

Д. С. Рождественский

Пограничная



ЛИЧНОСТЬ

Б&К
Санкт-Петербург 2006

ББК 88.5

Д. С. Рождественский

ISBN 5-9827-8032-4

Пограничная личность — СПб: Б&К, 2006. — 160 с.

Новая работа психотерапевта Д. С. Рождественского, известного читателям по книге «Начало психоаналитического процесса». Являясь формально (по замечанию автора) учебно-методическим пособием, данная книга представляет из себя органичный сплав теоретических изысканий психоанализа в области понятия «пограничная личность» с практикой работы с пациентами, страдающими расстройствами, связываемыми с этим термином. Многолетний опыт терапевтической практики автора делает это пособие интересным как начинающим, так и зрелым специалистам.

ISBN 5-9827-8032-4

©Д. С. Рождественский, 2006

Содержание

Предисловие.....	5
1. Пограничная личность: теория.....	7
1.1. Понятие «пограничности» (Borderline).....	7
1.2. Концепция пограничной личности: исторический обзор.....	14
1.3. Дифференциальный диагноз «пограничности».....	21
1.4. Главная проблема пограничной личности.....	31
1.4.1. Диффузная идентичность.....	31
1.4.2. Слияние Я и объекта.....	34
1.5. Характеристики пограничной личности.....	37
7.5.1. Защитные механизмы.....	37
1.5.1.1. Общие замечания.....	37
1.5.1.2. Расщепление.....	39
1.5.1.3. Идеализация, всемогущество и обесценивание.....	42
1.5.1.4. Изоляция и отрицание.....	45
1.5.1.5. Проекция и интроекция.....	46
1.5.1.6. Проективная идентификация.....	48
1.5.1.7. Диссоциация.....	53
1.5.2. Инстинктивные импульсы.....	55
1.5.3. Эго и Суперэго.....	56
1.5.3.1. Эго.....	56
1.5.3.2. Суперэго.....	58
1.5.4. Отношения с реальностью.....	59
1.5.5. Объектные отношения.....	62
1.6. Типология пограничной/личности.....	66
1.7. История пограничной личности.....	69
2. Пограничная личность: практика.....	79
2.1. Проблемы терапии пограничной личности.....	79
2.2. Интервьюирование и диагностика.....	81
2.2.1. Общие замечания.....	81
2.2.2. Структурное интервью.....	82
2.2.3. Проблемы структурного интервью и альтернативные подходы.....	87
2.3. Терапия пограничной личности.....	91
2.3.1. Выбор целей и средств.....	91
2.3.1.1. Стратегические цели терапии.....	91
2.3.1.2. Прогностические критерии.....	92
2.3.1.3. Выбор методики и техники.....	93

2.3.1. Выбор целей и средств	91
2.3.1.1. Стратегические цели терапии	91
2.3.1.2. Прогностические критерии	92
2.3.1.3. Выбор методики и техники	93
2.3.2. Основные принципы терапии	96
2.3.2.1. Общие замечания	96
2.3.2.2. Экспрессивная психоаналитическая терапия	99
2.3.2.3. Поддерживающая психоаналитическая терапия . . .	100
2.3.2.4. Психоанализ	102
2.3.3. Терапевтический сеттинг	103
2.3.4. Терапевтический альянс	107
2.3.5. Трансфер-контртрансферное взаимодействие	112
2.3.5.1. Трансфер	112
2.3.5.2. Контртрансфер	120
2.3.6. Терапевтические инструменты: интерпретация и отношения	126
2.3.6.1. Интерпретация	126
2.3.6.2. Отношения	134
2.3.7. Невербальный материал: отыгрывание	145
2.3.8. Тупиковые ситуации в терапии	152
2.4. Результаты терапии (вместо заключения)	153
Литература	156

Предисловие

Термин «пограничная личность» (пограничное расстройство, пограничное состояние и т. п.) в настоящее время широко используется в психотерапии для обозначения пациентов, которые, страдая от серьезных и глубоких психологических проблем, все же не являются настолько нарушенными, чтобы быть отнесенными к категории психотиков. Можно упрощенно сказать, что психотическая личность обитает в мире собственных грез и фантазий; невротическая, как и здоровая — в реальном мире. Пограничный субъект занимает переходную область между этими двумя континуумами — между реальностью и фантазией, между принятием и отрицанием действительности; нуждаясь в реальности, он одновременно боится потерять в ней себя. Терапевта, включающегося в работу с таким пациентом, ждут большие трудности и интереснейшие открытия в этом переходном пространстве, а по завершении терапии, если она была удачна — величайшее эмоциональное и интеллектуальное удовлетворение. Впрочем, и удовлетворения, и разочарования ожидают его не только в финале процесса, но буквально на каждой рабочей сессии, на каждом шагу.

Данная книга формально является учебно-методическим пособием, но лишь формально: практически невозможно написать обучающую инструкцию по психотерапии пограничных пациентов. Во-первых, любой из них неповторим, и их психический мир вряд ли может быть подвергнут достаточно конструктивному теоретическому обобщению. Поэтому-речь здесь пойдет только о некоторых общих или схожих принципах их мировосприятия, ощущения себя, выстраивания и развития отношений. Во-вторых, я не считаю себя вправе быть инструктором в этой области, поскольку годы моей практики не упростили, а парадоксальным образом усложнили мое видение и понимание «пограничных» проблем. В настоящее время мой опыт показывает, что во всем, касающемся работы с пограничной личностью, ни на один вопрос нет окончательного ответа: постулат, справедливый для одного пациента, оказывается неприменим к другому и т. д. Неудивительно, что среди психоаналитиков существует столько разных взглядов на феномен «пограничности» и что столь актуальными остаются многие критические замечания в адрес концепций Кернберга, Стоуна, Фроша и

других авторов. Это естественно хотя бы потому, что психоанализ существует лишь чуть более ста лет, и из них только последние шесть-семь десятилетий специалисты уделяют внимание пограничной личности. Возможно, пройдет еще лет пятьдесят, и нынешний взгляд на этих пациентов и на перспективы их терапии будет выглядеть наивным и безнадежно устаревшим; возможно, мы будем знать о них то, чего пока не способны даже предположить.

В заключение предисловия я хотел бы выразить благодарность моим коллегам, сотрудникам Восточно-Европейского Института психоанализа — бессменной базы для моей практической и исследовательской работы, — в первую очередь ректору Института, профессору Михаилу Решетникову, одному из моих первых супервизоров, человеку, побудившему меня к написанию этой книги. Я глубоко признателен людям, с которыми много беседовал о проблемах пограничной личности в рамках собраний нашей интервизорской группы — Юрию Баранову, Марии Машовец, Ольге Слезкиной, Сергею Соколову, Владимиру Шамову, — чей опыт, представления и критические замечания во многом способствовали формированию взглядов, выраженных в данной работе (эти пять имен будут подразумеваться ниже всякий раз при ссылках на «наш опыт» и «результаты наших наблюдений»), и Андрею Куликову, чьи мысли и рекомендации не раз помогали мне в сложные моменты проводившихся мною анализов.

1. Пограничная личность: теория

1.1. Понятие «пограничности» (Borderline)*

Пограничный субъект — тот, кто психически более «болен», чем невротик, однако не страдает психозом. Несмотря на кажущуюся проясленность этого определения, пожалуй, нет в психоанализе другого диагностического (если данное прилагательное здесь уместно) понятия, которое носило бы столь же расплывчатый и неоднозначный характер. (Писываю ли этот термин конкретную патологию, более глубокую, чем невроз, но менее злокачественную, чем психоз, или структуру личности (характера), занимающую промежуточное положение между невротическим и психотическим континуумом? Иными словами, идет ли речь о «болезни» или лишь об особой личностной предрасположенности к болезненным реакциям? Что это — реальное психическое нарушение или некий «дефицит» психики, или артефакт, проявляющийся исключительно в поле отношений, причем не всех, а лишь некоторых, весьма специфических? Какой из широко употребляемых психоаналитиками терминов наиболее корректен: пограничная личность, расстройство, состояние, синдром — или в каждом из этих случаев речь идет о чем-то особом? Побеседовав с практикующими психотерапевтами, нетрудно убедиться, что каждый из них вкладывает в понятие «пограничности» свой, субъективный смысл; каждый по-своему расставляет акценты. Обзор существующей литературы демонстрирует множество подобных же разногласий.

Начнем с того, что сам термин в нашем отечественном профессиональном обиходе не нов, но его традиционная трактовка вносит путаницу и дальнейшее. Отделим зерна от плевел. В российской психологии словосочетание «пограничное состояние» давно используется для обозначения слабых, стертых форм нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией. В узком смысле сюда относят психогении (реактивные состояния, неврозы), психопатии, а также психические

Borderline (англ.) — граница, пограничная полоса.

нарушения в экстремальных условиях деятельности. В широком, лечебно-практическом смысле термин распространяется на вялотекущие формы шизофрении, циклотимию, психосоматические расстройства, хронический алкоголизм без выраженной деградации личности и т. д. (Психология, 1990). Одновременно в российской психиатрии понятие «пограничного состояния» применялось и продолжает нередко применяться как синоним психопатии, то есть стойкого характерологического нарушения, препятствующего адаптации (заметим, что современный психоанализ описывает психопатическую личность как личность с антисоциальными паттернами поведения).

Неоднозначность понимания термина стала особо очевидна во время проведения в Санкт-Петербурге Всероссийской научной конференции «Современные проблемы развития пограничной психиатрии» (Военно-Медицинская Академия, 1998). Разные докладчики относили к пограничным расстройствам или состояниям алкоголизм, наркоманию, нервную анорексию и булимию, депрессию, индуцированные психозы, дисфорию половой идентичности, психопатии, тревожно-фобические расстройства, неврозы подросткового возраста и т. д. Само понятие «пограничной психиатрии» было раскрыто двояко: 1 — как широкая сфера перехода от здоровья к болезни, где проявления адаптивного напряжения психофизиологических систем граничат с формами дезадаптации и с аффективными, психовегетативными и поведенческими нарушениями непсихотического уровня; 2 — как «пограничье» между психиатрией и соматической медициной (Краснов, 1998).

Термин «пограничное расстройство» в новом значении был введен в российскую психиатрию через Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Согласно определению, пограничный тип (код диагностической группы F60.31) относится к специфическим эмоционально неустойчивым расстройствам личности (F60.3) наряду с импульсивным типом (F60.30): «Имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены (характерно хроническое чувство опустошенности). Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения» (Чуркин, Мартюшов, 2000). Данная клиническая картина действительно характерна для пограничной личности в современном понимании; однако очевидно, что

подход МКБ-10 основан на описательных критериях и не учитывает динамики глубинных психических процессов. В частности, как будет показано ниже, и многие другие из описанных МКБ-10 расстройств личности могут быть уложены в рамки современных психоаналитических концепций Borderline.

Очевидно также, что «пограничное расстройство» описывается МКБ-10 именно как тип патологии, но не как ее уровень. То же можно сказать и о первом официальном обозначении этого термина в 1980 году в DSM-III (введен Американской Психиатрической Ассоциацией) и о последующем использовании в DSM-IV. В качестве главных критериев здесь называются: нарушение идентичности, проявляющееся в неопределенном отношении к образу Я, сексуальной роли, жизненным и профессиональным целям, формам дружбы, сфере ценностей и ощущению внутреннего долга. Характерны импульсивность, непредсказуемость, интенсивные и нестабильные межличностные отношения с проявлениями неадекватной злости, неконтролируемого гнева, эмоциональной неустойчивости; склонность к суицидальным угрозам и попыткам, акты самоповреждения, психотические эпизоды. Фуллер Торри, обозначая нестабильность как ядро клинических проявлений при пограничном расстройстве, подчеркивает, что импульсивный и непредсказуемый характер поступков у этих субъектов особо ярко выражен в нескольких сферах, как распоряжение деньгами, сексуальная жизнь, употребление алкоголя и наркотиков, азартные игры, антисоциальные прошения, отношение к собственному здоровью и жизни. Он замечает также, что сам термин «пограничность» не вполне удачен, поскольку [о часто путают со старым термином «пограничная шизофрения», ныне примененным на «шизотипическое расстройство личности» (Фуллер Торри, 1996).

Можно констатировать следующее. Определения «пограничного расстройства» или «пограничного типа личности», даваемые МКБ-10, DSM-III и DSM-IV, явно относятся к достаточно тяжелым личностным характеристикам, не укладывающимся в область «между здоровьем и выраженной патологией». Названные классификационные системы (как и Фуллер Торри) дают яркую, специфическую, вполне узнаваемую картину «синдрома нестабильности», более яркого, чем «заурядный невроз», хотя и не столь «злокачественного», как, например, при шизофрении. С другой стороны, во всех этих случаях мы имеем дело с чисто описательным подходом, дающим

информацию не столько о сути патологии, сколько об ее внешних проявлениях (эти две вещи, безусловно, связаны, но все же второе не вытекает из первого с полной необходимостью). В то же время под приведенное описание не подходят многие пациенты (например, страдающие тяжелыми депрессиями или обсессивно-компульсивными расстройствами), чье состояние не может быть названо психотическим, но более негативно влияет на их жизнь, чем невроз.

Договоримся, что мы будем вести речь все же не о конкретном, узнаваемом «синдроме нестабильности» или «синдроме импульсивности» (ведь и нестабильность, и импульсивность, и все прочие вышеозначенные характеристики могут быть выражены от легкой степени до степеней, разрушающих жизнь субъекта), а о глубине (уровне) личностной патологии вне зависимости от ее внешних проявлений. Иными словами, говоря о пограничной личности или пограничном расстройстве, мы пойдем все же не по пути описательной психиатрии, но в традиционном психоаналитическом направлении: пограничный пациент — тот, чья проблематика принадлежит области между невротической и психотической патологией (Куттер, 1997). И здесь нас ожидает значительное количество проблем.

Затрагивая тему «пограничной личности», создатели интерсубъективного психоаналитического подхода — Роберт Столорю с соавторами — не без оснований замечают, что есть целый ряд мнений и множество вопросов «относительно того, что описывает термин Borderline, если он вообще что-то описывает» (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999). Критический словарь Чарльза Райкрофта определяет пограничную личность тройко: либо как носителя патологии между неврозом и психозом, либо как человека, психопатология которого не поддается категоризации, либо как человека, чье поведение, несмотря на наличие психотических механизмов, не дает оснований рассматривать его как психотика (Райкрофт, 1995). Весьма просто причислить пациента к категории «пограничных» — «производит впечатление психически больного, но не совсем сумасшедший», — особенно если его трудно понять и будущая терапия представляется тяжелой и малоперспективной. Нетрудно и описать такого пациента и его поведение. Но описание не дает ни определения, ни диагноза. В итоге приходится прийти к выводу, что «пограничность» — не диагностическая категория и тем более не четко распознаваемый синдром. Все эти пациенты очень разные, они страдают от самых разных конфликтов, по-разному воспринимают терапевта

и проявляют себя во взаимодействии с ним. Начинает даже казаться, что термин «пограничность» — почти всеобъемлющее понятие, от которого не стоит ждать практической пользы. Как заметила Нэнси Мак-Вильямс, этот термин «покрывает такой широкий диапазон симптомов, что может быть неправильно использован как мусорная корзина для классификации всех «трудных» пациентов, которых почему-то не хочется тщательно диагностировать» (Мак-Вильямс, 1998).

Главное разногласие, до сих пор существующее среди теоретиков психоанализа по отношению к понятию «пограничности», сводится к вопросу: описывает ли оно тип личности или уровень ее нарушения? Справедливо ли выделять «пограничную личность» наряду с «шизоидной», «нарциссической», как это делают Роберт Урсано с соавторами из Вашингтонского Института психоанализа (Урсано, Зонненберг, Мазар, 1992), или корректнее говорить, например, о нарциссических особенностях пограничной личности, или о пограничном уровне функционирования личности того или иного типа (Мак-Вильямс, 1998)? Часто термин используется по отношению к определенной структуре характера, предрасполагающей к затрудненным коммуникациям с людьми и к фундаментальным сложностям, связанным с патологическим функционированием Эго* (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999). Отто Кернберг предлагает оперировать понятием «пограничного личностного расстройства», чтобы обозначить сочетание ненормальных или патологических черт характера, способных вызывать значимые расстройства на внутриспсихических или межличностных функциях. Он же, однако, признает и подробно описывает неисчерпаемые проблемы, связанные с классификацией личностных расстройств, в частности, в DSM-III (Кернберг, 2000). В более ранней своей работе Кернберг отмечает разнообразие терминологий, используемых параллельно разными авторами для обозначения феномена «пограничности»: «пограничные состояния» (Найт, 1953), «предшизофреническая структура личности» (Раппопорт, 1945, 1946), «психотический характер» (Фрош, 1964) и т. д. Также непонятно, пишет Кернберг, можно ли отнести сюда определения «амбулаторной шизофрении» Зильбурга, «псевдоневротической

* В психоаналитической литературе нередко встречается смешение понятий Эго и Я. Здесь и далее в тексте термин Эго используется применительно к внутриспсихической инстанции в структурной модели, наряду с Ид и Суперэго. Я — понятие, близкое само-Я: субъект, эмпирическое ощущение себя как отдельного от окружающего мира.

шизофрении» Коха и Полатина, «как-если-бы-личности» Дейч, «шизоидной личности» Фейрберна и т. д. (Kernberg, 1967).

