И в норме все, чему нужен отклик родителя, мать перерабатывает для интеграции в постнатальное Я.

Но если мать не может откликнуться, то содержимое становится токсическим и содержит влечения к смерти. Такое отравленное архаическое Я и персекуторная тревога в ребенке

создают безымянный ужас. Здесь нет репрезентации, так как не было контейнировано состояние ужаса – значит эти элементы угрожают психической смертью. Я ребенка защищается тем, что расщепляет себя на амбивалентные части, но не может быть интегрировано обратно. Так «образуется труп абортированного Я идеала», он организуется в преследующий объект. Его характеризует пустота, в которой огромная сила преследования при отсутствии формы.

Я идеал несет в себе страсть к объекту: «Мы с тобой неразлучные – о *tummy!*» Через симбиотическое слияние в ней хоронят свою отдельную самость – свои любовь, желание и любопытство. Так появляется Нечто, как нерожденная вещь.

Элементы Нечто хотят вырваться в Я. Я должно постоянно держать их под давлением, это приводит к обессиливанию, и в Я происходят нарушения. Например: расщелина в защите – выдает соматический симптом – соматическое расстройство, которое является наброском для этого Нечто. Так Я уравнивается за счет соматической раны. Если ее нет, то в Я будут серьезные нарушения. Кроме соматических симптомов, может возникнуть ситуативный бред, сексуальная навязчивость. Что я наблюдала иногда у своих пациенток: внезапные боли прямо во время сессии у М. в области левой груди, которые так же магически проходили к концу сессии; втайне девочка всякий раз с ужасом и одновременно с любопытством ждала, что мать попадет ножом в сердце отца; А. начинала действовать – сползала с кушетки, тянулась руками к моим ногам, плакала, потом когда я цепенела от ужаса и не могла произнести ни слова, она успокаивалась и, обнимая подушку, сворачивалась калачиком на кушетке, оставляя меня в поле зрения.

Клинически при этих феноменах безумия в аналитическом процессе такие параметры как парящее внимание, свободные ассоциации, интерпретация не дают эффекта. В динамике есть ощущения пустоты, отсутствия смысла, отыгрышания.

Именно такие состояния я назвала мумификацией – все живое, что дает человеческая коммуникация, выпотрошено, как при токсодермии, и остается только внешняя оболочка, набитая мертвым содержимым – соломой, чтобы сохранять ВИДИМОСТЬ реальности объекта – субъект убит (личность аналитика).

Метапсихологически это описал У. Бийон в концепциях контейнер – контейнируемое. Когда альфа функция не работает и в коммуникации пары преобладают бета элементы – останки изгнанных из психики эмоциональных переживаний – это не вытесненное динамическое бессознательное, а это «погребенное бсз», которое имеет доисторический характер: пространство детской амнезии. Манифестации эти не попадают в Я и идут напрямую из Оно Я-идеала.

В таких проявлениях «психоза» аналитической пары в коммуникации преобладает количество – аффект как сила давления на объект желания. Если приводить пример пациенток, то в обоих случаях это потоки речи: кажется, что этому нет конца и края, тебя просто хотят утопить. У А. это звучало так – после нарастания темпа речи, переходящей в скороговорку, она просто говорила: ну вот БЛа-БЛа-БЛа. И я испытывала оцепенение, обескураженность и злость. М. могла всю сессию заполнить подробностями, как она работает в саду – действия, описание всех видов растений, которые посадила и соседей, с кем встретила. На 30-й минуте я попадала в дрему, как будто меня сейчас здесь нет.

Живому аналитику очень трудно и жутко понять, что ты ТРУП, как в упомянутом фильме Хичкока, на аналитической сцене для меня в такие моменты параллельно 2 реальности:

- манифестная видимая: я есть – сижу, смотрю, дышу, слушаю, но меня нет для контакта с пациенткой
- латентная содержательная – я как мертвец, но не захоронена и погребена (чтобы отгоревать потерю), а чувело.

Хотя есть аналогия, что ты кукла в игре маленькой девочки, когда никого нет рядом, но по отношению к реальности так происходит имитация связи с аналитиком или игра в психоанализ.

С какими явлениями встречается аналитик в психозах переноса, т. е. когда преобладают деструкция и влечения к смерти.

1. Сильные контрпереносные чувства в ответ на, казалось бы, безвинные слова как с пациенткой А.: ненависть, злость, отчаяние, непонимание, бессилие.
2. Защита – летаргический СОН или, короче, летарго. Этот феномен описал Аргентинский психоаналитик Сессио Филио – у аналитика на сессии тяжелая голова, он клюет

носом, но как только пациент ушел – спать не хочется. За этим стоит негативная терапевтическая реакция.

Если говорить подробнее о летарго, то оно отличается от сна. И буквально значит, что не могу думать при этом пациенте. Очень токсическое состояние. Это ответ Я аналитика на содержимое бсз пациента без репрезентаций.

1970 г. в Аргентинской психоаналитической школе совокупность погребенных психических содержимых была объединена термином «объект в состоянии ЛЕТАРГО». И дано название «МЕРТВЕЦ на сессии»: когда пациент или аналитик впадает в состояние летарго, происходит идентификация с мертвецом. На сессиях при связи со словом Мертвец появляется тема о мертвецах, исчезнувших, которые воплощают в себе эти НЕЧТО. (В анализе А. это были мертвецы из фильма «Пираты Карибского моря», которые выходили в ночи из обветшалых стен Летучего Голландца. Нечто было эмоционально связано у А. с грибковым заболеванием ногтей на ногах – она их не лечила, что позволяло много говорить о своей ненависти и отвращении к грибкам – это было приравнивание к личинкам бреда у матери – они пугали А. и одновременно завораживали). У этих мертвецов характер влечений – влечения к смерти, содержимое Я идеала, где Эдипова трагедия – это не то, что Эдипов комплекс личной истории. Трагедия Эдипа – это импульс, который заканчивается чьей-то смертью.

В норме именно родитель, или в терапии аналитик, метаболизируют этот убийственный потенциал (достижение депрессивной позиции) Эдиповой трагедии.

Состояние ЛЕТАРГО – это не прямая манифестация угрозы убийства из Эдиповой Трагедии. Когда появляются эти импульсы, Оно Я хочет их усыпить – это защиты, чтобы они были погребены, но в нем вулкан, который может извергнуться (боязнь расправы).

Состояния близкие к летарго – скука, прокрастинация, бытовой алкоголизм, прием наркотиков. Проявление этого в аналитической работе говорит о разворачивании негативной терапевтической реакции.

ЛЕТАРГО – это элемент действия – отложенное убийство и, конечно, это – барьер для аналитического процесса, и задача аналитика иметь чутье и вовремя давать встряску.

На примере двух пациенток я покажу, как переварила – контейнировала эти «части смерти» в нашей работе. Помог образ – Дом, в котором жил главный герой фильма «Психо». Благодаря режиссеру нам хорошо видно, что показывают тем, кто снаружи, и что находят в доме, когда в него попадают.

Снаружи видимость живого объекта – это лицо для других, социальная адаптированная к правилам часть личности пациента.

Когда заходим в дом, попадаем во внутриспсихическую реальность пациента. И поначалу даже слышен диалог, и понимаешь, что в доме есть двое: мать и ребенок. Ее видно со спины. Но вот внезапный разворот – и это не живая женщина – это МУМИЯ – ее речь это рот ребенка, ее глаза это глаза ребенка – органы восприятия реальности и тело матери все принадлежит ребенку. Мумия оживает в моменты пустоты и страха сексуального возбуждения.

Поэтому, чтобы дать встряску в ситуации разворачивания негативной терапевтической реакции, надо поверить, что к нам пришли не каяться, а спрятать следы преступления. И задача сопротивления пациента анализу – это задача напасть на связи, усыпить детектива – аналитика – того, кто ищет исчезнувшие, выпотрошенные объекты.

В работе с названными пациентками нам пришлось пережить много горьких открытий и жестокой правды:

1. Признать Реальность: Моя Мать никогда не будет здоровой, и связь с ней опасна (токсична).

2. Похоронить иллюзии: значит понять: Я – не моя мать, Я – не сумасшедшая, это – не заразно.

3. Найти идентификации и ввести триангулярность – аналитик как третий.

4. Иногда может быть нужно, чтобы наглядная репрезентация через регрессивное состояние возникла у аналитика – когда она не может возникнуть у пациента. Визуальный образ открывает пространство чему-то новому и представляет собой первый шаг в развитии лучшей способности к символизации. Этот процесс отличается от сознательной работы, которая при этом имеет место. По словам Даны Бирркстед-Брин «особенный интерес к использованию регрессивных состояний соз-

нения аналитика при работе с теми пациентами, у которых преобладают области пустоты, испытывали многие аналитики. Это случай галлюциноза аналитика – репрезентация импульсов, которые не были репрезентированы пациентом, описывающим пробел на том месте, где должна быть первосцена или грудь».

В моей работе с пациенткой М это выглядело так: она дарила мне гипсовых ангелов и вазы (эти предметы оставались в кабинете). Однажды, когда я зашла, то вдруг увидела за всем этим Кладбище и надгробья. Когда эта тема была мною привнесена в наш диалог, М рассказала, что в 18 лет был первый брак, ее первенец умер на 10 день жизни. Во втором браке после рождения дочери муж не хотел больше детей. Пациентка изменяла ему, с тем чтобы родить сына. Когда третьим ребенком стал мальчик, она назвала его именем умершего первенца и успокоилась. Осознание, что ее младший сын «носит» в себе умершего брата, повергло пациентку в шок. Так была развернута фантазия о мумификации желанного объекта.

И так аналитик предлагает себя в качестве контейнера для психических содержаний пациентов. Сегодня я говорила об особенностях работы с пациентками, матери которых страдают шизофренией, а значит, были токсическими контейнерами для переживаний своих детей. И такие пациенты несут много страхов и пустоты – мертвого пространства в своей психической реальности.

Аналитики рассматривают наглядные репрезентации в сновидениях как первый шаг к мышлению, и это показывает необходимость символов для накопления эмоционального опыта и для передачи наших аффектов как другим, так и себе самим. Таким образом, визуальный образ аналитика предвосхищает материал, который появляется некоторое время спустя.

Задача аналитика – оживлять свой разум – находить и обезвреживать токсидермические идеи психотической части личности – они в проекциях, в действиях, а не в речи. Необходимо не торопиться и со временем можно увидеть, что скрыто за явными содержаниями. Мертвые – тоже часть жизни, а значит и отношений. В наших умах З. Фрейд еще жив и играет важную роль в профессии. Но слепое следование за авторитетами,

попытка подражать известным аналитикам противоречит природе психического и ведет только к мертвому психоанализу. Психоанализ идет навстречу субъективности, отражает широту, глубину, парадоксальность и бесконечное разнообразие психического, систему, бесконечно генерирующую живые «исцеляющие» смыслы.

Еремин Б.А.

Трансформация в галлюциноз: Ментальный суицид

«Homo Sapiens: Печать Каина»

Основным параметром альфа функции, то есть психоаналитической функции человека, Бион считал его личную версию мифа об Эдипе, поскольку именно она устанавливает все психическое развитие, окрашенное особенностями, приобретенными индивидуумом в его движении от нарциссизма – к социализму, то есть, в терминах PS – D. Именно протоэмоции и сенсорные ощущения, то есть бета ментальность или мысли без мыслителя, толкают ребенка к поиску аппарата для их мышления. Такой толчок Бион обозначил как K – импульс или драйв к истине. Этот драйв направлен на то, чтобы ответить на вопрос, который Сфинкс задал Эдипу. Вопрос о том – «Кто есть человек?». Таким образом, смотря с вертекса Сфинкс и Тиресия в мифе об Эдипе, мы становимся очевидцами того, что с самого рождения ребенка перед нами во всей его монументальной грандиозности рождается Эдип, который не был известен ни Фрейду, ни Кляйн. Интеллектуальный Эдип Биона. Преступление этого интеллектуального Эдипа, собственно, и определяет судьбы кляйнианского и фрейдистского Эдипова комплекса. Преступления на дорогах интеллектуальной одиссеи приводят к психической смерти Хомо Сапиенс, называемой Трансформацией в Галлюциноз.

Судьба интеллектуального Эдипа и определяет либо нормальную, либо психотическую реализацию Эдиповой прекоцепции. Вопрос новорожденного младенца – Кто я есть – это вопрос алфавитизации и формирования контактного барьера. В отличие от Фрейда и Кляйн, Бион чувствовал, что стремление

к истине, К – импульс, не может быть редуцирован ни к либидо, ни к разрушению, ни к любви, ни к ненависти, а должен иметь статус независимой категории. Фрейд и Кляйн, исследуя Эдипов миф, делают акцент на любви, ненависти, ревности и сексуальности. Бюн смещает перспективу и обращается к тем элементам в мифах, которые соответствуют К и Минус К-связям, то есть, проблеме познания себя и мира, видя в них такую же фундаментальную основу человеческого бытия, как и в связях L и Н. Альфабетизация эмоций, собственно, и есть функция К-связи. К-связь имеет всеобъемлющий статус, поскольку именно она извлекает из L и Н связей – смыслы, то есть, знание о себе и мире. К-связь имеет отношение к реальности, истине и психическому росту в направлении: от нарциссизма к социализму, в то время как минус К – связано с ложью и эвакуаторным процессом, то есть избеганием собственных эмоций. Минус К-связь, воплощающая ненависть ко всем своим эмоциональным переживаниям, ненависть к любви и ненависти, ненависть к самой жизни, наполненной эмоциями – является следствием провала материнского контейнера, из-за ее слабой альфа функции или мощной зависти ребенка. В принципе, в большей степени, чем зависть, ведущим фактором Минус К является страх того, что эмоциональный опыт может быть невыносимым.

Гений Бюна уловил в мифе об Эдипе не только сексуальное преступление и убийство отца, но и судьбу эпистемофилического драйва и минус К-связи, то есть, работу минус альфа функции, приводящей к летальному исходу самого мышления. Результатом действия минус К-связи является любая психопатология, но, поистине, самым катастрофическим результатом ее работы является убийство самого мышления – ментальная смерть пациента. Летальный психический исход – это психоз, а более замаскированный его вариант – психоз обыденной жизни – трансформация эмоциональных переживаний в галлюциноз. Если аналитик не знаком с инвариантами ТН, то НТР пациента, пережившего инфантильную катастрофу взорванного материнского контейнера, будет неизбежна. После Бюна мы знаем, что фундаментальный универсальный человеческий конфликт состоит в потребности знать истину, то есть себя самого, и ужасом того, что эта открытая им истина может быть невыносимой. Этот

конфликт символизирован в мифе об Эдипе, мифе о Вавилонской башне и мифе об Эдеме. В этих мифах в символическом виде представлена примитивная мораль минус К-связи, так называемая, мораль без морали, которая блокирует контакт селф с истинной, похитив у Эго его психоаналитическую функцию.

Аналитикам, как учит Бюн, принципиально необходимо увидеть эти аспекты мифов в психической жизни каждого пациента, поскольку, если регулярно не смещать аналитический вертекс, то можно легко перепутать трансформацию в ригидное движение с трансформацией в галлюциноз. Конкретно: перепутать триаду анальной эротики как защиту от Эдиповых импульсов фрейдистской модели, от психотической триады, генерируемой психотической частью Эдипа. Сейчас мы можем посмотреть на пациента с перспективы этих мифов и, в частности, с вертекса Сфинкс, в мифе Софокла, то есть, с перспективы эпистемофилического инстинкта и запрета на знание. Вот история пациента.

Молодой человек 33 лет, обратился с проблемой в сексуальных отношениях с женой. На протяжении шести лет сексуальные отношения с женой отсутствуют. Своих родителей он описывает как пару, в которой ни отец, ни мать не были счастливы. Их отношения ужасны и состоят из бесконечных обвинений друг друга и в постоянных спорах. Мать всю жизнь тяжело болела диабетом и постоянно пугала детей, что может умереть, регулярно попадая в больницу. Отец после перемен в стране начал работать дальнотойщиком, часто и надолго уезжал из дома. Пациент очень обижен на отца и винит его во всех своих неудачах, поскольку отец ничему не научил сына, а лишь насмехался над его занятиями и критиковал его. Но, вопреки отцу, собственными усилиями и, благодаря собственной уникальности, в настоящее время пациент весьма успешен в карьере и зарабатывании денег – ведь он купил себе квартиру в Москве и роскошную машину. На протяжении пятнадцати лет он ежедневно звонит родителям в другой город и учит их правильной жизни, он рассказывает родителям – что им делать, как решать их конфликты, что покупать, как обставлять квартиру, как лечиться, как разумно тратить деньги и так далее. Он знает все на свете, и в детстве, в школе, его называли всезнайкой и маленьким

Гитлером за его постоянное упрямство, безжалостность, высокомерие и авторитарность. Он и сейчас очень авторитарен, высокомерен и упрям; абсолютно уверен в том, что все женщины – тупые истерички и должны знать свое место в доме, слушаясь мужа. Все, что он делает, безошибочно и грандиозно. Он знает, как должна быть устроена семья, как должна вести себя жена, прежде всего, в постели; он знает, что секс с ней должен быть страстным и потрясающим, с ее многочисленными оргазмами, и если она любит его, то должна желать его в любом виде: будь он лысым, вонючим, беззубым. А жена говорит, что у него пахнет изо рта. Он хотел бы развестись с ней, но не может, поскольку, он должен научить эту никчемную женщину жить правильно – ведь без него она беспомощна и просто пропадет.

На одной из сессий, отчаявшись, что у него нет с ней сексуальных отношений, он сказал, что с удовольствием развелся бы с ней, а еще лучше, если бы она умерла – тогда все проблемы были бы решены. Она скоро поедет на машине в другой город, как было бы хорошо, если бы она попала в аварию. Если с ней развестись, то будут проблемы с дележом имущества, с переездом; а ведь он потратил большие деньги и на нее, и на квартиру, и тогда придется много потерять. Он уверен, что если бы жена делала то, что он говорит, родители следовали бы его указаниям с самого начала, с его рождения, а правительство РФ выполняло его рекомендации, то люди жили бы в другом, совершенном государстве, где все функционирует, как швейцарские часы. Он очень умный и умеет делать деньги. Однажды он признался, что, конечно, хоть он и работает помощником режиссера на ТВ, но вовсе он никакой не режиссер, а, скорее, финансист, который точно знает, куда и когда вкладывать деньги. И единственная цель его жизни – заработать их больше. Ведь мечта его детства и юности не сбылась, он так страстно хотел стать режиссером порно фильмов и с 6 лет, пока его друзья бегали по улицам, любознательный мальчик изучал саму суть жизни: он смотрел порнографию на кассетах, принадлежащих его родителям, и мастурбировал. Он занимается этим и до сих пор, в мельчайших деталях изучив секс взрослых мужчин и женщин, и с недоумением удивляется, почему же его жена не хочет иметь с ним близости. Он заставляет жену варить супы, исполь-

зую консервы, которые в изобилии покупает и складывает на случай ядерной войны, которая вот-вот может случиться, и жена должна будет отправиться в маленький сибирский городок, где родились его родители, чтобы жить там, в подвале. Он учит ее шить на старой механической швейной машинке Зингер, поскольку электричества во время войны может не быть. Он боится ядерной катастрофы и стремится подготовиться к ней, чтобы выжить любой ценой. Этот пациент уверен, что, раз он ходит на психотерапию и платит деньги, то я просто обязан сделать так, чтобы ему было лучше, но он не чувствует улучшений и постоянно напряжен – и психически, и физически – и его желание расслабиться не удовлетворяется. А он так хочет расслабиться в нирване. Он говорит, что это случится тогда, когда исполнятся три его желания: его мать, наконец, умрет, с женой он разведется, или она, наконец, исчезнет, и последнее, когда я отвяжусь от Вас. Но аналитик должен рассказать ему, как все-таки, заниматься сексом с женой и довести ее до оргазма, хотя он и сам знает что делать, просто тупая жена не дает ему свой анус...

Его способ справляться с эмоциональными переживаниями, которые вызывают в нем люди, очень простой: нет человека – нет проблем. Он потрясает своим цинизмом и тупостью. Часто на сессиях он упрекает меня, говоря, что он ходит на йогу столько же времени, как и на анализ, но там у него, пусть и не большие, но есть успехи – он уже может управлять своими мышцами и связками, а в анализе ничего не происходит. Его главная претензия ко мне в том, что я – плохой доктор, который не способен сделать так, чтобы он мог почувствовать себя хорошо – смог расслабиться, и не был таким напряженным. Ведь, черт возьми, он платит деньги на йоге – и там есть прогресс, он платит деньги, когда приезжает на машине к механику, и тот чинит его автомобиль, а если он не может починить мерседес, а способен разобраться только в моторе жигулей, то он меняет механика. «А Вы не можете работать четко и правильно, как швейцарские часы, и способны ремонтировать только жигули, а не мерседесы, и то, я еще сомневаюсь, что Вы хоть что-то, можете. И я абсолютно точно знаю, что Ваш психоанализ – это уже давно устаревший метод, может только для тупых докторов и подходящий» – регулярно говорит мне пациент.

Все мои попытки интерпретировать его трансфер в смысле упрямого эдипового соперничества с отцом приводили к его язвительным и высокомерным выпадам в мой адрес, что все мои интерпретации смешны, потому что ничего подобного он ко мне не испытывает и, вообще, у него нет ко мне никаких чувств, а если его что-то и раздражает, то это тот факт, что я – плохой врач, который не умеет лечить больного, или плохой механик, не умеющий починить сломанную машину. Ничего личного, только бизнес. Да и сам я, как аналитик, веду себя так же, как он – говорит пациент, то есть, как бездушная и абсолютно безэмоциональная машина. Когда я указывал пациенту на факт, что я – не врач, то он с высокомерной усмешкой говорил мне, что я, по-видимому, издеваюсь над ним и, либо специально хочу его запутать, либо – просто идиот. Ведь Вы сами говорите, что анализ – это психотерапия, а Вы – психотерапевт, значит, Вы – врач. Например, его знакомый доктор, чтобы пациенты расслаблялись, делает им массаж прямой кишки, а Вы все время несете какую-то чушь и ничего не делаете. Вскоре, после смерти его отца, пациент испытал некоторое подобие печали, которая продолжалась несколько дней, после чего он сказал, что смерть отца, вероятно, самый лучший выход для всех, ведь отец уже отжил свою жизнь, и, в сущности, был неудачником, и ему давно уже пора было уступить дорогу молодым и перспективным. Мои интерпретации, касающиеся вины пациента, вызывали у него высокомерные заявления о том, что всю эту чушь он уже слышал, и что я мог бы оставить ее при себе, если я ничего больше не могу ему сказать по существу. Если Вы – хороший доктор, то Вы должны придумать для меня какой-то другой подход, а не этот дурацкий анализ. Таким образом, если я молчал, то он говорил, что он может и сам с собой помолчать, и что он платит мне деньги не для того, чтобы я молчал, и если я интерпретировал, то он обрушивался на меня с обвинениями в моей некомпетентности и говорил, что он не знает, что он тут делает и, конечно же, уйдет от тупого врача. «Бла, бла, бла» – отвечал он на любые мои интерпретации. Я чувствовал не только ярость и обиду, но и, действительно, некоторого рода, тупость, переполненный его интрузивными эмоциональными потоками.

Пациент пришел в анализ для того, чтобы разрешить свой Эдипов конфликт и научиться жить с женой в гармоничных отношениях, как я полгал, но, оказалось, он пришел в терапию, чтобы учить меня «правильной жизни» и своим ценностям. Но, что значит, с его точки зрения, «жить правильно» и какие ценности управляют его мышлением? Какая катастрофа должна была случиться в душе несчастного ребенка, чтобы она трансформировалась в швейцарский часовой механизм? На поверхностном уровне мы имеем дело с, так называемым, анальным садистом, с его характерологической триадой. Такая триада, в терминах классической теории, обязана фиксации либидо на анальной фазе и описывается упрямством, чистоплотностью и жадностью; одновременно, она служит местом, куда можно регрессировать от кастрационной тревоги, связанной с отцеубийственными и инцестуозными Эдиповыми импульсами. То есть, пациент в этой парадигме рассматривался мной с вертекса Эдипа в мифе Софокла. Как я уже говорил, моя высокомерная уверенность в том, что я понимаю, с кем имею дело, привела к тупику в анализе и высветила мою собственную тупость в том, что я, подобно Эдипу, любой ценой покажу пациенту истину, которой я, якобы, обладаю. В этом отношении, я вел себя подобно пациенту, который, если его рассматривать с перспективы Сфинкс, то есть, К-связи и табу на знание, содержит в себе совершенно другую триаду, демонстрирующую, поистине, катастрофу в его мышлении. Чтобы детектировать эту триаду, аналитик должен сместить вертекс мифа и посмотреть на пациента с перспективы Сфинкс и Тиресия. Эта триада описывает психическую часть мифа Софокла и характеризуется высокомерием, любопытством и тупостью.

Самая простая трансформация эмоциональной боли, которая известна всем аналитикам, называется трансфер. Эта такая трансформация психической боли, которая соответствует преобразованиям евклидовой геометрии, где идеи, репрезентации и эмоции прошлого переносятся в настоящее, практически без искажений. Именно с этой перспективы я и рассматривал своего пациента, что неизбежно привело к НТР, поскольку пациент использовал трансформации, описываемые неевклидовыми преобразованиями. Он не использовал трансформацию в ригидное

движение, а использовал трансформацию в галлюциноз, о которой пойдет речь дальше. Бийон подарил нам бесценную идею о том, что ПИ может быть способом, с помощью которого ребенок пытается сообщить матери о своем эмоциональном состоянии. По существу, этот способ и является ядром К-связи. Мать, с любовью принимающая эмоции ребенка, трансформирует их в альфа-ментальность, которая обеспечивает ребенку способность мыслить и познавать себя и мир. Если мать, в надежде понять своего ребенка, проваливается в контейнировании его ПИ, то она может воскликнуть в отчаянии: «В конце концов, скажи мне, наконец, чего же ты хочешь...». Удивительно, конечно, что мать, в своем высокомерии, обещающая, что она может быть самой любящей и понимающей, становится необыкновенно тупой, требуя от младенца истины. Как только аналитик, подобно такой матери или Эдипу, который стремился узнать правду, несмотря на предупреждения Тиресия, проваливается в своих способностях принимать ПИ пациента, пациент мгновенно активизирует психотическую триаду. Он чувствует, что, как и его провальная мать, аналитик стремится узнать истину пациента любой ценой. Он чувствует такую позицию аналитика, как скрытую претензию на способность принимать и контейнировать его любые ПИ, не теряя спокойствия духа. Такая претензия провоцирует в пациенте ненависть и зависть. Но дела обстоят гораздо хуже, поскольку аналитик может оказаться таким же провальным, как Эдип, который не смог вынести, открывшейся ему истины, то есть, может оказаться не способным выносить ПИ пациента и будет возвращать ему его бета ментальность в терминах, якобы, «интерпретаций».

