

От испуга она выронила ребенка, и он погиб от удара. Девочка страдала от сильнейшего чувства вины. Консультант предложила использовать ролевую игру, чтобы разыграть всю последовательность событий. Девочка наблюдала за этим со стороны. Этот опыт помог ей осознать реальность этого момента и избавиться от чувства вины.

Работая с утратой, консультанты нашли полезным применение техники пустого стула. Применение этой техники дает клиенту возможность разговора с человеком, потеря которого произошла так внезапно. Это возможность высказать невысказанное и сказать: «Прощай». И снова, конкретизация чувств при этом очень полезна.

В процессе работы важно не забывать, что консультанты нуждаются в обучении, подтверждении и поддержке. Для этого они встречаются в группе поддержки и делятся друг с другом своим опытом и чувствами.

В этой статье и вышеприведенных примерах я пыталась показать, что даже люди с минимальным тренингом могут оказывать реальную помощь в периоды кризиса, делая важный вклад в процесс исцеления не только конкретного ребенка, но и внутреннего исцеления целого сообщества. Вовлечение в процесс помощи членов пострадавшего сообщества, а не экспертов извне — это ценный способ оздоровления общества, исцеления, происходящего изнутри. Люди не только психологически, они переживают дистресс на протяжении определенного промежутка времени, и в этот период они нуждаются в поддержке. Консультанты, прошедшие тренинг после первой войны говорили мне, что этот опыт помогает им и сообществу вокруг них лучше справиться с ужасами второй чеченской войны. Они чувствовали себя психологически сильнее.

В заключение я хотела бы выразить мое восхищение достоинством, силой и красотой людей Чечни, с которыми мне удалось познакомиться и которые живут в данный момент в ужасных условиях, буквально на грани возможности существования. Война — это человеческая катастрофа, которая прежде всего требует сострадания и здравого смысла, а не терапевтических вмешательств.

*Перевод К. Яглюка*

*Килборн Б.*

## КОГДА ТРАВМА ПОРАЖАЕТ ДУШУ: СТЫД, РАСЩЕПЛЕНИЕ И ДУШЕВНАЯ БОЛЬ<sup>1</sup>

*Если травма поражает душу или не подготовленное тело... то при отсутствии солидного контркатексиса происходит что-то вроде взрыва, крушения психических ассоциаций между системами и психическими содержаниями, которое может достичь самых глубоких элементов восприятия... Иными словами, незащищенный ребенок может взорваться...*

*Шандор Ференци (Клинический дневник).*

В последнее время исследования травмы классифицируют в соответствии с внешним источником травмы. Например, существуют специалисты по проблемам сексуального злоупотребления детьми, жертв инцеста, жертв холокоста, жертв войны, жертв природных бедствий (землетрясений и ураганов), жертв катастроф (самолетных, автомобильных) и др. И, соответственно, обычно считается, что эти виды травмы требуют специальных знаний и опыта, так же как для открывания бутылки вина требуется шпатель, банки с пивом — открывалка, а консервы могут быть вскрыты человеком, владеющим консервным ножом. Неподходящее средство для открывания — не работает.

Отталкиваясь от приведенной в эпиграфе цитаты Ференци, я бы хотел поразмышлять над вопросом о том, что делает ребенка (или взрослого) «готовым взорваться» под влиянием внешних событий (какими бы они ни были), а также о воздействии (и повторении) переживания этой взрывной фрагментации. Говоря более конкретно, я собираюсь рассмотреть детскую травму и то, как она проявляется в лечении взрослых. При этом динамика стыда неизбежно вступает в игру. Во-первых, здесь есть чувства тотальной беспо-

<sup>1</sup> Перевод выполнен по: When trauma strikes the soul: shame, splitting and pain. The American Journal of Psychoanalysis. Vol. 59, No. 4, 1999.

**Килборн Бенжамин** — доктор философии, обучающий аналитик и супервизор Института психоанализа в Лос-Анджелесе, преподаватель программы по психоаналитической психотерапии, реализуемой АПА в Институте практической психологии и психоанализа в Москве, а также в Санкт-Петербурге.

мощности, связанной со злоупотреблением в детстве. Эти чувства унижительны. Помимо этого, имеет место критицизм со стороны супер-эго в отношении такого состояния готовности быть взорванным: чувствовать так — значит по определению быть дефективным. Более того, оживление травмы — это часть аналитической ситуации, предполагающей унижительное выставление себя перед аналитиком. В конечном итоге, в связи с потенциально травмирующим эффектом аналитической ситуации паттерн стыда просто неизбежен при обращении за помощью к тому, кто может нанести рану. Такие паттерны создают бессознательное повторение отношений с родителем или осуществлявшим уход лицом, связанным с нанесением травмы в детстве.

Поскольку восприятие травмы с необходимостью определяется теми средствами, благодаря которым мы познаем ее, анализ как лечение может расширить наше понимание травмы так, как не может ни одно другое лечение. Более того, аналитический подход к травме, как это хорошо понимают Ференци, приводит к ее повторному переживанию. К этому приводит та самая ситуация, которая призвана облегчить ее. Там, где терапевтическая/аналитическая ситуация становится травматической для пациента, аналитик и терапевт становятся ответственными за понимание той боли, которую она вызывает. Феноменологически, независимо от того, терапия это или анализ, только аналитические методы могут адекватно осветить процессу травматической боли и стыда, вызванного травмой.

Исцеляя и лечя травму аналитически, невозможно избежать таких понятий как расщепление и идентификация с агрессором. Грубо говоря, расщепление (более точно «раскальвание» (splitting)), вместе с потерей многих частей, так что в буквальном смысле слова нет перцептивного или эмпирического образа, чтобы сложить их) — это бессознательная защита, которая вместо того, чтобы по-манихейски<sup>2</sup> делить мир на зло и добро (или на внешнее и внутреннее, или на эмоциональное и рациональное), взбалтывает опыт так, чтобы изолировать и сделать неразборчивыми нежелательные чувства. Такое определение расщепления показывает травму как постыдные отзвуки, проходящие через всю жизнь индивида, где не только нельзя сложить обратно Шалтая-Болтая, но все попытки сделать это лишь показывают, насколько сильно он разбит на кусочки. Чувство стыда по поводу того, что вновь обращаешься за помощью к тому самому человеку, который причиняет вред, вызывает болезненное раскальвание мира на части, потому что невозможно разделить ожидание получения помощи из рук того самого человека, который садистическим образом причиняет боль.

<sup>2</sup> Манихейство — религиозное учение, основанное в III в. Мани, который, по преданию, проповедовал в Персии, Средней Азии, Индии. В основе манихейства лежит дуалистическое учение о борьбе добра со злом, света и тьмы как изначальных и равноправных принципов бытия. — *Прим. перев.*

Для того чтобы защитить причиняющего боль родителя, приходится разбивать мир вдребезги. Предлагая, например, аналогию с разбитым кристаллом, обычные представления о травме недостаточно верно отражают психодинамику клинического опыта, или бессознательных процессов и фазтаз, вызванных детской травмой и часто стыдом.