Взгляды разных авторов на глубинную суть феномена «пограничности» столь же разнообразны, сколь и используемые ими терминологические определения: поневоле задумываешься, ведут ли они речь об одном и том же явлении. Хайнц Когут определяет «пограничность» как дискретную и ясно отделенную от нарциссических личностных расстройств диагностическую сущность: пограничный пациент — субъект, переживающий хроническую угрозу необратимой дезинтеграции (цит. по: Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999). Гандерсон утверждает, что «пограничность» есть узкая и четко очерченная диагностическая единица, делаая акцент на наличии кратковременных психотических эпизодов и во многом следуя в своем понимании этого определения за DSM-III (Gunderson, 1982). Джеймс Мастерсон (как и многие другие) отказывается от столь конкретных формулировок, придавая понятию «пограничности» весьма широкий смысл (Masterson, 1978). Промежуточную позицию в данном вопросе занимают, в частности, Майкл Стоун (Stone, 1980) и Кернберг (Kernberg, 1975). С точки зрения этих авторов, понятие Borderline есть диагностическое определение личности, проблематика которой возникла в точке схождения трех предрасположенностей: генетической, психодинамической и темпераментной. Согласно наблюдениям Кернберга, пограничная личность предполагает наличие специфической и исключительно стабильной патологической структуры Эго. Симптоматика при этом может быть весьма схожа с таковой при неврозах или других не очень тяжелых расстройствах (Kernberg, 1967). Дональд Винникотт рассматривал «пограничные случаи» пациентов, ядро нарушений которых является психотическим, а психическая организация постоянно подвержена неврозам или психосоматическим заболеваниям, возникающим при угрозе прорыва психотической тревоги (Winnicott, 1969). В. Б. Иванов, ссылаясь на Шескана, описывает пограничную проблематику как специфическую слабость в интеграции Эго, связанную с формированием частично дисфункционального фасада «мнимой адаптации» личности и с переживанием диффузного страха, демонстрирующего архаичное недоверие к себе и к миру (Иванов, 1998).

Особую позицию занимают авторы интерсубъективного подхода, подчеркивающие, что при рассмотрении феномена «пограничности» с межличностной точки зрения возникает его альтернативное понимание:

внимание сосредотачивается на интерсубъективных контекстах, в которых возникает симптоматика. Иными словами, «пограничность» — это артефакт, как в раннем развитии, так и в психоаналитической ситуации. Как полагают Столороу с соавторами, речь идет не об отчетливой патологической структуре характера, коренящейся в патогномичных конфликтах, но о личности с высокой потребностью в специфических (архаичных) связях с объектом. «Пограничность» есть явление, возникающее лишь в интерсубъективном поле и включающее в себя крайне хрупкое, уязвимое Я и архаическую Я-объектную связь. Оно всегда детерминировано не только расстройством Я субъекта, но и неспособностью собеседника к установлению требуемой связи. Идея «пограничной структуры характера» представляет собой симптом трудно-сгей, испытываемых терапевтами в понимании некоторых пациентов (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

По-видимому, справедливее всего было бы сказать, что любое обобщение в отношении пограничной личности или пограничного расстройства будет не до конца оправданным. Кернберг, например, при всей четкости своих определений признает, сколь разные личности и картины симптомов подпадают под его диагноз «пограничного расстройства», относя сюда параноидную личность, шизоидную, гипоманиакальную, депрессивно-мазохистическую или депрессивную структуру характера и т. д. (речь об этих типах и симптомах пойдет ниже).) |,аже если обнаружить общие для всех этих пациентов дефекты психических структур, трудности развития и конфликты, предстоит объяснить, почему в одном случае формируется инфантильная личность, в (ругом — гипоманиакальная, шизоидная и т. д. Возможно, оптимальным для*наших целей вариантом будет единственное обобщение, предложенное Мастерсоном: «пограничность» как диагностическая категория подразумевает организацию личности, занимающую промежуточное (пограничное) положение между невротической и психотической организацией и качественно отличающуюся от них обеих (Masterson, 1980).

Таким образом, не принимая безоговорочно и не оспаривая точку зрения никого из названных авторов, мы станем в дальнейшем использовать термин «пограничная личность», объединяя под ним понятия «личности с пограничным расстройством», «пограничной структуры характера», «пограничного состояния» и другие. Речь будет идти о личностной структуре, более тяжелой в своих производных и последствиях, чем обычный невроз, однако не подверженной длительным психотическим

декомпенсациям. Мы относим этот термин неспецифическим описательным образом к большой и разнородной группе пациентов, чья патология по различным причинам не может быть отнесена ни к неврозу, ни к психозу, и станем говорить лишь о некоторых чертах и особенностях, более или менее общих для большинства из них (но не для всех).

1.2. Концепция пограничной личности: исторический обзор

В XIX столетии до появления описательной психиатрии классификация душевных расстройств была чрезвычайно проста. Согласно принятым клиническим взглядам, выделялось лишь несколько форм душевных заболеваний. Мак-Вильямс, ссылаясь на Prichard (1835), сообщает, что в то время люди с истерическими симптомами, фобиями, obsессиями, маниакальными и депрессивными тенденциями относились к разряду личностей с «психологическими трудностями»; те же, кто страдал галлюцинациями, бредом, нарушениями мышления, считались «больными». Те, кого современные психотерапевты определили бы как «антисоциальную личность», причислялись к категории «морально безумных» (Мак-Вильямс, 1998).

Отцом современной диагностики стал во второй половине XIX века Эмиль Крепелин. В целях выявления общих синдромов и характеристик заболеваний он проводил тщательные исследования пациентов, прежде всего тех, кто страдал эмоциональными расстройствами и нарушениями мышления. Крепелином была разработана теория этиологии психических заболеваний, согласно которой расстройства делились на экзогенные и эндогенные, то есть вызванные соответственно внешними и внутренними причинами. Первые считались излечимыми, вторые, например, dementia praecox — раннее слабоумие, ныне шизофрения — нет (Kraepelin, 1913).

Фрейд в разработке новых диагностических (психоаналитических) концепций многое перенял у Крепелина, в частности — терминологию. Однако в отличие от своего предшественника он не ограничился описанием синдромов и установлением простейших связей между клинической картиной и патогенными факторами. Простым вариантам внутренней и внешней причинности он противопоставил более сложные психодинамические модели, опирающиеся на раннюю психоаналитическую концепцию бессознательного. Пожалуй, главным

недостатком фрейдовского подхода на ранних стадиях развития психоанализа было то, что Фрейд ставил пациентам диагнозы на описательной основе, то есть исходя из внешней картины симптома. Следствием оказались, в частности, диагнозы истерии для многих его гораздо более глубоко нарушенных (как полагают в наше время) пациентов. «Самый знаменитый пациент в истории психоанализа» Сергей Панкеев, описанный Фрейдом как страдающий неврозом навязчивых состояний, многими современными аналитиками рассматривается как пограничная личность с манифестируемой obsессивной симптоматикой. Лишь 1 юднее стала ясна разница между такими понятиями, как невроз и невротический характер, депрессия и депрессивная личность, и т. д.

Тем не менее еще с конца XIX столетия Фрейд уделял значительное внимание психотическим расстройствам, четко отделяя их от неврозов и пытаясь сформулировать принципиальное различие между ними. Основным критерий был определен им в итоге следующим образом: при dementia praecox (шизофрении) либидо, освободившись вследствие 1 вне несостоятельности человека в жизненной борьбе, не останавливается на объектах фантазии, как при неврозе, а возвращается в Я субъекта (Фрейд, 1991). В дальнейшем, описывая случай Дэниэла III ребера (1911), Фрейд отмечал, что при неврозе вытесненное либидо |>стается бессознательно привязано к объекту, и компоненты оральных, анальных, эдиповых желаний доступны наблюдению по их производным. При психозе либидо отнимается от объектов полностью, и никаких наблюдаемых производных влечений нет (Фрейд, 2003). Другими словами, концепция Фрейда рассматривала в качестве ведущего критерия дифференциации неврозов и психозов отношения субъекта с реальностью. При неврозе личность не теряет связи с реальностью, при психозе — отрывается от нее. Либидинозная организация, согласно фрейдовскому взгляду, проходит в своем развитии путь от аутоэротизма к объектной любви. Говоря о точках фиксации, к которым регрессирует субъект при формировании психопатологии, Фрейд предполагал, что при неврозе фиксации располагаются на стадии объектной любви; при шизофрении же регрессия возвращает личность на стадию аутоэротизма или примитивного нарциссизма, где еще не существовало потребностей в иных объектах, кроме собственного телесного Я (Фрейд, 1990). Однако данные представления были не вполне совершенны, так как они предполагали дилемму: личность либо находится в отношениях с реальностью, либо существует в отрыве от нее.

В действительности все не так просто. С одной стороны, разрыв с реальностью в той или иной мере наблюдается при большинстве неврозов; с другой — даже при психозе этот разрыв, как правило, не бывает полным и окончательным. У любого психотика присутствуют некие неповрежденные области Я, относительно адекватно взаимодействующие с окружающим миром. Иными словами, многое зависит от того, какие ресурсы имеются в распоряжении Я.

Тем не менее почти до середины XX века психоаналитики, следовавшие за Фрейдом, концептуализировали свои наблюдения и взгляды в рамках фрейдовской модели невротических и психотических патологий. В центре их внимания оставалось сохранение или отсутствие контакта с реальностью, то есть либидинозный катексис или декатексис окружающего мира. В соответствии с «классической» теорией влечений аналитики пытались понять любую патологию на основе фиксаций, связанных с ранними психическими травмами — с травмами, ставшими причиной либо отрыва либидо от объектов, либо его перенесения на фантазийный объект.

С появлением в 1923 году фрейдовской «структурной модели» психического аппарата и с началом исследований Эго как регулятора отношений между Ид и реальностью акцент внимания во многом сместился на совокупность защит, позволяющую субъекту справляться с тревогой. Те, кто пошел по пути Эго-психологии, стали рассматривать в качестве главного патогенного фактора при неврозах механистичность и ригидность защит, применяемых Эго. Страдание пациента объяснялось тем, что эти защиты отрезали Эго от Ид, уничтожая возможность творческого использования энергии влечений. При психозе, напротив, защиты определялись как слишком слабые, что приводило к неконтролируемому «затапливанию» личности энергией Ид. Соответственно терапия неврозов должна была сводиться к приданию защитам большей гибкости и мягкости и открытию доступа к энергии Ид для ее конструктивного приложения. Лечение психозов предполагало, напротив, укрепление защитных механизмов для улучшения отношений с реальностью и обуздания Ид.

В 30-е годы XX века Вильгельм Райх внес одно из первых существенных дополнений в классическую дихотомию «невроз-психоз». Райх обозначил различие между симптоматическими неврозами и неврозами характера, предложив разделять пациентов с локальной невротической симптоматикой и тех, чей характер всецело определяется

невротическими паттернами (Reich, 1972). «Характерологический анализ» Райха стал одним из первых шагов к различению степеней нарушенное™ адаптации к реальности внутри, казалось бы, целостного невротического континуума. Нанберг сформулировал различие следующим образом: о симптоматической проблематике речь идет в случае, если проблема есть очевидное новообразование, вызывающее у пациента тревогу; если пациент сам обращается за помощью, рассматривает симптом как чуждый своей личности и способен адекватно оценить перспективу избавления от него в рабочем союзе с терапевтом. В этой ситуации можно допустить, что в жизни пациента активизировался некий бессознательный конфликт, принадлежащий инфантильному периоду и решаемый с помощью непригодных в настоящее время средств. Если же проблема существовала всегда, сколько пациент помнит, и он рассматривает свои симптомы как адекватные реальности и не проявляет готовности к сотрудничеству, можно предположить, что терапевт имеет дело с проблемой характера. Терапевтическая задача в > I ом случае усложняется; прогноз становится менее благоприятен, так как симптоматика пациента представляет часть его целостности, и он не готов объединиться с терапевтом против нее. Очевидно, что речь |>дет идти не о простом устранении симптома, но о постижении и при- ня I ии пациентом нового взгляда на себя (Nunberg, 1955).

Итак, «невроз характера» дополнил в тридцатые годы существующую классификацию психопатологий и стал диагностической кате- | орией, занявшей промежуточное положение между симптоматичес- | нм неврозом и психозом. К недостаткам этой схемы можно было он | ести то, что она основывалась на предположении о большей пато- | югичности и разрушительности невроза характера по сравнению с | имптоматическим неврозом, которое не всегда подтверждается прак- | и кой. Кроме того, некоторые патологии характера выглядели слишком | лубокими и примитивными, чтобы описывать их как «невротические».

Эта последняя разновидность патологий была обозначена, в частности, в работах Хелен Дейч. В 1934 г. Дейч представила серию клинических случаев пациентов, названных ею «пациентами как-если- | — личностей с эмоционально обедненным или даже вовсе лишенным эмоций отношением к окружающему миру («как-если-бы я действительно жил в этом мире») (Deutsch, 1942). Вероятно, в настоящее время этих пациентов определили бы как страдающих тяжелой нарциссической патологией. Речь шла о глубоких нарушениях

развития Эго и способностей к зрелым отношениям. Пациенты Дейч явно не принадлежали к категории невротиков, но были в то же время слишком адаптированы к реальности, чтобы ставить им «психотический» диагноз. Это было ясным указанием на диагностическую категорию, не являющуюся ни неврозом, ни психозом. В 1938 году Дэниэл Штерн обозначил эту категорию как «пограничную группу неврозов», вероятно, впервые введя в обиход понятие «пограничности». Стало, кроме того, очевидно, что таких пациентов либо невозможно лечить с помощью стандартных психоаналитических техник, либо их анализы доставляют терапевтам необыкновенные сложности и подход к ним нуждается в существенных модификациях.

В тридцатые годы значительные шаги в понимании этих проблем были сделаны также Анной Фрейд (Фрейд, 1993) и Хайнцем Хартманном (Хартманн, 2002), исследовавшим Эго как инстанцию, регулирующую отношения между Ид и реальностью. Их работы были посвящены изучению способности Эго оперировать с влечениями для достижения нормальной адаптированности к окружающему миру. Эти исследования, осветившие различные степени патологической адаптации, вновь доказали существование широкой области психопатологий, занимающих промежуточное пространство между неврозом и психозом.

Особую роль в исследовании и описании этих психопатологий в тот же период сыграли работы британских теоретиков объектных отношений: в первую очередь сюда следует отнести представителей Независимой группы Британского психоаналитического общества — Дональда Винникотта, Микаэля Балинта, Рональда Фейрберна — и школы Мелани Клайн. «Независимые» отрицали или почти отрицали фрейдовский «биологизм», ставя потребность субъекта в отношениях выше, чем потребность в разрядке влечений, и вслед за Ференци описывая глубокие нарушения личности, вызванные фрустрациями объектных потребностей, переживаниями одиночества, неудачами примитивного опыта любви и интеграции собственного Я. Клайн также работала с пациентами, которые были слишком нарушены для применения к ним классического анализа. Чтобы описать происходящие в их психике процессы, требовался новый язык: многие примитивные, довербальные и иррациональные явления невозможно было выразить через понятия «фиксации», «регрессии», «катексиса» и «декатексиса». Клайн внесла важный вклад в понимание этих пациентов (на ее языке — «околопсихотических»), предложив концепцию параноидно-шизоидной

(спрессивной позиции. Речь шла о проблематике, закладывавшейся в первых месяцах жизни, когда раннее Эго младенца переполнено агрессией как производной «инстинкта смерти». От угрозы прекращения существования младенец спасается, используя примитивные защитные механизмы — расщепление и проективную идентификацию. Эти защиты доминируют у «околопсихотических» пациентов, наполняя их страхом перед окружающим миром, но оставляя ядро Эго целостным, то есть «полностью хорошим» (Klein, 1946).

С сороковых годов XX столетия подавляющее большинство аналогов стало признавать существование широкого диапазона патологий между неврозами и проблемами характера — с одной стороны, и психотическими нарушениями — с другой. Этому способствовало, в частности, расширение исследований Эго, осуществленное Филлис Ирвинг, Эдит Якобссон и другими, которое прояснило значение для развития ребенка травм первых двух лет жизни, влекущих за собой неудачу в эволюции объектных отношений (последние у пациентов с такими травмами были описаны как не столь патологичные, сколь при шизофрении, но более примитивные, чем при неврозах). Хох и Полатин определяли этих пациентов как страдающих «псевдоневротической шизофренией» (Hoch, Polatin, 1949), Найт — как пациентов с «пограничными состояниями» (Knight, 1954a). В те же годы велись работы спешалистов американского «интерперсонального» направления (Салливан, Горни и др.), подтвердившие многие выводы теоретиков объектных отношений Британской школы. В отличие от последователей школы Клайн, эти авторы ставили меньший акцент на роли ранних бессознательных процессов и внутренней природе отношений, уделяя главное внимание отношениям внешним, то есть реальным. Один из сделанных ими выводов касался в том, что психология таких пациентов не концептуализируется в рамках структурной модели: вместо целостного Эго их психика включала различные состояния Эго, обуславливающие, как писал Кернберг, «свою устойчивую нестабильность» (Kernberg, 1975).

С пятидесятых годов область, промежуточная между неврозами и психозами, была признана психоаналитическим сообществом в мировом масштабе. К этой области относили пациентов с нарушениями характера в странной, хаотичной форме, не страдавших бредом или аллюцинациями, но нестабильных и непредсказуемых в своих проявлениях. Их характер мог рассматриваться как совокупность более или менее прогнозируемых поведенческих паттернов, повторяющих действия

ранних объектов или заставляющих других людей уподобляться этим объектам. Как замечает Мак-Вильямс, «они были слишком нормальными, чтобы считаться сумасшедшими, и слишком ненормальными, чтобы считаться здоровыми» (Мак-Вильямс, 1998).