Интересно, что Эдип решил загадку Сфинкс. Он ответил на ее вопрос, сказал Сфинкс, что он знает, кто такой человек. В ответ на ее вопрос, он указал на себя, говоря «Это Я». Эдип, в переводе с греческого, значит – «Связанные, опухшие ноги». Вопрос Сфинкс был о ногах загадочного существа, и Эдип с абсолютной уверенностью сказал, что он знает ответ, он знает, кто это существо, он знает, кто есть человек. Это абсолютное знание Эдипа – уверенность ИП психического метаболизма, решенного в терминах символического уравнения. Это псевдознание, или лучше сказать, это всезнание, скрывающее позади себя

отчаянную беспомощность, насилующей Эдипа и пациента бета ментальности. Эдип с высокомерной тупостью уверен, что знает себя, но оказывается не способным вынести открывшуюся ему истину о том, кто он есть. Надменный пациент абсолютно уверен, что он знает все на свете, но, оказывается настолько тупым, что не понимает, чем отличается любовь от порнографии. Сфинкс после ответа Эдипа убивает себя. То есть, Сфинкс, воплощающий К-импульс Эдипа, его драйв к истине – умерщвлен тем аспектом селф пациента, который называется обструктивный объект. Этот объект является минус альфа – функцией матери, которая установлена, теперь, в мышлении пациента и которая воплощает табу на знание Истины. Обструктивный объект – это всегда все неправильно понимающий объект. Поскольку, ядром анализа является, как раз, любопытство аналитика, его стремление знать своего пациента, его Импульс К, то есть, тот импульс, который совершил суицид, в психике пациента, то самое любопытство, связанное с исследованием своих эмоций, становится самым ненавидимым аспектом пациента, который им безжалостно убивается.

Так как все обучение из опыта зависит от этого любопытства относительно своих собственных эмоций, то нормальное развитие блокируется, и мы получаем психотическую версию Эдипа. Я ждал от пациента его соответствия моими представлениям об Эдипе, совершившем инцест и отцеубийство, я ждал от него трансфера, называемого ригидным движением, то есть, его чувств соперничества, зависти, жадности, ревности, любви и ненависти, я ждал от него «свободных ассоциаций», так сказать. Такое мое поведение расценивалось пациентом, как очень любопытное, желающее знать его, но в высшей степени враждебное его методу коммуникации со мной, то есть ПИ. Вместо принятия ПИ, то есть, его бета потока, я разрушал ее всяческими видами тупости, и пациент говорил мне: «Вы же знаете ответы на все мои вопросы, Вы же понимаете меня, но притворяетесь, что не знаете, специально, чтобы издеваться надо мной, либо, Вы – просто тупой». Самая большая моя тупость состояла в том, что я смотрел на пациента с вертекса инцестуозного Эдипа и интерпретировал трансфер в смысле классической фрейдистской теории. А несчастный и завистливый пациент в это время

пытался передать мне с помощью Проективной идентификации свою инфантильную катастрофу и использовал защитное всезнание и всемогущество, то есть высокомерие, блокировав влечение к истине. Ситуация в анализе, следовательно, свелась к постоянной осцилляции обструктивного объекта, который был расположен попеременно, то в пациенте, то во мне. В той степени, в какой пациент находился во власти этого Объекта, он чувствовал себя абсолютно тупым и постоянно задавал вопросы.

В той степени, в какой пациент чувствовал себя идентифицированным с этой моралью, без всяческой морали, он чувствовал себя надменным и лишенным всякого любопытства, поскольку в это время он был всемогущественным и эпистемологически заполненным. То есть и пациент, и аналитик попеременно становились в глазах друг друга высокомерными, тупыми и любопытными. Любопытство пациента, которое является интегральной частью его инфантильной катастрофы и мишенью обструктивного объекта является, очевидно, и интегральной частью самого анализа. Поэтому, сам процесс анализирования делает аналитика дополнительным ускорителем регрессии любопытства пациента и превращения самого анализа в отыгрывание его инфантильной травмы.

Речь, в данном случае, идет о таком любопытстве, которое не развивается в К-связь, то есть, остается фиксированным на инфантильном интересе о сексуальных органах родителей и на первичной сцене. Интересы пациента направлены на жизнь родителей, а не на свою собственную, его интересует сексуальная жизнь знакомых ему пар и аналитика и, конкретно, вопрос о том, каким образом женам его знакомых удастся достичь оргазм. У него отсутствует эволюция его инфантильного любопытства в направлении знания себя и внешнего мира, в смысле научного и творческого исследования. Его любопытствующая тупость проявляется в ежедневном просмотре порнографии, а тупое высокомерие – в уверенности, что он знает, абсолютно точно, все на свете и, прежде всего, какой секс был у его родителей, и что оргазм его жены зависит от размера его пениса и от техники фрикций. Обструктивный объект пациента запрещает ему любое знание своих эмоций, то есть знание себя и мира, что приводит его к Высокомерному Всезнанию.

Такую ситуацию в психической жизни пациента мы можем увидеть и в другом мифе, который рекомендует нам Бион для понимания наших пациентов. Это миф об Эдеме. Речь в нем идет о нарушении запрета, наложенного Богом на знание. Но кто же такой этот Бог, который запрещает знание? Если посмотреть на Бога как на младенца, который уверен, подобно Богу, что он создает каждую вещь и каждый объект, который попадает ему на глаза, то есть объекты, которые он открывает, включая себя самого, то Бог-младенец, является своим собственным создателем, а также творцом его родителей Адама и Евы. Однажды, когда он научится тому, что его создали любовь и сексуальный акт его родителей, он становится изгнанным из Райского сада своего всемогущества и всезнания и становится нормальным, беспомощным, зависимым ребенком, который завидует родительской любви, из которой он исключен.

В своей беспомощности и горечи его любопытство стремится наблюдать и, таким образом, «знать» первичную сцену, из которой, даже само его любопытство, должно быть исключено, во имя «Закона отца». Всемогущественный и всезнающий пациент установил в семье его родителей свой закон – тотальный контроль над Адамом и Евой. Любопытство должно научиться смирению и скромности. Любопытный ребенок не должен нарциссически внедряться в святая святых первичной сцены, в тело своей матери. Он должен научиться терпению, негативной способности, чтобы его врожденные прекоцепции могли встретиться с надлежащим контейнером. Каждый из нас достоин только такого бессознательного, которое он заслужил, то есть, может вынести без эвакуации. Ребенок и пациент должны ждать, пока у них не сформируется надежный контактный барьер – альфа экран. Пациенту не повезло, адекватный контейнер отсутствовал; Минус К его родителей и его мощная зависть не оставили ему никакого другого выхода, кроме как в отчаянии прибегнуть к самому радикальному средству – ментальному суициду: Трансформации в галлюциноз.

В мифе об Эдипе, в роли обструктивного объекта выступает Тиресий, который способствует такой трансформации эмоций Эдипа. В этом смысле мои интерпретации трансфера пациента, рассмотренные с вертекса Эдипа – это провал. Пациент

не перенес на меня имаго, он не спроецировал на меня свои невыносимые аспекты, он не вошел со мной в отношения соперничества, ревности, любви и ненависти, перенесенные с родителей. Трансформация его эмоций не описывается ни ригидным движением, ни проективом. Он чувствует себя по ту сторону всех этих переживаний. Он просто разрушил все его эмоциональные связи. Этот факт весьма впечатлил и изумил меня. Эти эмоции не перенесены и не спроецированы, как ожидают, вероятно, аналитики классической школы, они трансформированы в галлюциноз. Суть этой трансформации состоит в том, что пациент хочет продемонстрировать аналитику свою независимость от чего-либо, кроме своих собственных творений. Единственное, что пациент видит в аналитике, это тот факт, что он – аналитик. Он воспринимает аналитика именно как аналитика. Поэтому, единственное, что подвергается атаке – это его аналитическая функция. Пациент всеми силами пытается доказать превосходство трансформации в галлюциноз над Трансформацией в психоанализ. Поскольку, его эмоции не алфавитизированы, его слова не несут никакой информации, а используются лишь как инструмент для эвакуации невыносимых переживаний первичной сцены. Пациент, подобно Эдипу, ведомый своей тупостью, уверял меня, на протяжении всего анализа, что во всех его неудачах виноваты родители, жена и аналитик, потому что никто из нас не следует его рекомендациям. Вследствие своего высокомерия, он был уверен, что сам он свободен от любых проступков и ошибок, то есть, от любых возможных грехов, как Эдип Софокла. Этот святой не может прикоснуться к тому факту, сколько горечи и боли он приносит родителям и жене. В этом, собственно, и есть центральное преступление Эдипа: Высокомерная клятва узнать истину любой ценой. Пациент узнал Истину и заплатил цену, которая называется психоз обыденной жизни, с дегуманизированным психическим пространством, непреодолимым конкретным мышлением и, по существу, летальным психическим исходом.

Итак, вот несколько инвариантов трансформации в галлюциноз: Ничего личного, только бизнес; Обструктивный объект; Минус К; психотическая триада. С помощью Матте Бланко мы можем обнаружить еще один инвариант галлюциноза.

Он достаточно убедительно показал, что Бессознательное структурировано, как бесконечные математические множества, и если ментальная боль не алфаветизирована, то есть бесконечно интенсивная, то она искажает погруженные в психическое пространство объекты таким образом, что все они становятся тождественными между собой. В мире бесконечно интенсивных эмоций, как и в теории бесконечных математических множеств, управляет своя, непривычная нам, не Аристотелева логика. Поскольку инфинизация симметризирует все отношения между членами множества, то искажается и время, то есть, прошлое становится настоящим и будущим. Пациент, находящийся в пространстве бета, отождествляет между собой все объекты, которые он воспринимает, в терминах собственной продукции и становится всемогущественным ребенком – Богом, как в мифе об Эдеме, а все, что он для себя открывает – становится им самим, его производными, – тем, что он продуцирует сам, как свои неживые фекалии. Все живое становится тождественно мертвой материи. Это мир Анимизма наоборот – мир наивного реализма. Но, давайте посмотрим еще на одного пациента.

Пациент 49 лет, в анализе четыре года. Обратился в терапию в связи с неспособностью водить машину. Проблема заключалась в том, что он впадал в панику при мысли, что в том случае, если он будет парковать свою машину, то может поцарапать другую. Такая перспектива вызывала в нем ужас. Когда пациенту было 20 лет, его отец умер. Отец оставил ему свою машину, на которой, он еще в юности научился профессионально ездить. Кроме того факта, что отец был постоянно занят и практически не общался с сыном, поскольку, с точки зрения матери пациента, он ничего не понимал в воспитании; никакой другой информации об отце, пациент больше не принес. Мать пациента, по его словам, – уникальная и идеальная женщина, посвятившая все свое существование сыну. На протяжении всего его детства и юности она ежедневно заботилась о здоровье ребенка, заставляя его тщательно следить за собой: полоскать горло десятки раз в день, носить шарф и свитер, даже летом, чтобы ребенок не заболел и не расстроил маму. Мама настолько заботлива и внимательна, что, чтобы не подвергать

сына опасностям анафилактического шока, сверлила ему зубы без анестезии, поскольку была врачом-стоматологом.

Пока другие дети ходили в школу и играли во дворе, пациент не должен был расстраивать свою любимую, необычную маму и месяцами не ходил в школу, чтобы не простудиться. Его мама постоянно беспокоилась о слабеньком маленьком сыне, который и родился-то, недоношенным. И пациент никуда не выходил из дома, он был идеальным сыном и, без устали, решал все задачи из учебников математики и химии, он решал их всеми известными и неизвестными способами, чем очень радовал свою мать, опережая всех своих сверстников по количеству изученной технической информации, и, в конце концов, стал знать все на свете. Да и как он мог поступать иначе, ведь его мама – необыкновенная, а он – ее идеальный малыш, как он до сих пор и утверждает. На анализе, любимое его выражение, в ответ на все мои интерпретации, звучит так: «Да теорию-то я знаю, Борис Александрович. Вам уже давно пора отказаться от анализа и выписать мне таблетки». Он действительно знает любую психоаналитическую теорию.

В принципе, он знает все. Если он строит дачу, то знает все действия рабочих и инженеров, начиная от рытья котлована и сорта цемента – до дизайна окон и батарей в подвале дома, так что ни один инженер, и ни один дизайнер не может его провести и воспользоваться его доверчивостью. Он – единственный, кто читает все инструкции ко всем приборам, включая устройство компьютера, стиральной машины и автомобиля, он в деталях знает правила дорожного движения, юридические законы и все формы отчетности бухгалтеров и финансистов. Для него невозможна хоть какая – то доля неопределенности и сомнений. Человек должен быть предсказуем, как программа, которые он пишет, или точно работающее механическое устройство. После трех месяцев анализа он снова смог ездить на машине. Однако стала очевидна его другая проблема: не проходит ни одной минуты его жизни, чтобы он не переживал о здоровье своего восьмилетнего сына. Он регулярно, через каждые 20 минут, звонит жене и спрашивает о здоровье ребенка: нет ли у него насморка, не болит ли у него живот, не красное ли у него горло? Если ребенок чувствует себя вялым, пациент изучает, буквально, тома

медицинских справочников, чтобы точно знать – какие, точно, таблетки надо пить. А вдруг не те? А вдруг не эти? А если ребенок умрет? Не доглядел, не дочитал, не перепроверил, а ведь – мог, мог же еще больше читать и изучать, надо было еще постараться и исследовать химические формулы лекарств. А малыш умер. И жена пациента нужна ему для того, чтобы постоянно следить – не заболел ли ребенок. Она должна быть идеальной матерью для сынишки, как и его мать. Само собой разумеется, ребенок не должен ни на секунду выпадать из поля зрения матери, и поэтому, она должна спать вместе с ним. Как он может спать с женой и получать удовольствия от секса с ней, когда ребенок остался один и просто может захлебнуться от соплей, если вдруг у него возникнет насморк? По этой же причине он не может оставаться с ребенком один, без жены – у него же нет груди. Сам пациент должен, как он выражается, сделать все, что от него зависит, чтобы ребенок был в безопасности: постоянно перепроверять все, что он делает, правильного ли он вызвал врача? Правильно ли он прочитал инструкции по приготовлению супа? И так далее – до бесконечности.

И теперь он буквально до совершенства улучшает все, за что он берется. Каждый винт, который он завернул в стену строящегося дома, должен быть перепроверен бесконечное число раз на прочность, каждый грамм песка, требуемого для приготовления цемента, должен быть выверен, каждый камешек на дороге к его дому должен лежать на положенном месте. Как он сам выражается, он просто обязан до последней капли крови асимптотически приближаться к совершенству, улучшая каждое дело. Он ходит все четыре года в одной одежде – всегда в помятых старых джинсах, старом свитере, всегда с небритой щетиной, всегда – угрюмый и печальный. Он не может себе позволить получать радости от жизни: ни одного взгляда на женское очарование, ни глотка вина с друзьями, которые уже перестали приглашать его на вечеринки или для дружеского общения, ни одного похода с женой в кино или в театр, ни одной книги. Он не может себе позволить ни малейшей радости. Ни малейшего намека на улыбку. А вдруг, пока они с женой кувыркались, или он сам, без нее улыбался и радовался, его ребенок умер. Постепенно, он стал отказываться от пищи и сам стал бояться, что его

состояние ухудшается. В конце концов, пациент умер. Я сообщил ему эту трагическую новость. Он мгновенно признался, что так оно и есть, и он уже давно зомби и уже давно робот, как, впрочем, и его жена, и его сын. Однако, сказал он, очень странно, что Вы только сейчас это заметили.

В анализе, в отличие от первого пациента, в моих переживаниях нет ни ненависти, ни ярости, ни обиды, а только пустота и тщетность всех моих попыток оживить зомби. Все мои интерпретации в терминах ригидного движения и проектива не работают. Я не могу быть Богом. А мой мертвый пациент уверен, что он – Бог. И это – не метафора, он уверен, что он – идеален и совершенен и поэтому любая царапина выдает его уязвимость и земное происхождение, а он – Бог. Любая царапина напоминает ему о том, что он может умереть. Он, собственно, и умер, чтобы жить вечно, чтобы быть Богом. Всю свою жизнь он живет в эмоционально стерильном, ледяном безмолвии, вместе со снежной королевой – матерью, неустанно пытаюсь выложить из кусочков своих замороженных эмоций абсолютно великолепное и совершенное в своей симметричной готической красоте слово «Вечность». В английском языке, разница между словом *tomb* и словом *womb*, между могилой и маткой – в одном знаке, в одной букве – в одной царапине.

Вместе с чувством отчаяния, мертвенности, тщетности и пустоты я чувствовал страстное желание реанимировать атмосферу сессии, оживить пациента либо, поддавшись язвительным замечаниям в его адрес, либо, искренне пожалев его. И даже в этих случаях, когда я ожидал от него эмоциональных реакций, в ответ на свои переживания, я постоянно слышу одни и те же отклики: «Теорию-то я знаю, Борис Александрович», и «Вы тоже – такой же мертвый, как и я...».

Этот пациент реально переживает себя сразу и живым и мертвым. Одновременно, он просто уверен, что он – маленький ребенок, и говорит, что ему приходится притворяться на работе взрослым, чтобы его не забрали в клинику. Бийон в своем интервью с Банетом утверждал, что нет ничего более ужасающего, чем встреча с вероятной смертью.

Трансформация в галлюциноз является следствием того, что материнский контейнер был не в состоянии вместить беско-

нечную интенсивность эмоций младенца. В это время, как показал Матте-Бланко, инфинизация приводит к коррозии ментального пространства. Я уже говорил о том факте, что интерпретации трансфера моих пациентов в терминах инвариантов аристотелевой логики не принесли никаких изменений, а скорее, наоборот, вызывали мощные обесценивающие атаки. Психотическая часть личности пациента совершает трансформацию ментального пространства, подобную, например той, которая происходит при мощных топологических трансформациях – выворачивании сферы, например. Такое насилие над пространством описывается в терминах неевклидовой геометрии и, соответственно, в терминах не Аристотелевой логики, где, как мы знаем, понятия пространства и времени искажаются. Насилие над Аристотелевой логикой – это и есть инвариант функционирования психотической части личности, который описывает процесс трансформации бесконечно интенсивных эмоций, называемый галлюциноз.

Чтобы четче понять, какие ментальные операции использует мой второй пациент, находясь в ужасе от катастрофы собственной аннигиляции, давайте посмотрим на известный силлогизм Аристотеля: «Все люди смертны»; «Сократ – человек»; следовательно: «Сократ – смертен». Такая логика нормальной части личности является самой ненавидимой и невыносимой с эмоциональной точки зрения, если мы поставим, вместо слова «Сократ», слово «Я». Тогда мы получим: «Все люди смертны»; «Я – человек», следовательно «Я – смертен». Формальная структура силлогизма не изменилась. То, что изменилось – эмоциональная структура, то есть – ментальное пространство. Каждый может прямо сейчас поставить вместо слова «Я» свое собственное имя. Мы можем с неохотой или с безразличием принять факт, что Сократ смертен, но картина полностью меняется эмоционально, если мы столкнемся с неизбежностью собственного конца, то есть – с самой определенной и окончательной истиной. Мой второй пациент не выносит ни малейшей неопределенности, но такая катастрофическая окончательная определенность ни ему, ни, очевидно, никому из нас – не нужна. Психотическая защита пациента может быть понята как фальсификация двух посылок Аристотелева силлогизма, а именно:

«Это неправда, что все люди смертны» и «Это неправда, что я – взрослый мужчина».

Психотическая часть личности постоянно жертвует истиной и реальностью, разрабатывая трансформацию в галлюциноз, который заключается в умерщвлении тела и своей эмоциональной части. Чем меньше ребенок способен переживать фрустрацию отсутствия груди, то есть, чем интенсивнее его ненависть, ревность, обида, зависть – любая эмоция – тем точнее и безотлагательнее должен попадать сосок материнской груди в рот ребенка, то есть прекоцепция должна в точности, до бесконечно малой величины, и в пространстве и во времени соответствовать реализации. В противном случае, мельчайшая вариация материнского соска, во времени и в пространстве, любая царапина на машине или любой намек на простуду будут вызывать эмоцию невыносимой интенсивности, которая симметризирует все вещи до такой степени, что каждая вещь будет равна любой другой и, таким образом, смерть и жизнь, живое и неживое – будут неотличимы.

При трансформации в галлюциноз эмоциональные отношения, переживаемые с фигурой аналитика, как реальным объектом, трансформируются таким образом, что реальная личность аналитика заменяется другим объектом, созданным самим пациентом. С этого момента, отношения, которые пациент устанавливает с аналитиком, становятся независимыми от текущих фактов, поскольку они получают свое собственное автономное существование, которое игнорирует реальность. Такие пациенты переживают собственное всемогущество, которое является следствием действия галлюцинации – они способны галлюцинировать любую вещь, которую пожелают, чтобы достичь реальной независимости. В частности, они могут создать систему мышления, превосходную, по отношению к психоанализу. Но чувствуя, что его магическая галлюцинаторная система несовершенна, пациенты начинают подозревать, что за это ответственен завистливый по отношению к нему и конкурирующий с ним аналитик. Пациент, находясь под влиянием чувства соперничества, пытается занять место аналитика и сместить его с его аналитического вертекса, создавая в аналитике дилемму: либо отказаться от техники, что я чувствовал с первым пациентом

весьма отчетливо, либо анализировать и, таким образом, показать пациенту, что аналитический метод – более совершенен и превосходит, чем трансформация в галлюциноз. Любая из таких возможностей приводит к тупику. Эту проблему можно обозначить как борьбу между преимуществами трансформации в галлюциноз и трансформацией в психоанализ.

Аналитик поэтому должен сменить вертекс наблюдения. Ожидание аналитика, что нарративы, образы сновидений или жалобы, которые приносит пациент, содержат смыслы, может увести аналитика от истины того, что для пациента данные образы или истории – это не репрезентации себя, а фактически, презентация своей психической катастрофы, где слова используются как вещи, как бета-элементы, а не как символы, поскольку, символы возникают только вследствие выдерживания фрустрации. «Бла, бла, бла» – мы можем попытаться найти смыслы в этих откликах пациента. С точки зрения логики, в них нет никакого смысла, поскольку это океанические эмоции зависти, жадности и беспомощности, выброшенные в бесконечность и пронизывающие альфа экран аналитика. Ко всей психической продукции пациента следует относиться так же, как к этим «бла».

Фундаментальный Инвариант Галлюциноза: «Действия говорят больше, чем слова». Цель галлюциноза – любой ценой избежать встречи с объектами, которые они сами не создали. Все объекты поэтому лишены всякого смысла и любой ценности. Но так же, как и любая другая психотическая защита, этот механизм проваливается, и им грозит зависимость и чувство несовершенства. Соперничество с аналитиком тогда является попыткой доказать превосходство их способа мышления, для которого само слово «лечение» и «доктор» является выражением их победы.

Гридаева Г.В.

Всемогущество и нарциссическая динамика в современном обществе и в клинической практике

Общество потребления оказывает влияние на нарциссическую регуляцию человека двояким образом – прямым (непосредственным) и опосредованным (через трансформацию института семьи). В этой работе рассмотрим оба пути влияния, предварительно определив понятие «нарциссической регуляции» в психике отдельного человека. Подробнее остановимся на идее всемогущества и ее представленности в разных сферах жизни современного человека. Также рассмотрим феномен размывания границ в современном обществе (территориальных, временных, межпоколенческих, гендерных). Проследим взаимосвязи и взаимовлияние социальных изменений, трансформации интрапсихических структур и патоморфоз психопатологии с точки зрения клинического психоанализа. Цель статьи – обозначить проблему всемогущества и рассмотреть ее с нескольких сторон: со стороны социальных изменений, со стороны пациента, со стороны психоаналитика и со стороны психоаналитического метода.

Работая в своих психоаналитических кабинетах и центрах, мы можем наблюдать тенденцию к утяжелению психической патологии пациентов, которые обращаются к нам за помощью. Пациенты с пограничным и психотическим уровнем функционирования, с нарциссическими расстройствами, с проблемами формирования идентичности на сегодняшний день составляют большую часть наших пациентов. Редкий невротик долетит до психоаналитика. Таким образом, мы имеем дело с патоморфозом психических расстройств. Почему это происходит? Возможно, мы научились диагностировать тяжелую психическую

патологию и помогать этим пациентам. Но есть еще ряд причин, которые нужно рассматривать комплексно; о двух из них я бы хотела сегодня поговорить. Это прямое, непосредственное влияние общества на нарциссическую регуляцию отдельного человека, и опосредованное влияние – через трансформацию института семьи.

«Определенному общественному устройству в целом соответствуют определенные психические структуры людей, или, выражаясь иначе, каждое общественное устройство создает характеры, в которых оно нуждается, чтобы поддерживать свою прочность. Социально-экономическая структура общества влияет на формирование характера его членов не непосредственно, а очень сложным окольным путем: она обеспечивает определенные формы семьи Тем самым, можно сказать: структура характера представляет собой застывший социологический процесс определенной эпохи». Вильгельм Райх, 1933 г.

Сравнительно недавно мы жили в патриархальном обществе с викторианской моралью и запретом на сексуальность. Это общество сформировало своеобразный тип семьи – патриархальную семью, в которой были определенные отношения между членами семьи, и у подрастающих детей формировались определенные структуры характера и соответственно, специфическая психопатология. Сегодня мы живем в другом обществе – в обществе потребления, пронизанном идеями всемогущества и бессмертия. Современная семья и отношения внутри семьи существенно отличаются от патриархальной, и в современной семье воспитываются и вырастают другие дети. И часть этих детей, подрастая, приходит к нам за психотерапевтической помощью, и мы можем наблюдать иную психопатологию. Цель моего сегодняшнего доклада – доказать, что увеличение и утяжеление пограничной и нарциссической патологии (что мы наблюдаем в своих кабинетах) находится в причинно-следственной связи с социальными изменениями в современном обществе.

Для начала несколько слов о нарциссической регуляции. Чувство собственной ценности и поддержание самоуважения важны для любого человека. Всем нам хочется чувствовать удовлетворение от собственной личности, и мы для этого что-то делаем – выступаем на конференциях, защищаем диссертации,

соблазняем девушек, покупаем самолеты и т.д. Большинству людей не очень нравится, когда их критикуют, и, конечно, нам приятно, когда нас одобряют и хвалят. И так же для большинства людей критика в их адрес не становится трагедией, и они могут пережить какое-то время без одобрения со стороны значимых других. Тогда мы можем говорить о том, что человек поддерживает самоуважение и чувство собственной ценности автономно, без «подпитки» извне. Т.е. его система нарциссической регуляции работает достаточно хорошо и справляется. Упрощенно это можно сравнить с источником резервного автономного электропитания, которым можно пользоваться, когда электричество в сети отключено. Так несколькими штрихами весьма условно я обрисовала то, что называется «нормальным нарциссизмом». И, как любую нормально работающую систему в нашем организме, мы склонны не замечать систему нарциссической регуляции до тех пор, пока она не дает сбой, точно так же, как мы не замечаем хорошо работающее сердце или почки.

Сегодня нарциссическая регуляция каждого человека испытывает максимальные перегрузки, постоянно бомбардируется извне влиянием окружающего общества.

Практически в любой сфере жизни представлена и ярко звучит идея всемогущества, оннипотенции.