Аналитическое лечение, включая аналитически ориентированную терапию, создает необходимые средства для понимания травмы, поскольку его целью является раскрытие бессознательной мотивации и конфликта по мере того, как они вскрываются, понимаются и прорабатываются в переносе и контрпереносе. Только в аналитическом лечении могут быть проработаны уровни пагубного стыда, окружающего травму подобно рубцу.

### Травма и расщепление

Центральной для любого представления об анализабельности является концепция психической травмы и ее последствия — «расщепления», цель же анализа состоит в проработке и исцелении. Поскольку представление о расщеплении оказалось ускользающим, позвольте мне коротко попытаться основные изменения в его определении. Этот термин Фрейд взял у Жюне и использовал в «Исследованиях истерии» для определения истерической диссоциации, связывая его с французскими терминами «insuffisance psychologique», «absence», «état seconde», и «double conscience». Фрейд пишет об Анне О.:

«На протяжении всей болезни два ее состояния сознания упорно появились одно за другим: одно, где она была полностью нормальна психически, и второе, которое можно уподобить сновидению с точки зрения обилия присутствующих элементов воображения и галлюцинаций, с серьезными провалами в памяти и отсутствием торможения и контроля в ассоциациях» (Vol. 2:45).

Это, говорит Фрейд, «отчуждение» (alienation) в смысле отчуждения от самого себя. Более того, возможно, полезно вспомнить, что термин «отчуждение» был широко распространен во времена Жюне. Те, кто изучал психические заболевания, назывались «психиатрами» («Alienists»).

Во времени своей второй лекции по психоанализу (из серии лекций, прочитанных в Кларковском университете в Вустере в 1909 и опубликованных в 1920 г.) Фрейд мог, в контексте дискуссии о вытеснении, писать о различии между своим взглядом и взглядом Жюне. Вслед за Жюне Фрейд объясняет:

«Истерия — это форма дегенеративного изменения нервной системы, которая выражается во врожденном недостатке способности к психическому синтезу. Истерические пациенты, считает он, неспособны с самого начала связывать различные психические процессы в одно целое, и отсюда у них возникает тенденция к душевной диссоциации».

И он использует метафору, которая, как вы увидите, появится в обсуждении случая, который я приведу ниже.

«Истеричная пациентка Жане напоминает ту слабую женщину, которая пошла за покупками и возвращается домой, нагруженная большим количеством всяких коробок и пакетов. Она не может совладать со всей этой кучей с помощью своих двух рук и десяти пальцев, и поэтому у нее падает сначала одна вещь; она наклоняется, чтобы поднять эту вещь, падает другая, и т.д.» (Freud, 1909).

И Фрейд продолжает:

«Мы не выводим расщепление психики из врожденной недостаточности душевного аппарата к синтезу, а объясняем это расщепление динамически, как конфликт противоположно направленных душевных сил; в расщеплении мы видим результат активной борьбы двух психических группировок друг против друга».

В указателе *Стандартного издания* расщепление объединяется с «absence», «condition seconde» и «double conscience». Хотя в *Стандартном* издании нигде нет четкого свидетельства того, что в понимании Фрейда расщепление означает разделение между эмоцией и мышлением, данная идея часто приписывается Фрейду и подражается современными теоретиками. В обильной современной литературе по расщеплению (Клайн, Бион, Винникот, а не так давно Кохут и другие Я-психологи, которые различают вертикальное и горизонтальное расщепления) данная концепция существенно зависит от теоретических моделей и определяется априорно.

Наиболее подходящим местом для начала нашего обсуждения клинической феноменологии расщепления и его связи с детской травмой послужит данное Ференци описание распадающегося Я, которое намного ближе тем значениям расщепления, которые заключаются в вышеприведенных цитатах Фрейда. Говоря об Элизабет Севери, с которой он экспериментировал «взаимный анализ», Ференци писал, что расщепление вызывает у этой пациентки несколько осколков:

Первый осколок, чистый, вытесненный аффект, ведет себя «как ребенок в обмороке, совершенно не осознающий себя». Ференци считал, что аналитическое внимание было нужно для того, чтобы направить рефлексивные силы пациента на этот осколок для того, чтобы он появился в сознании как воспоминание шока.

Второй, материнский осколок, «играет роль ангела-стража... продуцирующего галлюцинаторное удовлетворение», что убивает боль «путем выдавливания какой-либо психической жизни из бесчеловечно страдающего человеческого тела».

Третий осколок — «безддушная часть» (убитое это, пепел ранних душевных страданий), чья дезинтеграция не воспринимается вовсе или рас-

считывается как событие, происходящее с кем-то другим, как наблюдаемое со стороны» (*Клинический дневник*).

Опыт расщепления у серьезно травмированных пациентов может быть отнесен как к переживаниям базовой ошибки (basic fault) (Bain, 1968), так и к сознательным чувствам «омертвелости». Задолго до Шенгольда Ференци писал, что чувства «безжизненности» совершенно отрезаны от переживаний раскалывания на куски, а также о провале попыток найти или собрать эти осколки. Остается лишь «безддушная часть», отрезанная от остальной части Я, находящаяся в положении безжизненности, будучи задушена фантазийным «материнским осколком». Под «материнским осколком» Ференци имел в виду садистическую мать, садистический и безжалостный материнский частичный объект.

То, что пациенты описывают как чувство омертвелости или как мертвые части себя, похоже на описание Кьеркегором в книге «Болезнь к смерти» отчаявшегося Я, которое только может строить воздушные замки и общаться с воображаемыми собеседниками, в то время как, по сути, оно ничто. Это чувство небытия скрыто так глубоко, что оно становится еще более ужасным, отупляющим и изгоняющим сознание. «Не только желание и успешные усилия, чтобы скрыть эту болезнь от того, кто ею страдает, не только то, что эта болезнь может гнездиться в человеке и никто, ровным счетом никто этого не заметит, — нет! — пишет Кьеркегор. — Но прежде всего как раз то, что она может так прятаться в человеке, что он и сам об этом не подозревает!» (Кьеркегор «Болезнь к смерти», в кн. С. Кьеркегор Страх и трепет. — М., 1993).

Такое вытеснение или отрицание может не замечаться, поскольку это часть фантазийной системы, которая может поработить все мышление. Кьеркегор пишет: «Все, что имеется в человеке от чувства, знания и воли, в конечном счете зависит от того, сколько в нем имеется воображения, иначе говоря, от способа, каким отражаются все эти качества, проецирующие себя в воображении» (там же). Это, по-моему, абсолютно критический момент, связанный с Я-представлением и оценкой собственного самоуважения (Kilborne, 1995, 1999). Так, заключает он: «Худшая из опасностей — потеря своего Я — может пройти у нас совершенно незамеченной, как если бы ничего не случилось. Ничто не вызывает меньше шума, никакая другая потеря — ноги, денег, женщины и тому подобному — не остается настолько незамеченной» (там же).