Как одни из наиболее содержательных в этой области следует, по-видимому, отметить работы Джона Фроша — исследователя, использовавшего по отношению к таким личностям термин «психотический характер» (Frosch, 1964). Концепция «психотического характера» была предложена Фрошем в 1959 г. по аналогии с понятием «невротического характера»: он подчеркивал, что психотический характер соотносится с психотическими симптомами так же, как невротический характер — с симптоматическим неврозом, то есть психотические симптомы у этих пациентов могут проявляться при декомпенсации, но этого может и не быть. Фрош указывал, что «психотический характер» не является ни переходной фазой к психозу или обратно, ни латентным психозом: это характерологический феномен, свойственный личностям, которые могут быть адаптированы к реальности и не иметь психотических проявлений. Их сближает с психотиками преобладание психотических процессов и способов адаптации, нарушенность отношений с реальностью и примитивный характер объектных отношений; различие же состоит в обратимости психотических проявлений, в сохранении способности распознавать реальность и тенденции к поиску контактов с объектом (Frosch, 1970). Описанный Фрошем «психотический характер» тождествен современному пониманию термина «пограничная личность».

В 1968 г. Рой Гринкер с коллегами провели масштабное исследование, давшее эмпирическое обоснование «пограничного синдрома» — состояния, занимающего промежуточное положение между невротическим и психотическим. Эта концепция получила широкое признание благодаря трудам Мастерсона, Кернберга и других авторов (Grinker, Werble, Drue, 1968).

В шестидесятые и семидесятые годы Кернберг разработал развернутую теорию «пограничной личностной организации», используя и синтезируя ряд идей Клайн, Хелен Дейч, поздние выводы Эдит Якобссон и их продолжение в работах Маргарет Малер — особенно идею о стадии сепарации-индивидуации как важнейшем этапе в развитии идентичности и зрелых объектных отношений. В центре внимания оказался процесс формирования стабильной идентичности. В понимании

Кернберга проблематика пограничной личности определяется доминирующим примитивным защитным механизмом — расщепления и проективной идентификации. Эти защиты преобладают у пациентов, испытывающих хроническую неудовлетворенную потребность в защите ядра Эго. Их мощные проективные тенденции при слабости границ Эго позволяют им перенаправлять в объект значительную часть собственной агрессии, после чего объект следует держать под неусыпным контролем — что ведет к преобладанию «полностью хороших» и «полностью плохих» образов себя и объекта. Конфликты этих пациентов описываются Кернбергом как доэдипальные, примитивные, являющиеся следствием патологии интернализованных объектных отношений и влекущие за собой постоянные неудачи в формировании зрелых связей и унификаций.

Известный труд Кернберга «Тяжелые личностные расстройства», где подробно изложены эти взгляды, отражает, пожалуй, наиболее популярные в современном психоанализе представления о пограничной личности — представления, базирующиеся на многолетних работах Эго-психологии и теории объектных отношений (Кернберг, 2000). Тем не менее, как будет показано дальше, не все позиции Кернберга находят однозначный отклик среди психоаналитиков. Наш с коллегами, пусть и относительно небольшой, опыт также демонстрирует, что данная теория и основанная на ней терапевтическая техника в ряде аспектов еще нуждается в дальнейшем углублении и разработке.

1.3. Дифференциальный диагноз «пограничности»

Возможно ли в итоге составить некий обобщенный портрет пограничной личности, ответить на вопрос: что же она такое, например, в сравнении с личностью невротической и психотической? Каковы сходства и различия между ними, каковы трудности дифференциальной диагностики? Реально ли по каким-то критериям с первой встречи допустить — не установить, а лишь допустить — что обратившийся к нам человек принадлежит именно к этой категории пациентов? Точный диагноз пограничной личности, как замечает Кернберг, представляет большую проблему: здесь важен и описательный подход, учитывающий симптоматику и наблюдаемые проявления, и подход генетический, исследующий расстройства у родителей пациента, родственников и т. д.,

и — вкупе с ними — понимание структурных особенностей психики и нюансов развития, в связи с которыми эти особенности формировались (Кернберг, 2000).

Пограничная личность — личность с серьезными (в большей или меньшей степени) патологиями (дефектами) в структуре Эго. Согласно концепции Малер, нормальное завершение стадии сепарации-индивидуации приблизительно к трехлетнему возрасту ребенка подразумевает сформированность границ Эго и его основных функций, что обеспечивает относительную психологическую независимость от опекающих фигур (Mahler, 1971). Невроз — заболевание при достаточно высоком уровне развития Эго, который обеспечивает личности возможность оперировать с опасностями, вытекающими из внутренних конфликтов: кастрации, амбивалентности и т. д. При пограничной структуре личности, как и при психозе, проблема гораздо более серьезна. Эго пограничного пациента не сформировалось, не окрепло до степени независимости от влияний окружающего мира. Оно уязвимо и неустойчиво. Главная угроза, переживаемая пограничной личностью — угроза дезинтеграции, прекращения существования собственного Я.

Уже упоминалось, что эти пациенты довольно быстро создают у собеседника (терапевта) впечатление, что они серьезно больны — хотя и не выказывают устойчивых и ярких психотических проявлений. Их патология удачно укладывается в предложенную Винникоттом схему «психотического ядра в невротической оболочке». Как отмечают Урсано с соавторами, обыкновенно они демонстрируют наличие множественных симптомов, включающих интенсивную бессодержательную тревогу, фобии, обсессивные ритуалы, конверсионные и ипохондрические проявления (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). Петер Куттер сообщает, что, в отличие от симптомов «классических» неврозов, симптоматика «пограничных случаев» или «пограничных состояний» относится не к объективным телесным недомоганиям, как при конверсионной истерии, а скорее напоминает таковую при навязчивых или депрессивных состояниях; также — что для них характерны фантазии о собственном величии и выраженная занятость собой, как при нарциссических личностных расстройствах (Куттер, 1997). Добавим, что, согласно нашим наблюдениям, они нередко манифестируют и «классические» конверсионные и психосоматические симптомы. За этим фасадом жалоб вскоре часто открывается импульсивность и непредсказуемость поведения, порой в девиантных формах, порой — поведения,

• п.к ного для окружающих и для самого пациента; аддикции, параноидные всплески, маниакальные проявления разного рода, симптомы истертизированной или перверсной сексуальности. Фоном является • пычно повышенная агрессивность, либо проявляющаяся непосредственно во взаимодействии с терапевтом, либо окрашивающая рас- ' к.иы пациента об отношениях с другими людьми. Характерны, кроме К) о, кратковременные психотические эпизоды — например, бредовые пи к-рпретации каких-то явлений. (Так, один из моих пограничных пациентов, впервые решившись рассказать о своих специфических сексуальных фантазиях, едва не прервал в тот день терапию: неожиданно у него вспыхнуло убеждение, что вентиляционное приспособление в потолке кабинета — не что иное, как замаскированный микрофон).

1 [ожалуй, наиболее конкретные диагностические критерии «пограничности» были выдвинуты в 1967 г. Кернбергом. Кернберг заметил, что симптомы, манифестируемые пограничной личностью, в целом весьма напоминают симптомы обычных неврозов или патологий характера, однако «пограничность» идентифицируется по некоторым их определенным сочетаниям. В качестве наиболее важных диагностических признаков Кернберг выделяет следующие:

I Тревога — хроническая, диффузная и беспричинная.

1 Полисимптоматический невроз, подразумевающий сочетание двух или более симптомов из следующих: многочисленные фобии (особенно связанные со своим телом или внешностью, социальными ограничениями, параноидными тенденциями); Эго-синтонные обсессивно-компульсивные симптомы, связанные со сверхценными идеями; многочисленные сложные или странные конверсионные симптомы, граничащие с телесными галлюцинациями; диссоциативные реакции (особенно истерические сумеречные состояния, фуги и амнезия, сопровождающаяся помрачением сознания); ипохондрия, а также ипохондрические и параноидные тенденции в сочетании с любым другим симптоматическим неврозом.

1 Полиморфные сексуальные перверсии, хаотичные и причудливые сексуальные фантазии и действия; возможно — заторможенное сексуальное поведение при перверсных мастурбационных фантазиях.

I Классические структуры предпсихотической личности, или «предпсихотические патологии характера»: параноидная, шизоидная,

гипс-маниакальная, а также циклотимическая с выраженными гипоманиакальными тенденциями.

5. Невроз побуждений и злоупотребления: формы патологий характера с хроническими импульсивными побуждениями, служащими удовлетворению инстинктивных потребностей (алкоголизм, наркомания, kleptomania, некоторые формы психогенного ожирения).
6. Расстройства характера «низшего уровня»: случаи тяжелой характерологической патологии, обычно — беспорядочный и импульсивный характер (Kernberg, 1967).

Четкость диагностических определений Кернберга, безусловно, привлекательна; однако стоит заметить, что вышеперечисленные критерии разделяются не всеми психоаналитиками. Можно вновь вспомнить, например, Столору с соавторами, рассматривающих «пограничность» как явление, возникающее не внутри субъекта, а в поле intersubjectivity. Многие специалисты придерживаются гораздо более широкого, чем у Кернберга, взгляда — особенно те, кто, вслед за исследовательской группой Криса (Нью-Йоркский институт психоанализа), полагает, что все, что можно сказать о пограничном пациенте обобщенно, — это то, что он более болен, чем невротик, но более адаптирован к реальности, чем психотик. Если придерживаться личностной классификации, предложенной Мак-Вильямс, то очевидно, что можно говорить, например, о пограничной личности депрессивного типа, или нарциссического, или диссоциативного, и т. д. Картина симптомов в этих случаях, по-видимому, окажется весьма разной.

Кернберга нередко критикуют за то, что он, как выражаются Хельмут Томэ и Хорст Кехеле, «одной ногой крепко стоит в области описательной психиатрии» (Томэ, Кехеле, 1996). Кернберг не столько описывает тех, кто «более болен, чем невротик, но лучше адаптирован, чем психотик», сколько обрисовывает конкретный синдром. Можно сказать, например, что пограничная личность — это человек, обладающий шестью названными Кернбергом признаками; но значит ли это, что отсутствие какого-либо из них безусловно относит человека в разряд невротиков или психотиков? Согласно нашим с коллегами наблюдениям, многие пациенты, не имеющие одной, двух или более вышеперечисленных черт, все же были глубоко нарушенными личностями, хотя и не психотического уровня. В качестве примера приведу пациентку, которая до обращения в психоаналитическую терапию девятнадцать (девятнадцать!) лет практически пролежала на диване в состоянии глубочайшей депрессии и отсутствия интереса

жизни. У нее было две попытки суицида и две госпитализации. У нее не было ни множественной симптоматики, ни перверсных сексуальных тенденций, ни «невроза побуждений и злоупотреблений» в том виде, в каком описал Кернберг. В то же время не было веских оснований предполагать у нее психотический уровень функционирования, хотя и отнести ее психологию к категории невротических тоже было нельзя.

Если мы принимаем утверждение, согласно которому «пограничность» есть не узнаваемый синдром, а структура личности или уровень (1 лубина) нарушенное™, то ясно, что клиническая картина может быть бесконечно разнообразной. В этой связи стоит вернуться к описанию «пограничного состояния» в DSM-III и IV и в МКБ-10 и вновь заметить, что по этим классификациям все же описывают конкретное расстройство с четкими характеристиками. В то же время та «пограничная личность», ко горю мы определяем лишь как принадлежащую широкому континuumу между неврозом и психозом, может проявлять себя и в иных синдромах. Так, в МКБ-10 сюда могут быть отнесены: шизотипическое расстройство личности (код диагностической группы F21.), возможно, шизоаффективное расстройство (F25.) (особенно маниакальный тип); фобические и тревожные расстройства, относимые к невротическим (F40.), некоторые отдельные синдромы, например, деперсонализации-ареализации (F48.1), нервная анорексия (F50.0), а также широкий спектр расстройств личности и поведения в зрелом возрасте — параноидное, интроидное, диссоциативное и др. (F60 — F69), для которых общим диагнозом по МКБ-10 являются устойчивые и клинически значимые личностные состояния, выражающие характеристики индивидуального типа жизни и способа отношения к себе и другим*.

Вернемся к вопросу, с которого начиналась глава. Если «пограничность» не подразумевает ни определенного синдрома, ни ясной клинической картины, как дифференцировать пограничную личность — при множестве ее возможных проявлений — от психотической, с одной стороны, и от невротической — с другой? Начнем с последней, поскольку эта задача более проста.

Как уже упоминалось, пограничные пациенты демонстрируют поначалу наличие скорее серьезных эдипальных проблем, чем доэдипальных. Они манифестируют конфликты, связанные с кастрационной ревностью, ревностью, соперничеством, садомазохизмом и т. д.

* Выражая данную точку зрения, автор считает своим долгом предупредить, что является не врачом, а психологом.

Эдиповы конфликты у них весьма сильны и наглядны именно потому, что в них актуализированы проблемы более раннего развития, связавшиеся с задачами полоролевой идентификации, разрешения соперничества и т. д. Например, незавершенная сепарация может придать особую болезненность конфликту амбивалентного отношения к родителю. Урсано с соавторами отмечают характерную тенденцию: пограничные пациенты часто более открыто и охотно, чем невротические (эдипальные), демонстрируют и обсуждают эдипову проблематику, поскольку это позволяет им маскировать проблемы более глубокие и болезненные — недоверие, недостаточность постоянства объекта и т. д. (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992).

Истинная глубина проблематики, как правило, открывается тогда, когда становится ясно, что эти пациенты не способны решать свои конфликты без серьезных нарушений объектных отношений и функционирования Эго и Суперэго. Так, один пациент обратился ко мне по поводу невыносимого чувства ревности, которое охватывало его, когда жена задерживалась на работе. Довольно скоро открылось, что он всерьез и долгое время вынашивал намерение ее убить, и сдерживало его лишь понимание того, что он вряд ли сумеет стопроцентно отвести от себя подозрения и избежать наказания. За манифестируемыми симптомами и жалобами открывается (и здесь Кернберг, безусловно, прав) интенсивная диффузная тревога, вызываемая неутоляемой потребностью в сохранении своего Я, собственной хрупкой идентичности. Базовая опасность, переживаемая пограничным субъектом — растворение, дезинтеграция. Кастрационная фантазия для невротика — травмирующий фактор, но не более того; для пограничной личности, как и для психотической, кастрация — начало дезинтеграции, разрушения телесного образа. Ахиллесова пята этих пациентов — ситуации, требующие напряжения идентичности, то есть способности ответить на вопрос: «Кто Я, что представляю из себя (без этого объекта, без привычного, установленного и сбалансированного жизненного пространства и т. п.)?» Симптоматика становится реакцией на тревогу, вызванную напряжением идентичности. Чувство ревности для моего пациента было невыносимо, потому что фантазии об измене жены были, по сути, фантазиями о кастрации как начале распада себя.

Подобные ситуации, как отмечает Куттер, влекут за собой типичное для пограничных случаев чувство внутренней пустоты и бессмысленности бытия (вспомним пациентку, девятнадцать лет пролежавшую

шпане). Кроме того, эти пациенты болезненно переживают свою зависимость и зависимость от других людей, которых они воспринимают как менее страдающих; следствием оказывается сильная зависть и агрессия в адрес последних (Куттер, 1997). Характерной является также зависимость с проблематикой идентичности нестабильность во всех сферах почти во всех сферах психической жизни: в эмоциях, настроении, самовосприятии и восприятии других. Многие авторы, например, Грингер, подчеркивали ведущую роль аффекта гнева и выраженные депрессивные тенденции, указывающие на экзистенциальную неудовлетворенность, тревогу и ощущение мира как несправедливого и преследующего (Grinker, Werble, Druce, 1968).

На проблемы идентичности и хрупкость собственного Я у пограничных пациентов указывают и сторонники интерсубъективного подхода: Столороу, Брандшафт и др. С точки зрения «интерсубъективистов», степень тяжести любого расстройства может быть оценена с учетом трех основных характеристик ощущения Я: структурной цельности, временной стабильности и аффективной окрашенности. Средняя тяжесть предполагает негативную окрашенность самоощущения и временную нестабильность организации Я при структурной цельности последнего, а высокая тяжесть подразумевает при тех же двух первых характеристиках недостаток структурной цельности, что вызывает затяжную фрагментацию и угрозу дезинтеграции. Пограничные расстройства принадлежат к континууму между средней и сильной степенью тяжести (Юлороу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

К пограничным пациентам, вероятно, уместно применить наблюдение Балинта, который замечал, что личность такого рода демонстрирует наличие не столько конфликта (как невротик), сколько внутреннего изъяна или дефицита Я. Этот внутренний изъян получил у Балинта название «базисный дефект»: область динамической силы, не имеющей отношения ни к влечениям, ни к конфликтам. Это — отсутствие чего-то предельно необходимого в настоящий момент или во всей жизни субъекта; дефицитарность, влияние которой охватывает всю психологическую структуру индивида. Надо, однако, заметить, что «базисный дефект» у Балинта — понятие весьма широкое, проявляемое в диапазоне от невротических до психотических личностных структур. Это дефект Я, причиной которого становится расхождение между психологическими потребностями ребенка и реально доступным ему количеством родительской любви и заботы (Балинт, 2002).