Технический и научный прогресс сегодня делает невозможное возможным: мы имеем то, о чем наши предки могли только мечтать. Мы летаем на коврах-самолетах, у нас есть сапоги-скороходы мощностью в сотни лошадиных сил, нам доступна скатерть-самобранка (доставка еды на дом) и волшебная кредитная карта, с помощью которой можно наколдовать почти все, что нам угодно. Это здорово, и очень облегчает жизнь, но все эти замечательные достижения очень плавно и незаметно встраиваются в наше внутреннее пространство. Мы привыкаем повелевать вещами, пространством и временем, забывая об ограниченности наших возможностей, и попадаем в такую соблазнительную иллюзию всемогущества. Происходит стирание границ: временных, пространственных, границ между нами и нашими вещами. Вещи становятся нашим нарциссическим расширением, и мы без машины, как без рук. Лучше всего символизирует всемогущество мобильный телефон. Мобильный телефон

магическим образом отменяет пространство и время. С его помощью можно позвонить на другой конец света, поддерживать связь с физически недоступными объектами, отрицая расстояние, разлуку и преодолевая естественные преграды одним нажатием клавиши. С помощью мобильного телефона можно поддерживать постоянную иллюзорную связь со всем миром. Мобильные устройства объединены с компьютерами, и мы можем почти все, что угодно – читать книгу, слушать музыку, зависать в социальных сетях, вести ежедневные заметки. Мобильник берет на себя функцию нашей памяти – он напоминает нам о днях рождениях, о планах на день, о том, как выглядят наши близкие люди. Зачем вспоминать, если в любую секунду можно посмотреть фото? С помощью этой волшебной палочки можно справляться с чувством одиночества, с тревогой, заполнять душевную пустоту, поддерживать постоянство объекта, контролировать своих близких, убивать людей (символически, конечно, внося их в черный список), конкурировать, демонстрировать свою независимость и отдельность. Т.е. можно решать огромный спектр психических задач (оральных, анальных и фаллических), удовлетворять разные потребности прямо здесь и сейчас. Мобильник каждый день посылает нам послание – границ не существует. Но, как и в волшебных сказках, есть цена, которую нужно заплатить за владение этим волшебным предметом. Она огромна: мы перестаем думать, и делаем гораздо быстрее, чем успеваем осмыслить – что мы делаем и зачем. Таким образом, мы из Человека Разумного **Homo Sapiens** очень незаметно становимся Человеком Всомогущим **Homo Omnipotent**.

Парадоксальным образом всемогущество воспринимается нами не как чудо, а как естественное, само собой разумеющееся, а естественные ограничения, наоборот, становятся чем-то невероятным, сверхъестественным. И когда мы вдруг наталкиваемся на какую-то границу, лимит, мы испытываем невероятную фрустрацию – «кончились деньги на телефоне», «вырубился интернет».

Еще одна особенность современного общества – атака на коммуникацию. В прямом смысле слова – атака на живую коммуникацию, мы все меньше общаемся друг с другом непосредственно, лично. А любовь не передается через гаджеты и смайлы,

для этого нужны живые люди. В более широком смысле – как атака на ментализацию, осмысление и символизацию опыта и полученной информации. Вместо осмысления все чаще мы наблюдаем отреагирование в действие, пространство между стимулом и реакцией становится все меньше. Как пример – рекламный лозунг «Не думай, купи».

Мы можем наблюдать в современном обществе запрет на горевание и траур. Самая важная граница – это смерть. Обратите внимание, как изменилось отношение к смерти в нашем обществе: на мой взгляд, это выглядит, как расщепление. С одной стороны, есть смерть, которую мы постоянно видим на экране телевизора – в фильмах и новостях, и на которую мы учимся не реагировать, это «невзаправдошная» смерть. И она вовсе не страшная. С другой стороны, есть реальная смерть, которая отрицается до самого последнего момента. Чаще всего в наше время люди умирают не в своем доме, в окружении родных и близких, а в медицинских учреждениях, в реанимационных палатах, куда доступ родным закрыт, либо крайне ограничен. Либо человек погибает внезапно – техногенные катастрофы, аварии, либо острая соматическая патология. Таким образом, процесс умирания происходит в изоляции, за закрытыми дверьми, и нам практически нигде приобрести опыт восприятия смерти как естественного процесса. Современные молодые люди могут не сталкиваться с реальностью смерти до 25-30 лет, не видеть мертвого тела, не видеть похорон. Мы не носим траур, у нас не принято говорить о том, что мы горюем о близких, сразу после похорон мы выходим на работу – т.е. мы видим отказ от ритуала траура, горящий человек не принимается социумом. Как и где делать работу горя? Разве только в кабинете у психоаналитика.

Современная медицина – еще одна область, где ярко звучат идеи всемогущества и бессмертия. Болезнь и старение воспринимаются не как естественная часть жизни, а как то, чего быть не должно. Здоровье сегодня воспринимается как право или даже требование никогда не болеть и никогда не умирать. В глянцевых журналах можно прочитать статьи о том, что современная женщина может отменить менструацию с помощью гормональных препаратов. Сегодня можно по ОМС поменять тазобедренный сустав на титановый, поставить кардиостимулятор

и регулировать биение сердца и т.д. Создается иллюзия вечной прекрасной жизни, не омраченной менструацией, болезнями, старением и возможностью смерти. Я не хочу сказать, что не нужно лечить болезни, бороться за жизнь, что нужно запретить реанимацию и т.д. Я хочу сказать, что современные медицинские достижения, при их безусловной важности, вмешиваются в такие тонкие вопросы жизни и смерти, что создают иллюзию, что этими процессами можно управлять. Человек становится не только всемогущим, но и вечно молодым, бессмертным – **Homo immortalis omnipotent**. Мы изобретаем технологии ЭКО, и тем самым берем на себя функции Создателя. Кстати, на тему ЭКО и особенностей развития детей, рожденных с помощью этих технологий, уже можно организовывать психоаналитические конференции. Темп прогресса в области медицины намного опережает нашу способность осмысливать значение и психологические последствия сделанных открытий, которые реально меняют нашу жизнь. Пример – пациентка родила 3 детей с помощью ЭКО. Ее собственные яйцеклетки после имплантации отторгались ее организмом, поэтому ей были имплантированы яйцеклетки родной сестры, предварительно оплодотворенные сперматозоидами ее мужа. Часть оплодотворенных яйцеклеток была заморожена, затем разморожена через 2 и 4 года, и таким образом последовательно на свет родились ее 3 детей. Фантастическая технология, согласитесь? Она смогла стать матерью – она действительно мать этих детей, она их вынашивала и рожала. Но генетически – она им тетя. Ее дети вообще-то тройняшки – но они были рождены с разницей в несколько лет. Внимание, вопрос – как можно осмыслить и символизировать эту ситуацию, как разместить в своем внутреннем пространстве? Очевидно, что самостоятельно, без помощи специалиста это крайне сложно. Может ли психический аппарат осмыслить эту ситуацию без опоры на расщепление и отрицание? Возможно ли интегрировать весь спектр таких разных и противоречивых чувств, которые возникают в этой ситуации?

Общество потребления – это общество дефицита, а не конфликта. Это мир, где расщепление и отрицание являются нормой. Во-первых, постоянно потреблять может только тот человек, который испытывает постоянный дефицит, нехватку,

но при этом хочет получить все. Поэтому ощущение нехватки, постоянной гонки за идеалом и совершенством эксплуатируется самыми разными способами. Поэтому обществу потребления очень удобны и выгодны люди с нарциссической патологией – их можно легко использовать. Реклама – «будущее зависит от тебя», «управляй мечтой», «не думай – купи». Реклама эксплуатирует архаичное желание всемогущества, отрицает принцип реальности. И следом за этим рекламным роликом мы видим новостной сюжет о катастрофе или теракте, который несет прямо противоположное послание – никаким будущим мы вообще не управляем нисколько. Может ли психический аппарат воспринять два прямо противоположных послания, не опираясь на расщепление? Расщепление как основной механизм защиты в современном мире становится просто необходимым, на мой взгляд.

Еще один аспект трансформации психической структуры под влиянием современного общества – это исчезновение понятия о чести. Душевная патология, возникавшая в патриархальном обществе, чаще всего являлась патологией конфликта. Интернализированные понятия о чести (зрелый Эго-идеал как часть зрелого Супер-Эго) помогает регулировать самоуважение, с другой стороны – неизбежно возникают внутренние конфликты между желаниями, влечениями и требованиями «чести – «но я другому отдана, и буду век ему верна». Для разрешения этих конфликтов психическому аппарату нужно формировать зрелые защитные механизмы, с опорой на вытеснение, тратить энергию, чтобы удерживать вытесненное вне сознания. Сейчас мы даже сами не очень заметили, как само понятие чести исчезло из обихода и языка. «Честное пионерское» – мы говорили не так давно, а сейчас нет аналога. Я думаю, что исчезновение понятия чести и честности не случайно, а закономерно. Зрелый интернализированный Эго-идеал (честь) дает человеку ощущение автономии, позволяет самостоятельно регулировать самоуважение. В обществе потребления это – непозволительная роскошь, т.к. это делает человека свободным от взаимного использования. Люди, которые уже уважают себя, потому что они честные – невыгодны в обществе потребления, они лишние. Получается, что функция поддержания самоуважения переходит из интрапсихического

пространства во вне – «я могу себя уважать, потому что я хорошо выгляжу и хожу к косметологу, у меня шикарная машина и дорогой мобильник». Регулятор самоуважения становится внешним и сиюминутным, т.е. нестабильным, и об автономии речь не идет. Человек становится холоднокровным (как крокодил, температура тела которого напрямую зависит от температуры окружающей среды) – его самоощущение прямолинейно зависит от внешней среды и внешней оценки. Таким образом, со структурной точки зрения, тяжелая психическая патология становится нормой нашего времени.

Мир всемогущества, с опорой на примитивные защитные механизмы, где отношения с объектами строятся по нарциссическому типу, где вместо символизации – символическое уравнивание и где проективная идентификация постоянно используется для эвакуации непереваренных бета-элементов, а горевание невозможно – это мир параноидно-шизоидной позиции. И это мир, где родительская пара атакована и разрушена. Где нет структурирующей, объединяющей и символизирующей функции пениса. Я говорю сейчас о концепции пенис-как-связь (Брикстед-Брин): признание ребенком взаимоотношений родителей объединяет его психический мир и создает триангулярное пространство. Интернализация пениса-как-связи поддерживает внутреннюю триадную структуру и символическую функцию. Папе нужна мама, а маме нужен папа. Я – ребенок, и я наблюдаю их отношения. Я нахожусь в позиции третьего. Я могу грустить и горевать о своей исключенности, и это означает, что мне доступна депрессивная позиция. Но если чувства слишком сильны и депрессивная позиция невыносима, то я буду постоянно атаковать родительскую пару, превращать триаду в диаду, и выход из параноидно-шизоидной позиции весьма затруднен.

Таким образом, можно сделать вывод, что современное общество является токсичным: мы все с вами испытываем постоянное давление – атаку на нашу внутреннюю родительскую пару, на нашу способность мыслить, символизировать, объединять и иметь внутреннее триангулярное пространство. Но мы – взрослые, наша психика сформирована, и хочется надеяться, что все эти замечательные опции установлены и имеются в нашей базовой комплектации, либо приобретаются в процессе личного

анализа. А дети? Большой социум сегодня не предоставляет детям возможность интроецировать, усвоить объединяющую функцию пенис-как-связь.

Общество потребления, в котором мы сегодня живем, постоянно провоцирует нас на безудержное стремление к успеху и перфекционизм. Мы постоянно получаем послания: «невозможное возможно», «ты можешь все, стоит только захотеть», «границ не существует». Ментальность всемогущества и отсутствия границ не позволяет нам построить идентичность, разобраться, что мое, что не мое. В результате нарциссические механизмы каждого человека испытывают постоянную стимуляцию и давление со стороны общества, что у многих людей ведет к нарушению адекватного нарциссического баланса и запускает нарциссическую регрессию. При определенной предрасположенности и слабости механизмов нарциссической регуляции у конкретного человека это может привести к декомпенсации и усугублению имеющейся нарциссической патологии.

Также современное общество оказывает опосредованное воздействие на формирование нарциссической патологии, которое реализуется через трансформацию института семьи. Современная семья эволюционирует от традиционной патриархальной семьи к нуклеарной семье, которую характеризует малочисленность, малодетность, нестабильность и отсутствие четкого гендерного разделения ролей. Каждый член нуклеарной семьи становится фактически незаменимым, т.к. его замена равноценна уничтожению семьи. В результате существенно повышается степень зависимости членов семьи друг от друга и степень взаимного нарциссического использования. При этом другой член семьи выступает как дополнение, ему делегируются собственные нужды, и происходит стирание психологических границ. Риску нарциссического использования больше подвержены дети. При этом может происходить подавление и игнорирование их собственных потребностей в развитии, что в дальнейшем неизбежно приводит к нарциссическим нарушениям различной степени выраженности у подрастающего поколения. Отсутствие четкого полового разграничения ролей в современной семье, с одной стороны, позволяет ей выжить, с другой стороны, приводит к стиранию полоролевых различий. В результате ребенку,

растущему в нуклеарной семье, все труднее сформировать четкую полоролевою идентичность. И мы можем наблюдать тенденцию и в обществе в целом, и, соответственно, в своих психотерапевтических кабинетах — все больше появляется людей с нарушениями полоролевой идентичности.

Зачастую наши современные семьи состоят из матери, ребенка и отца, который все время на работе. И ребенку (до выхода в большой социум — в школу) приходится идентифицироваться только с матерью, потому что больше просто не с кем. Объектный мир ребенка не обогащен игрой идентификаций, крайне ограничен и зачастую — дефицитарен. Зачастую нет третьего объекта, на которого ребенок мог бы опереться, чтобы отделиться от матери. В результате ребенку в современной семье гораздо сложнее сформировать триадные объектные отношения, и мы все чаще встречаем в своих кабинетах пациентов с диадными объектными отношениями, с большей степенью зависимости, с пограничной и психотической организацией психики.

Дефицит отцовской фигуры в современной семье потенциально влечет за собой риск формирования инцестуозных отношений с ребенком. Тогда имеет место ситуация «инцестуозной мешанины», спутанности границ, что неизбежно приводит к развитию психопатологии у ребенка. В современном психоанализе под инцестом понимают уже не собственно сексуальные отношения между родственниками (как таковых их может не быть, но при этом психологическая атмосфера будет насквозь инцестуозной). Основным признаком инцеста — это исключение позиции третьего, что неизбежно вызывает сведение тройственности к двойственности, т.е. отношения, в которых должно быть трое, сокращаются до отношений двоих. Проблема возникает только в семье, т.е. там, где есть родство: дуальные отношения вполне правомочны и естественны между влюбленными, друзьями. Но любая связь, возникшая в лоне семьи, т.е. между различными поколениями, должна проявиться в форме троицы: отец — мать — ребенок, чтобы избежать провокации инцестуозной ситуации со всеми ее ужасными последствиями — невыносимым соперничеством и невозможностью самоидентификации.

Пара муж–жена крайне важна для развития ребенка как отдельного субъекта. Если мать поддерживает и развивает от-

ношения с мужем, которые ее удовлетворяют – табу на инцест у ребенка будет сформирован «само собой» постепенно, еще до его вопросов.

Психические функции табу на инцест:

1) табу на инцест – как торжествование принципа реальности;

2) табу на инцест – его необходимость для формирования границ – между поколениями, между полами, между ролями и между людьми;

3) табу на инцест и разграничение фантазии и реальности;

4) табу на инцест – формирование ощущения себя как отдельного человека.

Если же удовлетворяющих мать отношений с отцом ребенка нет или они чрезмерно конфликтны, то мать рискует бессознательно использовать ребенка как сексуальный и нарциссический объект для самой себя. Он становится «ребенком ночи» (Брауншвейг и Фэн). Чтобы ребенок развивался, мать должна следовать его потребностям, а не он должен удовлетворять ее сексуальные и нарциссические потребности. Для этого она должна любить и быть любима отцом ребенка. Это присутствие Третьего как раз дает возможность ей быть матерью для своего ребенка, а не кем-то иным – любовницей, соблазняющим или использующим объектом. Такая мать инвестирует малыша как «ребенка дня». Фэн рассматривает чередование ритма дня и ночи как ритм присутствия и отсутствия матери для ребенка. Днем – с ним, ночью – с отцом ребенка. Повторение этого ритма приводит к образованию эдиповой структуры. «Цензура любовницы» – дезинвестирование матерью своего ребенка – она укладывает его спать и снова становится сексуальной женщиной для своего мужа – поддерживает развитие у ребенка воображаемой реконструкции родительской эротической пары (фантазм первосцены – должен оставаться фантазмом, т.е. действия происходят в отсутствие субъекта). «Цензура любовницы» позволяет открыть ауто-эротизм и фантазматическую жизнь. Для матери, инвестирующей либидо в «ребенка ночи», мальчик или девочка становятся бессознательной заменой мужчины-отца как объекта сексуального желания, мать относится к ребенку как к сексуальному дополнению или как к нарциссическому продолжению собственного Я.

При этом отношения муж-жена занимают второе место для женщины, чем отношения мать-ребенок. Это становится возможным при слишком уступчивом или отсутствующем отце, собственные конфликты которого провоцируют развитие подобной инцестуозной ситуации и подталкивают его к самоисключению из потенциально трехсторонних отношений. Взрослеющий «ребенок ночи» рискует сохранить неосознанное убеждение, что он действительно сексуальное или нарциссическое продолжение матери, и, в конечном счете, не существует как отдельный человек.

Таким образом, в современной нуклеарной семье очень высок риск исключения третьего, формирование инцестуозных отношений и как следствие – тяжелой психопатологии у ребенка. К сожалению, родительской паре в современной семье очень сложно оставаться стабильной.

Можно сделать вывод, что общество потребления прямо и опосредованно формирует все большее количество людей с тяжелой личностной патологией, а они затем, в свою очередь, формируют общество потребления – и замыкается порочный круг. Поэтому мы можем смело говорить об эпидемии нарциссизма в современном обществе. Таким образом, можно сделать вывод, что современное общество является токсичным: мы все с вами испытываем постоянное давление – атаку на нашу внутреннюю родительскую пару, на нашу способность мыслить, символизировать, объединять и иметь внутреннее триангулярное пространство. И это та реальность, которая окружает нас и наших пациентов каждый день и оказывает влияние на нашу работу.

Я предлагаю рассмотреть айсберг всемогущества: 1. Всомогущий контроль как защитный механизм – нам это хорошо известно, он может быть нормальным в определенных ситуациях (экстремальных) и патологическим, когда вся личностная структура построена вокруг всемогущества. 2. Всомогущество как этап развития (младенческое всемогущество, подростковое, всемогущество начинающего специалиста). 3. Всомогущество как социальный тренд – мы об этом подробно поговорили.

Всомогущество пациента: оно всегда нам заметно, мы умеем его видеть и работать с ним. Приведу 2 короткие клинические виньетки:

Пациент Х., харизматичный мужчина, крупный бизнесмен был уверен в том, что все возможно, любая проблема решаема, нужно лишь найти верный способ. Его жизнь была историей грандиозного успеха, и его колоссальные амбиции реализовывались в полной мере. Он построил завод, который прекрасно работал, и реальность в течение многих лет подкрепляла его могущество – «ты смог». Полученное им бизнес-образование также укрепило его в этом миро- и самоощущении. Настал час Х, и он потерял свой завод, доверившись «не тем» людям – он был абсолютно уверен, что он такой опытный, умный и хитрый, и его никто не обманет. Но его обманули. Чудом его не убили, и он не застрелился, хотя хотел этого. Он был в такой глубокой депрессии, что смог обратиться к психоаналитику только через 4 года после краха. И мы вместе с ним делали работу горя по утраченному заводу, который был не просто заводом, а его детищем, продолжением его самого. И также это было горевание по потерянному всемогуществу.

Пациентка Н., красивая женщина 45 лет, юрист по образованию. Обратилась за помощью, потому что чувствовала себя неуспешной, некрасивой, незначительной. Чтобы она ни делала, ее основное самоощущение было – "я как дура": пошла в бассейн – как дура, купила новое платье – не одену, я в нем как дура и т.д. Она оказывала юридические услуги своим многочисленным друзьям бесплатно, т.к. не считала свою помощь ценной. Она боялась высказать свое мнение в компании, даже среди старых знакомых, потому что – «ну что интересного может сказать такая дура, как я». В отношениях с мужчинами она очень старалась быть хорошей, полезной и беспроблемной, она помогала своим мужчинам, в том числе и деньгами, не считая себя вправе попросить у них даже о минимальной помощи (например, поменять колеса на машине). Старшая дочь в семье, она росла как Золушка, нелюбимая, постоянно критикуемая за все, что она делала, притом, что требовали от нее очень много. Ее младшую сестру холили и лелеяли, сестре нужно красивое платье – а тебе зачем, ты все равно страхолюдина, сестре нужно получить высшее образование – а тебе зачем, ты и учиться-то не сможешь. Через 2 года психоаналитической терапии ее самооценка радикально изменилась, она стала ощущать себе роскошной красавицей, так что

любой мужчина упадет к ее ногам, если она пожелает. Она стала работать юристом и назначала за свои услуги очень большие гонорары, потому что ощущала себя крутым мега-юристом. Было очевидно, что ее самооценка качнулась в противоположную сторону, в сторону грандиозности, и она не совсем адекватна в реальном восприятии себя. Я понимала, что ей еще предстоит испытать разочарования, прежде чем маятник ее самооценки выровняется. Но она была так воодушевлена «грандиозными изменениями», что покинула терапию – у нее же все прекрасно. Мне не удалось показать ей, что это только этап, и он пройдет. Ей очень важно было насытиться ощущением своего всемогущества, потому что это было то, чего у нее никогда не было.

Теперь поговорим о всемогуществе психоаналитика: нам оно гораздо менее очевидно, и нужно приложить некоторые усилия для того, чтобы его обнаружить. Первое – и самое безобидное – всемогущество начинающего психоаналитика. Это естественная стадия развития и формирования профессиональной идентичности: мы на каждом углу говорим: я – психоаналитик, нам важно чувствовать себя компетентными, мы опираемся на теорию, и можем быть очень заумными. И мы с горящими глазами неофита искренне верим в то, что золото истинного психоанализа всем поможет. Я испытываю искреннюю зависть к начинающим коллегам, потому что это прекрасное время проходит.

Всемогущество может возникать у психоаналитика как защита от беспомощности, и как контрпереносная реакция на проективную идентификацию пациента.

Всемогущество может возникать у нас как потеря принципа реальности в ответ на социальное давление. Феноменологически это может проявляться в том, что мы принимаем по 10 пациентов в день, например.

Всемогущество как проявление личностной патологии психоаналитика – тоже встречается, к сожалению, но сейчас я не буду на этом останавливаться.

Мы приходим в профессию с разным базовым образованием – как правило, медицинским или психологическим. На мой взгляд, всемогущество есть и у врача, и у психолога, но оно имеет разный оттенок: врач, скорее, будет ощущать себя всемо-

гущим в желании «всех спасти», берет в терапию больше тяжелых пациентов – психотически организованных, или пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Всемогущество психолога чаще проявляется в том, что он точно знает, «как правильно жить и в чем смысл жизни».

Всемогущество психоаналитического метода: мы видим, как буквально на наших глазах трансформируются ожидания пациента от психотерапии вообще и от психоаналитической терапии в частности. Все больше приходит пациентов, которым нужно «быстро», и они ориентированы, скорее, на краткосрочную фокусную терапию, чем на глубинную длительную работу. Все меньше приходит пациентов с запросом на классический психоанализ, и все больше пациентов, с которыми мы работаем в формате психоаналитической психотерапии. Далеко не всегда мы можем модифицировать метод под ожидания и запрос пациента, зачастую это и не нужно, но мы испытываем такое искушение. Очень сложно бывает сказать пациенту: я не смогу вам помочь за несколько встреч. Для этого нужно признаться самому себе и пациенту в своем не всемогуществе, признать свои ограничения и ограничения метода, и справиться с разочарованием и другими сильными чувствами, которые вызывает эта ситуация.

Ожидания психоаналитика также не всегда совпадают с той реальностью, которая есть. Конечно, нам хочется работать с невротически организованными пациентами, способными переносить фрустрацию, имеющими развитое наблюдающее Эго, способными развивать объектный перенос. Очень непросто ощущать себя функцией, а нарциссически организованных пациентов с дефицитом функций селф, которые развивают частичный функциональный перенос, становится все больше. Мы можем скучать по пациентам с эдипальной проблематикой, а не с патологией дефицита, и иногда это может приводить к диагностическим ошибкам – например, когда доэдипального пациента «завышаем» до эдипального уровня.

Непсихоаналитические направления психотерапии и психологической помощи зачастую предлагают пациентам более быструю и менее затратную помощь, и это тоже может быть своеобразным «вызовом времени». Мы наблюдаем расширение объектов психоаналитического исследования и помощи – групповой

психоанализ, психоанализ в бизнесе, психоанализ на службе продаж, психодинамический коучинг, психоанализ в политике, рекламе и т.д. Вопрос для дискуссии: а может ли коучинг быть психодинамическим?

Психоаналитическим сообществам, на мой взгляд, предстоит решить две непростые задачи – приспособиться к меняющейся реальности и в тоже время сохранить психоаналитическую традицию и идентичность.

К сожалению, во многих психоаналитических сообществах мы можем наблюдать нарциссическую динамику, зачастую злокачественную. Об этом прекрасно писал Отто Кернберг в статье «Предотвращение суицидов психоаналитических сообществ». Очень велик риск замкнуться в своей башне из слоновой кости, решить, что психоанализ – единственно верная и правильная психотерапия, обесценить другие направления, атаковать всех инакомыслящих. Но это путь в никуда.

Что нам может помочь? На мой взгляд, это признание своих ограничений. Со стороны метода – психоанализ и психоаналитическая психотерапия имеют свои ограничения. Это показания, противопоказания, терапевтический сеттинг, психоаналитические правила, этические рамки. Также важно помнить, особенно начинающим специалистам, что не каждому пациенту подходит психоаналитическое направление, и это нормально. Со стороны психоаналитика также есть ограничения, о которых мы иногда склонны забывать. Общее для всех – это соблюдения режима труда и отдыха. Сколько пациентов мы принимаем в день? В неделю? Часы супервизий, семинаров, конференций – это наше рабочее время или нет? Мы же за это платим, а не зарабатываем. На самом деле это, конечно, работа, причем очень непростая и энергозатратная. Кроме того, у каждого психоаналитика есть свои индивидуальные ограничения, которые очень важно знать про себя. Кто-то не готов работать с онкобольными, или с наркозависимыми пациентами, или с психотиками. Когда мы признаем свои ограничения, и разочарование от нашего не-всесовершенства является переносимым, то мы можем провести границу между тем, что я могу, а чего я не могу. И трансформировать незрелое, инфантильное желание всемогущества в зрелое и адекватное ощущение своего могущества – «вот это я могу».

Наш ответ обществу потребления: живя в современном обществе, мы испытываем постоянное мощное давление на нашу систему нарциссической регуляции. Каким образом мы можем защитить себя от использования? Вариантов много, но не все они равнозначно эффективны.

1) примитивные защиты – отрицание (меня это не касается, я не пользуюсь интернетом, мобильным телефоном, не езжу на машине, надеваю то, что удобно, а не то, что модно).

2) изоляция (уехать и жить в деревне натуральным хозяйством).

3) регрессия (фильм «Аватар»).

4) расщепление (например, в отношении к смерти – см. выше)

5) превращение пассивного в активное – по типу «меня не будут использовать, т.к. я сам использую других людей». Часто используемая защита, так же, как и в параноидном, тоталитарном обществе, где ее аналог – «я сам расстреливаю других, значит, меня не расстреляют». Вообще надо сказать, что при ближайшем рассмотрении механизмов функционирования общества потребления очень близко к тоталитарному обществу. Тоталитарное общество – параноидное общество, где людьми управляли с помощью страха. А общество потребления – это нарциссическое общество, где людьми управляют с помощью стыда

6) защиты более продуктивные – например, сублимация.