### Травма, расщепление и стыд

Цель анализа — проработать уровни стыда, которые не дают расщепленно и чувствам собственной ничтожности стать осознаваемыми. Слутан-

ность и переживание себя иным, в зависимости от того, с кем находишься, приводит к стыду и избеганию. Такая спутанность часто тесно связана с ощущением неэффективности, неспособностью любить. За этим стоит нестерпимое чувство собственной ничтожности в сочетании с ужасом от невозможности сообщить о том, кем ты являешься, — чувства, глубоко похороненные и внешне терапевтической доступности до тех пор, пока аналитик не сделает их доступными через анализ сопротивлений стыда, которые возникают в переносе.

Когда эти чувства начинают возникать в сознании в присутствии аналитика, результатом часто является мучительная боль и раннимость, усиленная стыдом, к которому аналитик должен быть чувствителен. Если аналитик обращает внимание только на перенос, без должного внимания к отношениям аналитик-пациент и к реакциям пациента на аналитическую ситуацию, (включая переживание опасности (Levy & Indefatizip, 1997), то ситуация может восприниматься как непереносимая ретравматизация, поскольку травмированные пациенты чувствуют себя более уязвимыми по мере того, как расщепление становится менее эффективным как защита.

Таким образом, аналитическое лечение травмы показывает важность постоянного внимания к влияниям аналитика на пациента. И потенциально наносящие вред воздействия психоаналитической ситуации становятся более понятными, когда осознаешь, что для некоторых пациентов сама аналитическая ситуация может переживаться как повторение детской травмы. Когда серьезно травмированный ребенок переживает расщепление в опыте Я, то с одной стороны, как считает Ференци, присутствует «презрительная, возможно, саркастическая и ироническая покорность перед лицом господства», а с другой — «внутреннее знание, что насилие фактически ничего не достигло», «ощущение того, что ты больше и умнее жестокой силой». Такие расщепления, характерные для людей, которые пережили тяжелую детскую травму, приводят их к болезненным чувствам пустоты и изоляции, фальшивости и не существования («Люди смотрят сквозь меня так, словно я не существую», — сказал один из моих пациентов). Такая ужасная пустота скрывает «болезненное раздражение, тенденцию к гневу и беззащитности, чувство беспомощности или страх перед непоправимыми вспышками ярости и агрессии» (*Клинический дневник*). Следовательным аналитическое лечение травмированных пациентов требует от аналитика значительного такта и чувствительности к тем моментам, когда аналитическая ситуация переживается пациентом как травматическая.

В случаях, которые я хотел бы привести, речь идет не о «классических» психоаналитических пациентах в полном смысле, что не означает, что психоаналитическая техника не может быть эффективно применена. Хотя один пациент функционирует гораздо лучше другого, оба переживают ли эффекты «расщепления» как реакцию на травму.

### Нора (случай 1)

Нора была направлена ко мне после очередной госпитализации, которых было несколько за последние три года, и после того, как она не смогла сформировать какой-либо терапевтический альянс с терапевтом. Ее детство было очень травматическим. Когда она впервые позвонила мне по телефону, она была очень дезорганизована и разгневана. Она была не в состоянии говорить по телефону более, чем несколько минут, внезапно взрывалась, становясь столь сердитой, что стремительно обрывала разговор, говоря, что собирается убить себя. В течение первых двух месяцев телефонных разговоров, когда она звонила мне из разных мест с побережья, она каждый раз срывалась, злилась, резко обрывала разговор, в то же самое время цепляясь за меня как за соломинку. В течение этих месяцев я видел ее в моем офисе только один раз, недолго. Она покинула мой кабинет в ярости спустя несколько минут. После этого были еще госпитализации и масса обрывистых телефонных бесед до тех пор, пока мне не удалось убедить ее начать регулярное лечение.

В первые несколько недель лечения Нора повторяла тихим монотонным голосом, что ее семья свела ее с ума, заплатила психиатрам и докторам, чтобы они окончательно свели ее с ума, чтобы избавить от нее и украть ее наследство. «Они убили меня», — повторяла она снова и снова, имея в виду, что «от нее ничего не осталось»; она была «вне себя».

Нора была склонна проецировать свой гнев на внешние фигуры, что лишало ее всякого шанса почувствовать себя реальной и существующей. Если внутри она чувствовала себя беспомощной, гнев должен быть снаружи, даже несмотря на то, что такие защитные позиции все больше привносили ее в отчаяние. А хаос и беспорядок снаружи помогали ей ускользнуть от осознания того факта, что она боится собственных чувств. Испытывать безумную ярость на других людей, которые не оправдывали ее ожидания, было меньшей опасностью, чем осознать собственную ярость и пустоту. Несмотря на интенсивные чувства опустошенности, порождаемые таким расщеплением, несмотря на боль, несмотря на то, что она слепо стремилась убежать от них, защиты расщепления и проекции давали ей иллюзию объяснения ее ситуации — она жертва.

Как будто следуя аналогии женщины с коробками из работы Фрейда, которая не могла удержат их все сразу, Нора была поглощена проблемами непонятных счетов, которые она держала в коробках, при этом она сочиняла длиннющие письма по поводу каждого счета, а потом делала копии и хранила их в ящиках сейфа. Когда всех этих кусочков ее жизни стало слишком много и ей становилось трудно быть в курсе их содержания, она начинала тревожиться, не зная, что было в каждой коробке, панике или в ящиках сейфа. Тревога возрастала, так как она чувствовала, что ей никто не поможет.

Она ничего не могла найти и очень боялась, что полиция заберет ее за неуплату налогов или мошенничество. Ее гнев был обращен на наказующие фигуры (ее семья, полиция, международный красный крест, ФБР, ее аналитик), а она оставалась со своей дезорганизованностью и серьезным расщеплением, которое символизировали ее коробки и папки, где находились кусочки ее жизни и которые она, подобно Шалтаю-Болтаю, не могла собрать вместе. Отметим, что то расщепление, о котором здесь идет речь, это, главным образом, расщепление не между внешним и внутренним, как это могло бы быть выражено в проекции, но, скорее, состряпанное кое-как представляемое о своем жизненном опыте и о себе как попытка защитить себя от гнева, разорванности и пустоты.

На начальной стадии лечения моя роль заключалась, главным образом, в том, чтобы обеспечивать удерживающее окружение (holding environment). Мои вмешательства были в основном направлены на то, чтобы сделать ее гнев понятнее ей самой. Я также прибегал к интерпретации ее страха, что я ее отвергну, так же, как ранее ее отвергали другие. Я искал возможности минимизировать последствия расщепления и обезвредить параноидные проекции. В каком-то смысле то, что она чувствовала «мертвым» в себе, было некоторой ее версией, которую она могла показать окружающим без стыда. В этом смысле она воспринимала окружающий мир (и своего аналитика) как лишавший ее чувства собственного достоинства. И это вызвало еще больше ярости в ней и еще больше стыда.