В соответствии со всем вышесказанным, «классическим» критерием отличия невротической структуры от пограничной является целостность Я, то есть степень развития (интеграции) идентичности (Кернберг, 2000; Мак-Вильямс, 1998). У пограничной личности ощущение своего Я, восприятие значимых других людей, многих, особенно стрессовых, жизненных ситуаций полно противоречий: это проявляется в трудностях, которые она испытывает при описании себя и других. Аналогичные трудности присутствуют и у психотиков; от последних пограничная личность отличается в данном аспекте тем, что у психотического пациента конфронтация с непоследовательностью или фрагментированностью описания провоцирует мощную тревогу. Пограничная личность более защищена. Мой пациент, рассказывая о женщине, покинувшей его после трех лет совместной жизни, описывал ее равнодушно и с презрением: «Ушла и ушла, она и не была мне особо нужна». Я напомнил в ответ, что, согласно его предшествующему рассказу, именно это расставание десять лет назад привело его на грань суицида. Пациент спокойно ответил: «Да я тогда просто дурак был». Таким образом делаются попытки отвести внимание от сложной природы себя, другого человека, отношений с ним. Об интеграции идентичности как диагностическом критерии речь пойдет более подробно в главе 2.2.

Отличить пограничную личность от психотической может быть более сложно, так как она переживает многие конфликты и опасности, с которыми сталкивается также и психотик. Опасности психотического уровня у пограничной личности становятся явными во время регрессивных эпизодов, переживаемых под влиянием стресса, когда индивид испытывает страх дезинтеграции, распада собственного Я. Как и психотик, он обладает склонностью к регрессивной недифференцированности с объектным миром, имеет серьезные трудности в восприятии реальности и в отношениях с ней, в частности — в установлении объектных коммуникаций. В то же время существенное отличие от психотика состоит в том, что пограничная личность сохраняет способность различать реальность и субъективность и адаптироваться к реальности, даже если эта способность имеет определенные дефекты. Согласно нашим наблюдениям, проблемы адаптации у этих пациентов далеко не всегда носят ярко выраженный характер: так, нередко встречается устойчивое ригидное приспособление к существующим условиям (у Гюнтера Аммона — «симбиотическое пространство» (Аммон, 1996)).

in эти условия меняются, может произойти, говоря языком Аммона, симбиотический взрыв» — декомпенсация и демонстрация психотической симптоматики. Также у пограничной личности могут долгое время сосуществовать прогрессивные и регрессивные формы адаптации: например, успешная работа, творчество вкупе с легкой наркоманией или алкоголизмом. Еще раз повторим, что в целом эти пациенты, г. «милые от психотиков, способны к адаптации, хотя в ней присутствуют разрушительные элементы.

Адекватность распознавания (тестирования) реальности как зап. возможности к ней адаптироваться — ведущий критерий отличия пограничной личности от психотической, предложенный Кернбергом. Даже отрицая свою психопатологию, пограничный пациент обыкновенно имитирует понимание всего, что является реальным или общеприимным (Kernberg, 1975). Об этом критерии, как и об интеграции идентичности, в главе 2.2 будет сказано подробнее. Еще два признака психотической личностной структуры называет Фрош в работах, посвященных «психотическому характеру»: 1 — психотические декомпенсационные проявления недолговременны и обратимы; 2 — присутствует тенденция к поиску и установлению объектных отношений, хотя в силу примитивности последних этот процесс затруднен (Frosch, 1970).

Необходимо отметить, что, как эти «классические» критерии дифференциальной диагностики, так и сама диагностика в целом связаны с рядом методологических проблем. Еще Фрейд в работе «Анализ конечный и бесконечный» представил шкалу глубин патологий от психотически абсолютно нормального до абсолютно психотического, где обе эти крайности являются идеальными фикциями. «Каждый нормальный человек нормален лишь в среднем: его Эго приближается к психотическому в той или иной части, в большей или меньшей мере» (Фрейд, 1998). Очевидно, что бесперспективно было бы искать на этой шкале четкие границы, отделяющие пограничную личность от невротической — с одной стороны и от психотика — с другой. Как подчеркивают Гринкер с соавторами, внутри континуума пограничных пациентов существует широкий диапазон тяжести состояний — от «почти невроза» до «почти психоза» (Grinker, Werble, Drue, 1968). Более того, некоторым авторам сама дихотомия «невроз-психоз» представляется весьма условной. Райкрофт в «Критическом словаре психоанализа» указывает, что использование термина «пограничный» основано на рассмотрении невротических и психотических как взаимоисключающих нозологий, хотя

клинические наблюдения показывают, что это не так (Райкрофт, 1995). Курт Айслер замечает, что симптомы отклонения в поведении не всегда раскрывают подлинную структуру организации личности, то есть поведение может выглядеть странным даже при относительно немодифицированном (здоровом) Эго (Айслер, 2000). Со своей стороны добавлю, что это верно и в отношении модифицированного Эго личности, которая, однако, не демонстрирует болезненных психических симптомов: так часто бывает, например, при психосоматических расстройствах. Наконец, как справедливо отмечает Мак-Вильямс, при сильном стрессе даже у здорового человека может возникнуть психотическая реакция; с другой стороны, и у шизофреника бывают моменты полного просветления (Мак-Вильямс, 1998).

Учтем, кроме того, разнообразие возможных клинических картин, также нередко затрудняющее диагностическое определение. Как отмечалось выше, депрессивная пограничная личность существенно отличается от параноидной, параноидная — от диссоциативной, и т. д. Разночтения понятия вносят дополнительный сумбур в вопросы диагностики: Гринкер и другие называют в качестве двух общих отличительных черт пограничных пациентов ведущие роли аффектов гнева и депрессивных тенденций; Кернберг возражает им, замечая, что у личностей нарциссического и шизоидного типа может не наблюдаться ни того, ни другого (Кернберг, 2000). Уместно процитировать в этой связи Балинта: «Хорошо известно, что у нас отсутствует четкая классификация психических заболеваний и адекватные определения форм патологии: у нас есть лишь большое количество звучных ярлыков. Сегодня трудно поставить диагноз. В результате мы, как правило, получаем случайный и не слишком важный ярлык. Как только определенный ярлык применяется по отношению к определенному пациенту, образуется противоречие, и правильность ярлыка ставится под сомнение». Эти слова были написаны в 1950 году, но они, по-видимому, актуальны и по сей день.

Теперь, с учетом существующих взглядов и концепций, собственного клинического опыта и опыта моих коллег, я попытаюсь сделать итоговое обобщение по поводу своего понимания и дифференциальной диагностики «пограничности». На исходный вопрос — *что такое пограничная личность?* — отвечу: это личность, которая не живет ни в мире фантазий в той степени, что психотик, ни в реальном мире в той степени, что невротик или здоровый. Это человек, который не обрел

>-ренности в постоянстве себя и окружающей реальности и потому пят проблемой сохранения собственной идентичности и экзистенциальной безопасности. Это человек, который не способен убежденно лгать: «Есть мир вокруг меня, и есть Я в нем». Подчеркну, что в этом понимании «пограничность» подразумевает именно *свойство в структуре личности*, а не особое состояние, расстройство или синдром; это — не заболевание, как, например, шизофрения или истерия, а лишь своего рода «плодотворная почва» для зарождения в ней самых разных психопатологий. В дальнейшем, говоря о нашем собственном опыте работы с пограничными пациентами, я буду иметь в виду пациентов, подходивших под следующие диагностические критерии:

Отсутствие выраженных психотических черт и симптомов, как-то: бред, галлюцинации, яркие нарушения восприятия реальности. Наличие многообразной (полиморфной) невротической симптоматики.

Интенсивная диффузная тревога.

Более или менее выраженные проблемы социальной адаптации.

Критерии второй очереди, как правило, открывающиеся на более поздних этапах терапевтического взаимодействия:

Высокий агрессивный потенциал (агрессия может быть направлена как вовне, так и на себя).

Перверсные сексуальные фантазии, реализуемые в отношениях и (или) в фантазиях.

Аддиктивные (зависимые) проявления в широком диапазоне: зависимость от другого человека, работы, хобби, алкоголя, наркотиков, игр и т. д.

Добавлю, что за двенадцать лет практики через мой кабинет прошло 13 пациентов (приблизительно каждый десятый), которые, согласно названным критериям, были причислены к пограничному континуму — хотя я до сих пор не уверен на сто процентов в правомерности этого «ярлыка» по отношению к большинству из них.

1.4. Главная проблема пограничной личности

1.4.1. Диффузная идентичность

В чем состоит главная причина тревоги, постоянно одолевающей пограничного субъекта, — тревоги за сохранность своего Я, страха

дизинтеграции? Кернберг, автор, пожалуй, наиболее целостной и глубоко разработанной современной концепции пограничных расстройств, видит основную проблему в диффузной идентичности — то есть в недостаточной интегрированности различных, порой резко противоречащих друг другу представлений о себе и о значимых других. Это рождает бледное и плоское, как бы одностороннее, и при этом переменчивое восприятие других людей, непоследовательность поведения и самовосприятия и чувство внутренней пустоты (Кернберг, 2000).

Взгляд Кернберга может быть раскрыт следующим образом. Каждый человек более или менее сложен и наделен подчас противоречивыми чертами. Мягкий может в определенной ситуации проявить жесткость, скупой способен иногда на щедрость, и т. д. Здоровая личность воспринимает эти черты в себе и в других как составные части интегрированного целого. Противоречивые представления и аффекты взаимно гасятся, создавая представление о «достаточно приемлемом» индивиде, гибком в своих реакциях и проявлениях. Тогда мы говорим об интегрированности и четкой идентичности Я как признаке невротической либо здоровой личностной структуры, о нормальной способности к восприятию (тестированию) реальности и взаимодействию с ней.

У личности с психотической структурой разные аспекты представлений о себе и других также взаимно противоречивы. Однако, в отличие от невротической или здоровой личности, они не соединяются в целостную репрезентацию (внутренний образ, внутреннюю представленность) и сосуществуют независимо друг от друга и при этом одновременно. Взаимодействуя с ними, психотик напоминает человека, вынужденного вести бой сразу с несколькими противниками, нападающими синхронно со всех сторон. Его дезинтеграционная тревога предельна, всеобъемлюща: в любой момент его Я и весь мир могут распасться в пыль. Пограничная личность, как и психотическая, мало способна к целостному восприятию; но она видит в определенное время как в себе, так и в другом лишь один аспект. Те, что ему противоречат, не усложняют ситуацию: они отрицаются, отвергаются, по крайней мере не находят эмоционального отклика, который создал бы конфликт восприятий и помог приглушить соответствующий аффект. Продолжая аналогию с битвой, можно сказать, что и пограничная личность сражается с несколькими противниками, но атакуют они поочередно.

В 60-е годы XX века Кернберг сформулировал гипотезу о недостаточности интеграции Эго и концепций значимых других (иными

а >вами — репрезентаций Я и объекта) у личностей с тяжелыми психическими расстройствами. Согласно этой гипотезе, радикальным отличием пограничной личности от психотической является достаточная сформированность границ Я и объекта. Собственное Я не вступает в рыхлое слияние с представлением об окружающем мире; сохраняются его границы и, следовательно, способность к тестированию реальности. Однако у пограничной личности, в отличие от невротической личности, не осуществлено соединение позитивных и негативных черт Я и объекта, то есть интеграция «хороших» и «плохих» аспектов, и у нее отсутствует способность к интеграции Кернберг связывает с активизацией неинтегрированной ранней агрессии. Диссоциация образов призвана защитить «хорошее» от разрушения «плохим» (Kernberg, 1975). Поэтому внутренний взгляд пограничного субъекта на себя и других лишен целостности — в отличие от субъекта с невротической патологией, поведение которого также может быть противоречивым, однако отражающим целостный, хоть и патологический, взгляд на себя и других.

С точки зрения Кернберга, главной задачей развития и интеграции Я является синтез ранних интроекций и идентификаций в стабильное и целостное Эго. Они поначалу формируются по отдельности под влиянием либидинозного и агрессивного влечений — как «хорошие» и «плохие». Слабая способность к их интеграции на ранних стадиях помогает защитить ядро Эго, созданное на основе позитивных (либидинозных) интроектов, и нейтрализовать тревогу: это является нормой для первого года жизни. Залогом успеха дальнейшего развития становится интроекция нормальных отношений. В этом процессе защитное расщепление (или неспособность к интеграции) сменяется механизмами более высокого уровня, сосредоточенными вокруг вытеснения и связанных с ним реактивных образований, изоляции, уничтожения следствий — защитами от конфликтов через удаление из сознания пролибидинозных влечений (Kernberg, 1967).

В формировании пограничной личностной структуры, согласно концепции раннего развития Малера, особое значение имеет подфаза «второго года жизни». Это время, в которое при условии адекватного взаимодействия с матерью ребенок начинает соединять «хорошие» (удовлетворяющие) и «плохие» (фрустрирующие) аспекты материнского образа в нечто целостное, по выражению Винникотта — в «достаточно хорошую мать». Рост когнитивных и мнемонических способностей

позволяет ему в случае фрустрации частично нейтрализовать негативный аффект воспоминанием о любви и заботе, которые он получал от той же матери. Поскольку «плохие» и «хорошие» репрезентации себя ребенок формирует изначально как материнские интроекты, то есть познает свои качества через качества матери — одновременно с воссоединением материнского образа он воссоединяет и свой собственный. Интеграция «хороших» и «плохих» репрезентаций — процесс, в идеале завершающийся к трехлетнему возрасту достижением «постоянства либидинозного объекта». Представление ребенка о матери и о себе становится стабильным и целостным, преимущественно позитивным, хотя и с учетом негативных аспектов (Mahler, 1971).

В случае пограничной личности, как полагают Малер и Кернберг, этот процесс по тем или иным причинам оказался нарушен. Ранняя неспособность к интеграции «хороших» и «плохих» интроектов была сохранена; более зрелые защиты не пришли ей на смену. Пограничный субъект, как двух-трехлетний ребенок, испытывает крайнюю нужду в стабильных и удовлетворяющих отношениях с объектом, на который можно положиться. Однако он не способен их достичь, поскольку не имеет интегрированного наблюдающего Эго и подвержен хаотичным метаниям между разными его состояниями. Расщепление, то есть изоляция друг от друга взаимно противоречивых репрезентаций себя и других, является для него единственным способом избежать невыносимого, разрушающего Эго внутреннего конфликта. Следствием становятся глубокие патологии отношений, трудности адаптации и хроническая тревога за сохранность собственного Я.

1.4.2. Слияние Я и объекта

Еще раз заметим, что, говоря о слабости интеграции репрезентаций Я и объекта как ведущей проблеме пограничной личности, Кернберг подчеркивает достаточную — в отличие от психотика — сформированность границ между Я и объектом и связанную с ней развитую способность к тестированию реальности. Однако данная точка зрения — не единственная, и некоторые авторы называют в качестве главной проблемы пограничных пациентов именно дефекты границ Я, ведущие к частичному регрессивному слиянию Я с объектом (диффузия границ). Соответственно и зрелый характер функции тестирования реальности они подвергают сомнению. Сюда можно отнести Фроша, Мастерсона, Криса, Столоруу и др. Также в «динамической психиатрии» Аммона

лапичное расстройство рассматривается именно как следствие специфической недоформированности границ субъекта. Аммон использует понятие «дыры в Эго» — области, в которой Эго как бы «обнажено» и не способно к восприятию и интеграции внешнего опыта. В этих областях субъект переживает угрозу неконтролируемой экспансии со стороны Внешнего. Его симптоматика есть выражение единственно доступного способа общения с Внешним, безопасного для яровых компонентов Эго (Аммон, 1996).

Развитие Эго подразумевает не только интеграцию ранних идентификаций и интроекций, но и развитие функций отграничения от внешней среды и коммуникаций с ней. Зрелые коммуникации подразумевают сформированность границ. Иными словами, Эго должно стать автономным субъектом идентификации — неповторимым, отдельным и идентичным самому себе. Мой опыт и опыт ряда моих коллег позволяет предположить, что именно в этой сфере пограничный пациент испытывает весьма серьезные проблемы — как и психотик, хотя в меньшей степени. У пограничной личности, как правило, отсутствуют глубокие психотические искажения дифференциации Я и объекта, как, например, при шизофренической регрессии. Однако в определенных ситуациях и областях жизни эти пациенты демонстрируют широкое использование интроективных и проективных защит, влекущее за собой существенные модификации восприятия себя и других. Как следствие достаточности дифференциации возникают мощные проекции сексуальных импульсов, зависти, осуждения, потребности контроля и т. п. Часто наблюдается высокая степень зависимости восприятия людей и мнений от чужих мнений — вплоть до его радикальной, полярной перестройки. Одна из моих пациенток в ходе предварительных консультаций ответ на просьбу рассказать о своих родителях торопливо предупредила: «Только учтите, если вы о них подумаете плохо, я сразу уйду», — что означало: «если это произойдет, я сама могу подумать о них плохо». Характерны также сомнения в адекватности собственных восприятий («Вы на самом деле посмотрели враждебно, или мне это показалось?»). У личностей, находящихся ближе к психотическому континууму, нередки состояния дереализации, «океаническое чувство», ощущение происходящего «как во сне».