7) наблюдение, понимание и осознание влияния современного общества на механизмы нарциссической регуляции отдельных людей. Любой процесс, помещенный в фокус осознания, уже теряет часть своей деструктивной силы. Сегодня мы задумываемся и говорим об этом – значит, мы уже не позволяем беззастенчиво нарушать наши границы, мы уже сопротивляемся использованию.

Выводы:

1) Общество потребления формирует людей с нарциссической патологией, причем двумя способами: прямым воздействием на механизмы регуляции самоуважения членов общества, и опосредованным через трансформацию института семьи. В настоящее время можно смело говорить об эпидемии нарцис-

сизма. Люди с нарциссической патологией, которые были в свое время использованы, начинают использовать других, таким образом, формируя и укрепляя общество потребления, т.е. замыкается порочный круг.

2 Со структурной точки зрения, мы можем наблюдать трансформацию психической структуры. Иметь нормально-невротическую структуру психики и зрелые защитные механизмы в современном обществе становится экономически не оправдано, не адаптивно. Исчезновение зрелого Эго-идеала, сложности формирования идентичности, опора на примитивные защиты, пограничный и психотический уровень функционирования – это то, что мы сейчас наблюдаем у большего количества наших пациентов. Возможно, такая трансформация психической структуры не является случайной, это закономерное следствие приспособления к окружающей реальности.

3) Увеличение числа людей с нарциссической и пограничной патологией в обществе неизбежно приводит к увеличению числа таких людей, обращающихся за психотерапевтической помощью.

4) Важность психогигиены и психопрофилактики – проводить границы, определять потребности свои и своих близких, не допуская подмены, осознавать, зачем ты приобретаешь что-либо.

Гунар Т.Ю.

Аутоиммунные заболевания как соматизация влечения к смерти

Введение. В нас, людях, есть то, что нас объединяет с характеристиками двух биологических царств, с царством животных благодаря опыту функционирования тела (соматики) и с царством психического через опыт ментального функционирования. Но это различие в функционировании и в способе выражения должно по необходимости сосуществовать с принципом единства. Но если различие заметно непосредственно, то единство прячется глубоко в бессознательном. И восприятие единого функционирования животного и психического, ведет к пониманию концепции психосоматического, которая возникла из появления психоанализа.

В современной психоаналитической концепции психосоматического попытки трактовать отдельно взятые симптомы как соматические реакции на психические события сменились идеей о психосоматическом функционировании человека с определенным типом личности, который французский психиатр и психоаналитик Пьер Марти назвал оператуарным. Суть этого функционирования в том, что психические процессы, переживания, создание психических репрезентаций событий и объектов оказываются для психики непосильной задачей, которую вынуждено решать тело с помощью различных функциональных нарушений и заболеваний.

Итак, замена психического переживания соматическим заболеванием называется соматизацией. Является ли соматизация судьбой влечений? Давайте попробуем разобраться. Еще со времен Фрейда мы выделяем

Либи́до и Морти́до – две силы, два влечения, обеспечивающих движение человека по коридору жизни. Либи́до – это

влечение к жизни, сила жизни, это само проявление жизни, существование жизни в пространстве и во времени. Мортидо – это сила, ограничивающая либидо, обеспечивающая конечность жизни, влечение к смерти как к первичному статичному состоянию, состоянию небытия, из которого живое было выведено на время в состояние бытия.

Вся наша жизнь есть, по сути, танец, танго этих двух влечений, их переплетение, взаимодействие, связывание и развязывание. «Правильное» место для пребывания влечений – это человеческая психика. На двух уровнях личностной организации – невротическом и психотическом – психика работает хорошо, она энергетически наполнена и продуктивна. У психотика отсутствует тестирование реальности, но содержимое психики яркое и насыщенное. Бред, галлюцинации... Психика становится слабой и бледной на пограничном уровне, она не выдерживает переживаний, и функция психической переработки событий жизни и объектных отношений «сваливается» в тело.

В этой ситуации тело начинает выполнять две функции – свою «родную», физиологическую, выживания, жизнеобеспечения – и инстинктивно-влеченческую. Тело становится инстинктивно влеченческим и зачастую функционирует вопреки заложенному в него природой инстинкту самосохранения. Это происходит вследствие того, что Либидо сохраняет свои свойства в психике, на уровне тела оно становится сродни Мортидо, приобретает его свойства. То есть, если человек не находит места для любви в объектных отношениях и не может также реализовать в реальности свой творческий потенциал, то вся сила его любви обрушивается на его собственное тело и разрушает его, «залибливает до смерти».

Фрейд считал, что Я обладает тремя путями защиты себя от влечения к смерти: мазохизм, проекцию и использование влечений к смерти в процессах жизни. Мазохизм основан на нейтрализации влечения к смерти влечением к жизни. Влечение к смерти «обезоруживается» удовольствием, получаемым от его реализации. Проективное решение основано на смещении вовне, на объект, влечений к смерти, которые становятся, таким образом, влечениями агрессивными или разрушительными, направленными на выживание, самосохранение. Использование влече-

ний к смерти в жизненных процессах основано на их сплетении с влечением к жизни и обеспечении динамики развития.

Но это пути Я, которое на этапе младенческого первичного нарциссизма было либидинозно инвестировано матерью, ее эмпатией и заботой, ее собственным влечением к жизни.

Если же ядро первичного нарциссизма не сформировано в результате дефицита материнской функции, если этот дефицит никак не восполнен в процессе развития ребенка, то его Я сформируется больным, дефицитарным, нарциссически хрупким.

И именно в этом случае для борьбы с влечением к смерти будет использоваться соматическое решение. Сутью этого решения является противопоставление физической боли, создаваемой болезнью, когда Либидо, репрезентируемое органами, приобретает свойства Мортидо, и собственно влечением к смерти, осуществляющим боль психическую. Эти две боли, противонаправленные векторно и сходные по модулю, создают момент тишины, обезболивания, обеспечивают передышку, дают человеку шанс «перезагрузиться», собрать остатки живого (психического) Либидо и выжить.

Решение это крайне рискованное, далеко не всегда удачное, это, по сути, последняя крайняя мера по восстановлению нормального функционирования личности. Понимание сути этого процесса представляется мне необыкновенно важным для создания «канвы» психотерапевтической работы с тяжелыми соматическими пациентами.

Сегодня я хочу поговорить об одной из самых тяжелых и опасных дисфункций человеческого организма – о нарушениях иммунитета.

Иммунитет – это слово, с детства знакомое каждому. Он бывает сильным и слабым, он повышается или страдает, он снижается или падает, его укрепляют и стимулируют. Его роль очень важна как в жизни органов, так и в жизни человека в целом. Давайте попробуем понять, что такое иммунитет на уровне тела и на уровне психики.

С медицинской точки зрения, иммунитет – это способность организма предотвращать проникновение чуждых ему клеток, а также умение обнаружить, ликвидировать и вывести их из организма. Он настолько сложно устроен, что способен

самостоятельно определить, что «чужой» (бактерии, инфекции, вирусы) вторгся в организм хозяина, найти и «обезвредить врага». То есть, иммунитет – это барьер между собственным организмом и вредным воздействием внешней среды, «демаркационная линия», проведенная по всем границам сомы, внутренним и внешним. В своем нормальном, здоровом варианте иммунитет обеспечивает организму возможность нормально функционировать, выполнять свои физиологические функции, находиться в безопасности.

Если провести аналогию с психическими процессами, то иммунитет, видимо, будет соответствовать способности построить и защитить личностные границы, границы Я. Способности определить, отграничить и отстоять свою идентичность. Можно обнаружить «дружественную» взаимосвязь между состоянием Либида и иммунитетом, как проявлением инстинкта самосохранения, понять, что они стимулируют и подкрепляют друг друга в составе влечения к жизни.

То есть поговорка: в здоровом теле – здоровый дух может говорить нам о том, что психически здоровый, прочный, цельный человек, обладающий зрелой идентичностью, обладает хорошим иммунитетом, функционирующим соответственно поставленным перед ним природой задачам.

Состояние иммунитета является характерным признаком того, что доминирует в психике человека в данный момент – влечение к жизни или влечение к смерти. Иммунитет снижается при переживании утраты, особенно если это переживание затягивается, превращается в существование с мертвым объектом внутри психики. Иммунитет падает после переживания страха смерти, связанного с острой душевной болью или резкой критикой со стороны Суперэго. И, наоборот, в состоянии влюбленности, созидания, душевного подъема, в момент творческой самореализации мы обладаем хорошим иммунитетом. Ярким примером может являться функционирование организма при биполярном расстройстве личности, которое можно представить как попеременную одержимость влечением к смерти в депрессивной фазе и одержимостью влечением к жизни в фазе маниакальной.

И если в маниакальной фазе «никакая хворь не берет», то в фазе депрессивной организм не выдерживает минимальных

нагрузок, становится «лакомым кусочком» для самых разных инфекций.

Снижение иммунитета может быть как общим, генерализованным, соответствующим общей ослабленности организма, охваченного влечением к смерти, и локальным, когда снижается сопротивляемость одного из органов или участка тела, как например носоглотки, дыхательных путей, ЖКТ, когда активатором Мортидо становится попадающая в организм пища или воздух, необходимый для дыхания. В практике эти явления часто оказываются телесной репрезентацией смертельной опасности, исходящей от значимых взрослых в самых ранних детско-родительских отношениях. В терминах объектных отношений – мать наносит повреждения под предлогом защиты и заботы.

Самыми тяжелыми, резко снижающими качество жизни и зачастую смертельно опасными являются аутоиммунные процессы, к которым можно отнести аллергические заболевания, собственно аутоиммунные заболевания и, по крайней мере, частично, онкологию. Во всех этих случаях можно говорить о «безумии» иммунитета, когда изначально защитная функция организма начинает работать против него самого.

Носителем таких заболеваний всегда является психосоматическое, инстинктивно – влеченческое тело, на которое возложены как физиологические, так и психические функции. Тело, в которое «провалилось» Либидо, не нашедшее себе места и применения в психической жизни, превратившееся в Мортидо. И влечение, которое в психике было бы источником жизни, становится разрушителем тела. Иммунитет разрушает организм, который должен был бы защищать, парализуя инстинкт самосохранения...

Итак, что такое аутоиммунный? По аналогии с термином аутоагрессия, означающим агрессию, направленную человеком против себя самого, мы понимаем, что речь идет об иммунитете, направленном против его обладателя. Но если в первом случае речь идет о психическом процессе, когда выполнение защитной функции агрессии по обороне границ индивидуума сменяется его решением о саморазрушении, то аутоиммунный процесс можно рассматривать как соматическое отражение аутоагрессивного процесса.

Напомню, что, как вам известно, иммунитет – это способность организма предотвращать проникновение чуждых ему клеток, а также умение обнаружить, ликвидировать и вывести их из организма.

Иммунная система подвержена разного рода нарушениям, и одно из них, пожалуй, самое тяжелое – когда иммунитет начинает слишком рьяно искать «врагов» и принимать «своих» за «чужих». Тогда развиваются заболевания, которые мы называем аутоиммунными. В результате аутоиммунных процессов в организме вырабатываются аутоиммунные антитела и аутоиммунные лейкоциты, которые атакуют здоровые ткани организма. Так возникает аутоиммунное воспаление.

Помните, я говорила о том, что если мы рассматриваем иммунитет как соматический аналог способности простроить и защитить границы личности, провести демаркационную линию между своей и чужой территорией, то аутоиммунный процесс можно интерпретировать как «ошибку пограничника», когда кусок родной земли начинает восприниматься как часть вражеской, чужой.

То есть часть идентичности не только не может интегрироваться в Самость, но воспринимается ею как враждебная, инородная, подлежащая уничтожению. Или такую борьбу «не на жизнь, а на смерть» ведут две примерно равнозначные части Самости.

Ярким примером таких ситуаций становится рождение ребенка у родителей, между которыми существуют непримиримые противоречия. Если родители непреодолимо разделены классовой ненавистью, культурными или расовыми различиями. Если страсть соединила аристократа и простолюдинку, еврейку и антисемита, выходцев из Европы и Ближнего Востока – и оба выросли в категорическом неприятии мировоззрения партнера – на свет появляется ребенок, обреченный на неразрешимый внутренний конфликт между родительскими объектами. Такие родители беспощадно требуют от ребенка выбора одного из них, и это должен быть не просто выбор в пользу мамы или папы, это должен быть безоговорочный выбор маминого или папиного мировоззрения, культуры, с полным отвержением, обесцениванием ценностей и образа жизни другого родителя. Ребенок этого

сделать не может, даже если пытается, ведь это требование фактически обязывает его уничтожить часть себя.

То, что должно символизировать связь между внутренними объектами, обеспечивать защиту и предопределять целостность личности – родительская пара – по факту существует как два токсичных друг для друга автономных объекта. Граница между родителями пронизывает личность ребенка, разрывает его пополам.

Как агрессия, направления на любимый и необходимый объект, переживается как недопустимая и оборачивается против себя самого, когда саморазрушение ощущается более безопасным, так же требование о жестком отграничении одной (материнской или отцовской) части идентичности является неразрешимой для психики задачей и может соматизироваться в форме аутоиммунного заболевания.

Давайте рассмотрим, каким образом происходит формирование этого конфликта внутри Самости. Родители перекрестно проецируют друг на друга свое влечение к смерти, и, пока существует пара, партнерам удастся с ним справиться. Но этот процесс разрушает их ребенка, проецируясь на внутренний мир малыша с самого момента его зачатия. Ребенок рождается запрограммированным на уничтожение своей части, фактически на самоуничтожение.

Не случившаяся любовь родителей, их враждебность друг другу лишает ребенка либидинозных инвестиций со стороны значимых взрослых, жизненно необходимых ему, особенно в первые месяцы жизни. Его нарциссическое Либидо не трансформируется в объектное, остается в теле, приобретает свойства Мортидо.

В психике Либидо призвано соединять противоположности и творчески преобразовать их. Но на уровне тела то же действие фактически «стравливает» органы между собой, тело затоплено влечением к смерти, и иммунитет, и Либидо направлены против него, разрушают его.

Одна его часть Самости опаснее для другой, чем весь внешний мир для них обеих.

Аналогичным образом может быть соматизирован конфликт между другими незаменимыми частями личности, например,

между Оно и Суперэго, когда слишком слабое, неспособное к развитию у психосоматических пациентов Эго, не может справиться с их конфликтом.

Другим примером данного конфликта Самости может быть переживание первосцены. Особенно когда это переживание пролонгировано, если, например, ребенок спит рядом с родителями и систематически наблюдает за их сексуальными отношениями. Оно переполняется желаниями и фантазиями, одновременно попадая под угрозу раннего крайне жестокого Суперэго. В психике отсутствует механизм для переработки такого конфликта, полигоном для его переживания становится тело.

Например, при разного рода демиелинизирующих заболеваниях, когда иммунитет «нападает» на нервную систему организма, разрушая его способность к контролю и управлению.

Или при ревматоидном артрите, когда иммунитет «нападает» на гладкую поверхность суставов, разрушает ее, «работает» над лишением человека способности двигаться, сковывает его.

Еще одним примером может быть запуск аутоиммунного процесса у «замещающих детей». Что такое замещающий ребенок? Это ребенок, которого родители родили вместо другого, умершего или потерянного ребенка. Причем, родители могли это сделать сознательно (часто родители об этом открыто говорят). А могли – бессознательно. Чаще всего соматизируется процесс, который для всей семьи является неосознаваемым. Бессознательное ребенка с момента рождения «накачивается» родителями репрезентациями его предшественника, формируется часть Самости, чуждая истинному Я. Особенно жестким внутренним конфликтом у ребенка характеризуется ситуация, когда мать рождает его для отца, в качестве замены ребенка бывшей жены, любовницы. В психике ребенка, замещающего ребенка соперницы, может сформироваться ложная часть Самости, вызывающая враждебность матери и провоцирующая аутоагрессивные тенденции, которые тело символизирует аутоиммунным процессом.

Так же стоит отметить, что аутоиммунные заболевания очень разнообразны по форме, течению, причинам возникновения. На сегодняшний день их список включает около 150 наименований. Они бывают врожденными и приобретенными (как

аутоиммунный гепатит), системными, как красная волчанка, соматизирующая тотальное самоуничтожение, или направленными на один из органов, как эндометриоз.

Терапия аутоиммунных заболеваний является очень сложной, многоступенчатой, долгой работой. Первые два этапа являются общими для всех тяжелых психосоматических пациентов, это: установление рабочего альянса, которое очень тяжело дается таким пациентам, оно включает в себя работу с детской частью, установление контакта с ней, разрушение архаичного Суперэго, что позволяет перейти на второй этап, на котором Эго получает возможность формироваться и взрослеть. На третьем, когда пациент «дорастёт» до уровня анализируемости, необходима работа с идентичностью, интеграция в Самость всех ее частей, что в данном случае является трудной задачей, решение которой может быть весьма болезненным для аналитической пары. Частью этой работы должно быть осознание пациентом состояний, соответствующих его подвергнутости работе влечений и восстановление их баланса и здоровой топографии. Выбор органа-мишени для иммунитета, безусловно, имеет символическое значение, и мишени должны быть выявлены и проработаны в анализе на третьем, собственно аналитическом, этапе терапии психосоматического пациента.

Литература

1. Аммон Гюнтер. Психосоматическая терапия. – СПб. : Изд-во «Речь», 2000.
2. Марти Пьер. «Ментализация и психосоматика» <http://psychic.ru>.
3. Смаджа Клод. Оперативная жизнь. Психоаналитические исследования. Москва : Издательство «Когито-Центр», 2014.
4. Коростелева Ирина Сауловна., Santiago Carballo, Jorge C. Ulnik. Роль семейной и личной истории в формировании психосоматических реакций у ребенка // Журнал Практической психологии и Психоанализа. 2015, № 3.

Котляров В.А.

**Агрессивное поведение у детей
в структуре тяжелых личностных
нарушений. Роль семьи
и психотерапии в предотвращении
разрушительного поведения
в детском возрасте**

Фрейд считал, что влечение к жизни и влечение к смерти являются основополагающими мотивационными принципами, определяющими бессознательный конфликт и формирование симптомов.

Если в раннем развитии отсутствуют серьезные разочарования или травмы, агрессия не будет серьезной человеческой проблемой.

С другой стороны, единственное, что было известно об этих двух влечениях, – это их выражение в ментальных представлениях и аффектах.

Теория объектных отношений, нейробиологические основы аффективного поведения человека, теория привязанности, концепция ментализации позволили на клиническом уровне осмыслить фундаментальные положения фрейдовской теории влечений (Кернберг, 2017; Фонаги 2015; Panksepp, 1998; Боулби 1973; Полина Кернберг, 2000 и др.).

Так, например, известно, что аффекты – это сложные нейробиологические структуры, которые появляются, как минимум, с рождения, которые являются мощными мотивирующими системами, побуждающими ребенка устанавливать связи сначала с матерью, а потом с другими людьми, и которые интернализуются в дальнейшем и становятся аффективной памятью.

Также известны нейробиологические корреляты тяжелых личностных расстройств, в основе которых лежит агрессивное и аутоагрессивное поведение.

К ним, в частности, относятся:

1. Гиперактивность миндалевидного тела, в частности, в левом полушарии, что может предрасполагать пациента к неверному восприятию нейтрального выражения лица, внутри или вне процесса лечения, как недоброжелательного.
2. Сниженное функционирование и сокращённый объём в префронтальных областях, что препятствует способности регулировать или преобразовывать аффект и, следовательно, мешает ментализации.
3. Гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что ведет к хроническому состоянию сверхнастороженности и возбуждению аффектов (Rinne et al., 2002).
4. Уменьшенный объём гиппокампа, что приводит к а) стремлению автоматически воспроизводить аффективные схемы отношений «Я» и объектов, которые зашифрованы, как скрытые (бессознательные) алгоритмические воспоминания; б) затрудненной способности составлять автобиографическое повествование, основанное как на скрытых, так и на явных воспоминаниях (Gabbard, 2009).
5. Схема поощрения, связанная с прилежащим ядром (центром удовольствия), которое под воздействием секреции дофамина усиливает чувство удовлетворения от дезадаптивных паттернов отношений и стремление их воспроизводить (Gabbard et al., 2006).

В детской психопатологии агрессивное и аутоагрессивное поведение, следует также рассматривать в структуре более сложной психопатологии, например при тяжелых расстройствах личности, первые проявления которых манифестируют уже в дошкольном возрасте и проявляются полиморфной клинической картиной. В этом случае ранняя диагностика и терапия подобных нарушений поможет предупредить более тяжелые расстройства психики в подростковом возрасте.

Клинико-психодинамическая характеристика детей дошкольного и школьного возраста с элементами агрессивного и аутоагрессивного поведения:

1. Множественные аффективные расстройства (нестабильная аффективность, дисфория, отсутствие импульсного контроля, депрессия, скука, хроническое чувство пустоты, парационная паника, агрессивное поведение, неспособность быть в одиночестве («я одинок», «мне не надо было рождаться», «отравите меня ядом» и т.д).
2. Навязчивые идеи, фобии, компульсии и истерические черты, СДВГ, шизоидные личностные черты, параноидальные черты – предпсихотические личности.
3. Нарушение формирования ролевой гендерной идентичности.
4. Нестабильность я-концепции, регрессия в функционировании эго-функций при сохранности тестировании реальности.
5. Когнитивный дефицит и нейропсихологические нарушения (лингвистические сложности, нарушение пространственного мышления, сложности в мелкой моторике (рисунок), неустойчивая походка, дискоординация и т.д).

Ниже перечислены типы личностей у детей, в рамках которых наблюдается склонность к самоповреждающему или парасуицидальному поведению:

1. Пограничная организация личности.
2. Нарцисстическая организация личности.
3. Антисоциальная организация личности.

Семейные психодинамические прекурсоры деструктивного поведения у детей и подростков:

1. Ненадежная привязанность.
2. Физическое, эмоциональное, сексуальное насилие.
3. Наиболее значительное влияние на агрессивное поведение оказывает текущий конфликт с близкими (Фрейд, 1917/1963).
4. Развод, родительская смерть и отсутствие ощущения дома – все это факторы риска. Родительская психопатология,

которая разрушает сплоченность семьи, такая, как родительские суицидальные мысли, депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, физическое насилие, пренебрежение или хаос, часто коррелируют с агрессивным поведением в детстве (Grolnick, 1990).

5. Родительское психическое заболевание может стать первым неблагоприятным жизненным событием для ребенка.

Терапия, нарушения поведения с элементами агрессии, аутоагрессии должна носить комплексный характер, должна начинаться с верификации диагноза, подключении при необходимости фармакологической терапии, а также должна стремиться вовлечь всю семью в терапевтическую работу.

Роль семьи в предотвращении агрессивного и аутоагрессивного поведения у детей

Формирование семейной сплоченности

1. Способность ребенка справляться с отрицательной аффективностью (сепарационная паника) в значительной степени зависит от способности вызывать ментальные образы тех, кому ребенок приписывает свое чувство безопасности и благополучия (Fraiberg, 1969).

2. Сплоченность семьи относится к сохранению основной структуры семьи, с надежными привязанностями между различными членами семьи.

3. Сплоченная семья способна сдерживать внутреннее напряжение, открыть доступ к эмоциональному состоянию, ментализировать это состояние, пережить его и поделиться им.

4. Повышенная семейная сплоченность может задерживать суицидальные мысли, депрессию и рискованное поведение (Wagner, Silverman, & Martin,).

5. Родитель (или другие члены семьи) обеспечивает эмпатический эффект-отзеркаливание, которое позволяет ребенку внутренне самостоятельно регулировать свое эмоциональное состояние. Например, родитель может сделать грустное лицо, чтобы отразить грустный аффект младенца, сопровождаемый мягкими словами родителя и утешительной улыбкой (*Mother-child Interaction and Mirror Behavior, PAULINA F. KERNBERG, 1987*).

Терапевтическое пространство группы как один из факторов, препятствующий разрушительному поведению ребенка

Игра – это «безопасное терапевтическое пространство, из которого могут возникать переходные явления» (Sakurai and Abams, 1992).

1. Использование психодинамических подходов (формирование надежной привязанности, ментализация аффекта, групповая динамика).
2. Использование когнитивно-поведенческих подходов (социальное поощрение, групповое голосование, контракт, призы и т.д.).
3. Моделирование дворовых игр.
4. Принцип «Все-В-Одном».
5. Группа может выполнять роль зеркала, способствующего формированию у ребенка более реалистичного восприятия себя и других.

Выводы

1. Агрессивное поведение детей и подростков можно видеть уже в дошкольном возрасте, и оно имеет четкие клинические, психодинамические, нейропсихологические прекурсоры.

2. Только четкий, структурный, описательный и рациональный диагноз, в рамках которого проявляются первые признаки деструктивного поведения может помочь предотвратить риск его возникновения в подростковом и старшем возрастах.

3. Терапия психических расстройств в детском возрасте, протекающих с разрушительным или саморазрушительным поведением, должна носить мультимодальный характер.

Литература

1. Freud S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. SE 7, 125-245.
2. Freud S. (1917). Mourning and melancholia. SE 14, 237-58.
3. Freud S. (1920). Beyond the pleasure principle. SE 18, 1-64.
4. Freud S. (1921). Group psychology and the analysis of the ego. SE18, 65-143.

5. Freud S. (1923). The ego and the id. SE 19, 1-66.
6. Freud S. (1924). The economic problem of masochism. SE 19, 155-70.
7. Fonagy P, Bateman A: Attachment theory and mentalization-oriented model of borderline personality disorder, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, Edited by Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp. 187-207.
8. Fonagy P, Leigh T, Steele M, et al: The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 64:22-31, 1996.
9. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, et al.: Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York, Other Press, 2002.
10. Kernberg O (1992). Aggression in personality disorders and perversion. New Haven, CT: Yale UP.
11. Kernberg O (2001). Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools. Psychoanal Q 70(3):519-47.
12. Kernberg O (2003b). Sanctioned social violence: A psychoanalytic view, Part II. Int J Psychoanal 84:953-68.
13. Kernberg OF, Diamond D, Yeomans F, et al.: Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy, in Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis. Edited by Jurist E, Slade A, Bergner S. New York, Other Press, 2008, pp. 167-198.

Осипов В.А.

Страх смерти – обстоятельство непреодолимой силы

*«Не лучше ли было бы вернуть смерти в действительности
и в наших мыслях то место, которое ей принадлежит,
и понемногу извлечь на свет наше бессознательное отношение
к смерти, которое до сих пор мы так тщательно подавляли?»*

Зигмунд Фрейд [7]

«Никто из нас не выберется отсюда живым»

Роберт Гир [5]

Есть два важных события в человеческой жизни: рождение и смерть.

Однако в этой парадигме существования нет никакой цели, никакого смысла, это форменное издевательство природы над нами родившимися. Зачем так устроена природа? Зачем мы рождаемся, для того чтобы умереть? Это абсурд! Нонсенс!

Человечество категорически не принимает такое положение дел, как наличие смерти, не считая страха смерти, с которым мы сталкиваемся в самом раннем детстве. Который лишает детей сна, где даже сон может восприниматься как умирание, и дети беспокоятся о завтрашнем дне и своем продолжении.

И этот факт настолько непреложный, что человечество «вынуждено» создает иные миры за пределами земной реальности, как за предел ночи желает перейти ребёнок.