Одним из признаков раннего переноса было переживание Норой того, что я мучил ее, никак ей не помогая и таким образом заставляя ее повторять травму напрасного обращения за помощью к тем, от кого она зависела. «Нет никакой помощи для жертв насилия», — повторяла она, как молоту, тихим деревянным голосом. Мой подход состоял в том, чтобы предлагать ей помощь по поводу любых проблем ее каждодневной жизни, которые представлялись ей непреодолимыми, и в то же время интерпретируя ее тенденцию использовать эти проблемы, чтобы защищаться ими от реальных источников тревоги — ее страхом собственной беспомощности, гнева и ужаса отвержения. Мой подход несколько напоминал работу с ребенком — сесть на пол и включиться в игру. Если аналитик включен в игру, он может интерпретировать ее ход.

Мой собственный контрперенос включал гнев на ее многочисленные суицидальные угрозы, беспомощность и чувство, что я перегружен тысячей ее проблем. Поскольку каждую свою проблему она воспринимала, как памятник своей беспомощности, она заставляла меня чувствовать свою беспомощность и подавленность перед лицом ее требований и потребностей. Я начал интерпретировать эту ее тенденцию, проявляемую по отношению к каждому человеку в ее жизни. Она изолировала себя от других

людей, заставляя их чувствовать себя беспомощными и некомпетентными, так что они пытались от нее избавиться. Она не могла избавиться от самой себя, поэтому считала, что другие могут это и хотят.

Работая с такими серьезно нарушенными клиентами, обичные критерии нейтральности и абстиненции следует подчинить пониманию потребностей пациентки, ее чувствительности к стыду за свою фрагментированность и пытаться не позволить этим чувствам втянуть аналитика в ситуацию невольного повторения травмы. Скорее, следует добиться того, чтобы сама травма стала доступна для аналитического процесса, чтобы помочь выйти на свет связанным с ней стыду и боли.

### Травма, боль и повторение

Один из очень трудных вопросов состоит в том, почему и как такие люди как Нора повторяют болезненный опыт (см. классические работы Фрейда «Воспоминание, повторение и проработка» и «Ребенка быют»). На этот вопрос определенно нет адекватного ответа. Тем не менее, можно отметить на этот вопрос частично, например, что боль имеет анестезирующую функцию. Каким бы болезненным и травмирующим ни было расщепление само по себе, его можно использовать для облегчения еще большей боли. Одна боль может облегчить другую, если она связана с «морально менее значимой и очевидно нереальной частью тела» (*Клинический дневник*). Короче говоря, для использования боли для облегчения другой боли требуется как соматизация (либо в форме нечувствительности, либо в форме отсроченной боли), так и всемогущество мысли, которые могут принять форму чувств неуязвимости, даже если что-то и происходит в теле, как это было в случае с Доротой, к которому я хотел бы сейчас перейти.

### Дороты (случай 2)

Из того, что было сказано до сих пор, кажется справедливым, что где травма, там расщепление, а где расщепление, тут же и ядовитый стыд. Акцент, который Ференци сделал на первичной роли матери в диаде мать-ребенок в концептуализации травмы, повлиял на несколько поколений психоаналитиков: кляйнианцев, приверженцев теории объектных отношений и межличностного психоанализа, а также Я-психологов. Недавно его вклад был заново переоценен в свете взаимоотношений Ференци с Фрейдом, его работы с психотиками и его внимания к потенциально травмирующему влиянию аналитической ситуации (например, Naupal, 1987, 1989, 1991; Hoffer, 1991; Fogel, 1993; Kirschner, 1993; Kibbotte, 1999). Более того, как, я надеюсь, это станет понятным из моих клинических примеров, процессы проработки с необходимостью влекут за собой толерантность ко все более

интенсивным чувствам стыда. Наряду с этим чувства ранимости в переносе становятся более доступными, параноидные защиты выражаются в гнев на аналитика, появляются ненависть в контрпереносе (Winnicott, 1949).

Вскоре после того, как я начал работать с Дороти, я узнал, что ее прежний аналитик имел с ней сексуальные отношения в своем офисе в те дни и часы, когда до этого у них были сессии. Некоторое время после начала нашего анализа эти сексуальные отношения продолжались, несмотря на то, что она переживала эти встречи как изнасилование. Я был поражен степенью деперсонализации и немоты, которые я в ней наблюдал через день или два после каждой из таких встреч. Когда я спрашивал ее, как она себя чувствовала, она отвечала, что абсолютно ничего не чувствовала, кроме туманного ощущения, что она плывет в водной стихии и столь же смутного чувства дезориентации. Из этой защиты, показывающей всемогущество мышления, можно было увидеть наличие глубокой детской травмы. Здесь также присутствовали истерические элементы, поскольку имела место отсроченная/смещенная боль. Она очень чувствительно реагировала на боль тех, кого любила (например, родителей), но не на собственную боль, которую она не могла обнаружить. Когда ее родители положили в больницу, она мобилизовала в себе огромную силу, чтобы организовать за ними уход и неустанно бороться за устранение их боли. Сама же она была оцепенелой. Чтобы защититься от любого переживания боли, она использовала регрессивное слияние с (в особенности с матерью).

Годами она встречала все мои попытки с кажущимся безразличием и испепеляющим презрением — прямым следствием стыда. Когда я пытался прояснить что-нибудь, что, как мне казалось, она уже знала, она на корню уничтожала все мои попытки. Когда я пытался связать то, что было сказано на предыдущих сессиях или даже по телефону в тот же день, с чем-нибудь в переносе, она отвергала все это, говоря мне: «Вы никак не можете понять, что я уже ушла от этого. Я всегда впереди вас на много световых лет. Вы никогда не можете находиться там, где я». Она пояснила свой комментарий, обратив мое внимание на отставание, связанное с видимым нами светом, как это происходит со звездами, чей свет мы видим через тысячи лет. В одном из сведений она увидела меня, отжимающегося на кухонном столе. Однако она всегда знала, когда я был болен или у меня что-то болело, иногда даже до того, как я узнавал об этом сам. Такая удивительная чувствительность к другим людям, такая гипертрофированная эмпатия, иногда даже на грани сверхъестественного, достаточно описана в литературе о травмированных пациентах. Она ссылалась на чувства «четвертого измерения», намекая на эпизод из «Сумеречной зоны» под названием «Потерянная маленькая девочка». В этом эпизоде девочка пяти лет исчезает в одном таинственном месте в стене. За кроватью девочки есть маленькое пространство —

невидимый проход в четвертое измерение. Ее отец пытается пройти туда, но не может. Перед тем, как ей безвозвратно исчезнуть, отец посылает туда собаку, которой удается подтащить ее довольно близко к стене, так что отец может затащить ее обратно в человеческое трехмерное пространство. В переносе она вела себя, как в четвертом измерении, оставляя меня, как та девочка своего отца, блуждающим в темноте.