Как результат диффузии границ Я Столоруу с соавторами рассматривают феномен проективной идентификации, стирающей различие между Я и объектом в области проецируемого содержания. Возникающее под

действием проективной идентификации состояние спутанности Я и объекта описывается ими как следствие неспособности разделить Я и объект. Предполагается, что это состояние лучше понимать не как вариант защитной проекции, подразумевающий перемещение некоего материала через установленные границы Я, а как манифестацию потребности в отношениях архаической связанности с объектом — отправном пункте для возобновления некогда нарушенного процесса самоартикуляции и очерчивания границ собственного Я (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Проблему диффузии границ описал, в частности, Фрош в своем исследовании «психотического характера». Согласно его формулировке, личность с размытыми границами собственного Я мечется между потребностями в слиянии с объектом и в отчуждении от объекта. Объект необходим для психического выживания, поскольку без него субъект пребывает в болезненном состоянии дефицита идентичности (чувства брошенности, бессмысленности); но он одновременно опасен, так как слияние с ним грозит поглощением — полной утратой идентичности субъекта (Frosch, 1970). Можно сказать, что Я субъекта готово и не готово раствориться в Я другого человека. С точки зрения Мастерсона, именно в этом состоит центральный конфликт эмоционального опыта пограничного пациента, не поддающийся интерпретации (Masterson, 1976).

Ни в коем случае не оспаривая постулат Кернберга о роли недостатка интеграции репрезентаций Я и объекта у пограничной личности, мы склонны сместить акценты и, руководствуясь своим клиническим опытом, обозначить диффузию границ Я как центральную проблему этих пациентов. Иными словами, дело в первую очередь не в том, насколько искаженно и фрагментированно пограничный субъект воспринимает другого человека, а в том, насколько он зависим от этого восприятия; не в том, что объект «плох», а в том, что его «плохость» поглощает субъекта. Именно в этом, на наш взгляд, состоит ведущая причина тревоги и проблем адаптации. Наравне с потребностью в реальности пограничная личность переживает хронический страх слияния реальности с собственными деструктивными фантазиями. Характерное для нее метание между полярными отношениями к объекту, которое Кернберг описывает как результат последовательного восприятия «хороших» и «плохих» объектных репрезентаций, может быть объяснено как следствие дилеммы, сформулированной Фрошем и

: герсоном: объект необходим, но его присутствие растворяет Я объекта. Кернберг не дает ясного представления о том, когда и в связи с чем полярные репрезентации объекта сменяют друг друга; однако можно допустить, что «плохие» аспекты другой личности, отягощенные проекциями, используются при потребности дистанцироваться от Я с вызванной тревогой поглощения. Частое для пограничных пациентов сопротивление установкам терапевта также, по-видимому, призвано (с позволить чужому Я поглотить свое.

Отделенность от другого — не менее важный аспект идентичности, чем внутренняя интеграция. Заметим, что тенденция пограничного субъекта к отчуждению вовсе не обязательно предполагает открытые агрессивные атаки, как считают многие: она может реализоваться, например, в отрицании чувств или в избегании их проговаривания. И роза растворения или поглощения Я существует для пограничной личности лишь в глубоких, эмоционально насыщенных отношениях. Именно потому при эмоциональной обедненности последних ее связь с объектом может длиться долгие годы и не обязательно обречена на драматичный разрыв.

1.5. Характеристики пограничной личности

1.5.1. Защитные механизмы

1.5.1.1. Общие замечания

Прогресс в психоаналитической теории защит во второй половине XX столетия привел к тому, что данный термин в наше время уже не ограничивается описанием стереотипных ментальных операций, которые задействуются при формировании симптомов и сопротивлений. Было общепризнанным, что эти всеобъемлющие феномены психической жизни личности играют важную роль не только в психопатологиях, но и в нормальном развитии и в адаптации к реальности. Можно сказать, что любые функции Эго способны служить как защитным, так и конструктивным целям.

Если рассматривать психические защиты в традиционном, наиболее привычном для нас аспекте, то станет очевидно, что их природа определяется природой грозящей субъекту опасности. Защитные механизмы делятся на «примитивные», имеющие дело с границами между Я и внешней реальностью, и «зрелые», оперирующие с границами

внутрипсихическими: между Эго и Ид, между переживающей и наблюдающей частью Эго и т. д. При неврозе опасность связана с конфликтами внутренних динамических сил, находящихся в итоге некий компромисс: например, против требований Ид Эго может использовать такие механизмы, как вытеснение, смещение по цели, интеллектуализация, формирование реакции и другие операции «высшего уровня». Эго оберегается от конфликта и связанного с ним чувства страха, стыда или вины путем отторжения влечения от сознания. Перед психотиком стоит более серьезная задача: психическое выживание, сохранение собственного Я. Ради этого его Эго прибегает к расщеплению, проекции и другим защитам, которые принято относить к категории «примитивных». Эго сохраняет себя путем диссоциативного разделения противоречивых переживаний и их изоляции друг от друга.

Практически той же проблемой, что и психотик, озабочена пограничная личность. «Примитивные» защитные механизмы оберегают ее от невыносимого внутреннего конфликта за счет ослабления функционирования Эго, что в свою очередь ведет к снижению адаптивных способностей. От психотической личности ее отличает то, что пограничное Я предохраняется с помощью этих защит от боли, в то время как психотическое — от смерти, то есть полного разрушения границ и распада себя.

Именно использование ассортимента «примитивных» защит или способов адаптации зачастую делается одним из ведущих критериев дифференциальной диагностики, позволяющим отделить пограничный континуум от невротического. Поговорим о них более подробно. К «примитивным» защитам вслед за Кернбергом относят в первую очередь расщепление и связанные с ним примитивную идеализацию и обесценивание, отрицание, всемогущество и всемогущий контроль, проекцию и интроекцию, проективную идентификацию (иногда как особую разновидность защиты, иногда — как частный случай проекции), изоляцию. Мак-Вильямс добавляет к этому перечню диссоциацию. «Примитивные» защиты действуют недифференцированно во всем сенсорном пространстве индивида, «сплавляя» между собой эмоциональные, когнитивные и поведенческие параметры — в отличие от защит «зрелых», трансформирующих эти параметры по отдельности. «Примитивные» защиты обладают двумя качествами: недостатком связи с принципом реальности и недостаточным учетом постоянства внешних объектов.

Легко заметить, что оба эти качества имеют корни в довербальных стадиях развития ребенка. Строго говоря, здесь проявляется неудачность

исходящего к словарю Фрейда термина «защита»: то, что мы относим к категории «примитивных» защит, есть на самом деле естественные примитивные способы восприятия и выстраивания отношений с миром. И способы сохранены в Эго каждой личности и активизируются при глубокой регрессии, в стрессовой обстановке. Проблемы начинаются тогда, когда личность не способна применить защиты более высокого уровня, или когда «примитивные» защиты используются для исключения «зрелых». Поэтому, замечает Мак-Вильямс, «пограничность» означает не то, что субъект использует «примитивные» защиты, а то, что него нет в распоряжении других (Мак-Вильямс, 1998).

Так ли это на самом деле? Данный тезис не подтверждается нашим клиническим опытом. Наши пограничные пациенты действительно весьма активно использовали защитные механизмы «примитивного» ассортимента, но у нас не сложилось впечатление, что таковые являлись у них безусловно доминирующими. Клиническая практика доказывает, что эти способы адаптации к реальности в основном связываются у них с напряжением, вызываемым аналитической ситуацией, или с периодами регрессивной декомпенсации, и проявляются в это время наравне с серьезными искажениями восприятия реальности вплоть до иллюзий и галлюцинаций. В другие же периоды эти пациенты продуктивно используют «зрелые», то есть обычные невротические защиты. Как было сказано выше, даже здоровая личность может эпизодически прибегать к «примитивным» защитам, когда того требует Февысившее определенный уровень напряжение идентичности. На наш взгляд, пограничный пациент отличается от нее лишь тем, что границы его Я более диффузны и поэтому он менее толерантен к тревоге и напряжению: он напоминает человека без кожи. Поэтому использование ассортимента защит в качестве диагностического критерия едва ли можно считать клинически абсолютно оправданным: все дело в их взаимодействии с другими функциями Эго — такими, как интеграция, объектные отношения, тестирование реальности. Рассмотрим эти механизмы более детально.

1.5.1.2. Расщепление

Эта защита традиционно описывается как наиболее ранняя и «примитивная», регрессивным путем воспроизводящая естественное восприятие объекта младенцем. В узком смысле расщепление есть активный процесс, не допускающий соединения интроекций и идентификаций

противоположного качества и, следовательно, нейтрализации агрессии, направленной на «плохие» интроекты, с помощью интроектов «хороших» (либидинозных). Расщепление является основной причиной слабости Эго, слабость же Эго, в свою очередь, поддерживает расщепление: возникает своего рода «порочный круг» (Kernberg, 1967). Защитный аспект этого процесса состоит в том, что Эго оберегается от конфликтов между «хорошими» и «плохими» интроектами. Субъект осознает производную своего импульса, но она полностью отделена от других сегментов сознательного опыта. В результате он избавлен от тревоги, что агрессия в адрес «плохого» интроекта нанесет «хорошему» вред.

В клинической ситуации, как и в других межличностных коммуникациях, расщепление проявляется в том, что человек поочередно выражает комплементарные (дополняющие друг друга) стороны конфликта, отрицая или обесценивая противоречивость своего поведения и эмоций; занимает однозначную, неамбивалентную позицию, изолируя ее противоположность. Нередко при этом демонстрируется отсутствие желания или способности управлять импульсами, маскируемое под отсутствие необходимости в том: импульсы переживаются как Эго-синтонные. Эти проявления наиболее ярко выражены при делении объектов на однозначно хорошие и плохие, а также при резких колебаниях между противоречивыми самовосприятиями (Я-концепциями).

Часто наряду с внутренней опустошенностью и ощущением бессмысленности бытия в психике пограничного пациента присутствуют идеи величия, представления о собственном совершенстве и грандиозности. Речь идет о расщеплении собственного Я, при котором одна часть личности чувствует себя великой и совершенной, другая — бессмысленной и пустой. Как правило, в определенный период времени одна часть сознательна, другая не допускается до осознания. Состояния грандиозности и беспомощности, пустоты и сверхнаполненности могут быстро сменять друг друга вместе со сменой представлений о значимых других. Кернберг выделяет вертикальное и горизонтальное расщепление: первое служит цели отделения обесцененных репрезентаций Я и объекта от своих противоположностей, второе изолирует друг от друга однородные репрезентации Я и объекта. Таким образом, возможны следующие ситуации:

1. Собственное Я и объект грандиозны;
2. Собственное Я и объект ничтожны;
3. Собственное Я грандиозно, объект ничтожен;

Собственное Я ничтожно, объект грандиозен.

При этом противоположные представления остаются бессознательными, отрицаются, девальвируются и т. д. (цит. по: Куттер, 1997). Однако бывает и так, что противоположные представления о себе и других сосуществуют в сознании синхронно, как бы в процессе периференции. Один из моих пациентов, всю свою жизнь подчинившись занятиям парапсихологией, произнес однажды одновременно с гордостью и горечью: «В моем деле мне нет равных, прочие — жалкие нищанты, разрывающиеся между профессией, семьей и зарабатыванием денег. Но если подумать, какой чепухой я занимаюсь удовольствием ради, то насколько же они счастливее меня!»

Можно ли утверждать, что расщепление есть одна из ведущих функций у пограничной личности? Прежде всего следует заметить, что многие авторы сам термин «расщепление» рассматривают как не вполне точный. «Расщепление» подразумевает разделение на части некоей прежней целостной сущности. В большинстве случаев это и в самом деле так. У нас случилось, претерпев сильную обиду от достаточно близкого и значимого человека, хотя бы на краткое время обесценить, отвергнуть все хорошее, что было с ним связано; или, наоборот, в порыве благодарности за некое деяние временно забыть, что в этом человеке есть и негативные черты, замечавшиеся нами прежде (вновь заметим, что подобные реакции могут возникать у вполне здоровых людей). В этих случаях действительно правомерно говорить о временном расщеплении целостного образа. Многие пограничные личности, особенно фобизирующиеся к психотическому континууму, таким целостным образом не обладали и раньше, поскольку не достигли в своем развитии постоянности (постоянства) объекта. В подобных случаях лучше говорить не о расщеплении, а о неосуществленной интеграции; и не о защите от архаического способа восприятия себя и объекта, единственно доступном для индивида. Рассматривать его как защиту можно с тем же успехом, что и, например, неспособность человеческого глаза к восприятию ультрафиолетовых и инфракрасных лучей.

По той же причине Столороу полагает, что свойственное расщеплению изменение восприятия себя и других не служит, как считал Кернберг, для предотвращения болезненной амбивалентности. Фрагментарные восприятия пограничных пациентов представляют скорее следствие задержки в развитии, нарушившей их способность к синтезу аффективно противоречивых переживаний, чем результат защитной

активности. Так, их быстро сменяющие друг друга представления о терапевте выражают не столько защиту от амбивалентности чувств, сколько потребность в терапевте как контейнирующем и удерживающем объекте. Ссылаясь на Винникотта и Моделла, Столоруоу, Брандшафт и Атвуд подчеркивают, что последовательное эмпатийное постижение и принятие аналитиком противоречивых аффектов создает условия для их постепенной интеграции, в чем и испытывает потребность пациент. Таким образом реализуется его надежда на возобновление приостановленного развития вкупе с удовлетворением Я-объектных потребностей в идеализации, отзеркаливании и пр. (Столоруоу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

В заключение следует заметить, что, согласно нашим наблюдениям, несправедливо утверждать, что все пограничные пациенты не достигли в своем развитии интеграции и константности объекта. Это верно лишь для части их, близкой к психотическому краю диапазона. В большинстве случаев правильнее говорить о том, что их константность объекта весьма неустойчива и уязвима. Соответственно у нас не возникло ощущение, что именно расщепление (как защита либо как способ восприятия или адаптации) доминирует в поле выстраиваемых ими коммуникаций. Как упоминалось выше, пограничная личность вполне способна поддерживать долгие и стабильные отношения, хотя достигается это ценой подавления чувств и импульсов, трудностей в их развитии и реализации. Трансферы этих пациентов отличались глубокой амбивалентностью, но лишь в наиболее стрессовых ситуациях нам приходилось встречаться с «чистым» разделением образов себя и объекта (терапевта) на «абсолютно хорошие» и «абсолютно плохие» или на «грандиозные» и «ничтожные». Стоит еще раз подчеркнуть, что, судя по всему, предпринимавшиеся ими атаки на «плохой объект» были связаны не столько с невозможностью нейтрализовать его «плохость» с помощью позитивных частичных репрезентаций, сколько с угрожающим недостатком чувства отдельности себя от объекта. Тревога быть поглощенной личностью, установками, мнениями терапевта заставляла их активизировать и использовать «плохие» аспекты его образа ради сохранения собственной идентичности — через попытки обесценивания и разрыва отношений.

1.5.1.3. Идеализация, всемогущество и обесценивание

Примитивная идеализация и обесценивание рассматриваются как производные расщепления репрезентаций Я и объекта. Всемогущество

от себя (как продукт или разновидность идеализации собственного Я, подразумевающей чувство грандиозности, тотальный контроль над реальностью и, соответственно, обесценивание силы последней).

Как идеализация, так и обесценивание в той или иной степени присутствуют в жизни каждого из нас. Мы всегда более или менее идеализируем тех, от кого чувствуем себя эмоционально зависимыми. Идеальная идеализация — важный компонент любовных отношений. Идеализация ребенком родителей — необходимая составляющая его развития, как и деидеализация (частичное обесценивание) в ходе и развитии именной, и вторичной (подростковой) индивидуации. Равным образом и для младенца переживание собственного магического всемогущества осуществляется залогом формирования базового доверия к окружающему миру, регулируемому и предсказуемому, и будущей зрелой уверенности в себе.

Примитивная идеализация, с которой мы встречаемся в работе с пограничным пациентом, подразумевает, что «абсолютно хорошие» объекты должны обеспечивать защиту от «плохих», при этом не разрушаясь под воздействием агрессии или ее проекций. За счет идеализации создаются нереальные и мощные образы «абсолютно хороших» объектов, что в итоге негативно влияет на развитие Суперэго и Эго (Kernberg, 1967). Следует отличать примитивную идеализацию от более зрелой, какая бывает, например, при депрессии: последняя связана с сознательным или бессознательным признанием собственной агрессивности, чувством вины и заботой об объекте. В отличие от примитивной идеализации представляет не реактивное образование, а прямое проявление примитивной фантазии об объекте: в ее основе лежит не реальное рассмотрение объекта, а только потребность в нем.

Всемогущество — проявление защитного использования примитивной интроекции идеализированного объекта и идентификации с ним. Примитивным выражением всемогущества является грандиозное Я при идеализации репрезентации объекта: особенно ярко оно наблюдается у арциссической личности, которая в структурном аспекте базируется на примитивной идеализации. Потребность в обеспечивающих безответных отношениях с грандиозным и могущественным объектом трансформируется в фантазии о собственной слабости и ничтожности — и наоборот. При этом отсутствует зависимость от объекта в смысле любви к нему и заботы о нем. В то же время на более глубоком уровне существует потребность в обесценивании идеализированного объекта,

в превращении его в объект манипуляций — потребность, связанная с глубинными фантазиями о собственном всемогуществе (Kernberg, 1967). Обесценивание есть обратная сторона идеализации, и чем мощнее была идеализация, тем радикальнее становится обесценивание: «Уничтожая идеальный объект, я перенимаю его грандиозность». Можно вспомнить первобытных каннибалов, съедавших убитого врага для обретения его силы, или одного из героев пьесы Бертольда Брехта «Карьера Артуро Уи»: расправившись с очередной жертвой, этот гангстер в следующем акте появлялся в принадлежавшей ей шляпе.