Встреча со страхом смерти не менее важна, чем встреча с сексуальностью, и ребёнку мать должна предоставить необходимые защитные механизмы, чтобы он смог продолжать жизнь, вытеснив её и забыв о ней.

Предлагаю посмотреть на фантазии и мифы об иной жизни под влиянием встречи со смертью и страхом смерти, как в общественной жизни, а также индивидуальной в предложенных виньетках из психотерапевтической практики.

Прежде всего, слово Смерть надо писать с большой буквы. Ибо это – не рядовое событие. Это переход в иное состояние – в иной мир – мир небытия. Сепарация с миром и с собой. Аннигиляция.

То, что наблюдается в момент смерти, меняет привычную картину мира, когда тело умершего не исчезает, но при этом остаётся неподвижным, бесчувственным и немым, а душа отлетает.

«Песок остывает согретый.

И вечернее солнце на чёрных носилках несут».

О. Мандельштам [3]

И мышление, опираясь на бытовые впечатления, под влиянием встречи со смертью, начинает граничить с безумным мышлением [8].

И действительно, в этом парадоксе, когда у умершего человека продолжает существовать тело в ином *неподвижном состоянии*, и есть загадка смерти: тело есть, а жизни нет.

И, естественно, возникает вопрос: куда ушла жизнь из тела? Она была тут. Только что была.

Остаётся предположить, додумать: жизнь переместилась в иное пространство, и она где-то там, в невидимом и неосяземом мире.

Она существует там, за пределами нашего бытия и нашего знания. И последний выдох, когда жизненный дух испускается и уходит в иное пространство, мышцы расслабляются и ничего больше не удерживает жизнь в этом теле. И вместе с выдохом дух, душа вылетела из груди... И это практически «очевидный» факт...

Это эффект такой силы, когда возникает желание воссоздать взаимодействие с живым, обращаясь к неподвижному телу, с которым больше невозможно взаимодействовать, и остаётся желание и мечта взаимодействовать с улетевшей жизнью, вместе с душой, находящейся уже в ином пространстве.

Это мышление вполне логично, как протест против изменившейся привычной практики существования.

В итоге, в нашем мире остается только тело, которое никак не отвечает практической потребности.

А то, с чем невозможно взаимодействовать, должно быть утилизировано и, возможно, отправлено в иное пространство, вслед за духом. И в этом случае кремация тела как нельзя лучше подходит для воссоединения с душой и улетевшей с ней жизнью.

И это мышление вполне гармонично соответствует обстоятельствам. То, что разделилось, вновь имеет возможность воссоединиться. Так, приблизительно, рождается фантазия о жизни в ином мире.

Уход в невидимый и не осязаемый мир состоялся. Языческие обряды кремации подтверждают своим ритуалом стремление воссоединить тело с духом, отправляя его на небо.

И главное, части некогда целого воссоединились, и, разрушенный смертью, объект восстановился во внутреннем мире субъекта. Тем самым «спасая» оставшихся от персекуторной тревоги, связанной с потерей объекта или, по крайней мере, снижая уровень тревоги.

И, хотя не удалось сохранить единство в реальном мире, в ином мире и во внутреннем мире объект приобретает целостность.

При этом сохраняется способность к социальной жизни, что для общества вполне приемлемо.

Мы видим, что даже ранние страхи перед столкновением с фактом смерти рожают представления и мифы о загробной жизни, тем самым спасая людей от безумия, признавая это безумие как часть здравого смысла. [8]

Тут не место останавливаться на разнообразии языческих и шаманских представлений о загробной жизни различных племен – все они имеют свои вариации, с которыми можно отдельно познакомиться в книге Мирча Элиаде. [11].

Если коснуться христианства, то отношения к вечной, загробной жизни также граничат с безумием: отрицание смерти и продолжение существования в иной жизни, как и в языческой, природной трактовке.

Хотелось бы заметить, что смерть Иисуса Христа – обстоятельство внешнее.

Нет сомнения в том, что умереть страшно, но вера в своё бессмертие гарантирована Богом-отцом, что позволяет смотреть на этот сюжет, как на постановочный, до некоторой степени игрушечный, красочный, но сказочный... Режиссёр постановщик – Бог-отец!

Смотрите, есть свидетели смерти Иисуса и его воскрешения. Если вы верите в него, в его воскресение и в его обещание, как он поверил обещаниям своего Бога-отца, то вы воскреснете тоже, как и Он. Христианство указывает путь, наполняя его смыслом через исполнения заповедей.

Христианство также указывает на причину смертности человека. Это его греховность или, можно сказать, некий «врождённый дефект» [1], полученный от грешных родителей. Рождённый в грехе не может жить вечно и не может воскреснуть. Таков постулат.

В христианской доктрине важно возрождение Христа и восстановление целостности объекта и воссоединение с ним.

И победа над смертью отражается в том, что, согласно традиции, люди не умирают, а усыпают, чтобы воскреснуть.

Тут, в отличие от архаичных языческих предоставлений о загробной жизни, появляется **смысл** существования. И это большой подарок человечества самому себе.

И, хотя этот смысл задается религиозными рамками и не является индивидуальным выбором, основанным на переживании экзистенциальности существования, все же смысл появляется как мотив улучшения себя, исправления – вот путь, по которому идет христианин, справляясь со страхом смерти и аннигиляции.

Не напоминает ли это некоторых аналитиков, которые также хотят улучшить, облагородить, сделать достойным, освободить от недостатков наших пациентов, обещая новую жизнь. Осознают ли наши аналитики (те, кто таким образом проводит анализ) отголоски христианского посыла и стремление занять место священнослужителя, учителя, старшего брата, сестры или родителя? Этим отступлением я хочу сказать, что мы также можем присоединиться к санкционированному обществом безумию.

Атеисты тоже стремятся к вечности, хотя внешне не верят в загробную жизнь.

Атеистам остаётся вытеснять страх смерти, рационализируя, интеллектуализируя и обесценивая его значение и смысл. Неслучайно религиозные люди отзываются об атеистах как о смелых людях – одно дело исчезнуть для этого мира, и другое – исчезнуть для иного мира.

У атеистов есть два утешения.

Первое слабое утешение лежит в области физики.

Идея следующая: в бесконечной вселенной существует бесконечное количество элементов, которые однажды повторят прежние комбинации, и мы вновь будем жить.

Совершенно очевидно, если вы имеете бесконечную возможность комбинировать бесконечное количество элементов, то вероятность повторения стремится к нулю.

Мы видим, как логическое мышление отступает перед ложной фантазией.

Желание жить после смерти у атеистов всё же остаётся, как и у верующих, которые этого, кстати говоря, не отрицают.

Но для атеистов, придерживающихся теории дарвинизма, и утешение выглядят несколько иначе.

У этой категории атеистов вся надежда на гены. И генам отныне поручено это трудное, но приятное и благородное дело. И ещё они хотят продолжать эволюционировать на других планетах. Хотя и тут очевидно, что проблема с вечной жизнью у атеистов весьма хрупкая, они также остаются в области фантазий.

Мы видим, человечество категорически считает неприемлемым такое положение дел, как наличие смерти, ибо она делает жизнь абсолютно бессмысленной и злой шуткой.

Но этот смысл нам необходим. И рождение безумных фантазий о возможности вечного существования – один из способов решить эту проблему.

Фантазии рождаются из стремления Эроса, как протест перед страхом смерти и аннигиляции, как обстоятельство непреодолимой силы, висящей над нами как Дамоклов меч.

Надо отметить, что в силу атеистического утилитарного взгляда на жизнь и смерть, смыслы не носят мировоззренческого культурного характера, остаются на том же уровне, не становясь

общими и являются, по сути, цивилизационными, согласно концепции О.Шпенглера. [10].

Давайте спустимся с небес, отойдем от фантазий о загробной жизни и посмотрим на то, какие способы преодоления страха смерти отмечены в культурно-историческом аспекте. Я рассмотрю один пример.

В русской культуре особенно ярким выглядит борьба со страхом смерти в начале 19 века в таком феномене, как бритёрство, под которым понималось вызывающее поведение забияки и задиры, а также проявления лихости, *границащей с безумием*, рождающим индивидуальные смыслы жизни, такие как бесстрашие, презрение к смерти, готовность умереть в любой момент и взгляде на жизнь, имеющей условную ценность. Нетрудно увидеть, что подобные качества воспитывали в себе и самураи, делая это методично в соответствии с философским и моральным Кодексом Бусидо. [12]

Бритёры искали повод быть вызванными на дуэль или сами вызвали по мелким придиркам своих визави. Иногда выбирали способы дуэли весьма экстравагантные: дуэль на пистолетах через занавес или сближали расстояния между противниками минимально. Причиной дуэли могли быть самые незначительные поводы. [2]

Отметим только, что бритёры в России были христианами, и это откладывало свой отпечаток на их поведение и мировоззрение.

Удобно рассматривать бритёрство как форму бессознательного самоубийства. Но для меня это видится как разыгрывание бессознательного конфликта и противоположных сил: между стремлением к жизни, стремлением совладать со страхом смерти. В этом сближении чувств стремления к жизни и страха смерти Эроса и Тонатоса есть смысл бритёрства, как способа победы над смертью, приобретавшего порой форму навязчивого повторения испытывать острые переживания. Именно здесь можно остро и ярко почувствовать победу или возможное поражение. Фатализм веры в жизнь и проверка на прочность своей исключительности были, вероятно, связаны с необходимостью утверждения присутствия Бога, без которого не может упасть ни один волос.

Эти повторения аддиктивного поведения указывают на неуспешность решения проблемы.

Невыносимость перенесения фантазий страха смерти, невозможность пережить, переработать эти чувства заставляют их выбрасывать, проецировать безумие, тревожные, преследующие и пугающие чувства на других, желая, чтобы и они испытали весь ужас страха смерти. Но для бритёров этого было недостаточно, для них важно было использовать механизм отреагирования поведения вовне – воссоздание своей реальности.

Из выше изложенного можно сделать вывод о том, что страх смерти носит персекуторный характер, и личность и общество используют в большей степени примитивные защиты.

Что же представляют собой все эти верования, теории, представления, проекции, отреагирования в поведении, как в общественном сознании, так и индивидуальном?

Для объяснения этих психологических феноменов мышления и восприятия действительности больше всего подходят взгляды У. Биона [4, 9]. Это – галлюцинозы, коллективные и индивидуальные в каждом отдельном случае.

И, конечно, этот галлюциноз не имеет прямого отношения к галлюцинациям в психиатрическом смысле слова. Встречаясь со страхом смерти, со смертью близких, потерей их, гореванием мышление продуцирует, рождая галлюцинозы, целью которых является стремление восстановить целостность объекта самыми невероятными или неправдоподобными фантазиями и избежать собственной аннигиляции.

Целостность внутреннего объекта, восстановление его и связей с ним, избегание аннигиляции – и есть то самое бессознательное желание, вокруг которого строится галлюциноз.

Мы не можем сами себя посадить в сумасшедший дом, но мы можем его построить и жить в галлюцинозе, пока не проснемся.

Как можно представить галлюциноз? Воспользуюсь предложенным Дж. Чивитарезе образом [9] Он говорит: представьте, вы стоите в пробке на светофоре и ждёте сигнала. В это же время в вашей голове проносятся различные мысли и чувства, которые заполняют вас в той или иной степени, и при этом вы можете в любое время начать движение.

Я приведу свой пример. Вы теряете близкого человека, и при этом занимаетесь оформлением бумаг и другими делами, связанными с похоронами. Но, параллельно, вы наполнены различными чувствами и мыслями о себе, о потере и стремлении понять и переработать случившееся.

Этот галлюциноз ничем не отличается от раскрашивания в различные привлекательные цвета работниками НАСА черно-белых или невидимых человеческим глазом фотографий из тёмного невидимого нами космоса и не имеющих ничего общего с тем, что фотографирует и фиксирует аппарат Хабл. Но это помогает интересоваться космосом, тратить деньги и усилия на дальнейшее исследование. И ещё, мы можем просто галлюцинировать Космос.

Затерянность в пространстве, переживания одиночества и встреча один на один со страхом смерти, ожидание её позволяет нам создать свой персональный галлюциноз или присоединиться к коллективному, проверенному практикой, санкционируемому и спасающему от безумия и готовому к употреблению, проверенному веками, галлюцинозу.

Необходимо пробуждение ото сна. Потому что такое состояние может длиться достаточно долго и гораздо больше, чем нам было бы нужно.

Для пробуждения ото сна нужно перераспределение внимания, чтобы понять и увидеть этот процесс. В некоторых случаях это может произойти без участия другого. Но, участие другого воссоздаёт пару матери и младенца: где мать выполняет эту функцию пробуждения от галлюциноза младенца. Нужно достаточно много альфа элементов, чтобы в какой-то мере переработать страх смерти, символизировать утрату близких или возможный свой уход из жизни.

Важность обсуждения этих проблем и понимания, как с этим работать, очевидна.

Препятствием, на мой взгляд, служит само непризнание страха смерти, как психологической травмы, и, следовательно, некритичное отношение к возникновению и содержанию галлюциноза, воспринимаемого как санкционированная форма безумного мышления, как вера в иной мир, к которому аналитик может присоединиться, считая это общепринятым способом защиты, и отказываясь от работы с галлюцинозом.

Теперь предлагаю отойти от теоретических взглядов и перейти к клиническим примерам.

Я предложу виньетку работы с галлюцинозом моего пациента и работу по восстановлению разрушенного внутреннего родительского объекта.

Во втором случае представлена виньетка работы с пациентом в термальной стадии, где восстановление целостного образа себя оказывается важным моментом, снижающим тревогу смерти.

Третья виньетка иллюстрирует стремление смерти, как стремление к воссоединению целостности пары.

И три последних винюетки иллюстрируют различное отношение к смерти в процессе естественного умирания в силу возраста.

Аналитические винюетки

1. Работа с галлюцинозом.

Пац. С.

55 лет, женат, детей своих нет, воспитывал ребёнка жены.

Способный, с хорошей головой, умный. Нарцисс.

Последнее время пришёл к выводу, что заработал достаточно много денег, чтобы не работать самому, жене и всем родственникам. Денег хватит на свою жизнь и потомкам останется.

Находится в психологическом кризисе, потерял смысл существования, не знает, чем заняться в жизни, говорит, что прожил свою жизнь неправильно, не так. Он ищет какое-либо дело или смысл своего существования дальше. Первый этап жизни – накопление капитала, когда его вела мечта с помощью денег купить здоровье, дополнительные годы жизни и решать все проблемы, приобретя свободу, – окончился. Нетрудно заметить, что это была крайне детская фантазия, основанная на мифе о всемогуществе денег.

Работа по интернету.

На последней сессии разговор скучный, тупой, бессмысленный. Полное отупение, не знает, о чем говорит, и на простые вопросы не может отвечать, испытывая сильное сопротивление.

Иногда находит привычные цепочки рассуждения, которые, как заезженные пластинки без понимания предмета, по типу «Путин виноват», помогают ему оживиться. Я периодически пытаюсь вывести его с наезженной колеи, где мышление не работает, а также символизация и свободная ассоциация не функционируют.

Через некоторое время я начинаю понимать, что мой пациент, рассказывая о камне в почках, которого он не чувствует, на самом деле огорчен тем, что он не смог проконтролировать его появление, например, из-за неправильной диеты. Он также не может отдыхать в настоящее время, поскольку боится внезапного приступа и попадания в больницу, если уедет далеко от дома. Иначе, представление о силе денег и о здоровье пошатнулись.

В ответ на рассказ пациента я отвечаю своим галлюцинозом, мои мысли уплывают, и я начинаю размышлять о статье, которую пишу «Страх смерти...» (которую вы сейчас читаете), и испытываю те же трудности в работе своего мыслительного аппарата, что и мой пациент, рассказывая о его чувствах.

Я думаю о своём горевании, которое мешает мне писать, и о том, что смерти родителей открывают эту дорогу их детям, и дети становятся менее защищенными. Таким образом, я начинаю понимать огорчения моего пациента в его рассказе о камне в почках.

Эта статья также вызывает у меня много сложностей и ненужных повторений, я чувствую сопротивление писать о смерти. Мне труднее высказывать мысли ясно, чем в только что написанной статье о нарциссических мифах. Я доволен работой с пациентом, как доволен этой статьей. Сначала я не понимаю, почему я думаю о своих статьях, а потом замечаю ясное сходство наших галлюцинозов.

Я тогда спрашиваю пациента о трудностях говорения, сопротивлении и он отвечает: я боюсь критики с вашей стороны.

Это старая тема. К такому объяснению он прибегает каждый раз, как к хорошему способу атаковать меня и заставить замолчать, почувствовать вину перед ним.

В этот раз я не чувствую вины и ясно понимаю, что это его манипулятивное высказывание, скрывающее за собой сердитость на меня, является нападением.

– Вам не понравился мой вопрос и вы, вероятно, рассердились. Он соглашается со мной.

И я тогда ему говорю, «что он, кажется, боится умереть и, что этот период жизни для него очень трудный», припоминая его слова о страхе обнаружения камней в почках... «Камень может расти. Могильный камень».

И тут он неожиданно начинает тихо и горько плакать.

Интерпретация тогда удачна, когда открывает путь к новым ассоциациям.

И он начинает вспоминать, как ему было трудно учиться кататься на велосипеде.

И родители, мама или папа держали седло велосипеда и не давали ему упасть.

Сессия заканчивалась, и он заключает её тем, как ему важна моя поддержка, когда ему трудно. Как важно не остаться один на один с трудностями и не упасть.

Я понимаю его страх разбиться, упав с велосипеда, и умереть.

А также потерю им в его внутреннем мире важных родительских поддерживающих фигур и признание им чувств в необходимости родительской поддержки, и что, чувствуя одиночество и беззащитность, он желает видеть поддержку во мне и восстановить потерянные родительские объекты с моей помощью.

Сессия закончилась.

Этот случай достаточно ясно показывает, как галлюцинозы пациента и аналитика взаимодействуют, но пробуждение ото сна пациента не происходит, хотя ему открывается понимание своих детских страхов и желаний, существующих в его реальной настоящей жизни проблем. Происходит понимание желания восстановить утерянные родительские внутренние объекты, а также признание того, что он плохо функционирует без родительской поддержки.

2. Работа с восстановлением целостности и снижение тревоги и страха смерти.

Пац. М.

58 лет.

Это первое мое общение с умирающим пациентом в терминальной стадии, страдающим бессонницей, бредом, провалами в забытьё и с чувством тревоги от моральных проблем.

Это была пожилая еврейская семья. В доме достаток.

Первое мое посещение было омрачено тем обстоятельством, что не было никакой возможности хоть как-то организовать сеттинг. Все перечисленные страдания и жалобы жены, позволившей мне и описавшей положение мужа, в точности совпали.

С полчаса я разговаривал с супругой, потом вошёл в спальню пациента.

Мы поздоровались, но через пятнадцать минут практически бессвязного разговора пациент отвернулся лицом к стене и заснул беспокойно, не обращая внимания на мое присутствие.

Через пару дней я появился снова. Мои посещения были регулярны два раза в неделю.

Иногда жена пациента просила меня приехать дополнительно, но я старался не увеличивать встречи, так как сам после встреч часто чувствовал себя разбитым.

Ситуация повторялась несколько раз.

Наконец он мне рассказал по секрету свою «страшную» тайну.

Она выглядела в кратком изложении так.

Пациент был предпенсионного возраста и работал руководителем, скажем, лаборатории. Он ответственный человек, заработавший себе репутацию и дороживший ею.

И вот на работу приходит молодой парень, русский, из физтеха, свободный в общении, талантливый и с головой включившийся в работу.

У моего пациента возникла непреодолимая зависть к знаниям и способностям молодого человека.

И, как бывает, лаборатории предложили разработать некоторую программу.

Задание было сложное, и мой пациент с трудом смог представить свои планы и программу. Он чувствовал отставание в своём образовании в сравнении с молодым специалистом.

Альтернативную программу представил молодой человек. И тут мой пациент понял, где, как и в чем он заблуждался, но чувство зависти и ложной гордости было выше его сил, и он

использовал всю свою долгими годами наработанную репутацию для дискриминации программы молодого сотрудника. В результате приняли программу пациента, но в душе своей он отчетливо понимал, что его программа не годится и, более того, может принести вред.

Каким-то образом он собирался по ходу работы выйти из сложной ситуации, но болезнь настигла его, и теперь появился страх, не только смерти, но и того, что утвердят его программу и его репутация после смерти пошатнётся, рухнет и тогда, вся жизнь будет прожита напрасно и даже хуже того.

Вот такие мысли обуревали пациента в его полудремотном и бредовом состоянии.

После такого разговора пациент смог на короткое время выспаться.

Жена мне позвонила и снова попросила приехать.

Она была удивлена улучшением состояния мужа. Мы поговорили, и я рассказал ей об беспокойствах супруга.

К следующему посещению она сказала, что позвонила руководству, на которое работал пациент, и поинтересовалась, утвердили ли его или другой проект.

Руководитель заверил её, что окончательное решение не принято и они продолжают обсуждать эту программу.

Жена тут же рассказала обо всем мужу, и у него ушло беспокойство – репутация не пострадает, как он стал предполагать.

Фактически мы имеем дело с вновь восстановленным внутренним объектом Я пациента. Его репутация – это признание его внутреннего объекта хорошим. Это ценность. Смерть ведь не только потеря мира и близких, это потеря себя. Оставить память о себе важно и равносильно сохранению себя в памяти других, как продолжение жизни. Если оставить о себе плохую память, то кто будет вспоминать? Кому я буду нужен? Меня забудут, значит, я умру даже в памяти...

Такой случай наводит на ряд интересных вопросов о причинах страха смерти, а также важности роли священников, отпускающих грехи, как способа восстановления целостности Я и возможной роли психологов в таких случаях.

Не выплеснули ли воинствующие атеисты ребёнка вместе с водой?

3. Случай воссоединения с потерянным объектом и желанность смерти.

Пац. Н.

53 года. Это женщина, прожившая одна с ребёнком. У неё в юности был молодой человек и любовь. Совместная жизнь не случилась по причине разности интересов. Он был простой и добрый малый, охотник, инженер, много не читал.

Она же, напротив, интересовалась литературой, живописью, историей, иностранными языками. Он ей не подходил.

Тогда он женился на другой, а она замуж не выходила. Они продолжали периодически общаться, и иногда она просила его помогать в её домашних делах. Например, отвезти её на дачу.

Внезапно он умер. И с его потерей она стала плохо спать, потом ей приснился сон, что он её зовёт, и она вдруг поняла, что всю жизнь любила его.

Через год она заболела и через два умерла, прекратив общение с последним в её жизни мужчиной.

Она пыталась восстановить целостность их пары за пределами этой жизни. Иначе говоря, без него она жить не хотела. Пациентка была рациональная, умная, волевая, хорошо контролирующая свои чувства и не демонстрирующая их. В силу того, что осознание любви к умершему появилось поздно и у неё не было шансов реализовать их в этой жизни, она стала мечтать о воссоединении с ним в ином мире, будучи твердо убежденной в том, что этот мужчина, имея другую семью, продолжал любить её. Очевидно, что при таких бессознательных стремлениях реальная жизнь обесценивается и пациент находится в состоянии иллюзий и галлюцинозов, следуя за своими бессознательными желаниями.

Отношение к смерти представлено тремя виньетками.

4. Пац. К.

89 лет. Женщина К. практически здорова соматически, но страдает старческой деменцией.

Если говорить точнее, она была физически здорова. В клинике, где она лежала, обследование показало хорошие легкие, сердце, но мозговые процессы ЦНС были сильно нарушены.

Нарушена память, с большими провалами в воспоминаниях, плохо ориентировалась в пространстве. Уход за собой был беспорядочным и неаккуратным.

При этом, уронив платок на пол, могла его самостоятельно поднять.

Периодически она лежала в старческом отделении психиатрической больницы. Память сократилась, если так можно выразиться, почти до иконической, следовой, когда вопросы и ответы забывались через минуту.

Это был пример естественного увядания организма без болей и тревог, при необходимости она могла отстаивать свои права и заявлять свое Я, как нежелание чего-либо делать, что её могло пугать или расстраивать. При этом, если медсестры и няни что-то просили сделать, то при доверии к ним она была абсолютно послушна.

Что касается фантазийной жизни, то она регрессировала на уровень девочки подростка в своих воспоминаниях жизни детства, считая своих давно умерших родителей живыми. Иногда она вспоминала дом, в котором она жила ребенком, а не тот, в котором она реально жила. Также могла спрашивать о родственниках умерших, как о живых.

Но важной особенностью было не только неадекватное оценивание своего здоровья, местоположения и потерянности во времени, но также сильно выраженное желание жить, несмотря на ее состояние. Пациентка была готова принять растительное существование ради таких простых жизненных радостей как: дышать, смотреть и наблюдать природу, получать удовольствие от пищи. Было видно, что сама жизнь для нее является и смыслом, и ценностью.

5. Пац. Р.

90 лет. Это бодрая женщина без наигранной бодрости. Она активна и деятельна.

Парадоксально, но эта пациентка говорила, что хочет умереть.

Есть идея, что страдание и невыносимость страдания истощает и источает силы, и желание исходит от появления бессилия, за которым стоит смирение и желание избавиться от страдания с появлением желания умереть.

Однако этот случай не был таковым. Нельзя было сказать, что пациентка страдала, она была здорова, но стара – почти девяносто лет. Скорее, это была потеря интереса к жизни, отсутствие новизны и генерализованного ощущения слишком долгой жизни, которая не приносит новизны, как некоторой подпитки Либидо.

С этой женщиной было несколько разговоров по просьбе её родственников.

Она также была практически здорова физически и умственно. Ясная голова, отличная память, контролирующая всех близких родственников, указывающая им что и как делать. Она потеряла своего взрослого сына и практически всех близких. При разговоре о смерти и жизни, жизнь воспринимала как некоторую данность, от которой не отмахиваются, а принимают такой, какая она есть, но не испытывая ни радости, ни удовольствия, она больше пребывала в своих заботах о близких, которые были под её психологической опекой, как она считала. На вопрос, ходит ли она в магазин, она ответила, смеясь: «А внуки-то на что? Я и забыла, когда я выходила». На дачу её вывозили, сама она рассматривала свое положение, как привилегированное и желанное. При том, что в её понимании она достигла всего, чего хотела, но при этом часто говорила, что хотела бы умереть – все надоело. Все друзья и родственники умерли, даже сын, оставивший ей жену, внуков и правнуков. Она ждала смерть как избавление от уже по-настоящему надоевшей жизни.

И только тоска по умершему сыну говорила, что рана не зажила и говорила о том, что воссоединение с ним было бы желательным, в силу того, что он унес часть её либидо. Иначе говоря, вера в воссоединение с сыном теплилась в ней. При этом о других родственниках она не вспоминала и не рассказывала своим внукам. Всё было вычеркнуто.

При этом, в момент смерти она оказалась одна в квартире, и, пытаясь спастись, не смогла открыть дверь, а выломала ее и умерла.

Интересно здесь то, что при желании умереть в момент смерти инстинкт жизни оказался могущественным, и она потратила немало энергии и силы, чтобы остаться живой.

Таким образом, вопрос об инстинкте жизни и инстинкте смерти остается всё же нерешенным. И предполагает, что мы имеем дело с двумя типами сил: телесной, физиологической составляющей и психологической. И они не всегда согласуются с собой, а часто находятся в антагонистических отношениях. Диалектика взаимоотношений весьма затруднительна в понимании, потому что индивидуальные различия чрезвычайно многообразны.