Каждый раз, когда она серьезно подходила к вопросу о своих сексуальных взаимоотношениях с предыдущим аналитиком, она испытывала омерзение, ужасаясь тому, как она могла делать что-либо подобное. Таким образом, повторяя это событие, Дороти чувствовала себя более способной отрицать эту травму. Боль, связанная с этими сексуальными отношениями, анестезировала ее и не могла быть прочувствована, потому что не была сознательной. И действительно, ее сексуальные встречи сами по себе были сокрытием травмы. Дороти сама могла говорить о том, что ее не пугали и не травмировали эти сексуальные отношения, поскольку они неоднократно повторялись; как бы она могла их продолжать, если бы они были для нее травмирующими? Такой способ анестезии боли больше указывает на раннюю травму. И действительно, от ее детства осталось много травмирующих воспоминаний, связанных с докторами и другими мужскими фигурами, которые всплыли в ходе лечения, что сопровождалось появлением очень сильных переживаний (ужаса, гнева, боли, смущения и др.), и указывающих на нарушения границ ее отцом. Были ли эти события на самом деле травмирующими в то время, как они случились, в действительности было не так важно, как то, что они присутствовали в анализе как невыносимо болезненные воспоминания.

Боль можно понять через другие идеи и чувства и, соответственно, она может быть, например, замаскирована чувством исчезновения или взрыва, падения в пустом пространстве, чувством изгнанности в четвертое измерение и т.д. В таких случаях задача анализа состоит в том, чтобы позволить пациенту сознательно соединить чувства с их реальными объектами, сделать чувства реальными. Это включает интерпретацию конверсионных симптомов, когда «мышление с телом равняется истерии» (*Клинический дневник*). Ференци продолжает:

В моменты большой нужды, когда психическая система не в состоянии адекватно реагировать или когда специфические органы или функции (нервные или психические) были грубо разрушены, тогда на первый план выступают первичные психические силы, и это будут те силы, которые будут пытаться преодолеть разрушение. В такие моменты, когда психическая система не справляется, думать начинает организм». (*Клинический дневник*).

Стыд ситуации усилил ее страх, что если она выдаст мне своего прежнего аналитика, рассказав об их связи кому-либо, это навлечет на него не-

приятности. Аналитическая работа с травматическими пациентами направлена против чувства беспомощности пациента и стыда за свою беспомощность. Еще сложнее может оказаться лечение, когда для защиты пациент «расщепляет» аналитика, переживая его как человека беспомощного и неэффективного, но в то же время идентифицируясь с аналитиком-агрессором в чувстве всемогущества. При этом важное значение имеют проблемы контроля, поскольку аналитик может повторить травматическую ситуацию, либо став слишком беспомощным, тогда пациент останется незащищенным, либо если аналитик становится чрезмерно сильным, тогда это становится угрозой для пациента.

Если, например, сам аналитик находит для себя трудным взглянуть на беспомощным существом и в качестве защиты занимает позицию силы, то тогда такой защитный маневр может усилить травматическое переживание пациента, вызванное у него всемогущими и садистскими родительскими фигурами, что ведет к отчаянным защитным попыткам идентификации с агрессором, которым непреднамеренно становится аналитик. Если, с другой стороны, аналитик неоднократно показывал свою неэффективность (отжимаясь на кухонном столе), тогда его/ее чувства неэффективности могут быть использованы пациентом как свидетельство собственной (магической) силы (аналитик — импотент, а она всемогуща, но только предпочитает не показывать этого). Некоторые пациенты могут тем сильнее липнуть к таким фантазиям всемогущества, чем сильнее страх глубокой беспомощности и бессилия. В таких случаях переживание в контрпереносе чувства собственной неэффективности, если оно не проанализировано, может быть мощно использовано пациентом для подкрепления своих защит и сопротивления и для дальнейшего раскручивания спирали стыда и презрения в аналитической ситуации (см. Wippsiet, Mottison, Malin, Reed, & Lichtenberg, на конференции Американской психоаналитической ассоциации, 1999).

Думая о травме, полезно, следуя Ференци, представить себе случайную застигнутого, ничего не подозревающего маленького ребенка. Всегда, когда травма не может быть предвосхищена или понята, ее влияние существенно усиливается, как это хорошо понимал Балинт (1968). Ференци сравнивает влияние травмы с избиением спящего ребенка. Как отмечает Ференци, вторяющиеся переживания травмы низводят того, кто ее переживает, «почти что на уровень забитого глупого животного» (*Клинический дневник*). Результатом является понятная компенсаторная попытка обрести силу. «Слабая и неразвитая личность реагирует на внезапное неудовольствие не защитой, а вызванной тревогой идентификацией и интроекцией несущего угрозу лица или агрессора» (*Клинический дневник*). Такая идентификация с агрессором мотивирована тревогой, страхом и непостижимостью происходящего. Когда такая защита угрожает стать сознательной в анализе, возник-

кает глубокое чувство стыда, тайный умысел, который непреднамеренно пациент приписывал тем самым людям, которые ответственны за его уничтожение. Такой стыд может представлять определенные технические трудности для аналитика, поскольку он с неизбежностью сопровождается большой болью, которая будет использоваться пациентом на службе сопротивления.

Давайте вернемся к Дороти, которой стыд за сексуальные отношения с предыдущим аналитиком мешал понять характер этих отношений. Более того, когда она была ребенком, с ней были ситуации, описанные Ференци. Ее отец бил ее во сне. Туманность ее воспоминаний — того, как все это происходило, — сочеталась с тем, что она угаивала его имя от меня, что предполагает защиту тех самых людей, которые нанесли ей травму. Она даже не могла решить, как ей было удобнее его называть — «мой бывший психотерапевт», «друг», «любовник» и так далее. Она не хотела называть мне его имени, потому что считала, что если она скажет, то это разрушит его, а ей хотелось чувствовать, что у нее есть сила сделать это, но она предпочитает не делать этого — то есть, что она не всемогуща, у нее есть сила, и эта сила не делает ее опасной и не угрожает ее связи с теми людьми, от которых она зависит. Чувствуя в себе силу держать его имя в секрете и таким образом держать свой стыд под замком, она оставалась в неведении относительно того, какую угрозу он для нее представлял, а также относительно местоположения ее боли. Это также служило сдерживанию ее гнева против своего отца (смещенного на прежнего аналитика, которого она защищала).