Один из моих пациентов в начале терапии неустанно демонстрировал надежды, возлагаемые им на меня, восторгался мной и подчеркивал, что никто, кроме меня, не был бы способен оказать такую помощь и поддержку ему — бессильному, несчастному и страдающему. Неудивительно, что, когда работа зашла в тупик, я был на долгое время деморализован и разочарован в себе как в терапевте. Мои фантазии всемогущества сменились обесцениванием себя. Пациент оказался грандиозен и непобедим в своем заболевании.

Примитивная идеализация ярко выражена у пограничной личности не только нарциссического, но и депрессивного типа. От нарциссической идеализации депрессивная отличается тем, что она организована вокруг аспекта морали, а не силы и статуса (Мак-Вильямс, 1998). Восхищение «всемогущим другим» временно повышает самооценку депрессивного субъекта, страдающего от собственной слабости, «плохости» и «ничтожности». Однако затем субъект начинает испытывать унижение от сравнения себя с грандиозным идеализированным объектом и ищет новый объект для компенсации травмы, вовлекаясь в типичный для таких случаев замкнутый круг.

Всемогущество и грандиозность нередко сопровождаются магичностью мышления. У многих людей последняя трансформируется в суеверия или в представления вроде: «Нельзя желать другому зла: как пожелаешь, так оно обязательно случится». Страдающие канцерофобией часто боятся самих слов «рак» или «онкология», избегая произносить их мысленно либо вслух, или встречать в текстах. Магичность мышления была ярко выражена у моей пациентки, которая на протяжении долгого времени периодически звонила мне домой под разными предлогами: уточнить время назначенной встречи, предупредить о командировке, попросить о переносе сессии и т. п. Истинная причина ее звонков открылась лишь год спустя: она делала это всякий раз после

о, как видела сон о несчастном случае со мной или о моей смерти, ранилась с тревогой она могла, лишь услышав мой голос и убедившись, что на самом деле я жив.

С позиций нашего опыта об идеализации и обесценивании можно иметь то же, что выше говорилось о расщеплении: у большинства пограничных пациентов они не доминировали в клинической картине безусловно, но проявлялись лишь в периоды напряжения идентичности и связанной с ним острой тревоги. Исключение составляли, пожалуй, лишь пациенты с тяжелыми нарциссическими патологиями.

Следует помнить, что и примитивная идеализация, и всемогущество, и идентичность мышления — так же, как и расщепление — представляют собой архаичные, естественные для раннего развития способы адаптации к реальности, обретения чувства безопасности и базового доверия. Но по сути, как отмечают сторонники интерсубъективного подхода, во многих случаях лучше рассматривать их не как патологические защитные механизмы, а как манифестации Я-объектных потребностей, то есть как попытки возродить в отношениях с терапевтом архаичные идеализирующие зеркальные связи, травматически нарушенные в раннем развитии (Теллероу, Брандшафт, Атвуд, 1999). Возобновление задержанного развития в этих связях помогает пациенту со временем восстановить и хранить ощущение собственного Я.

1.5.1.4. Изоляция и отрицание

Эти ментальные функции также тесно связаны с расщеплением и терминологически связаны с идеализацией, всемогуществом и обесцениванием. Хотя их принято рассматривать как разные защитные механизмы, между ними обнаруживается немало общего. Отщепленная часть объекта отвергается, изолируется; идеализация, как и обесценивание, подразумевает отрицание или изоляцию противоположного аспекта восприятия. Всемогущество, лежащее в основе маниакального психического состояния, есть по сути отрицание собственной слабости.

Под изоляцией понимается уход от внешней напряженной ситуации помощью внутренней стимуляции, исходящей из мира фантазий (основной изоидного типа). Разновидностью стимуляторов могут считаться наркотики и алкоголь. Алкоголь «растворяет» Суперэго субъекта, вводя его в субманиакальное состояние и позволяя отрицать ограничения своих возможностей, существующие конфликты и т. п. Во всех этих случаях успокоение ищется не в понимании реальности, а в отгораживании от

нее. По определению Мак-Вильямс, это способ бегства от реальности практически без ее искажения (Мак-Вильямс, 1998).

Отрицание — это взаимное «отталкивание» двух эмоционально независимых областей сознания, поддерживающее расщепление. Так, пациент может знать, что его мысли и чувства по поводу некоего лица или события противоречат тем, что были прежде, но это знание не имеет никакого эмоционального подкрепления; иными словами, отрицаемая часть не интегрируется в эмоциональный опыт (Kemberg, 1967). Можно сказать, что отрицание есть отказ признать существование чего-то болезненного, основанный на до-логическом убеждении: «Пока я не соглашусь с этим, этого нет». Отрицание и изоляция помогают друг другу в обесценивании реальной проблемы. Их действие проявляется, например, в убежденности алкоголика: «Я не болен, ведь я могу бросить пить, как только захочу», или в самоуспокоении влюбленного: «Она на самом деле любит меня, просто еще не готова это признать».

1.5.1.5. Проекция и интроекция

Проекцию определяют как процесс, в результате которого внутреннее ошибочно воспринимается субъектом как внешнее. Согласно другому определению, это — процесс, посредством которого чувства, мысли, импульсы, фантазии, части Я субъекта через воображение локализируются во внешнем объекте, иногда создавая у субъекта иллюзию их отсутствия в себе. Проекция может стать причиной серьезных искажений восприятия объекта и, соответственно, глубоких проблем в отношениях с ним: в качестве наиболее яркого примера можно назвать параноидную личность, основой психодинамики которой служит тотальная защитная проекция тенденций преследования, недоверия, зависти и т. д.

Интроекция — это процесс, в результате которого воспринимаемое извне начинает переживаться как собственное, внутреннее (основа идентификации). В аспекте адаптации интроекция является одним из важнейших факторов личностного развития: Эго и Суперэго прогрессирует именно за счет восприятия ребенком родительских эмоциональных, когнитивных и поведенческих паттернов, норм этики и морали, которые впоследствии интернализируются — то есть делаются не просто представлениями о родительских установках, но частями собственного Я. Защитный смысл интроекция обретает, например, при «идентификации с агрессором». Другой пример использования этой защиты

•сан Фрейдом в работе «Скорбь и меланхолия»: при потере объекта ! ь Я умирает, уходит вместе с ним, рождая у субъекта чувство внутреннего обеднения, собственной «плохости» и пустоты (Фрейд, 1995).

Эти два способа отношений с реальностью давно и традиционно ппмаются— наряду с расщеплением— как наиболее «примитив- •» защиты. Данное понимание основано на представлении, согласно . орому в этих ментальных функциях отражается недостаточность 11 к|)еренциации Я и объекта, то есть дефекты границ Я (Мак-Вильямс, »8); некоторые специалисты, наоборот, полагают, что о перемещении чхических содержаний через границу Я можно говорить лишь при ювии, что последняя нормально сформирована (Столороу, Бранд- •ф], Атвуд, 1999). Являются ли проекция и интроекция по сути за- | гными мерами? Необходимо признать прежде всего, что они вполне •лиственны не только глубоко нарушенной личности, но и невротиче- юровому. Для человека естественно воспринимать другого а ргигi и подобного себе, пока реальность не убедила его в обратном: на- нмер, предполагать, что другой придерживается тех же взглядов, •опт ту же музыку; естественно и усваивать вкусы и взгляды друго- С1Араясь найти в себе нечто созвучное им, понять его пристрастия, ждения и т. п. Интроекция и проекция становятся именно защитами за, когда проецируется то, что невозможно принять в себе, а интро- муруется то, отсутствие чего в себе вызывает страдание и боль.

На основе нашего клинического опыта можно уверенно сказать, > проекция выступает как явный и значимый способ восприятия и дмуникации с объектом у большинства пограничных пациентов. От ротических и здоровых субъектов они отличаются тем, что их про- пни весьма устойчивы перед реальностью, то есть мало подвержены •зиянию. Зачастую проекция пограничной личности выражается во • «бъемлющей уверенности «другой идентичен мне», то есть она вовсе н.язательно подразумевает отрицание в себе содержаний, помещае- \ в другого. Сомнительно, что такая проекция выполняет функцию литы: скорее речь идет о слиянии Я и объекта в определенных обла- х опыта, в котором стирается граница между собой и другим и ос- •'свает способность восприятия реальности. Мы постоянно встречаем- < сильными искажениями образа другого как результатами проекций • ч] венных интересов и жизненных ценностей пациентов, а также чувств навидности, зависти, потребностей контроля, гомо- и гетеросексуальных шульсов, манипулятивных тенденций и т. д. Интроекции как защиты

используются в первую очередь в отношении спроецированных содержаний: например, во время идентификации с агрессором, которым становится терапевт в результате проекций. Необходимо добавить, что позитивные проекции и интроекты в этих коммуникациях также присутствуют, однако они не столь «осязаемы» и менее доступны наблюдению.

1.5.1.6. Проективная идентификация

Взгляды на этот феномен весьма противоречивы: в психоаналитическом сообществе до сих пор нет устойчивого консенсуса о природе и целях данного процесса. Суть проективной идентификации можно упрощенно выразить следующим образом: человек не только проецирует собственные ментальные содержания в другого, но и активными вербальными и невербальными средствами заставляет его видоизмениться до реального соответствия спроецированному. Например, создав представление об осуждающей позиции окружающих, он ведет себя таким образом, что его и в самом деле начинают осуждать.

Несмотря на то, что проективная идентификация описывается большинством авторов как одна из наиболее ранних и «примитивных» защит, наряду с расщеплением и проекцией, хотелось бы подчеркнуть, что пограничной личности она свойственна в большей степени, чем психотической. Психотическая личность мало озабочена тем, соответствует ли реальность ее проекциям: ей достаточно приписать другому осуждающие или преследующие тенденции, и это становится для нее фактом, не требующим доказательств. У невротика, напротив, хорошо развито наблюдающее Эго, способное осознать проекцию («Сам не пойму, почему мне показалось, что вы рассердились»). У пограничной личности связь с реальностью не нарушена в психотической степени, но интроспекция недостаточна. Поэтому пограничный пациент всегда озабочен соответствием реальности собственным представлениям о ней. Проективная идентификация имеет, по-видимому, много функций, но одна из них состоит в следующем: достигая цели, она позволяет субъекту сделать вывод: «Это действительно так, следовательно, я не сошел с ума». Добавим, что проективная идентификация является одной из серьезнейших проблем, с которыми сталкивается терапевт в работе с пограничной личностью, поскольку она индуцирует весьма сильные контртрансферные реакции. Пациент оказывает на терапевта давление, заставляющее его переживать себя в соответствии с

желаниями пациента и вести себя так, как если бы у него были те же интроекты.

Впервые этот процесс исследовала Кляйн в работе с «околопсихическими» пациентами. Кляйн ввела термин «проективная идентификация» в контексте описания параноидно-шизоидной позиции — наиболее раннего способа отношений младенца с материнской грудью. Младенец проецирует вовне (на грудь) собственную «плохую» часть психики, это содержание становится объектом его ненависти. Так возникает прототип всех будущих агрессивных отношений. Проективная идентификация была описана Кляйн как процесс проекции импульса, проецирующийся идентификацией с объектом проекции и обретением роли над ним, позволяющим сохранить в безопасности «хорошую» часть самого себя. Объект становится «одержимым спроецированными частями Я». Впоследствии, когда мать превращается в целостный объект, этот механизм наращивает интенсивность и наполняет проективную материнское тело (Klein, 1946).

Кернберг описал проективную идентификацию как наиболее primitive форму проекции, задачей которой является экстернализация агрессивных Я- и объект-репрезентаций. С точки зрения Кернберга, проективная идентификация используется субъектом, обладающим ярко выраженными проективными тенденциями, принципиально иными, нежели при невротической проекции. При проекции агрессии ослабевают границы Я, в результате чего субъект идентифицируется с объектом. Он проецирует импульс, одновременно позволяя его переживать: в данном аспекте объект сливается с его Я. Кернберг выделяет четыре ступени проективной идентификации: 1 — выделение невыносимых импульсов, чувств, фантазий; 2 — установление эмпативной связи со спроецированным содержанием и страх перед собственной экстернализованной агрессией; 3 — попытка контролировать объект как продолжение защиты от спроецированного; 4 — интроецирование спроецированных содержаний в объекте в ходе реального взаимодействия с ним (Kernberg, 1967).

Общий знаменатель для большинства представлений о проективной идентификации может быть сформулирован следующим образом: объект избавляется с помощью проекций от частей себя (импульсов, внутренних объектов, фрагментов Я и т. д.), угрожающих ядру Эго, и питается от них с помощью агрессии. Эти проекции заставляют терапевта в работе с пациентом переживать интенсивные аффекты —

импульсы отщепленных частей Я последнего. Поскольку при этом наблюдается явное смешение субъекта и объекта, авторы делают вывод об очень раннем происхождении механизма и наряду с расщеплением и проекцией причисляют его к категории «примитивных» защит. При этом остается не вполне ясно, является ли проективная идентификация особым защитным механизмом или представляет собой частный случай проекции при ослабленных границах Я.

Есть, однако, исследователи, подвергающие эти предположения сомнению. Столороу с соавторами оспаривают тезис, согласно которому проективная идентификация есть результат защитного усилия экстернализации «абсолютно плохих» образов Я и объекта. Согласно их версии, представление об индуцировании проецируемого аффекта в объекте (терапевте) основано на интенсивности контртрансферных реакций: оно подразумевает, что сам терапевт «полностью адекватен», следовательно, его аффекты являются следствием проблем пациента и могут быть использованы как ключ к последним. На самом же деле попытки вызвать в терапевте реакцию, например, ярости или бессилия возникают тогда, когда со стороны терапевта отсутствует понимание истинных потребностей пациента, в частности, права на собственный взгляд и субъективный опыт. Если терапевт непоколебим в убеждении, что его чувства есть следствие лишь проекции неприемлемых для пациента внутренних содержаний, он наносит вред Я-объектному трансферу — средству, с помощью которого пациент надеется возобновить прерванное или ускорить замедлившееся развитие (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

В 1959 году Уилфред Байон выдвинул версию о проективной идентификации как об особом способе коммуникации с объектом. Байон описал пациентов, осуществлявших воображаемые атаки на материнскую грудь как прообразы всех атак на объекты, выполняющие коммуникативные функции. Проективная идентификация, с точки зрения Байона, представляет механизм избавления психики от фрагментов Я, возникших в результате разрушительного действия этих атак. Настойчивое применение проективной идентификации свидетельствует, что она представляет собой механизм, которым у пациента нет возможности продуктивно воспользоваться. Эта позиция близка к вышеизложенной в рамках описания интерсубъективного подхода.

Описывая клинический случай, Байон уделил особое внимание собственному чувству, что пациент пытается навязать ему страх

черты. Предполагалось, что этот пациент в детстве пережил отношения с матерью, которая не была способна понять истинные чувства ребенка и относилась к его плачу как к простому капризу. Ей не хватало возможности вместе с ребенком пережить страх за его жизнь — страх, чорый сам он был не в состоянии контейнировать. Когда терапевт, удобно матери пациента, отказывался принять это чувство, последний лишь все сильнее пытался его навязать. Вывод Байона относительно терапевтической позиции в подобной ситуации сводился к тому, что терапевту необходимо стать контейнером для чувств пациента. Если он позволит страху некоторое время храниться в себе, впоследствии пациент сможет реинтроецировать его в измененной (смягченной) форме. С точки зрения Байона, проективная идентификация подразумевает временное возложение на плечи терапевта груза, который для пациента невыносим; задачей терапевта в этом случае становится принятие проекций вместо защиты от них (Байон, 2000). Возможно, сохранение Байоном термина «идентификация» для описания этого процесса основано на допущении, что импульсы проецируются не полностью, но как бы отделяются между пациентом и терапевтом, отождествляя их в данном аспекте.

Таким образом, в отличие от авторов, рассматривающих проективную идентификацию лишь как средство контроля над угрожающим объектом, Байон предложил взгляд на данный механизм как на целительную коммуникацию. Фрош в своих исследованиях «психотического характера» поддержал тезис Байона о необходимости контейнирования объектом (терапевтом) проецируемых содержаний, дающего пациенту возможность впоследствии вновь интроецировать их в менее разрушительной форме. Однако Фрош изучал проблему проективной идентификации исключительно как проблему дифференциации Я и объекта, не рассматривая терапевтического взаимодействия в целом. Эта попытка была предпринята Майклом Пордером.

Пордер выдвинул оригинальную концепцию проективной идентификации как сложного компромиссного образования, основным компонентом которого является механизм «идентификации с агрессором» или «обращения пассивного в активное». Согласно этой концепции, проективная идентификация представляет собой трансфер-контртрансферную коммуникацию, осуществляемую одновременно на двух уровнях: предсознательном и бессознательном. На предсознательном или латентно-сознательном уровне пациент воспринимает терапевта как

доминирующего родителя, а себя — как беспомощного ребенка. В то же время на бессознательном уровне он отыгрывает в трансфере роль родителя с базовой патологией, заставляя терапевта пережить те же чувства, которые переживал сам, будучи ребенком: давление, ничтожность, бессильную ярость и т. п. Драма детства, таким образом, повторяется в терапии с инверсией ролей. При этом пациент наиболее активно использует невербальную коммуникацию, воспроизводя поведение родителя — несмотря на вербально выражаемую беспомощную и зависимую позицию и родительский трансфер.