6. Пац. Р.

72 года. Болезнь этой пациентки неизвестна, предположительно, диабет. Скорее, можно говорить об общем увядании и естественной форме старения и умирания.

Сын – врач, любящий и старающийся сделать всё, что возможно для излечения мамы. Как профессионал, всё понимает, особенно после двух реанимаций.

Но, пользуясь хорошими дружескими студенческими связями, просит ещё и ещё раз помощи специалистов интенсивной терапии сделать что-нибудь.

Его мать тоже понимала, что её в который раз реанимируют по настоянию сына, и она обратилась к нему с просьбой: «Прошу тебя, я хочу это остановить, я больше не могу умирать столько раз!» А врачи говорили ему: «Послушай, жизненный код закончился. Она может лежать в палате сколько угодно, но как только мы привозим ее обратно, вся система перестает работать как единое целое».

Это крайнее отношение и к страху смерти и самой смерти, где смерть выглядит как убежище от страданий.

Резюме.

Согласно представлениям У. Биона, Т. Огдена, А. Ферро, Дж. Чивитарезе [4, 6, 9] и у здоровых людей также существует повседневный психоз – реальность каждого из нас создана из галлюцинаций – и мы не осознаем то, что сами создаём его. Иначе говоря, вся наша сознательная жизнь существует с нашей фантазийной, эмоциональной бессознательной частью. Пробуждение от галлюциноза в анализе происходит обращением внимания на него аналитиком или пациентом. Только так можно проснуться и перейти к осознанному восприятию.

Ложась спать, мы начинаем галлюцинировать свои сны и потом просыпаемся. И тут важный момент: проснуться – не означает перестать галлюцинировать.

Итак, мы становимся узниками галлюциноза.

И пробуждение может прийти через несколько лет. Либо вы сами понимаете это, либо вам помогают это понять. И только, когда мы переходим из галлюциноза к реальности, только тогда мы можем сознательно рассуждать о нём. Галлюциноз – это непроизвольный процесс.

Именно с этой точки зрения можно говорить о безумном фантазировании вечной жизни.

И, что удивительно, человечество по-настоящему не интересуется само безумие, его интересуется дееспособность.

Так или иначе, но размышления о смерти не могут быть изолированы от размышлений о жизни. Каждый раз обращение к факту смерти, страху смерти, размышления о конечности жизни, смысле, странности её возникновения и странности её окончания могут быть обращены к личности и пониманию себя, поиску своего предназначения, своего смысла, к готовности принимать неизбежное и осознанию неотвратимости обстоятельств непреодолимой силы.

Рождение и смерть, Эрос и Танатос, Инь и Янь, как Свет и Тень, Да и Нет – неразрывны диалектически и образуют пару, которая может существовать или не существовать только вместе.

Источником неврозов в психоанализе является кастрационная тревога. Тревога, связанная со страхом смерти, является источником невроза, согласно экзистенциальному анализу.

Либидинозные (кастрационные) тревоги не уступают в своей значимости тревогам витальным, и последние не уничтожают их. Напротив, с возрастом мы имеем дело не со сменой источника тревоги, а с гремучей смесью этих тревог.

Таким образом, эти два инстинкта живут вместе в диалектическом противоречии и умирают вместе.

У них одно общее начало и один общий конец.

«В школе мы слышали политическое изречение древних римлян, гласившее "Si vis pacem, para bellum". Хочешь мира – готовься к войне. Мы можем изменить его сообразно нашим нынешним потребностям: "Si vis vitam, para mortem". Если хочешь вынести жизнь, готовься к смерти». [7]

Литература

1. Балинт. М. : Изд-во Когито-Центр, 2010.
2. Кацура А. Дуэль в истории России. М. : Изд-во «Радуга», 2006.
3. Мандельштам О. Советский писатель. Ленинградское отделение. 1973.
4. Огден Т. Мечтание и интерпретация. Ощущая человеческое. М. : Независимая фирма «Класс», 2001.
5. Роберт Гир. Персональная страница Фейсбука.
6. Ферро А. Психоанализ. Создание историй. М. : Независимая фирма «Класс», 2007.
7. Фрейд. З. Мы и смерть, 1915.
8. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. Изд-во Университетская книга, 1977.
9. Чивитарезе Дж. Лекции в ВШЭ, 2018.
10. Шпенглер О. Закат Европы. М. : Изд-во Мысль, 1998.
11. Элиаде М. Шаманизм. Архаические техники экстаза. К. : «София», 2000.
12. Хагакурэ. Кодекс Бусидо. Сокрытое в листве. Изд-во «Око», 2006.

Ошуркова Н.М.

Табу смерти

Начну с цитаты из предисловия к монографии Сильвии Энтони «Открытие смерти в детстве и позднее», написанного в 1940 г. академическим психологом и психоаналитиком профессором Флугелем, где он поздравлял автора с тем, что она оказалась наделена «достаточным мужеством, чтобы преодолеть сопротивления и табу, до сих пор окружающие эту трудную и деликатную тему, – сопоставимым с мужеством авторов, которые ... бросили вызов соответствующим сексуальным табу». Наблюдение Флугеля об обычной практике табуирования темы смерти явилось не только точным, но и пророческим: «Табу может быть атаковано под бурные аплодисменты зрителей, но при этом оно совершенно не обязательно исчезает, скорее, исчезает – хотя бы временно – выпущенный по нему снаряд».

«Живые организмы умирают и воспроизводятся, и эти два аспекта жизни не перестают завораживать нас». Наши позиции по отношению к смерти и к сексуальности сходны во многих существенных аспектах. Обе темы провоцируют переживания тревоги и зачастую активизируют у нас одни и те же защитные механизмы: отрицание, вытеснение, символизацию и т. д. (мы говорим об "ушедшем" друге и "падшей" женщине, не выражаясь более прямо во избежание слишком сильного аффекта).

Эти две темы интимно связаны между собой, порождаемые ими проблемы и пути их решения критически значимы для развития и психического здоровья индивида. При этом количество печатных работ по психологии сексуальности совершенно не сопоставимо с объемом соответствующей литературы, посвященной смерти – смерти как реальному феномену.

Обнаруженная Фрейдом противоречивость в переживании смерти человеком – сознательно осведомленным о неизбежности

смерти, но бессознательно ощущающим себя бессмертным – обнаруживается в каждой человеческой культуре, представляя собою суть устойчивой позиции относительно смерти – отрицания окончательности смерти.

Определенный уровень тревоги по поводу смерти нормален и неизбежен для человека. Тем не менее, тревога как предупреждающая реакция в основном определяется оценкой стрессора, – концепцией будущего события. Если по поводу будущего или текущего стрессового события имеется некая счастливая иллюзия, оно теряет свою силу стрессора. С этой точки зрения, предпочтительней иметь иллюзии по поводу смерти в целом, – если уж ожидание бессмертия или реинкарнации оказывается иллюзией, снижающей тревогу.

Юнг в сравнительно ранней работе «Психология бессознательного» проводит «параллель между фантазийным, мифологическим мышлением древности и сходным мышлением детей...» Дети спонтанно интерпретируют объективные источники феноменов по-разному, в то время как культура формирует более или менее последовательные, непротиворечивые интерпретации. Дети не воспроизводят мировоззрение отдаленных культур, а в каждой культуре и в каждом поколении продуцируют весь спектр потенциальных основ религии, философии и мифа, – в большой степени независимо от выбора, сделанного их собственным обществом.

Почему мысли ребенка о смерти, зачастую явно спонтанные, оказываются сходными с таковыми у представителей культур, далеких от его собственной? Ответ заключается в психологии не ребенка, а взрослого. Непереносимый опыт может побуждать к регрессии. Зрелые интерпретации, не слишком насыщенные эмоциями, могут уступать место более ранним и менее зрелым. Когда бездействие личностно мучительно и к тому же может быть социально опасно, люди обращают свои усилия на выполнение программ, основанных на подобном регрессивном мышлении. Так типичные для незрелой психики концепции определили форму гениальных творений, увековечивших память мертвых (египетские пирамиды), а коллективная агрессия может в значительной степени определяться инфантильной потребностью дать выход гневу после поражения и утраты, обратив его

на чуждые одушевленные объекты (Германия на арене 2-х мировых войн).

Фрейд отмечал, что ребенок, в отличие от взрослого, не сдерживает выражение мыслей о смерти, давая им выход как прямо, так и в фантазии. Однако это не освобождает его от тревоги. Маленький ребенок обычно думает о смерти в понятиях агрессии или сепарации, или комбинации того и другого. В любом случае возникает тревога.

Вера маленького ребенка в магическую силу собственных желаний должна приводить к тревоге, связанной с его агрессивными импульсами в адрес тех, от чьих забот зависит его благополучие. Эти импульсы находят выражение в фантазиях, в которых агрессивные побуждения чередуются с искупительными. Характерная для этого этапа тревога ослабевает благодаря постепенному принятию ограниченности психической силы в отрыве от физического действия. Однако реальная утрата на этой стадии роста может пагубно повлиять на интеллектуально-аффективное развитие. У детей, лишившихся родителей или сиблингов, обнаруживаются сложные и крайние формы реагирования на тему смерти (сам Фрейд – тому пример). Регрессия в условиях стресса пробуждает инфантильную веру в мощь собственных мыслей и желаний в возрасте, когда в норме ребенок уже должен был ее перерасти, последствие – иррациональная тревога. При благоприятном развитии событий магия из опасной жизненной реалии постепенно превращается в выдумку из волшебных сказок.

Мифология играет значимую роль в психоаналитических интерпретациях, но в контексте предложенной темы в более широком мифологическом пространстве, чем в привычных пределах семейной триады. История Каина и Авеля сделала тревогу по поводу агрессии в отношении младшего брата неотъемлемой частью мифологической традиции в западной цивилизации. В иудейской традиции братоубийство не подвергалось однозначному осуждению. Соломону, сменившему Давида на троне, понадобились специальные причины, чтобы убить своих братьев, в то время как византийское общество, сменившее раннее греческое правление, мирилось с братоубийством на высших уровнях: восточные императоры не терпели никаких братьев около трона.

Ясно, что в воображении дети убивают. Они убивают также и в реальности. Анна Фрейд вполне недвусмысленно опровергала общепринятое заблуждения относительно детской природы. Внимательный наблюдатель более ранних времен отмечал, что «младенцы невинны по своей телесной слабости, а не по душе своей». Вспоминается недобрая шутка (или житейская мудрость?): «Дети – первые враги младенцев»; родители, воспитывающие более одного ребенка, если не становятся жертвами отрицания, вынужденно бдят за безопасностью младших в присутствии старших детей.

Тем не менее, тенденция реабилитировать ребенка достаточно универсальна, в том числе для серьезных профессионалов. К примеру, Юнг приводит беседу между отцом и дочерью 4 лет по поводу рождения младшего сиблинга (Отец: «Что бы ты сказала, если бы сегодня вечером у тебя появится маленький братик?») Анна: «Я бы его убила!»); комментарий Юнга: «в устах ребенка "убила" – абсолютно безобидное выражение, означающее лишь "избавилась", как не раз указывал Фрейд». При этом родитель или учитель озабочены не столько правильностью интерпретации агрессивных действий маленького ребенка, сколько прогностическим их значением. Распространенное убеждение, что детская жестокость предвещает грядущую перверсию, безосновательна, а высказывание ее может принести реальный вред. Согласно обширным наблюдениям, несмотря на устойчивые поведенческие различия между детьми, включая вариант открытого наслаждения убийством мелких животных, где-то на 7-м году удовольствие от игры с ними начинает перевешивать желание убить. Любопытен факт, что самыми активными убийцами среди наблюдаемых детей оказались самые младшие в семьях (самые слабые). Не исключено, что импульс отыгрывания в действии безраздельной власти над меньшими живыми существами особенно силен именно в таких обстоятельствах. Похоже, что старшие дети боятся силы своих импульсов разрушения меньших живых объектов (перед перспективой прямого наказания или террора суперэго), но, если чрезмерно спровоцированы (переполнены), могут дать им волю. Младшие дети, видимо, больше нуждаются в том, чтобы утвердиться в своей индивидуальности и силе, ощущая свою власть над малыми

живыми существами, поскольку внутри семьи они могли быть лишь объектом власти.

В детской фантазии крупные животные обычно репрезентируют родителей, а мелкие или молодые – его самого либо сиблингов. Эти идентификации помогают понять действия и страстные реакции детей, такие как горе или наслаждение, связанные с убийством животных для еды, для развлечения или для защиты; избиение или убийство мелких животных ребенком; выражение любви к убитым животным.

Что касается смерти как сепарации, тревога по поводу сепарации от матери проявляется наиболее остро в возрасте, когда представление о смерти еще отсутствует. В период формирования концепции смерти ребенок уже способен воспользоваться защитами от тревоги смерти, предоставляемыми социумом. Человеческий младенец не зависит настолько исключительно от матери, как детеныши животных. В благоприятных условиях ребенок расширяет круг людей, от которых он может зависеть. Нарушение этого процесса ведет к увеличению встречаемости и силы ранней тревоги, связанной со смертью как сепарацией.

Осознание неизбежности собственной смерти может построить так же или еще глубже, чем разлука. У детей младше 7 лет преходящие процессы отрицания могут облегчить сознательное принятие неизбежности собственной смерти. По Фрейдю, вездесущий бессознательные защитные механизмы – смещение и отрицание – в детстве временно могут стать осознанными. Отрицание привлекается как средство уменьшения стресса в процессе, который, подобно родам, хоть и не является патологическим, нередко мучителен. Отрицание воспринимаемого, но неприятного факта – переходная фаза между игнорированием и принятием реальности; чуждый и враждебный внешний мир может, несмотря на боль, войти в сознание, – если к боли добавлен знак "–", то есть если она отрицается.

Отрицание личной смертности – лишь один из механизмов, с помощью которых ребенок постепенно становится способен эмоционально и интеллектуально принять реалии физического и социального окружения (в ход идут вытеснение, реактивное образование, отмена/уничтожение сделанного, проекция, весь спектр маниакальных защит и т. д.)

По словам Пиаже, человеческая смертность свидетельствует об ограниченности власти взрослых над событиями – ибо смерть невозможно объяснить мотивом, учитывающим правильную организацию общества, что приводит ребенка к концепции физической причинности и случайности.

Встреча с мыслью о собственной смерти является вехой интеллектуального роста. Наблюдается положительная связь между возрастом и концептуальным развитием в этой области (от неведения и отсутствия озабоченности или интереса, через ограниченное или ошибочное понимание и до объемлющего логического или биологического определения). Корреляция с интеллектуальным возрастом оказалась выше, чем с хронологическим. Тем не менее, в среднем между 7 и 8 годами происходят кардинальные изменения (определение "мертвый" как противоположного "живой"). В основе изменения представлений ребенка о живом и мертвом лежит общий процесс концептуального развития. Приблизительно после 12 лет представления ребенка приближаются ко взрослому взгляду на вещи. По-видимому, концепция смерти у ребенка становится интеллектуально зрелой тогда, когда слово "мертвый" определяется логически и физиологически. Но для подростка и взрослого это лишь начало пути осмысления смерти. Идея смерти находится в непрерывном развитии, – во взаимосвязях с концепциями времени и причины, а также с концепцией человека.

На подступах к зрелой стадии, по-видимости принимая универсальный факт смертности, ребенок может при этом воспринимать смерть не как неизбежное, а как случайное событие. Концепция универсальных законов природы возникает у индивида и у расы сравнительно поздно, и она обусловлена развитием и использованием логического мышления. Часто прежде, чем признать, что он тоже умрет, ребенок должен пройти этап, когда он проникается пониманием того, что каждый человек умрет.

В развитии любой концепции, обладающей общечеловеческой значимостью, неизбежно участвует сексуальность во фрейдистском смысле этого понятия. Бессознательная (взаимо-)идентификация любви и ненависти, о которой говорил Фрейд, в сознании, по-видимому, отражается порой как взаимосвязь, порой – как чередование. В случае чередования возбуждение

одной темы приводит к вытеснению другой. В англоговорящем обществе 18-19-го вв., где тема секса была гораздо более табуирована, чем сегодня, особенно в литературе, предназначенной для детей, разговоры о смерти считались относительно допустимыми. Ныне, скорее, наоборот.

Осознавая свою смертность, люди могут нуждаться в том, чтобы у них было за что умереть, раз уж смерти нельзя избежать (здесь особенно преуспел академик Павлов). Желание придать жизни смысл может предполагать готовность и желание воспринимать и собственную смерть в контексте того же смысла. Жизнь ради чего-то и смерть за что-то – части одного комплекса.

Пресловутый "кризис середины жизни" – весьма значимая веха на пути развития "личных отношений" со смертью. В юнгианской концепции жизненного цикла – это точка зенита (и начало заката), знаменующаяся (в случае успешного развития индивида) осознанным переживанием неизбежной конечности индивидуального бытия. Привычные защиты более не срабатывают даже у тех субъектов, кто "по долгу службы" каждый день имеет дело с феноменом смерти как таковым (врач, священник, спасатель, полицейский и т. д., – похоже, особенно успешно опирающихся не только на маниакальные защитные механизмы, но и на изоляцию (аффективную невовлеченность при сохранном восприятии стимула) – в силу врожденных способностей или приобретенного навыка). Вопрос, не срабатывают защиты или более не нужны – в силу созревания и упрочения психических структур и, соответственно, толерантности к фрустрации? Согласно авторской концепции влечений Владимира Шлыкова (В.Н. Шлыков, «Влечения. Краткий очерк»), возраст около 45 – время включения зрелой формы агрессивного влечения/влечения к власти, подразумевающей, в частности, контроль за собственной жизнью и ответственность за нее. Может быть, и за собственную смерть в том числе? За самые разные ее аспекты – срок, обстоятельства, смирение или борьбу, достоинство или ужас перед ее лицом и т.д.

Согласно поздней фрейдовской версии, человеком движут 2 базовых инстинкта: один направлен на любовь и объединение, другой – на разрушение и распад. Фрейд предполагал инстинктивное желание восстановить прежнее состояние, фундамен-

тальную цель возвращения организма к ранним фазам, в конечном итоге к фазе неорганической материи; соответственно, конечной целью жизни должна быть смерть; агрессия является результатом экстраверсии инстинкта смерти; обеспечение себе не слишком ранней и ненасильственной смерти достигается путем убийства других. Опровергая учителя, Джонс считает, что последний смешивал цель и конечный итог. Тот факт, что тело состоит из материи, которая была прежде и снова станет неорганическим веществом, еще не означает, что такова цель организма. Цитирую: «По отношению к реальности Фрейд был необычайно мужественным человеком. Но в фантазии было и другое. Насколько мы знаем, им всегда владели мысли о смерти... Он имел нервирующую привычку при расставании говорить: "Прощай! может быть, ты больше меня не увидишь". У него нередко случались приступы... ужаса по отношению к смерти... Он часто говорил, что главный его страх связан с преследующей его мыслью, что он может умереть раньше своей матери... когда она умерла первой, он не горевал, а испытывал глубокое облегчение от мысли, что теперь сможет умереть спокойно (и воссоединиться?)»

На позднем этапе Фрейд предоставил смерти более первичное в биологическом смысле место, чем ранее. Это сделало его теории более правдоподобными: желание продолжить собственное существование биологически более универсально, чем кастрационный страх.

Рациональный ум видит в смерти не событие, навязываемое организму извне, а внутренний биологический процесс, действующий в течение всей жизни. Метаболизм живой материи тела постепенно становится менее эффективным. На самом деле смерть по причине отказа общего метаболического процесса – наиболее естественный вариант, по Фрейду, – происходит редко, обычно она является следствием нарушения одного из множества сложных механизмов, когда большинство тканей тела еще способны поддерживать свое существование, если их адекватно питать. В таком контексте в норме смерть скорее случайна, нежели естественна. Главное возражение против теории инстинктивного стремления организма к состоянию неорганической материи состоит в том, что животные, включая человека,

естественным образом не умирают целиком. Не только зародышевые клетки потенциально бессмертны: сердце, почки, глаза могут продолжать жить после смерти донора.

Скорее, смерть есть прекращение непрерывного взаимодействия между телом и психикой. Вопрос о том, функционируют ли психика и тело согласованно или во взаимодействии имеет более древнюю историю, чем вопрос о моменте прекращения жизни, не говоря уже о древнем вопросе, могут ли они действовать отдельно. Если в прошлом эта тема чаще обуславливалась религиозными соображениями, то уже ко 2-й половине прошлого века стала подниматься в научном секулярном контексте. Различные точки зрения на статус психики закономерно включают взгляд на перспективы будущей жизни. С укоренением в научном, а на сегодняшний момент, видимо, и в массовом сознании представлений о поле давний вопрос о способности психики сохраняться после смерти своего "текущего тела" скорее остается открытым, но эмпирических данных в пользу такой возможности немало.

Добавим к этому, что во всякой культуре люди, занимавшиеся целительством в той или иной форме, имели особые отношения с табу, касаясь физически и вербально того, что в иных обстоятельствах считалось неприкасаемым. Функции первобытного целителя в цивилизованных обществах разделяются между врачом и священником. Тот и другой могут и должны нарушать табу, связанные со смертью. Полагаю, психоаналитик – тоже приемник первобытного целителя.

Два последних положения (о возможности продолжения психической жизни за пределы жизни тела и о праве "целителя" касаться неприкасаемого) позволяют как минимум допустить мысль о применимости психоаналитического подхода к феномену реальной, свершающейся и уже свершившейся смерти – т. е. о психоаналитическом СОПРОВОЖДЕНИИ УМИРАНИЯ (речь о переживании клиентом потери – актуальной или прошлой, смерти клиента, собственной потере, переживании собственной смерти).

Практически все мировые религии имеют что сказать по поводу смерти, по поводу того, что приходит после нее и о том, как следует готовить себя к ней при жизни. Все эти идеи уместны

в своем контексте и мировоззрении, но нередко оказываются недостаточными в сам момент смерти. Зачастую т. н. "практическая духовность" при столкновении с реальным феноменом оказывается более полезной, чем "духовность теоретическая". Некоторые из самых тяжелых смертей были смертями преданных верующих. Утешение маячит за смертной чертой, но сам момент перехода остается невыносимо ужасным испытанием в абсолютном одиночестве – даже если самый близкий человек физически держит тебя за руку.

Здесь я предлагаю вниманию аудитории разработанную Владимиром Шлыковым клиническую модель сопровождения собственно перехода от состояния жизни к состоянию биологической смерти, апробированную на практике в более 2 десятков клинических случаев.

Клинический подход опирается на гипотезу, в соответствии с которой в норме, расставшись с телом, душа "растворяется" в мире: в сетевом интроекте (условно "периферии" эго) и собственно в мире (субъективно реальном – условно "периферии" самости – как центра восприятия и деятельности).

Упомянутый концепт Сетевого интроекта был описан Владимиром Шлыковым в докладе на X Зимней школе ЕКПП-Россия 2018. СЕТЕВОЙ ИНТРОЕКТ представляет собой собирательный образ объекта (персоны) в психике всех, кто так или иначе имел с ним дело – очно или заочно – вероятно, с момента идеи зачатия и на протяжении всей жизни и после жизни (теперь уже только в памяти современников, а потом и потомков, постепенно превращаясь в "первопредка"). СЕТЕВОЙ ИНТРОЕКТ (наш собственный) сопровождает каждого из нас. СЕТЕВОЙ ИНТРОЕКТ содержит все программы любых наших возможностей, реализованных и ещё нереализованных. Эта структура значительно мощнее самого реального объекта. Но она и более ригидна. Наша реальная личность более гибка и более способна к изменениям, чем соответствующая ей сетевая структура: речь о том, как влияют на нас самих представления окружающих о нас.

Что касается субъективно внешнего мира – "отчасти найденного, отчасти созданного" – в рамках предлагаемой гипотезы содержания нашей самости массивно проецируются в течение жизни на объекты внешней реальности, а момент смерти тела

должен означать апофеоз и завершение этого процесса проецирования.

Итак, с окончанием жизненного цикла наш психический аппарат в норме целиком переходит в сетевую (полевую) форму существования, более не опираясь на собственное тело, а отчасти на целый сонм чужих, отчасти «растворяясь» в других формах жизни и даже в неорганическом мире. Его ближайшая задача – обнаружить другой способ восприятия реальности. Если ему удастся (самостоятельно или при внешней эмпатической поддержке) позволить себе отдаться процессу, "войти в поток", растворится в мире, растаять, «утечь ручьем», отлететь и разветвиться (похоже, поиск еще новых метафор имеет смысл), оказаться не в одной и не во множестве точек – повсюду сразу, этот процесс может пройти за считанные часы, не нуждаясь в широко известных этапах принятия утраты. Душа обнаружит другую реальность, не иллюзорную – шумную и пеструю, а беззвучную и прозрачную, всеобъемлющую. Стоит заострить внимание на необходимости интеграции сетевого интроекта после отделения эго от тела – полевая структура в момент отделения лишается "точки сборки" и становится уязвимой для фрагментации, тем более что в психике каждого из значимых Других умершего сформирован свой вариант его внутреннего образа, с этой точки зрения правомерны рекомендации близким "отпустить" душу покойного – позволить каждому "фрагменту" присоединиться к единой структуре. В контексте помощи покинувшей тело душе восстановить целостность полезно взаимодействие значимых Других умершего между собой – возможно, в этом главный смысл поминальных застолий, на которых мы делимся воспоминаниями о нем.

В случае неуспеха "бездомный" дух пытается цепляться за собственное мертвое тело (и это значит для него распад), либо (хуже того) захватывает живое тело кого-то из близких, (что, как правило, приводит к быстрой смерти нового носителя), либо, если психика потенциального носителя достаточно сильна и не поддается захвату, будет "болтаться" где-то рядом (в форме "привидения"). Смятение близких умершего – в первую очередь следствие интенсивного согласующегося контрпереноса с утраченной телом личностью, они нуждаются в соответствующей по-

мощи не менее, чем покойный. Переживание их хронического отчаяния и беспомощности может быть связано с присутствием "застрявшего" в "чистилище" духа, не знающего, "куда податься" – для него самого он умер только что, сколько бы это состояние не длилось, и вполне способен "передаваться" потомкам, как эстафетная палочка (в традиции буддизма "голодные души" – души умерших, которым что-то нужно, но они не знают, что уже умерли, и не могут найти свое освобождение или покой, погружаясь в смерть; это, как правило, те, чья смерть преждевременна или внезапна, либо мучительна, либо в силу личностных особенностей их ужас перед лицом смерти невыносим).

Если вести речь об умирающих, – похоже, что страх утраты идентичности и потери контроля является центральным элементом в страдании. Зачастую члены их семей страдают даже сильнее, чем сам субъект, чья смерть становится близкой реальностью. Эти семьи часто сталкиваются с сильнейшими эмоциями и не имеют адекватных ресурсов, чтобы пережить и осмыслить их. Здесь принцип работы практически тот же: "показать дорогу" – в идентификации с умирающим субъектом (как правило, за клиента) увидеть путь перехода, открыться и отдаться потоку, принимая происходящее, встречая новый опыт лицом к лицу. Как результат такой работы, умирающий обретает покой и достоинство, его близкие – силу духа, ресурсы, достаточные для полноценного присутствия и адекватного взаимодействия с умирающим, и для прощания.

Ташкинов Е.В.

По следам статьи Ш. Ференци «Нежданный ребенок и его стремление к смерти»

Содержание данной статьи натолкнуло меня на мысль о схожести с медицинским термином Синдром Внезапной Смерти Младенца.