Таким образом, удержание секрета одновременно было и разрешением чувства беспомощности, которое она не могла выразить (но с помощью магического мышления могла от него избавиться), и выражением сурового недоверия. Такое глубокое чувство изоляции от остальной части человечества, парадоксальным образом усиленное тем, что она удерживала свой секрет, делает внешний мир намного более вероломным; здесь нет защищенного места, нет шанса что-то изменить или исцелить до тех пор, пока аналитик не преуспеет в том, чтобы позволить таким секретам и стыду, который является их питательной средой, стать доступными для аналитической работы. Травмированные индивиды не осознают, что это чувство изоляции (от аналитика и от любых других людей) сохраняет травматическое переживание постоянно свежим. Эта изоляция не дает возможности пациентам переживать самих себя как единое целое в присутствии аналитика или в присутствии кого бы то ни было. Будучи не в состоянии преподнести себя как что-то иное, чем незавершенность, они подкрепляют переживания своей расколотости и ушербности.

Расщепление в какой-то степени может быть рассмотрено как фантазийные и бессознательные попытки избежать опасности. «Полностью явленное тело получит меньший ущерб от удара кинжалом, чем то, которое себя

защищает» (*Клинический дневник*). Однако все попытки защититься ведут к психическому изгнанию, потере интереса к обычной жизни и уходу в галлюцинаторное всемогущество. А опыт возможности изменения в анализе зависит от «интереса к každодневной жизни», который запрещает расщепление и стыд.

Нору регрессивное расщепление толкало назад, в фантазии детства, и ее голос стал голосом маленькой испуганной девочки: с ней плохо обращались в семье и в окружающем мире. Ее нетолерантность к боли была так велика, что она не могла понять, почему те люди, на кого она надеялась, не могли ей помочь; затем она начала злиться на тех людей, кто не мог ей помочь, частично в качестве защиты против боли от своей беспомощности, отверженности и (нарциссически) смертельной раны. Паранойя и шизофрения, которые намертво отсекали ее от мира, были, как отмечает Левальд, попытками защититься от утраты реальности. «То, от чего защищается это, или психический аппарат, — не реальность, а ее утрата, то есть утрата интеграции с миром, как она присутствует в либидозных отношениях с матерью» (Loeovald, 1951). Такая утрата интеграции постыдна и болезненна. Суровая травма не только дезорганизует психику ребенка, но и способствует ее *дезорганизации* (Loeovald, 1987; Lear, 1996).

### Травма анализа и идентификация с агрессором

Аналитик находится в позиции значимого объекта, существующего именно в том времени и пространстве, которому пациент хочет положить конец. Следовательно, аналитик очень легко может запустить механизм идентификации с агрессором, который позволяет пациенту отрицать свою беспомощность, и может ненамеренно содействовать повторению травмы и исчезновению Я. Ференци пишет:

«Личность раскалывается на психическое существование, которое имеет чистое знание и наблюдает за событиями извне, и на тотально бесчувственное тело. В той мере, в какой это психическое существование по-прежнему доступно эмоциям, оно обращает свой интерес только к тем чувствам, которые остались вне этого процесса, то есть к чувствам нападающего. Как если бы психика, чьей единственной функцией было бы снижать эмоциональное напряжение и избегать боли, в момент смерти своей собственной личности автоматически отдавала бы свои функции по снижению боли, напряжения и страстей атакующему — то есть единственному человеку, обладающему чувствами, и идентифицировалась бы с ним» (*Клинический дневник*).

В «Словаре психоанализа» Лапланш и Понталис отмечают, что термин «идентификация с агрессором» может быть найден в работе Анны Фрейд

«Это и механизмы защиты» (1936). Однако уже в 1931 и в 1932 годах Ференци использовал термин «идентификация с агрессором» (Ferenczi, 1931, 1932). Это понятие, хотя и связано в некоторой степени с кляйнианским понятием «проективной идентификации», но все же отличается от него. Мои рассуждения здесь направлены на прояснение феноменологического описания защиты от стыда, идентификации с агрессором, влекущей за собой возможность воспринимать и фантазировать о другом как о всеильной фигуре.

Идентификация с агрессором, как она проявляется в аналитической ситуации, влечет за собой исчезновение Я пациента (ощущаемая мертвость) и защитную попытку выжить через аналитика. Это значительно отличается от акцентирования на попытке присвоения себе силы другого человека из чувства зависти (кляйнианский подход) и может быть понято в свете идей о паранойе и динамике стыда как желания спрятаться и столь же сильного желания не быть замеченным вместе с выражением чувств своей ничтожности (см. Kibortne, 1999).

Вместо «вбирания в себя» сильного человека в кляйнианском смысле, защита принимает форму превознесения сильного человека, чтобы иметь возможность находиться в его тени, таким образом отождествляя себя с сильным человеком и в то же самое время служа выражением чувств собственной беспомощности. Идентификация с агрессором позволяет субъекту использовать фигуру сильного человека для защиты от дезинтеграции, а также от стыда беспомощности. Стыд служит изгнанию боли посредством изгнания Я. Как пишет Ференци:

Я вовсе не ощущаю наносимую мне боль, так как я не существую. С другой стороны, я чувствую получаемое агрессором удовлетворение, которое я все еще в состоянии осознавать. Подтверждается фундаментальное ослабление боли. Функция ослабления боли должна, однако, быть в состоянии использоваться не только по отношению к Я индивида, но также по отношению к любой разновидности боли, воспринимаемой или воображаемой психикой (*Клинический дневник*).

Соответственно, цель анализа — определить и затем исцелить травму, блокируя различные тайно подготавливаемые попытки избежать. «Обнаружить и устранить все тенденции к бегству и уверткам в пациенте, для того чтобы заставить его пройти через единственный путь, то есть через травму» (*Клинический дневник*). Однако на этом пути мы сталкиваемся со многими препятствиями, среди которых стыд, вина и амбивалентность по отношению к аналитику, подвергающему своего пациента такой боли. При этом также должна присутствовать ненависть к аналитику, которая оказалась столь же преодолимым препятствием в анализе Ференци Фрейдом. Несмотря на неоднократные попытки со стороны Ференци обратить внимание Фрейда на



реальности мы признаем, что объекты, которые прежде приносили удовольствие, должны быть утрачены (Freud, цит. по Fegeszí, 1926).

Или, используя формулировку Ференци: на первой фазе, фазе интроекции, «существует одно это, которое включает в себя весь мир опыта». На второй стадии, стадии проекции, «всегомогущество приписывается внешним силам». И на финальной стадии проекция и интроекция могут быть сбалансированы, так что колебания между проекцией и интроекцией могут быть по большей части происходить осознанно. Лишь таким образом может начинаться признание окружающего мира, «после того, как происходит отказ от защиты от вызывающих боль объектов и их отрицание, а их стимулы, инкорпорированные в это, трансформируются во внутренние импульсы» (*Клинический дневник*).