Родительская «идентификация с агрессором», используемая пациентом в этих отношениях, совершенно бессознательна, подчеркивает Пордер, так как родитель (аналитик) требовал («требует») от ребенка крайне покорного поведения. Она не осознается еще и потому, что пациент испытывал бы непереносимую вину за сходство с родителем именно в садомазохистическом аспекте. Интерпретации аналитика могут никак не влиять на эту ситуацию весьма долго. С точки зрения Пордера, проективная идентификация не обязательно является результатом нарушения отношений матери и младенца и не обязательно имеет корни в самых ранних стадиях развития. Проективная идентификация есть хроническое повторение взаимодействия с глубоко нарушенным родителем (возможно, и с отцом), которое могло иметь место в любом возрасте пациента, включая подростковый. Следует заметить, что Пордер подвергает сомнению правомерность использования прилагательного «проективная»: аффект не проецируется пациентом на терапевта, а индуцируется в нем (Porcier, 1987). Еще раз подчеркнем, что, как полагают многие исследователи, термин «проекция», то есть перемещение за границы собственного Я, уместен при условии сформированности этих границ.

Мой клинический опыт, с учетом взглядов в первую очередь Байона и Пордера, позволяет предложить далее собственное представление о проективной идентификации, детально раскрытое мной в работах «Новые заметки о проективной идентификации» (Рождественский, 2001) и «Перенос: в поисках потерянного объекта» (Рождественский, 2005а). Прежде всего, с моей точки зрения, то, что называется проективной идентификацией, есть универсальный феномен человеческого опыта и невербальная основа любых межличностных отношений. Каждый из нас, вступая в диалог, имеет некое представление о собеседнике, отчасти всегда диктуемое нашей субъективностью, и каждый

встраивает поведенческую и эмоциональную коммуникацию в некоем соответствии с этим представлением, заставляя собеседника в большей или меньшей степени реально видоизмениться в направлении своих фантазий о нем. Речь идет об описанном Балинтом взаимодействии «двух персон», присутствующем в любой коммуникации — даже там, где вербальный диалог принадлежит области «трех персон». При этом всегда существует частичное размывание границ Я и объекта, поскольку искомой фикцией (термин Вайхингера, означающий ведущую недостижимую цель) любого диалога является слияние двух Я. Явления «субъект» во взаимодействии не существует: есть коммуникативная целостность двух субъектов. Разумеется, эта целостность предполагает проекцию или индукцию не только негативных ментальных одержаний. Если даже в реальности собеседник относится ко мне хуже, чем я представляю a priori, мое поведение, основанное на благоприятных фантазиях, способно изменить его восприятие меня в благоприятную же сторону.

Я полагаю также, что в терапевтических отношениях проективная идентификация особо значима как невербальное средство диалога, действующее в той области, где бессильны слова. Проективная идентификация становится подчас единственно доступным для пациента способом сообщить собеседнику то, что вытеснено или лежит за пределами вербального опыта; то, что по тем или иным причинам не может быть достигнуто рациональным путем. Заставляя терапевта аффективно пережить то, что было пережито в не поддающемся сознательному вспоминанию детстве, пациент руководствуется принципом: «Я не могу сказать о себе главного словами, но я дам тебе это почувствовать; ощути, каково было мне». В этом взаимодействии два субъекта временно и частично сливаются воедино, и идентификация терапевта с пациентом открывает последнему возможность в свою очередь идентифицироваться с терапевтом. Проективная идентификация и связанный с нею контртрансфер становятся для терапевта важным источником материала для реконструкций. Некоторые технические аспекты такого взаимодействия будут рассмотрены в части 2.

1.5.1.7. Диссоциация

Под диссоциацией понимается существование в субъекте двух или более Я, живущих каждое своей жизнью, относительно независимых друг от друга и сменяющих друг друга на «сцене» взаимодействия

с реальностью в поисках оптимального на данный момент способа адаптации. Мак-Вильямс относит этот механизм к категории «примитивных» защит, аргументируя тем, что действие диссоциации может глобально охватывать личность, и тем, что многие диссоциированные состояния психотичны по своей природе. В качестве ведущей защиты диссоциация делается основой диссоциативного («мозаичного», «множественного») типа личности. Как характерный пример последнего Мак-Вильямс называет Анну О., хотя вопрос, была ли Анна О. пограничной пациенткой, далеко не ясен (Мак-Вильямс, 1998).

В стрессовых, особенно опасных для жизни, ситуациях диссоциация может использоваться и невротиками, и здоровыми людьми. Человек ради спасения себя или близких способен повести себя совершенно несвойственным образом, причем последующие его воспоминания о своем поведении вытесняются или носят характер «как в тумане»: «Как будто это был не я». Пограничная диссоциация, в отличие от невротической, как правило, «полифрагментирована»: она столь хаотична, что человек может переживать в себе десятки личностей. Мак-Вильямс отмечает, что диссоциацию по ее проявлениям нередко путают с расщеплением, что приводит к ошибочной диагностике, например, диссоциативной личности невротического уровня как пограничной или даже психотической. В такой ситуации прогноз терапии становится сомнителен, так как пациент чувствует себя непонятым и, кроме того, большая часть его Я не участвует в процессе лечения (Мак-Вильямс, 1998). В качестве дифференциально-диагностического критерия может быть использована реакция пациента на конфронтацию между различными состояниями его Я. Диссоциация предполагает амнезию по отношению к предыдущему состоянию, забывание чувств и поступков, связанных с ним. Если терапевт имеет дело не с диссоциацией, а с расщеплением, на его вопрос: «Не кажется ли вам, что еще вчера вы воспринимали меня совершенно иначе?» пограничный пациент легко ответит: «Так вы вчера иначе себя и вели».

Подытоживая тему «примитивных» защит, хочу еще раз отметить следующее. Во-первых, я согласен с теми авторами, которые полагают, что к ним больше подходит термин не «защиты», а «способы адаптации» или «способы восприятия». Во-вторых, понимание психопатологии пограничных пациентов требует не только рассмотрения природы и целей используемых ими защитных (адаптивных) механизмов, но и комплексного исследования этих функций в сочетании и взаимодействии

другими функциями Эго. В третьих, у нас не создается впечатления, данные защиты у пограничных субъектов являются безусловно типичными: как и у здоровой и у невротической личности, они используются, когда напряжение адаптации и идентичности начинает превышать уровень толерантности к нему (исключение, возможно, составляют проективные механизмы как естественные для этих пациентов — проективные механизмы как естественные для этих пациентов — едства взаимодействия с реальностью). Другое дело, что у пограничной личности этот уровень существенно более низок. Если такового превышения не происходит, она способна успешно использовать «зрелые» невротические защиты — в частности, вытеснение как важный компонент защитной организации (факт, часто отрицаемый на том основании, что вытеснение есть функция достаточно сильного Эго). Также сублимация, считающаяся наиболее «зрелой» из защит, активно отменяется многими пограничными личностями: среди них немало интуитивных и творческих людей.

1.5.2. Истинные импульсы

Этот аспект психодинамики пограничной личности наиболее широко разработан современной американской школой Эго-психологии, в частности, Кернбергом: теоретики объектных отношений, как правило, уделяли влечениям относительно небольшое внимание. Поскольку сам я являюсь убежденным сторонником терапии, опирающейся на теории отношений, в данном разговоре я стану апеллировать к исследованиям Кернберга, результаты которых представлены в работах «Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии» (Кернберг, 2000), «Borderline personality organization» (Kernberg, 1967) и «Borderline conditions and pathological narcissism» (Kernberg, 1975).

Согласно концепции Кернберга, в сфере влечений пограничной личности обыкновенно наблюдается патологическое смешение генитальных и догенитальных инстинктивных стремлений с преобладанием югенитальной агрессии. Характерной является повышенная агрессивная насыщенность эдиповых конфликтов, мощный и непреодолимый страх кастрации и зависть к пенису, сильные мазохистические тенденции и параноидные проекции ранних садистических интроектов — предвестников Суперэго. В эдиповом треугольнике часто присутствует идеализация объекта любви, легко сменяемая своей противоположностью, и такие же нереалистичные образы кошмарного

соперника. Как правило, за этими либидинозно и агрессивно переполненными представлениями открываются смешанные однополюсные аспекты отношений с обоими родителями: «соперник» и «преследователь» воплощает соединение «плохих» частей материнского и отцовского образов, и наоборот.

Как уже упоминалось, в терапии пограничная личность ярко манифестирует в первую очередь эдипову проблематику — «верхушку айсберга». Защитные тенденции в развитии инстинктных стремлений приводят ее, по выражению Кернберга, к преждевременной «эдипизации» или «эдипову окрасу» доэдиповых конфликтов и отношений. Генитальные влечения на фоне ведущей роли доэдиповых проблем выполняют важные догенитальные функции: например, пенис наделяется чертами материнской груди, вагина обретает оральную значимость. Соответственно, хотя трансфер этих пациентов быстро «эдипально окрашивается», впоследствии он в большинстве случаев возвращает отношения к тяжелой сепарационно-индивидуационной проблематике.

Смещение орально-агрессивных конфликтов с матери на отца усиливает кастрационную тревогу и эдипову ревность у мальчиков и зависть к пенису — у девочек. Мощная догенитальная агрессия к матери создает у женщин сильные мазохистические тенденции в отношениях с мужчинами и запреты на генитальность, у мужчин — садистические тенденции в отношениях с обоими полами. Ранние проекции примитивных конфликтов на сексуальные отношения родителей делают «первичную сцену» разрушительной и пугающей: такова причина, по которой пограничные пациенты нередко реагируют страхом и ненавистью в ответ на проявления любви.

1.5.3. Эго и Суперэго

1.5.3.1. Эго

Как отмечает большинство исследователей, Эго пограничной личности характеризуется слабостью и недостатком интеграции (согласованности) основных функций, а его отношения с другими внутриспсихическими структурами — недостатком дифференциации, нехваткой гармонии и равновесия. Как и в случае личности психотической, Эго пребывает под постоянной угрозой прорыва в свои операции инстинктивных импульсов в неискаженной или относительно неискаженной форме. Если такой прорыв происходит, Эго, как правило, мало что может

ему противопоставить. По выражению Фроша, оно оказывается временно поглощенным примитивными либидинозными и агрессивными потребностями (Frosch, 1970). Приведу следующий пример: один из юных пограничных пациентов, встречая на улице сексуально привлекательных женщин, непременно должен был зайти в ближайший подъезд и мастурбировать до достижения разрядки. В момент прорыва подобные импульсы обычно воспринимаются как Эго-синтонные, в «стальное время» — как Эго-дистонные (последнее обстоятельство отщипывает пограничную личность от психотической). В отношениях с терапевтом они часто обретают форму нереалистичных требований. Фрустрация этих требований может вызвать реакцию депрессивного характера — ярости, иногда — параноидной природы.

Кернберг выделяет у пограничной личности две разновидности проявлений слабости Эго: специфические и неспецифические. К первым он относит преобладание «примитивных» защит. Неспецифические проявления — это: низкая толерантность к тревоге, неспособность к управлению инстинктивными импульсами и отсутствие зрелых способов сублимации (Кернберг, 2000). В других своих работах, например «Borderline conditions and pathological narcissism» (Kernberg, 1975), Кернберг добавляет к последним несовершенство дифференциации образов Я и объекта и сопутствующую ему размытость границ Я, тесно связанную с патологией интернализированных объектных отношений.

Низкая толерантность к тревоге подразумевает, что любая новая тревожная ситуация вызывает у пограничной личности регрессию Эго и в дальнейшем развитие симптоматики. Главное значение при этом имеет не степень переживаемой тревоги, а характер реакции Эго. Если тревога не испытывается, этот факт сам по себе еще не говорит о высокой толерантности к ней.

Неспособность к управлению инстинктивными импульсами ярко проявляется, например, в импульсивных расстройствах характера. Кернберг подчеркивает, что эту общую неспособность следует отличать от неспецифичности индивидуальной как составной части защитного образования характера. Если она связана со слабостью Эго, она может быть выражением специфических защитных операций и возникновения в сознании системы диссоциированной идентификации. Ее специфический характер отражен в Эго-синтонности импульсов и в дефиците эмоционального контакта между одной из частей личности и ее остальными частями.

Именно она проявляется как непредсказуемая импульсивность при усилении тревоги или инстинктных требований.

В качестве главных индикаторов нехватки зрелых способов сублимации Кернберг рассматривает отсутствие креативных способностей или удовольствия от их реализации. Другой критерий — расхождение между реальными творческими достижениями и потенциальными возможностями личности (навыками, уровнем умственного развития и т. д.). Из этих двух показателей, однако, по крайней мере первый выглядит спорным: из него следует вывод о несовместимости «пограничности» и творчества. Как уже упоминалось, многие замечательные художники, писатели, композиторы были, по-видимому, психически глубоко нарушенными людьми: Врубель, Гаршин, Достоевский и др. На мой взгляд, выраженными чертами пограничной личности обладал Есенин. Что касается расхождения между достижениями и потенциальными возможностями, оно подлежит только субъективной оценке: ни первое, ни второе не поддается измерению по некоей шкале.

1.5.3.2. Суперэго

Суперэго пограничной личности в большинстве случаев представляет архаичную, жесткую и слабоинтегрированную структуру, нередко крайне непоследовательную в своем отношении к операциям Эго. Как отмечает Фрош, оно часто проявляется в форме своих регрессивных и архаических предшественников — разрозненных ранних интроектов, обладает качеством чужеродности и повышенной тенденцией к экстернализации (Frosch, 1970).

Жесткость — качество, которым часто наделено и невротическое Суперэго, однако у невротика оно характеризуется высокой степенью интеграции. Интеграция выражается в степени идентификации с этическими и моральными ценностями, а также в том, играет ли чувство вины роль значимого регулятора поведения. У пограничной личности, как и у психотической, отмечается нарушение или недостаточность его интеграции вкупе с наличием примитивных садистических и идеализированных объектных репрезентаций — наиболее ранних интроектов. Совершая осуждаемое с общественной точки зрения действие, пограничный субъект испытывает скорее страх наказания или граничащий с ним примитивный стыд, чем вину: он мало способен контролировать свои поступки и проявления на основе этических принципов. С другой стороны, как полагает Кернберг, этот критерий не универсален: в некоторых

лучаях Суперэго пограничной личности может обладать достаточной интегрированностью, хотя и имеет садистическую природу (Кернберг, 2000).

Анализы пограничных пациентов показывают, что конфликты Суперэго играют важную роль в их объектных отношениях. Иногда в их проявлениях бывает сложно различить зрелое чувство вины и чувство граха или примитивного стыда: в некоторых ситуациях их нормальные, казалось бы, угрызания совести лишь маскируют пугающие фантазии об изощренном наказании. Против самонаказующих тенденций • ши часто используют проективные защиты, атакуя терапевта с целью аставить его пережить тревогу или вину. В качестве компромиссных образований между инстинктивными импульсами и требованиями Суперэго нередко возникают фобии, депрессивные состояния, мазохистические потребности, в отдельных случаях — стойкие негативные терапевтические реакции.

1.5.4. Отношения с реальностью

В своей работе с пограничными пациентами ни я, ни мои коллеги не встречались с явными и глубокими нарушениями способности распознавания реальности. Исключение составляли кратковременные и обратимые психотические эпизоды: так, одна моя пациентка в течение нескольких сессий выражала убеждение, что я транслирую ей свои собственные сны. Однако взгляды этих пациентов на людей и жизненные ситуации часто были весьма нереалистичны, и это далеко не сразу устранялось аналитическими мерами. Одним из характерных проявлений данной устойчивой тенденции была неспособность принимать качество «как если бы» своих трансферных желаний и страхов и стремление добиться от терапевта прямого удовлетворения нереалистичных притязаний. Эта проблема выглядела значительно более глубокой, чем простые трудности в самонаблюдении или формировании альянса.

Отношения пограничных пациентов с реальностью наиболее полно описал Фрош в работах, посвященных «психотическому характеру» (Frosch, 1964; Frosch, 1970). Напомним, что с точки зрения Кернберга функция тестирования реальности у пограничной личности достаточно развита, что может служить диагностическим критерием отличия ее от личности психотической. Под тестированием реальности Кернберг понимает способность к различению Я и не-Я, то есть к проведению границ между внутриспсихическими и внешними источниками

стимуляции. Кроме этого, он упоминает возможность оценивать свои мысли, аффекты и поведенческие проявления с позиции общепринятых культурных и социальных норм. Развитая функция тестирования реальности предполагает отсутствие бреда, галлюцинаций и неадекватных форм аффектов, мышления и поведения, либо понимание их неадекватности (Кернберг, 2000).

С точки зрения Фроша, проблема более сложна, поскольку само понятие «тестирование реальности» может быть дифференцировано. Касается ли оно способности распознавать реальность, оценивать ее или строить с ней нормальные отношения? Все эти аспекты взаимосвязаны, однако они — не одно и то же. При психозе нарушена способность к распознаванию реальности. При «психотическом характере» она обычно сохранена, но существенно искажены отношения с реальностью и оценка реальности, что непосредственно влечет за собой трудности в объектных отношениях. Так, если терапевт в ответ на просьбу о внеочередной сессии скажет: «Будет лучше, если мы станем придерживаться расписания», психотический пациент может сделать вывод: «Он тоже хочет этой встречи, но не желает в этом признаться»; пациент с «психотическим характером» (пограничный) — «Он не соглашается встретиться лишний раз, так как я вызываю у него отвращение». Искажения восприятия нередко возникают на фоне относительно сохранной способности распознавать реальность: «Я знаю, что иногда вижу что-то не так, как есть на самом деле». Их причиной могут быть стрессовые ситуации, влияние наркотиков, алкоголя, соматические заболевания и т. д. Фрош подчеркивает, что в случае «психотического характера» определенные дефекты бывают присущи не только оценке реальности и отношениям с ней, но и способности ее распознавать: отличие от психоза состоит не в том, что тестирование реальности не нарушено, как полагает Кернберг, а в том, что его нарушения временны и обратимы.