Автор приводит в качестве примера два случая из практики, в которых пациенты были рождены нежеланными. «Один – десятый ребёнок у измученной матери, другой – от смертельно больного, вскоре умершего отца. Все признаки говорят о том, что сознательно или бессознательно дети уловили негативный оттенок в отношении к ним со стороны матери, а это повлияло на интерес к жизни» [27, с. 317].

«Я хотел лишь отметить, – пишет Ференци, – вероятность того, что грубое или неприязненное отношение к детям в семье ведёт к тому, что дети легко и охотно умирают. Или же, избежав этой судьбы, впадают в длительные проявления тяжёлого пессимизма». Далее автор поясняет свою мысль: «В начальный период все органы и функции развиваются особенно полноценно и быстро, но лишь при особых условиях предродового режима и ухода за ребёнком. Необходимы необычайная любовь, нежность и забота, чтобы ребёнок простил родителям своё (без его ведома) появление на свет. Иначе вскоре начинают пробуждаться инстинкты разрушения. И это неудивительно: ведь у младенца "небытие" до рождения ближе, чем у взрослого с его опытом жизни. "Сила жизни" не является чисто природной, она должна быть тактично укреплена заботой и воспитанием, создавая постепенно иммунитет к физическим и психическим испытаниям» [27, с. 319].

Напомню, что эта статья написана в 1929 году. Позднее в 50-х годах XX века педиатры описали синдром "смерть в колыбели", который позже получил название "Синдром Внезапной Смерти Младенца".

Синдром внезапной смерти младенца – «это внезапная смерть ребёнка в возрасте до года, которая остаётся необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включающего вскрытие, изучение места смерти и анализа медицинской документации» [3]. К СВСМ не относят случаи внезапной смерти детей в возрасте до 7 дней и старше одного года» [11, с. 38-39].

Цель: имея опыт, накопленный медициной о синдроме внезапной смерти младенца, и двигаясь в этих заданных границах, я пытаюсь описать этот синдром в рамках психоанализа, соединить накопленные знания СВСМ в медицине с имеющимися знаниями в психоанализе, но не носящими названия СВСМ.

По данным отечественных исследователей этот синдром является одной из ведущих причин постнеонатальной смертности, достигая от 25 до 30% всех случаев смерти детей в возрасте от 1 месяца до 1 года жизни в большинстве промышленно развитых странах мира, при этом 80-90% детей умирают в возрасте до 6 месяцев с пиком смертности между 2-м и 4-м месяцами жизни» [4. 16. 21].

По данным Европейских стран регистрируется около 6 тысяч случаев СВСМ, а в США – около 5 тысяч случаев [3, с. 12]. В Российской Федерации в 2004 году умерло 596 детей, а в 2005 году – 643 в результате СВСМ [24, с. 22]. По данным из Республики Коми за период с 1997 по 2008 год умерло в результате СВСМ 100 младенцев, примерно 9 младенцев ежегодно [18].

Примерный портрет ребёнка умершего от СВСМ

Это ребёнок, чаще всего мужского пола (соотношение мальчиков к девочкам примерно составляет 1,5:1) [13, с. 49]. По данным Каратаевой Л.А., «среди внезапно умерших преобладают мальчики (60-75%). Большинство детей обнаруживают мёртвыми в ночное время (от 0 до 6 часов), в положении лёжа на животе, с головой, повёрнутой на бок. Смерть часто служит первым

и последним медицинским проявлением обсуждаемого синдрома. При этом внешне здорового ребёнка укладывают спать и через несколько часов находят мёртвым. Реже бывают предвестники в виде возбуждения, вялости, слабости за 1-2 суток до смерти, но признаки, которые позволили бы родителям или врачу заподозрить возможность летального исхода, отсутствуют. К СВСМ не относят случаи внезапной смерти детей в возрасте до 7 дней и старше одного года» [11, с. 38-39].

В качестве примера приведу задокументированные смерти детей их родителями. «Родители отметили, что обычно активный и эмоциональный ребёнок вёл себя иначе; он не реагировал ни на какой внешний раздражитель. Казалось, он не замечал своих родителей, в его глазах было странное неподвижное выражение. Родители отмечали необычный, немотивированный крик, похожий на крик животного. Ребёнок не смеялся и не пытался, как это делал прежде, схватить предметы; по создавшемуся у родителей впечатлению, он как бы находился под действием анестезии или казался оцепеневшим. Родители наблюдали, как его дыхание становилось всё более затруднённым, пока, наконец, он не начал задыхаться, затем появился цианоз, особенно в области головы. На протяжении нескольких минут частота дыханий замедлялась и, наконец, оно прекратилось. Головка откинулась набок, и ребёнок казался родителям совершенно безжизненным. В одном случае отец ребёнка, имевший навыки оказания первой помощи, предпринял попытку оживить его с помощью искусственного дыхания «рот в рот», однако безрезультатно» [1, с. 18-19]. Как велика сила небытия!

Смерти младенцев в истории

Смерти младенцев всегда интересовали и волновали людей. Люди пытались найти причины этому.

Первое из зафиксированных описаний дается в Старом Завете. Там рассказывается история о двух женщинах, одна из которых «приспала» своего ребенка. В ту же самую ночь она подменила своего мертвого ребенка на живого у другой женщины, а на утро обе женщины пришли к царю Соломону, который должен был решить, какой из женщин принадлежит живой ребенок [2].

В IV веке н.э. Святой Григорий Нисский в своем труде «О младенцах, преждевременно похищаемых смертью», отмечает, что смерть младенца – это врачевание Богом мира от зла [21].

В Средние века существовал запрет брать детей до 3 лет в родительскую постель на ночь. Так, в церковных декретах непреднамеренное удушение детей во сне расценивалось как преступление, которое вплоть до 17-18 веков наказывалось санкциями со стороны церкви (покаяние, денежный штраф, отлучение). В законодательстве 19 века имелись указания, что случайное удушение ребенка во сне должно рассматриваться как преступление.

В 60-х и 70-х годах были распространены следующие медицинские гипотезы СВСМ: иммунологическая, тимическая, инфекционная и механическая. Иммунологическая гипотеза говорит о возникновении аллергической реакции на пищевые продукты, особенно на коровье молоко. Тимическая гипотеза «трактовала тимомегалию, как особый тип нарушения функционально-морфологического соотношения между гипоталамусом, эндокринной и иммунной системами и, как следствие, изменение реактивности при стрессовых ситуациях». Инфекционная гипотеза возникла вследствие обнаружения у детей, умерших в результате СВСМ, признаков ОРВИ. Механическая гипотеза предполагала удушение в результате рвотных масс или внешней блокады внешних входов органов дыхания [6, с. 6-8].

На сегодняшний день наиболее актуальными причинами СВСМ являются респираторная и кардиальная гипотезы [16, с. 64].

«В основе респираторной гипотезы лежат дефектные механизмы автономной регуляции дыхательной деятельности» [16, с. 64], а кардиогенная «подразумевает развитие жизнеугрожающей аритмии» [16, с. 65].

Факторы и показатели СВСМ

Выделяют следующие факторы, которые могут спровоцировать СВСМ или, которые являются показателем СВСМ: аборт; нежеланная беременность; сложная беременность, осложнённая психологическими, соматическими проблемами в здоровье женщины; сильная стрессовая ситуация, которая произошла во время беременности женщины с ней самой или с её

окружающими; поздняя постановка на учёт в женскую консультацию; трудные роды, которые длились более 16 часов; маленький срок между беременностями; недоношенный ребёнок; мать-одиночка; молодой возраст матери; наличие старших братьев и сестёр; семейные пары, которые долго не могли зачать ребёнка; курение и/или употребление наркотиков/алкоголя женщиной во время беременности; сон в постели с родителями или братьями/сестрами; если в семье уже был случай СВСМ; жёсткое пеленание, при котором ребёнок не может пошевелиться.

Здесь приведена только часть критериев и факторов СВСМ. Некоторые будут рассмотрены ниже через призму психоанализа.

По мнению Ш. Ференци, причиной смерти ребёнка является то, что он нежелателен. Нежелательна сама беременность, оканчивающаяся родами (из примера Ш. Ференци, десятый ребёнок в семье), или нежелательным ребёнок становится в процессе его внутриутробного или внеутробного развития в результате изменений у матери, в семье (из примера Ш. Ференци, рождённый ребёнок от смертельно больного и затем умершего отца).

В своей статье Ш. Ференци надеется на то, что педиатры смогут его предположения подкрепить наблюдениями, но, увы, наблюдений очень много, медицинских версий тоже очень много. Но, как пишет Лео Бакерия: «Различные гипотезы и теории предлагались в качестве попыток объяснения этиологии и механизмов развития СВСМ. Однако ни одна из них на сегодняшний день не является доминирующей. Более того, многие из них в процессе накопления информации были отвергнуты». [4, с. 141].

Нежеланная беременность и нежеланный ребенок

Для расстройства отношений между матерью и ребёнком, по мнению Рене Шпица, «вполне достаточно, чтобы один из партнёров – как правило, это мать – оказался не в ладах со своим окружением. Формирующее влияние матери неизбежно приводит к тому, что её собственные проблемы отразятся на развитии ребёнка, причём, словно в увеличительном стекле» [25, с. 189]. Такие отношения являются патогенными для младенца. И в случае врождённой предрасположенности и наличия психологического фактора, могут привести к болезни. Рене Шпиц подразделяет их

на две группы: неправильные отношения между матерью и ребёнком, обусловленные качественным фактором и недостаточные отношения между матерью и ребёнком, обусловленные количественным фактором [25, с. 189-190].

Я делаю акцент на формулировке: «неправильные отношения между матерью и ребёнком, обусловленные качественным фактором», так как именно они соответствуют критериям СВСМ.

«В случае неправильных отношений мать не может предоставить ребёнку правильных отношений, или же особенности её личности вынуждают мать нарушить нормальные отношения, которые обычно устанавливаются между матерью и младенцем. В любом случае мы говорим, что личность матери действует как возбудитель болезни, как психологический яд [25, с. 190-191].

В классификации психогенных болезней младенца и их связи с материнскими установками нас интересует только две болезни младенцев и то, что их вызывает, то, что отмечено в медицинской литературе как возможные симптомы СВСМ – это открытое первичное отвержение матерью младенца, что приводит к коме новорожденных и первичная тревожная вседозволенность, которая приводит к коликам трёхмесячных.

При "первичном активном отвержении" «отношение матери сводится к тотальному отрицанию материнства; отказ распространяется как на беременность, так и на ребёнка, вероятно, включая также многие аспекты генетической сексуальности». [25, с. 193].

«Первичное пассивное отвержение» проявляется в виде реакции у новорожденного на нежелание матери признавать его.

По мнению автора, «пассивное отвержение материнства направлено не на ребёнка как на индивида, но на сам факт его появления на свет. Иными словами, это общее отвержение материнства является безоъектным.

Установка этих матерей, их тотальная враждебность к материнской роли коренится в их индивидуальной истории, в их отношениях с отцом ребёнка, а также зависит от способа, которым она сумела разрешить собственный Эдипов конфликт и страх кастрации, и того, насколько удачным он оказался».

Я думаю, что надо отметить схожесть идей, наблюдений Ш. Ференци и Р. Шниц. Оба они говорят об отношении матери

к ребенку – о его ненужности, несвоевременности и нежелании. Это проявляется, как активно, в виде активного и явного отвержения и отторжения ребенка, так и пассивно, возможно, в виде депрессии, отсутствия физических и психических сил для этого ребенка. Так или иначе, но это отрицательное отношение к ребенку.

Приведу пример из своей практики. Ко мне обратился пациент, который недавно узнал о том, что он болен ВИЧ. Это выяснилось после смерти его супруги при родах, которая умерла от СПИДа. Ребёнок, прожив 6 месяцев, умер в результате синдрома внезапной смерти. Мать ребёнка умерла. Отец продолжал принимать наркотики. Младенец был отдан бабушке. И здесь я вновь хочу повторить слова Ш. Ференци: «Я хотел лишь отметить вероятность того, что грубое или неприязненное отношение к детям в семье ведёт к тому, что дети легко и охотно умирают». Так получилось, что ребёнок оказался не нужным.

Колики трехмесячных

Первичное тревожное попустительство со стороны матери запускает механизм проявления колики у трехмесячных младенцев, у которых есть гипертонус. Колики возникают «с третьей недели жизни и до конца третьего месяца» [25, с. 196]. И колики могут пройти при использовании пустышки.

По мнению автора, колики трёхмесячных появляются у младенца в результате совпадения гипертревоги матери, носящей компенсаторный характер, и гипертонуса у младенца.

Я приведу две небольших отрывка из разных источников. Первый написан медиком, исследователем СВСМ Кельмансоном И.А. в конце 90-х годов XX века. Второй – психоаналитиком Р. Шпицем в 50-х годах XX века.

«Большого интереса заслуживают имеющиеся сообщения о возможном снижении риска СВСМ у детей, укладываемых спать с соской... Значимость этой выявленной ассоциации и возможные механизмы, лежащие в основе, окончательно не установлены... На фоне использования соски у детей отмечается урежение эпизодов немотивированного плача, беспокойства в дневные и ночные часы, а также эпизодов так называемых колики» [12, с. 236-236].

По мнению Р. Шпица, до трёхмесячного возраста у ребёнка разрядка напряжения происходит, как правило, через оральную зону. «Склонный к гипертонии ребёнок должен разряжать значительно большее напряжение и через более краткие промежутки времени, нежели спокойный младенец» [25, с. 200]. «Я полагаю, пишет Р.Шпиц, что пустышка помогает ребёнку, страдающему от колик, именно потому, что предоставляет возможность разрядки без поглощения излишней и раздражающей пищи» [25, с. 202].

Таким образом, психоаналитик Рене Шпиц еще в 50-х годах описал механизм проявления колик у трехмесячных младенцев и способ борьбы с ними. Но необходимо отметить, что у медиков свой взгляд на происхождение колик. Современные препараты помогают снять их. Но если все же предположить, что механизм их появления един и он описан Р. Шпицем, тогда получается, что медикаменты снимают симптом, но не убирают причины.

СВСМ и пол ребенка

У меня появилась одна из нескольких (как я надеюсь) гипотез по поводу того, почему при СВСМ погибает больше мальчиков, чем девочек.

Эта гипотеза у меня появилась при прочтении книги Диноры Пайнз «Бессознательное использование своего тела женщиной».

Автор говорит также об отношении к младенцу, но уже более узко направленно – негативное отношение к младенцу мужского пола.

Тяжесть неразрешенных конфликтов (позитивные и негативные образы Собственного Я и своего мужчины, продолжение амбивалентных отношений к родителям и сиблингам в раннем детстве) женщиной / молодой девушкой может привести к тому, что тело будет «служить для поиска вымышленного объекта (который они никогда не обретают в актуальном опыте), поиска, основанного на фантазии, что он, этот объект, будет их опекать, баюкать и кормить. Генитальная сексуальность для них – расплата, и совершенно очевидно, что такие девушки отнюдь не наслаждаются проникновением в их тело, но получают бесконечное удовольствие от предварительной игры, в которой

оживают догенитальные переживания. В своем воображении они младенцы, и это может служить одной из причин того, что они вовсе не хотят забеременеть. Если же это происходит, им бывает чрезвычайно трудно дать ребенку ту любовь и заботу, которую они сами недополучили, как они считают. У этих девушек наблюдаются высоко агрессивные садистические наклонности, направленные против сексуального партнера, а если такая девушка становится матерью, эти наклонности начинают играть роль в ее адаптации к реальности младенца и могут сместиться на ребенка, особенно на мальчика» [23, с. 62-63]. Особенно, по мнению автора, это касается девушек, которые очень рано вступили в половую жизнь и забеременели.

Обсессивно-компульсивный синдром у матери ребенка

В статье это просто одно предложение, но, как мне кажется, с глубоким подтекстом. Гиясов З.А. и Халматова Б.Т., ссылаясь на зарубежные источники, пишут: «внезапная смерть является сильной стрессовой ситуацией для семьи. Родители с облегчением узнавали, что симптомы их психологического состояния, такие как навязчивые мысли, состояние оцепенения вполне объяснимы и характерны для всех родителей жертв СВСМ» [6, с. 37]. Да, конечно, попадая в стрессовые и кризисные ситуации, человек реагирует на это, но каждый по своему, так, как он обычно реагирует исходя из своих индивидуально-психологических особенностей. И поэтому я думаю, что навязчивые мысли, это маркер. Это то, что проявляется у людей с обсессивно-компульсивным неврозом. То есть, можно предположить, что ребенок умирает вследствие неосознаваемой матерью агрессии, которая свойственна людям с обсессивно-компульсивным расстройством, и которую ребенок может воспринять как агрессию по отношению к себе.

Подтверждение этого я нахожу в книге «Комплекс Лилит» Ханс-Йоахим Маац. Автор отмечает влияние навязчивых мыслей у матери на умерщвление младенца.

«Под дефицитом матери понимается дефицит материнского чувства, который включает в себя пространственный и временной аспекты, а также динамику отношений. Иными словами,

мы имеем дело с опытом и событиями, которые можно пояснить следующими ключевыми позициями: мертвая мать; няня или приемная мать; мать, отсутствующая во времени и пространстве (по причине профессиональной деятельности, болезни, других обязанностей и задач, например, ухода за другими детьми); дефицитная мать» [19, с. 76-77]. Это схоже с тем, что пишет и Рене Шпиц.

Мать, травмированная своей матерью в детстве, не пережив и не приняв это, может столкнуться с тем, что ее собственный ребенок может обрушить ее психологические защиты, выстроенные годами. И это «может проявиться в форме послеродового психоза, послеродовой или затяжной депрессии, невроза навязчивых состояний, возможно, в сочетании с навязчивыми мыслями причинения вреда ребенку вплоть до его умерщвления или в форме бесчисленного количества возможных психосоматических заболеваний, что замаскирует настоящие причины» [19, с. 80].

В статье «Дифференциальная диагностика типов самоубийства» Грегори Зильбург приводит несколько примеров, где люди с компульсивным неврозом совершает попытку суицида и собственно суицид.

«Следует еще раз подчеркнуть, что в случаях компульсивного невроза какими бы частичными или слабыми ни являлись симптомы депрессии, беспокойства, сарказм и легкие панические состояния, обильно окрашенные сильной агрессией, наряду с реакциями ненависти и озлобления следует воспринимать как сигналы суицидальной опасности и признаки возможного приближения импульсивного действия» [9, с. 64-65].

Следует отметить, что автор говорит, скорее, о крайних формах компульсивного невроза, входящего в комплекс с другими проявлениями.

В данном случае, мы можем говорить не только о смерти младенца в результате обсессивно-компульсивного расстройства матери, но и о замещающей смерти – младенец неосознанный посыл матери о желании смерти себя воспринимает как сигнал к своей смерти. И это имеет свой смысл, до определенного возраста мать и младенец едины.

Приведенные здесь цитаты носят негативный оттенок, но, я думаю, что также надо отметить и то, что, я полагаю, ребенок

может умереть в результате СВСМ и у матери с обсессивно-компульсивным расстройством, которая не испытывает отрицательных чувств к своему ребенку. Испытывает настоящие материнские чувства. Но ее неосознаваемая агрессия перекрывает материнские чувства. И смерть ребенка для этой матери более тяжело воспринимается. Но можно еще посмотреть и под другим углом – по каким-то причинам ребенок не улавливает материнских чувств к нему, а реагирует именно на агрессивность при обсессивно-компульсивном неврозе.

Основными причинами СВСМ на данный момент являются респираторная и кардиогенная гипотезы.

По мнению Ф. Дольто из книги «Ребенок зеркала» «дыхание и сердечно-сосудистая система – это сфера базисных образов» и являются областью влечений к смерти [8, с. 19]. Но необходимо сразу сделать оговорку, что Ф.Дольто выделяет два вида «влечения к смерти»: «Я различаю влечения к смерти в узком смысле слова – влечения, с которыми я постоянно работаю, потому что для меня влечения к смерти – это здоровье, вегетативная и успокаивающая жизнь, – и, с другой стороны, смертоносные влечения к смерти» [8, с. 12].

В этом предложении Ф.Дольто говорит о причинах СВСМ (если можно так предположить, но по описанию можно это сделать) как о проявлениях влечений к смерти. Но понимание Ф.Дольто «влечений к смерти» отличается от моего видения. Хотя автор уточняет, что это ее видение «влечения к смерти». Сейчас я приведу два отрывка из текста.

«...дыхательный образ является самой настоящей пуповиной, которая предоставляет кислородное обращение. Дыхательный образ – самый архаичный, поскольку воздух, которым мы дышим, – это общая для всех плацента. Как только ребенок рождается, он заменяет внутриутробную жизнь и сосудистые разветвления плаценты на дыхание и бронхо-легочное древо, локализованное не только в грудной клетке, но распространяющееся в атмосферу вплоть до того, чтобы становиться общим для всех нас воздухом, воздухом, которым мы дышим. Дыхательный образ – это наиболее глубокий телесный образ и одно из самых ярких выражений влечений к смерти. Глубокий сон является царством влечений к смерти, воспринимаемых

как своего рода вынесение за скобки желания. Как только я засыпаю, я выношу за скобки собственное тело; в то время как мое тело во сне делает то, что хочет, я, в свою очередь, больше ничего не хочу знать о желании и ничего не хочу желать телесного; я даю отдых моему отношению. Таким образом, в глубоком сне дыхательный образ преобладает и становится тем, чем и должен быть в условиях, когда не сдерживается желанием» [8, с. 18-19].

«Дыхание и сердечно-сосудистая система – это сфера базисных образов», «а значит, область влечений к смерти». «Это место, где влечения к смерти высвобождают состояние умиротворения, то есть область действительно восстанавливающего, вегетативного сна, не нарушаемого желанием, и в котором влечения к смерти могут – безопасно – быть полностью принятыми субъектом» [8, с. 19].

Но, напомним, что Ф. Дольто пишет о влечении к смерти, как о безопасном состоянии, но при этом она же пишет, что есть и «смертоносные влечения к смерти». И, если предположить, что сейчас речь идет именно о смертоносных влечениях к смерти, то может тогда и станет понятно, почему чаще всего дети умирают во сне, ночью: «Глубокий сон является царством влечений к смерти, воспринимаемых как своего рода вынесение за скобки желания. Как только я засыпаю, я выношу за скобки собственное тело; в то время как мое тело во сне делает то, что хочет, я, в свою очередь, больше ничего не хочу знать о желании и ничего не хочу желать телесного; я даю отдых моему отношению. Таким образом, в глубоком сне дыхательный образ преобладает и становится тем, чем и должен быть в условиях, когда не сдерживается желанием». Отдавшись смертоносным влечениям к смерти, а может быть, доверившись им, или просто «уходят» в небытие, как говорит Ш. Ференци, проще, легче и спокойнее, младенцы умирают. Еще этим же можно объяснить и другую гипотезу СВСМ, в которой смерть сравнивают с зимней спячкой некоторых млекопитающих.

Еще один интересный и противоречивый фактор, в результате которого может быть смерть младенца в результате СВСМ, – совместный сон ребенка в постели с родителями или sibлингoм.

И здесь нужно выделить несколько пунктов, которые выделяют исследователи, как возможный риск развития СВСМ:

1. совместный сон младенца с родителями в одной постели;
2. совместный сон младенца с родителями в одном помещении;
3. сон младенца в отдельной комнате от родителей;
4. совместный сон с сиблингом в одной постели.
5. Также, я думаю, что надо выделить и рассмотреть присутствие младенца при совокуплении родителей/опекунов/взрослых. Этот критерий не рассматривался среди исследователей (по крайней мере, я не видел этого), но он выделяется психоаналитиками как фактор, который может привести к нарушению развития ребенка. Может ли это привести к смерти ребенка, не знаю.
6. И еще отмечу такой критерий для рассмотрения – сон младенца в чужом месте (не знакомое для ребенка место, в гостях).

И как видно уже, приведенные пункты противоречат друг другу. Не все пункты, приведенные здесь, рассмотрены, но они требуют дальнейшего изучения.

Основываясь на своих данных и зарубежных исследователей СВСМ, Кельмансон И.А. пишет, что «риск СВСМ максимален в тех случаях, когда ребенок спит в одной постели с родителями», но «оптимальным с точки зрения снижения риска СВСМ следует считать сон ребенка в своей собственной кровати, но в одной комнате с родителями» [12, с. 235]. Такого же мнения придерживаются и другие исследователи СВСМ [16, 17].

Ссылаясь на американских исследователей, Гиясов З.А. и Халматова Б.Т. отмечают несколько иные данные: «владение общей спальней или сон ребенка с родителями увеличивает риск СВСМ. Этот факт связывается с перегреванием ребенка, которое наблюдается во время сна ребенка с родителями» [6, с. 27]. Но, в данном случае, я хочу отметить, что владение общей спальней с родителями является также одним из факторов СВСМ. Эти же авторы приводят следующие данные: «только 25 детей из 140 (17,8%) были застигнуты СВСМ в собственной кровати, в кровати с родителями – 22 (15,7%)» [6, с. 28].

Джеймс Маккейн профессор университета Ноте-Дам (США), заведующий кафедрой антропологии и лабораторией по изучению поведения матери и ребенка во время сна, не видит ничего страшного в совместном сне младенца и родителей. В своем руководстве для родителей «Совместный сон с ребенком» [20] он отмечает, что совместный сон может быть как безопасным, так и небезопасным. И это, скорее, относится к физическим параметрам сна. Например, безопасный совместный сон, это когда кровать располагается посередине комнаты, чтобы ребенок не смог быть зажатым между стеной и матрасом – это один из вариантов безопасного сна. Но если такое происходит, то это не СВСМ, а видимо, удушение.

В случае, когда смерть младенца происходит в кровати с родителями, исследователи СВСМ предполагают нарушение терморегуляции у ребенка и нанесение ущерба младенцу выдыхаемым углекислым газом матери. Но напомним, что это предполагаемые причины, так как СВСМ – диагноз исключение. Есть то, что нельзя посчитать и увидеть. И при вскрытии патологоанатомом будет выявлена причина смерти.

Если медики еще сомневаются и дискутируют по этому поводу, то психоаналитик Мелани Кляйн еще в 1921 году написала о губительном воздействии на психику младенца сна в родительской спальне [14, с. 47]. Позднее, в 1936 году, она дополняет, это запретом на присутствие младенца при половом акте [15, с. 196].

Пример из моей практики. Обратилась пациентка. Во время общения я узнал, что у нее погиб ребенок в результате СВСМ в возрасте одного месяца. Так как ребенок спал с ней, прибывшие полицейские сразу же обвинили женщину в удушении ребенка грудью. Экспертиза же подтвердила смерть младенца в результате СВСМ. Так как цель встречи была другой, то я не стал более интересоваться этой темой, к тому же было видно, что она еще не закрыта для нее. Но я узнал, что смерти младенца предстоял уход из семьи отца ребенка.

В книге «Женская сексуальность» Мари Бонапарт пишет о совокуплении взрослых при ребенке, как о совращении, выполняющем большую миссию, предписанную им самой природой. Она не пишет как о травме, наносимой ребенку. Не пишет о ранней сексуализации ребенка. Она считает, что «вид сексуальных

у тех взрослых, в частности, пробуждает и усиливает у ребенка врожденную склонность к мастурбации, важнейшее проявление детской сексуальности» [5].