Почему это так, почему травма вызывает более сильную чувствительность к боли амбивалентности — открытый вопрос, связанный с природой травмы и расщепления. Проработка боли и тревоги — вместе с порождаемым ими стыдом — становится фокусом в аналитической работе с травмированными пациентами (в действительности, возможно, со всеми пациентами). Ференци был, как верно отмечает Фогель, первым аналитиком, обратившим свое внимание на интернализацию, хотя такое сосредоточение принесло с собой некоторую путаницу по поводу того, являются ли его «это» и «объекты» «репрезентационными фантазиями лиц — текущими мыслями и чувствами — или же более абстрактными, деперсонализированными психическими структурами или силами» (Fogel, 1993).

Такая проработка означает постоянное сосредоточение на переносе и сопротивлении переносу, сопротивлении к переживанию боли. Одна из широко распространенных защит, используемых в таких случаях, состоит в том, что пациент не доступен. Чувство того, что ты не находишься в данное время в аналитической ситуации, «своего ухода», который описывают многие пациенты, является не состоянием «не-существования», а скорее состоянием «не-существования-здесь», переживанием, связанным с мазохизмом (см., например, Brenner, 1996; Krystal, 1978). Ференци пишет:

Исчезновение собственной личности, в то время как другие все еще находятся на сцене, будет, таким образом, лежать в основании глубочайшего корня мазохизма (иначе совершенно непонятного), самопожертвования ради других людей, животных или вещей, или идентификации с внешними напряжениями и болями, что является не имеющим смысла поведением, с психологической или эгоистической точки зрения. Если это так, тогда невозможно никакое мазохистское действие или эмоциональный импульс такого рода без временного умирания собственной личности. Поэтому я совсем не ощущаю наносимую мне боль, потому что я не существую (*Клинический дневник*).

проблему непроанализированного негативного переноса и контрпереноса, Фрейд не был склонен распознавать негативный перенос или ненависть как у своих пациентов, так и у себя (см. Winnicott, 1949). Однако нераспознавание ненависти в переносе и контрпереносе лишает пациента важного источника ориентации в мире и легко может само по себе становиться постыдным.

### Боль, амбивалентность и аналитическая ситуация

Многое в успехе анализа пациентов, которые были травмированы, заключается в позволении им принять еще более сильную боль, от которой они утратили всю свою жизнь. Тяжело травмированные пациенты обладают недостаточными ресурсами для того, чтобы справиться с амбивалентностью, вместо этого полагаясь на защитное расщепление. Кроме того, магическое мышление и всегомогущество, используемые для того, чтобы избежать дезинтеграции, лишают таких пациентов адекватного восприятия и суждения о «реальности». Но если это так, как сможет травмированный пациент подтвердить первоначальную боль — или боль, связанную с объектом, в значительной мере похожим на первоначальный объект, — чтобы сделать боль осознаваемой? Как могут быть подтверждены неприятные идеи перед лицом вытеснения? Это — цель анализа и критерий аналитической работы, и, я бы добавил, эффективной аналитически ориентированной психотерапии (см., например, Fegeszí, 1926, и Balint, 1968).

Пациент нуждается в исследовании своих неприятных идей, в сознательном взгляде на них, несмотря на ту боль, которую это вызывает. В своей будапештской лекции «Пути продвижения в психоаналитической терапии» (1919) Фрейд писал: «Каким бы жестоким это ни могло показаться, мы должны стремиться к тому, чтобы страдание пациента, в той степени, в какой оно в некотором отношении эффективно, не приходило преждевременно к концу». Несмотря на советы Я-психологов и других исследователей относительно большей эмпатии, представляется важным сосредоточить внимание на оценке аналитиком страдания пациента. Для того, чтобы быть в состоянии судить о том, каков болевой порог пациента в каждый данный момент лечения, требуется эмпатия и умение, а также здравое клиническое суждение. Это, по моему мнению, важный момент, который также определяет цель аналитической работы: не утешение, а скорее толерантность к боли и дискомфорту увеличивает силу это и чувство самоуважения и уменьшает стыд.

Первой и самой безотлагательной целью тестирования реального положения вещей является не нахождение в реальности объекта, соответствующего представлению о данной вещи, а нахождение его *вновь*, чтобы убедиться, что он все еще здесь... В качестве условия для тестирования

Это открывает новую область исследования, которую я надеюсь обсудить в следующей статье: область взаимосвязи между вопросами реальности и психической реальности, как они применяются к психической боли. Здесь достаточно сказать, что характер наших культурных представлений о боли претерпел громадное изменение в связи с приходом убивающих боль лекарств и анестезии. Введение в практику анестезии и убивающих боль лекарств способствует возрастанию фазапозий всемогущества, которые, в свою очередь, искажают восприятие боли. Вполне возможно, что так как многие пограничные пациенты не уверены в «реальности» своих психических болей и напуганы такой «реальностью», то их фантазии о боли и предвосхищающий страх перед нею принимают преувеличенные размеры.

#### Заключение

Я пытался показать, что расщепление и идентификация с агрессором могут изучаться феноменологически и аналитически как реакции на травму. Так как тяжелая детская травма влечет за собой разнородность смерти души и убийства души, такие чувства омертвелости следует делать доступными для аналитического процесса. В анализе, однако, аналитики могут непреднамеренно повторять в аналитической ситуации те самые переживания травмы, которые они пытаются проработать. Так как пациенты, пережившие детскую травму, склонны повторять в переносе свои чувства, а также в связи с тем, что аналитик одновременно является лицом, к которому они обращаются за помощью, и которое причинило им ужасный вред, такое повторение является крайне постыдным — и болезненным — и умение с ним справляться требует значительных умений со стороны аналитика.

Особый акцент на явлениях контрпереноса и на феноменологических описаниях расщепления и идентификации с агрессором служит лучше всего осознанию воздействий аналитической ситуации на пациента и прояснению природы и функции психической боли. Там, где имеет место травма, в связи с уязвимостью и болью переживается стыд, при этом травматические пациенты ненавидят себя за то, что неспособны эти чувства выносить. Наконец, повторение травмы в аналитической ситуации доводит до осознания многих пациентов их собственное соучастие в своем психическом исчезновении и изгнании, которое порождает еще больший стыд и страх боли облегчения травмы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychoanalytic Association (1999). Panel «Shame Contempt Interchanges». — Washington, D.C., meeting.

2. *Balint Michael (1968)*. The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. — London: Tavistock Publications.
3. *Bonomi Carlo (1998)*. Flight into sanity: Jones' allegation of Ferenczi's mental deterioration reconsidered. Unpublished manuscript.
4. *Brener Ira (1996)*. Trauma, perversion and «multiple personality» // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 44 (3): 785–814.
5. *Ferenczi Sandor (1909)*. Introjection and transference. In Clara Thompson (ed.), *Selected Papers of Sandor Ferenczi*. Vol. 1. — New York: Basic Books, 1950.
6. *Ferenczi Sandor (1914)*. Embarrassed hands. In John Rickman (ed.), *The Selected Papers of Sandor Ferenczi*. Vol. 2. — New York: Basic Books, 1960.
7. *Ferenczi Sandor (1926)*. The Problem of acceptance of unpleasant ideas advances in knowledge of the sense of reality. In John Rickman (ed.), *The Selected Paper*; of Sandor Ferenczi. Vol. 2. — New York: Basic Books, 1960.
8. *Ferenczi Sandor (1931)*. Notes and fragments, aphoristic remarks on the theme of being dead being a woman // In M. Balint (ed.), *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*. — London: Karnac Books, 1994.
9. *Ferenczi Sandor (1932)*. The Clinical Diary of Sandor Ferenczi, Judith Dupont (ed.), Michael Balint and Nicola Zarday Jackson, trans. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
10. *Ferenczi Sandor (1933)*. The Confusion of tongues // In M. Balint (ed.), *Selected Papers of Sandor Ferenczi*. Vol. 3. — New York: Basic Books, 1955.
11. *Fogel Gerald (1993)*. A transitional phase in our understanding of the psychoanalytic process a new look at Ferenczi and Rank // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2 585–602.
12. *Freud Ana [1936 (1966)]*. The Ego and the Mechanisms of Defense London Hogarth Press Ltd.
13. *Freud Sigmund (1895) (with J. Breuer)*. Studies on hysteria Standard Edition 2 45 ff.
14. *Freud Sigmund (1909)*. Lectures on psychoanalysis Standard Edition 9 252 ff.
15. *Freud Sigmund (1914)*. Remembering, repeating and working through Standard Edition 1 2 147 ff.
16. *Freud Sigmund (1919)*. A child is being beaten Standard Edition 17 179 ff.
17. *Freud Sigmund (1919)*. Lines of advance in psychoanalytic therapy Standard Edition 12.
18. *Haynal Andre (1987)*. The Technique at Issue Controversies in Psychoanalysis from Freud and Ferenczi to Michael Balint London Karnac.
19. *Haynal Andre (1989)*. The concept of trauma and its present meaning / *Int. Rev. Psychoanal.* 16 315–321.

20. *Haynal Andre (1991)*. The psychoanalytic movement healing through love. A unique dialogue in the history of psychoanalyse Free Associations 21 1-20.
21. *Hotter Axel (1991)*. The Freud-Ferenczi controversy a living legacy // Int. Rev. Psychoanal. 18 465-472.
22. *Hotter Axel (1998) (with Peter Hotter)*. Ferenczi's fatal illness in historical context Paper presented at American Psychoanalytic Association meetings, Toronto.
23. *Kierkegaard Soren (1849)*. The Sickness Unto Death. Alastair Hannay, trans London and New York Penguin, 1989.
24. *Kilborne Benjamin (1995)*. Of creatures large and small, psychic size, size anxiety and the analytic situation The Psychoanalytic Quarterly 64 672-690.
25. *Kilborne Benjamin (1999a)*. The disappearing who Kierkegaard, shame and the self // In J. Adamson and H. Clank (eds), Scenes of Shame Psychoanalysis, Shame and Writing Albany State University of New York Press.
26. *Kilborne Benjamin (1999b)*. Ferenczi, regression and shame // Int. Annals. Psychoanalysis, in press.
27. *Kirschner Lewis (1993)*. Concepts of reality and psychic reality in psychoanalysis as illustrated by the disagreement between Freud and Ferenczi // Int. J. Psychoanal. 75 219-230.
28. *Krystal Henry (1978)*. Trauma and affects Psychoanal Study Child 33 81-116.
29. *Lansky Melvin (1992)*. Fathers Who Fail Hillsdale. NY. The Analytic Press.
30. *Lear Jonathan (1996)*. The Introduction of eros // J. Am. Psychoanal. Assoc. 44 (3) 696.
31. *Levy Steven T. and Inderbitzin Lawrence B. (1997)*. Safety and danger and the analyst's authority // J. Am. Psychoanal. Assoc. 45 (2) 377-394.
32. *Loewald Hans (1951)*. Ego and reality // Int J. Psychoanal. 32 10-18.
33. *Loewald Hans (1987)*. Some considerations on repetition and the repetition compulsion // In Papers on Psychoanalysis New Haven Yale University Press.
34. *Martin Cabre Luis (1997)*. Freud-Ferenczi controversy terminable and interminable // Int J. Psycho. Anal. 78 105-114.
35. *Winnicott D. W. (1949)*. Hate in the countertransference // Int. J. PsychoAnal. 30 69-74.
36. *Wurmser Leon (1981)*. The Mask of Shame. — Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Перевод Е. Смиркиной, В. Старовойтова.

## ЭДИП И НАРЦИСС: К ВОПРОСУ О КОМПЛЕМЕНТАРНОСТИ КОНФЛИКТА И ДЕФИЦИТА<sup>1</sup>

«Интерпретировать текст вовсе не значит  
наделять его неким конкретным смыслом  
(относительно правомерным или отноти-  
тельно произвольным), но, напротив, понять  
его как воплощенную множественность».  
(Р.Барт. «S/Z»)

Название любого доклада или статьи мы можем сравнить с явным содержанием сновидения, которое лишь отчасти отражает скрытый смысл, создавая из бессознательных мыслей образы, которые впоследствии переходят в слова, образуя некий текст.

Речь в моей статье в целом пойдет об использовании динамического подхода в психоанализе — о взаимосвязи и взаимозависимости различных факторов развития, психопатологии и психотерапевтического процесса.

Психоанализ, как любая герменевтическая дисциплина, должен иметь дело с прочтением и интерпретацией текстов. Текст — это то, что может быть опознано, как определенная структура смыслов и то, что может быть понято и подвергнуто интерпретации<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Я хочу выразить благодарность моим коллегам, участникам психоаналитической группы при Институте практической психологии и психоанализа, за поддержку, оказанную мне при написании этой статьи. Особую благодарность мне хочется выразить моей жене и коллеге, Элине Зиминой. Ее искренний интерес к моей работе, поддержка, ценные комментарии и вопросы помогли мне глубже понять и раскрыть эту тему. Данная статья является переработанной версией доклада «Идентификация, тело, текст», который был прочитан автором на 2-м Московском русскоязычном семинаре «Эдип и Нарцисс. Психоаналитические модели диагностики и терапии», состоявшемся 3-4 марта 2001 года.

<sup>2</sup> П.Рикер (1996) пишет о том, что «анализируемый включается в семиотическое прочтение своего опыта и поднимает свой опыт на уровень приемлемого и понятного рассказа или истории», то есть «он должен рассмагивать свой опыт в

Зимин Виталий Александрович — психоаналитический психотерапевт, участник учебной программы по психоаналитической психотерапии, реализуемой Американской психоаналитической ассоциацией. В Институте практической психологии и психоанализа преподает курс «Введение в психоанализ».