Идея по поводу 6-го пункта (сон младенца в чужом месте – незнакомое для ребенка место, в гостях) у меня появилась в связи с репортажем в новостях на телевидении, в котором рассказывалось о смерти младенца. Будучи с родителями в гостях, ребенок спал и умер не в своей постели, в отдельной комнате от родителей, которые на тот момент выпивали алкоголь. И возможное разрешение я нашел в тексте Ф.Дольто.

Предположу, что есть риск СВСМ при сочетании ряда факторов: сон младенца в незнакомом месте, то есть отсутствие безопасного места (переходного объекта) и отсутствие других переходных объектов (слов матери, вещи, спальные принадлежности), ритуалы перед сном (переодевание, купание). [7, с. 58].

В качестве разобранный случая семейных отношений, в которых происходит СВСМ, приведу пример из книги Эстелы В. Уэлдон «Мать. Мадонна. Блудница. Идеализация и обесценивание материнства».

«У меня был пациент, который в течение пяти лет поддерживал со своей падчерицей сексуальную связь, начавшуюся, когда девочке было шесть лет. Его влечение к ней возникло во время беременности жены, отказавшейся от сексуальной близости с ним. Он вполне мог сдерживать свои сексуальные порывы в надежде на то, что после рождения ребенка отношения в семье наладятся. Спустя несколько месяцев после рождения ребенка, который умер вследствие синдрома внезапной детской смерти, его жена впала в тяжелую депрессию и не реагировала на его сексуальные желания. Период непродолжительной жизни ребенка был очень сложным для них – они ссорились каждый день. После смерти ребенка муж отдалился, оказавшись не в состоянии выразить свои чувства. Вместо этого он чувствовал внутренний позыв к сексуальному сближению с падчерицей. Он не отдавал себе отчета в том, почему делает это, кроме того, что ему очень хотелось тепла, заботы и человеческого общения. Он говорил: «Я подумал, что будет лучше сблизиться с моей девочкой, раз она часть моей семьи и в большей степени часть меня самого». В процессе терапии он

осознал свой сильный гнев, очень низкое самоуважение и желание отомстить жене, которую олицетворяла ее дочь. Эта ситуация осложнялась еще и тем, что он втайне винил свою жену в смерти ребенка той ночью, когда он после очередной ссоры ушел из дома. Он проецировал собственную вину на жену, поскольку ему казалось, что, будь он в ту ночь дома, ребенок был бы жив. Он также увидел свою неспособность оплакивать потерю ребенка и маниакальную защиту, которая вылилась в насилие над выжившим ребенком» [26, с. 167].

Гипотез о происхождении Синдрома Внезапной Смерти Младенца много. Но, как психолог, я озвучиваю одну гипотезу – это негативное отношение матери (родителей) к младенцу.

Другие гипотезы, которые я в докладе рассмотрел (сделал попытки рассмотреть, так как не завершил это) в контексте психоанализа сводятся к одному – отношение к младенцу. Но нет текстов об отношении младенцев к матери. Хотя, возможно, СВСМ это и есть отношение младенца к матери. Не знаю. Посмотрим.

Также необходимо выделить одну из гипотез, которая, как мне кажется, стоит особняком, это смерть младенца в результате СВСМ у матери с обсессивно-компульсивным неврозом. В данном случае, я говорю о повседневном неврозе, о том, который проявляет себя, обостряясь в стрессовых и кризисных ситуациях. В данном случае, можно предположить, что беременность и роды стали таким фактором. Или же какие-то другие ситуации во время беременности женщины или после родов могли обострить невроз.

В связи с этим интересен вопрос: почему данный конкретный ребенок, умерший в результате СВСМ, воспринял агрессию матери при обсессивно-компульсивном расстройстве как агрессию по отношению к себе? Закончу этот вопрос цитатой из медицинского издания «Новости медицины и фармации»: «Несмотря на наличие большого числа факторов риска, относящихся непосредственно к СВСМ, необходимо все же отметить, что имеется немало случаев СВСМ, не имеющих ни одного из факторов риска, в то время как младенцы с наличием даже нескольких перечисленных факторов риска не погибают внезапно. В связи с этим логично предположить, что существующие факторы риска

при СВСМ могут иметь значение лишь при определенном анатомо-физиологическом (фоновом) состоянии ребенка с неадекватной реакцией на разнообразные стрессы» [28, с. 2].

Я выделяю и еще один вопрос. Этот же вопрос ставят перед собой и медики. Почему, оказавшись в угрожающей жизни ситуации, младенец ничего не предпринимает? [10]. Хотя есть примеры, в которых ребенок противостоит ситуации/ситуациям, угрожающим его жизни.

В завершение хочу добавить мысль, которая мне пришла при разработке этой темы: беременность – это договор между тремя: будущей матерью, будущим отцом и будущим ребенком, и каждый может расторгнуть этот договор в любой момент.

Литература

1. Альтхофф Х. Синдром внезапной смерти детей грудного и раннего возраста. Пер. с англ. – М. : Медицина, 1983, 144 с., ил.
2. Библия или Книга Священного Писания Ветхого и Нового завета. – К. : Свято-Успенская Киево-Печерская Лавра; «Феникс», 2012. – 1536 с.
3. Бокерия Л.А. Синдром внезапной смерти новорожденных: этиология, патогенез, современные диагностические подходы и методы профилактики / Л.А. Бокерия, О.Л. Бокерия, О.И. Кулага // Анналы аритмологии. – 2009. – № 2. – С. 12-23.
4. Бокерия Л.А., Ревитшвили А.Ш., Неминуший Н.М. Внезапная сердечная смерть. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 272 с.
5. Бонапарт Мари Женская сексуальность. Пер. с фр. Константина Федина. – Изд-во «Культурная инициатива», 2010. – 384 с.
6. Гиясов З.А., Халматова Б.Т. Синдром внезапной смерти младенцев. – Ташкент: Издательство медицинской литературы им. Абу Али ибн Сина, 2003. – 44 с.
7. Дольто Франсуаза Собрание сочинений / Франсуаза Дольто. – Пер. с фр. под науч. ред. С.Ф. Сироткина. – Ижевск : ИД «ERGO», 2006. Т. XVI: Бессознательный образ тела / Пер. с фр. И.Б. Воронцовой. – 2006. – XVI + 376 с.
8. Дольто Ф., Назью Ж.-Д. Ребенок зеркала. Пер. с французского. – М. : ПЕРСЭ, 2004. – 96 с.

9. Зилбург Г. Дифференциальная диагностика типов самоубийства // Антология суицидологии: Основные статьи зарубежных ученых. 1912-1993. Пер. с англ. – Когито-Центр, 2018. – 47-78 с.
10. Зубов Л.А., Богданов Ю.М., Вальков А.Ю. Синдром внезапной детской смерти. Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск «Экономия человека», 2004 г., №№ 1, 2.
11. Каратаева Л.А. Синдром внезапной смерти младенцев / Здоровоохранение (Минск). 2012. № 7. С. 37-42.
12. Кельмансон И.А. Сон и дыхание детей раннего возраста. СПб. : «ЭЛБИ – СПб». 2006. – 392 с.
13. Кельмансон И.А., Эрлер Т. Апноэ во время сна и синдром внезапной смерти младенцев (пособие для врачей). – СПб. : Изд-во «Диалект», 2007. – 80 с.
14. Кляйн М. Психоаналитические труды : в VII т. / Мелани Кляйн ; пер. с англ. и нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина и М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ИД «ERGO», 2007 – Т. I: «Развитие одного ребенка» и другие работы 1920-1928 гг. – 2008. XIV + 374 с.
15. Кляйн М. Психоаналитические труды : в VII т. / Мелани Кляйн. ; пер. с англ. и нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина и М.Л. Мельниковой. – Ижевск : ИД «ERGO», 2007 – Т. II: «Любовь, вина и репарация» и другие работы 1929-1942 годов. – 2007. – XII + 386 с.
16. Кравцова Л.А. Современные аспекты синдрома внезапной смерти детей грудного возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2010. – 2. – С. 60-67.
17. Кравцова Л.А., Школьников М.А. Синдром внезапной смерти младенцев – взгляд на проблему из XXI века // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10, № 2. С. 71-77.
18. Кораблев А.В., Кораблева Н.Н., Чишков А.Н., Труфанов В.Н., Кустышев И.Г. Синдром внезапной смерти младенцев в Республике Коми // Детская больница. – 2012. – № 1. – С. 4-8.
19. Маац Ханс-Йоахим Комплекс Лилит: Темные стороны материнства : пер. с нем. – М. : Когито-Центр, 2017. – 196 с.
20. МакКенна Джеймс Дж. Совместный сон с ребенком. Руководство для родителей / Джеймс Дж. МакКенна ; пер. А. Соновцевой – М. : Ресурс, 2012. – 144 с.

21. Григорий Нисский, святитель. О младенцах, преждевременно похищаемых смертью / Предисловие, примеч. П.К. Добровицкова. – М. : Сибирская Благовонница, 2014. – 64 с.

22. Орлова Е.В. Синдром внезапной смерти младенца. Современные аспекты / Е.В. Орлова, Е.М. Подгорный, Е.Б. Сыщев // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 99.

23. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / пер. с англ. Е.И. Замфир ; под ред. проф. М.М. Решетникова. – СПб. : Совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997. – 195 с.

24. Суханова Л.П. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска / Л.П. Суханова, М.С. Скляр // Социальные аспекты здоровья населения. – 2007. – № 4. – С. 22.

25. Рене А.Шпиц, У.Годфри Коблинер. Первый год жизни / Пер. с англ. Л.Б. Сумм. Под ред. А.М.Боковикова. – М.: Академический Проект, 2006. – 352 с. – (Серия «Психологические технологии»).

26. Эстела В. Уэллдон Мать. Мадонна. Блудница. Идеализация и обесценивание материнства. – М. : Издательство «Перо», 2016. – 204 с.

27. Ференци Шандор. Нежданный ребенок и его стремление к смерти // Тело и подсознание. Серия «Классика психоанализа» / пер. с нем. Д.Г. Копеленский, Л. Сувайчик. – М. : NOTA BENE, 2003. – С. 315-321.

28. Яковлева Э.Б., Герасименко А.И., Тутов С.И. Синдром внезапной смерти грудного ребенка: акушерские проблемы // Новости медицины и фармации. – 2007. – 12 (218). – С. 1-12.

Тишкова Т.О.

Прерванный полет. О непереносимой боли детей и подростков и самоповреждающем поведении как способе выхода из тупика

В современном мире некоторые подростки наносят себе самоповреждения. Для окружающих такое поведение часто является глупостью, дурью или «дешевым способом привлечь к себе внимание». Семьи обычно пытаются скрыть этот факт, расценивая как позор и дефект их воспитания. Однако проблема эта гораздо сложнее и шире, чем кажется на первый взгляд.

В арсенале самоповреждений (аутоагрессии) достаточно различных видов вредного воздействия на себя. Курение тоже можно отнести к самоповреждению, но термин, в первую очередь, относится к нанесению различного рода ранений и ушибов.

Всего в популяции самоповреждениями занимаются 1-4% населения. Конечно, есть те, кто наносит себе какой-то вред только один раз за всю жизнь. Однако, у некоторых людей такое поведение становится привычным.

Среди подростков, практикующих самоповреждения, 13% делают это более 1 раза в неделю, 20% несколько раз в месяц под воздействием определенного вида стресса (например, только после ссоры с любимой девушкой или парнем). Но для части подростков поводом к самоповреждению может быть что угодно, любая ситуация, вызывающая волнение или напряжение.

Обычно самоповреждения наносятся по 2 основным причинам. У подростка либо слишком много эмоций, с которыми он не может справиться, и боль от самоповреждения дает им выход. Либо эмоций нет совсем, он ощущает себя бесчувственным и нанесение себе раны или ушиба дает ему

возможность почувствовать себя живым. Как бы то ни было, после причинения себе боли подросток чувствует не только облегчение, но и эйфорию. Некоторые подростки говорят, что боль и текущая кровь вызывают очень приятные переживания, перебивающие те негативные эмоции, которые мучили до акта самоповреждения. И самое главное в этом случае – отсутствие суицидальных намерений. То есть подросток ранит себя, но убить не хочет.

Существует 3 основных теории, которые объясняют, по какой причине такое поведение может повторяться:

1. **Серотониновая** – боль вызывает подъем серотонина и улучшает общее самочувствие.
2. **Опиатная** – во время нанесения раны или ушиба начинает действовать противоболевая система мозга. Опиаты, вырабатываемые в мозге, – основное природное обезболивающее. Человек, регулярно наносящий себе травмы, может «подсаживаться» на эти эффекты и повторять их снова и снова.
3. **Кортизоловая** – кортизол является гормоном стресса. Для того чтобы организм справился с вредными воздействиями среды, этот гормон должен достичь определенного уровня и задействовать другие системы организма в «стрессовом каскаде». Благодаря ему каждое звено и каждый орган начинают работать в «стрессовом режиме» защищая нас от вредностей извне.

«Вредность» – это не только яды, токсины или инфекции, это еще и психосоциальный стресс, так часто развивающийся у подростков. Ушибы и порезы, являющиеся острым стрессом, поднимают уровень кортизола и могут становиться «пинком», помогающим подростку «переварить» его социальные проблемы.

Внешними причинами самоповреждений могут быть:

1. *Дисфункциональная семья (развод или ситуация «будем жить вместе только ради детей»).*
2. *Перфекционизм подростка и его окружения. «Если ты не сделал все идеально, ты достоин наказания и нет тебе прощения».*
3. *Влияние друзей.*
4. *Пережитое сексуальное насилие.*

5. *Информация в СМИ, когда самоповреждения преподносятся, как решение проблемы. «Мальчик порезал себе вены, и сразу все окружающие осознали, что были неправы».*

В целом выделяют 3 типа самоповреждений:

1. **Импульсивное** – когда подросток наносит себе повреждение под влиянием сильного наплыва эмоций. Происходит это автоматически, без обдумывания и даже без созревания намерения это сделать.
2. **Стереотипное** – монотонное нанесение чаще всего ушибов. Такое самоповреждение часто характерно для тех, кто страдает аутизмом различной степени тяжести.
3. **Компульсивное** – происходящее под воздействием навязчивых мыслей.

Состояния, которые могут привести к нанесению себе повреждений, далеко не всегда бывают связаны с плохо переносимым стрессом.

Наиболее тяжелые раны, типа перерезанного горла и введение швейных иголок в вены, наносят себе подростки, страдающие психическими заболеваниями, такими как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, деперсонализационное расстройство, посттравматический стрессовый синдром, депрессия.

Но даже если эти болезни исключены, все равно подростку требуется помощь, по нескольким причинам:

1. **У некоторых людей может развиваться зависимость от данного поведения**, учитывая вовлеченность в процесс эндогенных опиатов. Соответственно, самоповреждение может использоваться для получения удовольствия.
2. **Формирование привычки решать проблемы через самоагрессию**. Окружающие пугаются и становятся более сговорчивыми.
3. **Формирование поведенческой схемы**, которая включается во всю жизнедеятельность и самоагрессия становится обыкновенной рутинной.
4. **Самоповреждения становятся способом ответа на стресс**. Т.е. легче ранить себя, чем что-то конструктивно решить.

Может сложиться впечатление того, что подросток делает все это целенаправленно, но он действительно нередко затруд-

няется сказать, почему он себя порезал. В момент атаки на свое тело сознание может сужаться и осознание поведения значительно падать.

Часть подростков совершает агрессивные действия по отношению к себе действительно демонстративно. Если говорить о самопорезах в таких случаях, то они обычно тонкие и поверхностные. Видно, что человек себя щадил. Их часто делают на видных местах, но никогда на лице или на кистях. При этом обращает на себя внимание поведение, при котором подросток стремится вызвать в окружающих жалость и вину, пытается открыто манипулировать, угрожает снова повредить себе что-то, если окружающие будут вести себя так, как ему не нравится.

Если это случилось, желательна консультация у психиатра. Это необходимо для решения вопроса о том, есть ли у ребенка психическое заболевание или же это нарушение адаптации или проблемы в его жизни, которые ему решить не под силу.

И, конечно, таблетки проблемы не решают и новым навыкам не учат. Нужна психотерапия.

В кабинете психоаналитика создается то безопасное пространство, в котором подросток учится чувствовать себя живым без атаки на свое тело, учится доверять себе, окружающим его взрослым, принимать реальность и справляться со стрессами благодаря возможностям собственной психики.

О непереносимой боли подростков, о демонстрации отчаяния, о трудном пути к жизни, о влечении к смерти, о победах и разочарованиях в кабинете аналитика будет рассказано в нескольких клинических примерах.

Маша, 13 лет. Закончила 7-й класс.

Выглядит как обычный подросток, немного угловата, в глаза не смотрит, похожа на белую мышку: вся светлая – волосы, ресницы, глаза голубые, как выцветшие. Не грубит, хорошая грамотная речь, контактна. Поведение, внешность никак не выдают девиантного подростка. В истории жизни: госпитализация после передозирования баклафена, состоит на учете в полиции. То, что рассказывает мать, впечатляет. Маша убегает из дома на несколько дней, ночует у подруги, ее разыскивают, привозят домой в тяжелом состоянии после приема таблеток. Отнимают

телефон в надежде, что она не сможет связаться со своими друзьями-наркоманами.

Мать – учительница в той же школе, в которой учится Маша. Живут втроем с отчимом. Отношения с отчимом хорошие, пытается, как умеет, образумить и понять.

Маше нравится состояние измененного сознания, уход от реальности, которая ее не устраивает.

Спрашиваю: почему убегаешь?

– Я никому не нужна.

– Как не нужна? Мама беспокоится, отец мне позвонил, попросил о диагностике и, по-возможности, о терапии.

– У мамы новый муж, хороший, добрый и до меня особого дела ей нет.

На вопрос, когда бываешь счастлива? – отвечает:

– Когда себя разрушаю. Самодеструкция – это классно

Она рассказывает, что попала в порочный круг: убегаю от людей – хочу выйти из этого, не выходит, вижу, что меня не любят – снова убегаю. И мечтаю, что скоро исполнится 18, смогу сама решать, как жить, хотя уже решила.

Для нее важны свобода и реализованность, как себя реализовать пока не знает, все пресно и скучно для нее, кроме приятелей и наркотиков. Мы проработали два месяца. Это было увлекательное путешествие в мир фантазий инфантильной и одновременно изворотливой девочки, которая искала смысл в серых буднях школы и семьи и ничего не хотела замечать кроме пустоты внутри и снаружи. Маша посещала подростковую терапевтическую группу. Она не переносила пауз и все время предлагала: давайте поговорим. Задавала много вопросов, пыталась всем понравиться, развлечь других, а во взгляде застывала тоска и тревога. Группа терпеливо отвечала на вопросы Маши, хотя ответы как будто не были важны для нее, она нетерпеливо слушала и задавала следующий вопрос. Через полчаса она «выдыхалась», вопросы заканчивались, и она сидела тихо, наблюдая за всеми.

Из школы пришлось забрать документы, поскольку прислали протоколы задержания из полиции и директор предложила добровольно уйти пока не отчислили. Матери Маши тоже пришлось уволиться.

В одну из суббот Маша пошла на свидание с парнем и снова сбежала из дома, сутки ее искали, потом полиция нашла на скамейке в центре Москвы, без телефона, одну, приятели бросили Машу. После этого мать не выдержала, уехала за пределы Москвы, перевела Машу в сельскую школу и на этом терапия была приостановлена.

Серафима, 16 лет

Смешная, неуклюжая. Нет друзей, не умеет поддерживать диалог, в классе с ней не общаются. Бросил парень, бросила последняя подруга.

Учится хорошо. Посещает художественную школу. Хочет стать художником.

Отец художник, мать – редактор. На словах очень хотят помочь дочери. Регулярно приходят на встречи для родителей, и ничего не меняют в поведении, в отношениях с дочерью.

Серафима любит и умеет рисовать. Она рисует комиксы – странные и необычные, сама придумывает героев, тоже странных. Есть монстры, с глазами, которые вываливаются, скелет, представители ада. И все они не очень страшные, они комичные и прекрасно прорисованные. А вот сюжеты – бутерброды из мозгов, убийства, кровища кругом. Родителям не очень нравится, но они поддерживают, стараются не критиковать. Бабушка – в ужасе, говорит, что внучка – маньяк. Требуется выбросить эти рисунки.

Больше всего родители боятся, что странности дочери увидят окружающие. Они ее учат, что говорить другим, что не говорить, чтобы не казаться «странной». Они хотят воспитанную, красивую, правильную девочку. А она чудаковатая, строптивая, дерзкая,

Любимая фраза мамы: «нормальный человек сказал бы так».

– А я что, ненормальная? – спрашивает Серафима. – Ладно в школе так считают, но мама почему?

А мама не понимает, почему дочь так себя ведет, неужели трудно быть как все? Серафима паяет разные гирлянды с лампочками, фотографирует и сражается с этим жестким и грубым миром. Она едет в школу в переполненном троллейбусе, сцепив

зубы, потому что давят со всех сторон, а ей страшно. Почти каждый день паника в троллейбусе, боится что раздавят. Она ненавидит светофоры – сорок секунд красного светофора ее бесят – еще сорок секунд в троллейбусе терпеть. Иногда не выдерживает и может закричать или заплакать. Однажды мужчина в троллейбусе дал конфетку, сказал: на девочка, съешь, полегче будет. Пожалел, и она успокоилась.

Мама не жалеет. Она работает дома, нужна тишина и от Серафимы у нее все время голова болит. Так и говорит: «у меня от тебя голова болит. Уйди, замолчи».

И она уходит к себе в комнату, бьет подушку, подтягивается на турнике и режет руки тупой бритвой. Порезов много. Говорит, что легчает, когда делает надрезы. Боль физическая притупляет моральную, она это чувствует. Сейчас режет руки меньше.

Она нашла новый способ – лает в окно, гавкает как настоящая собака. Облаяла прохожих – полегчало. Я считаю это прогрессом. Мама и бабушка возмущены – что подумают соседи – ведь они приличные люди. Надо чтобы было все в доме тихо и прилично.

Спрашиваю маму: «вы хотите счастливую или приличную дочь?». Ответ – приличную.

Серафима тоже ждет 18 лет, когда сможет не зависеть от родителей и жить самостоятельно, не выслушивать нотации про свое неприличное поведение, быть собой, какая есть.

Она не пьет, не курит, не убегает из дома, она просто бьет себя по голове кулаками со всей силы за бесконечные свои преступления, она все время чувствует себя виноватой, не знает, что делать со своей агрессией и очень страдает, сидя одна в комнате.

Она не выходит обедать и ужинать на кухню – утаскивает тарелку в комнату, потому что невозможно сидеть вместе с чопорными родителями и не кричать, как ей плохо, а такого говорить за столом нельзя – у мамы сразу от нее голова болит, а папа раздражается – он целый день работал, может же он расслабиться без этого скулежа.

На новый год Серафима хотела пригласить единственную подругу, которая согласилась прийти к ней в новогоднюю ночь. Долго готовилась, украсила комнату, купила подарки. А вечером

папа рассердился на Серафиму, он был раздражен и сказал, что не хочет видеть никого чужих в доме, что надо все отменить. Так и встретили новый год – родители на кухне, Серафима одна у себя в комнате, сидя на полу и рыдая.

Последние два месяца она постоянно говорила о суициде, если ее не переведут в другую школу, она не видит смысла жить. Ее высмеивают в школе, с ней не общаются одноклассники – все вежливы и игнорируют. Да, она может вспылить на уроке и вырвать лист из тетради, потому что не получилась задача, она может произнести вслух то, что думают все: хоть бы «училка» заболела, она может заплакать на уроке, она импульсивна, и она так старается понять: почему одноклассники смеются друг с другом и замолкают, когда она подходит, почему они с ней вежливы и холодны.

У нее порез лица и она выглядит, как будто она все время улыбается. Глаза несчастные и улыбка на лице, вынужденная.

Удалось убедить родителей перевести ее в другую школу с сентября – художественную. Информация о суицидальных мыслях дочери маму возмутила. Не испугала, не опечалила. Вызвала гнев: мы столько для нее делаем, терапию оплачиваем, терпим ее выходки.

Именно терпят, не понимают, не принимают. Но очень боятся шизофрении, поэтому меня тоже терпят и немного верят, что помогу. Так и продолжаем.

Серафима тоже посещает группу. Она научилась понемногу общаться с членами группы, может заплакать, если проиграла в настольной игре, может мгновенно разозлиться, но не получив в ответ агрессию, успокаивается и смущенно продолжает разговаривать или играть. У членов группы не болит голова от нее, никто не пожаловался ни разу, Серафиме сочувствуют и терпеливо ждут, когда она вытрет слезы. В один из дней она принесла коробку с печеньями, которые испекла сама специально для группы, и пока все грызли печеньки, радостно улыбалась и подсовывала всем по очереди новые. Пришлось съесть все.

Серафима больше не бьет себя по голове, не режет руки, она научилась говорить о своей агрессии и тема последних комиксов не убийства, а одиночество.

Одиночество в семье – частое явление. Родители стараются обеспечить определенное качество жизни своим детям и при этом не понимают их, не стремятся поговорить, выяснить, что происходит с ребенком, позволяя разрушать себя и разносить все вокруг, если удастся. Кабинет аналитика становятся теплым укрытием и прибежищем для этих детей с подрезанными крыльями, которые так хотят улететь из своих домов подальше, но нет сил взлететь. Аналитик может их понять, принять такими, какие есть, ошетилившимися и колючими, защитить от самих себя, дать пространство для того, чтобы подрасти и набраться сил для самостоятельного полета.

Список авторов

Лейбин В.М. – профессор МГ МСУ, доктор философских наук, заведующий кафедрой основ клинического психоанализа МИП, почетный член ЕКПП-Россия (Москва)

Мизинова Т.В. – кандидат социологических наук. Вице-президент и Председатель Этического комитета ЕКПП, Президент НО ЕКПП-Россия (Москва)

Савичева Елена Петровна – доктор психологии (Оксфордская образовательная сеть), супервизор и тренинговый аналитик ЕКПП. Председатель РО ЕКПП-Москва. Преподаватель ОМПУ. (Москва)

Еремин Борис Александрович – супервизор и тренинговый аналитик ЕКПП. Паст председатель РО ЕКПП-Москва. Преподаватель ОМПУ (Москва)

Гридаева Г.В. – врач-психотерапевт, специалист ЕКПП, заместитель председателя Самарского Психоаналитического Общества, руководитель Центра Современного Психоанализа (Самара)

Гунар Татьяна Юрьевна – специалист ЕКПП, член Правления РО ЕКПП – Москва. Преподаватель ОМПУ (Москва)

Котляров Владислав Львович – специалист ЕКПП, Руководитель секции детского психоанализа РО ЕКПП-Москва (Москва)

Осипов В.А. – психоаналитический психотерапевт, супервизор РПО, член ЕКПП (Москва)

Ошуркова Н.М. – психоаналитик, специалист ЕКПП, кандидат в члены УрПАО (Екатеринбург)

Ташкинов Е.В. – психоаналитический психотерапевт, член ЕКПП (Екатеринбург)

Тишкова Татьяна Олеговна – специалист ЕКПП, член Правления РО ЕКПП – Москва, Руководитель секции детского психоанализа РО ЕКПП-Москва (Москва)

Европейская Конфедерация
Психоаналитической Психотерапии
РО ЕКПП – Москва



2-3 июня 2018 года

VII Межрегиональная
Психоаналитическая Конференция

***«Инстинкт смерти:
протест против
боли жизни»***

г. Москва.