В качестве ведущей причины возникновения этих дефектов Фрош называет поглощающий (подавляющий) характер родительских установок. Первичное окружение решающим образом влияло на формирование функции тестирования реальности у ребенка. Установки родителей препятствовали их нормальной интернализации. Типичным примером является ситуация пациентки, мать которой, деспотичная до садизма и, по-видимому, сама глубоко нарушенная, любила повторять: «Если тебе кажется, что суп невкусный, а я говорю, что он вкусный, значит, на самом деле тебе вкусно!» Разумеется, это никак не способствовало раз-

читаю у девочки доверия к собственным восприятиям: пациентка практически в каждом случае оценки происходящего нуждалась в подтверждении извне. Мне не раз приходилось слышать от нее, например, вопрос: «Дмитрий Сергеевич, это у меня на самом деле такое чувство, или •л его себе придумала?»

Фрош отмечает, что подавляющие родительские установки нередко сдаются причиной сохранения иных, более примитивных способов тестирования реальности. Одним из таких способов являются переживания телесного Я, или «соматической самости»: использование тактильных ощущений, вкусов, запахов и т. д. Этот архаический метод убеждения в реальности применяется нами, например, когда мы восклицаем при неожиданной встрече: «Неужели это ты, дай я тебя коснусь!» Один из моих пациентов долгое время, входя в терапевтический кабинет, нуждался в том, чтобы невзначай дотронуться до письменного стола, кушетки или моей руки: без этого он не способен был почувствовать, что очередная сессия действительно началась, а не снится или воображается ему. Добавлю, что нередко пограничная личность и от этих ощущений не обретает полной уверенности в реальности, если они не ярко выражены: так, чтобы она могла без колебаний сказать: «данный предмет — красного цвета», предмет должен быть радикально красным (а не малиновым, бордовым и т. д.). Капитан Грэй знал, что делает, когда именно по этому критерию выбирал цвет парусов для встречи с Ассоль, уже утратившей понимание грани между реальностью и собственными фантазиями о ней.

Возможно, в последнем обстоятельстве кроется ответ на вопрос о причинах частой наркотизации пограничной личности. Употребление наркотиков делает окружающий мир гиперстимулирующим и оттого «подлинно реальным»: краски становятся более яркими, звуки — более насыщенными, и т. д. Нередко лишь при таком условии личность, не доверяющая собственным ощущениям, способна уверенно сказать: «Мир есть, и я в нем — есть». Наркотики становятся по сути заменой недостающего внутреннего объекта, без которого восприятие реальности ослаблено и оценка ее затруднена — хотя в дальнейшем они ведут к еще большему стиранию чувства реальности и переживанию ужаса дезинтеграции.

Трудности ощущения реальности могут проявляться у пограничной личности и в измененных состояниях Эго ненаркотической природы. Регрессивные изменения Эго бывают выражены в гипноидных,

сумеречных, сноподобных состояниях, «океаническом чувстве», чувстве растворения себя и т. д. Они часто сопровождаются беспокойством или страхом, поскольку связаны с сильным напряжением идентичности и потребностью в сохранении собственных границ. Иногда пациент не способен точно сказать, приснилось ему некое событие или произошло наяву. В отличие от психозов эти состояния продолжают у пограничного субъекта недолго, ограничиваясь, например, рамками терапевтической сессии или несколькими часами после нее. Нередко они остаются нераспознанными, так как их проявления могут быть очень тонкими: легкое ощущение деперсонализации, нереальности происходящего, расплывчатости личности, времени и места, и т. д. Так, вспоминая о недавно имевшей место ситуации и детально ее описывая, пограничный пациент может заметить: «Мне казалось, что это тянулось целую вечность», «Я видел себя будто со стороны», или «Это был словно не я».

7.5.5. *Объектные отношения*

Качество объектных отношений зависит от целостности идентичности, что подразумевает относительное постоянство образов себя и другого. Стабильность и глубина отношений со значимыми людьми проявляется в эмпатии, понимании, способности к сохранению коммуникаций в периоды фрустраций и конфликтов. Именно в этих аспектах пограничная личность испытывает в отношениях существенные трудности, поскольку постоянство объекта ею не достигнуто или не обрело устойчивого характера. Глубокие дефекты реального восприятия в продолжительных связях с другими становятся еще более глубокими; сами связи — хаотичны и поверхностны, как бы «бесконтактны».

Традиционное представление об отношениях, выстраиваемых пограничной личностью, сводится к тому, что в силу работы расщепления они постоянно колеблются между идеализацией и девальвацией. Результатом становится частая смена объектов как выражение компульсивной потребности заводить и разрывать отношения. Однако наши наблюдения не вполне подтверждают этот тезис. Как уже упоминалось, отношения этих пациентов выглядят в большинстве случаев скорее глубоко амбивалентными, чем «начисто» расщепленными. Еще раз повторю, что пограничная личность вполне способна поддерживать их долго и стабильно, хотя и за счет эмоционального обеднения: чувства репрессируются или не подлежат выражению, поскольку существует

и рах быть затопленным ими. В терапии интенсивность и скорость развития трансферных чувств вызывает сильную тревогу, желание отчуждения, обесценивания и даже прерывания взаимодействия. Глубокая эмоциональная вовлеченность тождественна слиянию Я и объекта, смене реальности с пугающими деструктивными фантазиями.

Фрош в описании «психотического характера» отмечает, что эти пациенты, в отличие от психотиков, продвинулись в развитии за пределы безобъектного™ к точке объектов, удовлетворяющих потребности. Однако их отношения остаются на инфантильном уровне: при недоформированной идентичности они состоят из комбинаций прогрессивных и регрессивных привязанностей. Иногда возникают архаические психоподобные манифестации отношений, в отличие от психоза обладающие качеством обратимости (Frosch, 1970).

Одной из важных характеристик пограничной личности является непереносимость одиночества. Достижение чувства собственной непрерывности и идентичности возможно для нее только через использование объекта — будь то объект агрессии или любви. Потребность в отношениях с реальным объектом — еще одна черта, отличающая пограничного субъекта от психотического. Как в терапевтической коммуникации, так и в повседневной жизни эти пациенты демонстрируют глубокие травматические реакции на сепарацию. Судя по результатам реконструкций, эти реакции не связаны исключительно с ранней материнской депривацией. Травмы реальной или фантазийной потери объекта в результате конфликтов присутствовали у пациентов практически на всех стадиях развития. Сепарационная тревога в каждом случае прорецировалась уникальными сложными фантазиями, содержащими отпечатки множества травматических ситуаций.

При весьма высокой потребности в объекте у пограничной личности обыкновенно отсутствует подлинный интерес к другим людям: они воспринимаются в основном функционально, через призму собственных желаний и нужд субъекта. Эти пациенты мало способны к эмпатии и взаимнообмену и обычно больше, чем невротики, обеспокоены удовлетворением своих потребностей за счет других. Люди используются ими для регуляции самооценки, для поддержки самоуважения через подтверждение со стороны. Их требования часто нереалистичны, а они реагируют сильным разочарованием, яростью или отчуждением, если им не предоставляется нарциссическое или либидинозное удовлетворение. Их высокая чувствительность к реальному или

воображаемому пренебрежению приводит к неудачам как в социальных, так и в терапевтических коммуникациях. Возможно, эти нарциссические черты связаны с тревогой утраты идентичности; возможно, они возникают как результат патологической сепарации между самопредставлениями и представлениями об объекте или как следствие дефекта функций регуляции самооценки при наличии нереальных, грандиозных образов Я и объекта. В отдельных случаях они могут быть средством разрешения конфликта, например, между самопредставлением и оценкой со стороны.

Пациенты, в отношениях которых доминируют тенденции эмоционального отчуждения и эксплуатации других при недостатке или отсутствии эмпатии, были описаны Рональдом Фейрберном как «шизоидные». Природу этих тенденций Фейрберн рассматривал с собственной оригинальной позиции, основанной на представлении о связи Я с «компенсаторными объектами». Согласно его концепции, Я субъекта изначально либидинозно привязано к объекту и развивается исключительно во взаимодействии с ним. Удовлетворяющие ранние отношения с объектом (грудью) служат залогом целостности Я. Фрустрация влечет за собой фрагментацию (у Фейрберна — «расщепление») Я: фрустрирующий объект интроецируется и создает компенсаторный внутренний объект, к которому либидинозно привязывается часть Я и строит отношения с ним в ущерб отношениям реальным. Опыт фрустрации связан с восприятием объекта как «побуждающего» (соблазняющего, дающего надежду) и «отвергающего». У «шизоида» соответствующие компенсаторные объекты отнимают большую часть либидинозного катексиса, формируя в составе Я два доминирующих фрагмента: «либидинозное Я» (привязанное к «побуждающему» объекту) и «антилибидинозное Я», или «внутренний диверсант» (привязанное к объекту «отвергающему»). Первый становится источником эксплуатирующих и потребительских тенденций, второй — отчужденно-агрессивных (Fairbairn, 1952).

Агрессивные и садомазохистические черты наряду с потребительскими выделяются большинством авторов как неотъемлемые характеристики коммуникаций пограничной личности. Их сексуальная жизнь и отношения в целом пропитаны агрессией, направленной вовне, на себя или как вовне, так и на себя. Проекция агрессии усиливают их страх перед объектом и потребность держать его под контролем. В терапии проекция наиболее ярко проявляется именно как компонент

садомазохистических трансферов, причем садомазохистический характер установок и фантазий может долгое время скрываться под различными защитами.

Эти тенденции несут отпечатки всех фаз развития, включая эдипову, и их корни весьма трудно привязать к конкретному отрезку времени. Однако анализы показывают, что в их основе лежит, как правило, защитная «идентификация с агрессором» — с родителем, имевшим серьезные психические нарушения. Пациенты, усвоившие садистические аспекты родительского поведения, бессознательно транслируют их в ходе проективных идентификаций, заставляя терапевта переживать их собственные чувства из далекого прошлого. Идентификации с агрессором оказывали решающее влияние на представление пограничной личности о себе и других и на ее поведение. Можно предположить, что формировались они не только на ранних стадиях развития, но в течение всего времени, проведенного ребенком в родительской семье.

Следует еще раз вспомнить, что, как отмечает Кернберг, психоаналитические исследования таких пациентов открывают не реально существовавшие в их прошлом отношения, а лишь субъективные переживания. Рассказы пограничных пациентов о своих ранних годах часто бывают хаотичны и недостоверны: эдиповы конфликты в них переполнены агрессией, образ соперника ужасен, страх кастрации непреодолим и т. д. Эти «чрезмерности» являются результатом смешения отдельных (пугающих) аспектов родительских образов, усиленных проекциями собственной «плохости»; иными словами, объект «идентификации с агрессором» был неадекватен, но обычно не настолько, насколько его воспроизводит пациент (Кернберг, 2000).

Обобщая сказанное, можно сформулировать три итоговые характеристики объектных отношений пограничной личности: высокая потребность в объекте, функциональное (нарциссическое) восприятие объекта и садомазохистический потенциал. Каждая из них может найти отдельное объяснение, но концепция «слияния Я и объекта» представляется наиболее интегративной. Пограничная личность испытывает хронический «голод по объекту», восполняющему дефицит ее идентичности, однако страх слияния и «растворения» в объекте не допускает возникновения глубоких, эмпатийных и заботливых отношений. Агрессивные и садомазохистические тенденции как производные ранних защитных идентификаций активизируются при ощущении поглощения собственного Я другим Я. Повторю, что, согласно моим наблюдениям,

в терапии пограничных пациентов эта активизация происходит главным образом при переживании невозможности быть услышанным и адекватно понятым (см. раздел 1.5.1.6.), то есть в ситуации, когда позиция или установка терапевта чрезмерно ригидна и претендует на «правильность в последней инстанции».

1.6. Типология пограничной личности

Данным вопросом задавались относительно немногие исследователи; большая их часть предпочитала более или менее обобщенно обсуждать проблемы терапии «личностей пограничного уровня», или «псевдоневротической шизофрении», или «психотического характера», и т. п. Дифференциации личностных особенностей внутри пограничного континуума уделяли внимание, в частности, Кернберг и Мак-Вильямс. Как замечает Мак-Вильямс, сущность структуры характера не может быть осмыслена без понимания двух взаимосвязанных измерений: уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня. Первое измерение отражает уровень индивидуации или степень патологии; второе — тип характера. Поскольку мы договорились вслед за Мак-Вильямс понимать под «пограничностью» степень патологии или дефицитарности личности, а не конкретный узнаваемый синдром, следует сказать несколько слов о том, к какому типу эта личность может относиться с большей или меньшей вероятностью.

В 1976 г. Кернберг предложил систему психоаналитической классификации патологий характера, позволяющую выделять патологии высшего, промежуточного и низшего уровня. Невротические расстройства определяются этой классификацией как принадлежащие высшему уровню; пограничные с их беспорядочной полиморфной симптоматикой — низшему. Согласно Кернбергу, с клинической точки зрения пограничная структура не наблюдается в большинстве случаев типичной истерической личности, депрессивной, обсессивно-компульсивной, мазохистической при ее достаточной интегрированности™ (Kernberg, 1967) и депрессивно-мазохистической (Kernberg, 1976). Во всех этих случаях речь обыкновенно идет о патологиях высшего уровня с преобладанием ассортимента «зрелых» защит. Пограничная структура, напротив, встречается во многих случаях инфантильной личности, наиболее типичной нарциссической (среди которых и описанные Дейч личности «как-если-бы»), антисоциальной (психопатической), а также шизоидной, параноидной, гипоманиакальной и «ложной» личности.

среднему континууму} — патологиям промежуточного уровня — Кернберг относит хорошо функционирующую нарциссическую личность, • которые типы инфантильной личности и пассивно-агрессивную личность (Kernberg, 1976).

Мак-Вильямс не высказывается столь определенно, предполагая, о в принципе нарушения пограничного и даже психотического уровня могут присутствовать у личности любого типа. Она, однако, соглашается с Кернбергом в том, что пограничный уровень патологии гораздо реже встречается у депрессивной, истерической, обсессивно-компульсивной мазохистической личности: эти типы в своих адаптивных и защитных операциях используют «зрелые» конструкции. Нарциссическая и дисшиативная личность могут с равной вероятностью принадлежать как эротическому, как и пограничному континууму. В первую же очередь пограничная структура распространена среди гипоманиакальных, параноидных, шизоидных и антисоциальных личностей (Мак-Вильямс, »98). По крайней мере три последних типа заслуживают некоторых оговорок.

Параноидный тип личности с его опорой на проекцию как ведущую защиту часто обнаруживает пограничные или психотические черты. В то же время он не является сам по себе критерием тяжести патологии, поскольку сама степень проецирования может быть психотической, пограничной или невротической. В первом случае нарушенная часть личности проецируется полностью, что рождает, например, бред преследования или галлюцинации. Во втором — проекции подлежат лишь часть от этой части, то есть у человека есть чувство, что его преследуют, г. выслеживают и т. п., но нет полной уверенности в том, что это действительно так. Наконец, в третьем случае нарушенная часть полностью остается в пределах Я, то есть сохранено наблюдающее Эго, способное осознать факт проекции: «Что я, в самом деле, опять всех адозреваю!»

Шизоидный тип также в большинстве случаев относится к психическому или пограничному континууму, что связано с доминантой лещепления (в данном случае между Внутренним и Внешним) в системе защит. Для дифференциальной диагностики важно еще в ходе интервью с таким пациентом оценить возможность наличия психических процессов. Ведущим критерием могут быть галлюцинации, иллюзии, нарушения мышления, неспособность отличать идеи от действий. Однако, с другой стороны, шизоидность сама по себе не предполагает

риска психотической декомпенсации: эти пациенты часто выглядят поначалу более «больными», чем они есть на самом деле.

Антисоциальный тип личности нередко является носителем психотической или пограничной патологии, опирающимся на «примитивный» ассортимент защит и неспособным к глубоким отношениям и привязанностям (Мак-Вильямс, 1998). И все же едва ли стоит безоговорочно полагаться на наблюдение Кернберга, утверждающего, что за годы консультирования антисоциальных личностей он не встретил среди них ни одной, принадлежащей невротическому континууму. Антисоциальное поведение является продуктом совокупного влияния целого ряда факторов, в том числе социальной среды, и не может быть сведено к доминирующей роли тех или иных психических защит.

Следует заметить, что, в отличие от Мак-Вильямс, Кернберг дифференцирует понятия «типов личности» — к которым относятся, например, личность депрессивная, нарциссическая, истерическая, мазохистическая, обсессивно-компульсивная, инфантильная, антисоциальная, — и «структур предпсихотической личности», или «предпсихотических патологий характера», то есть по сути «расстройств» или «синдромов», включающих параноидную, шизоидную, гипоманиакальную и циклотимическую с выраженными гипоманиакальными чертами личность. Эти последние для Кернберга уже сами по себе являются патологиями. Мак-Вильямс не проводит такой дифференциации, рассматривая весь спектр типов личности как ряд характеров, основанных на ведущем использовании того или иного защитного стиля. Ни один характер не патологичен как таковой, без учета уровня индивидуации: шизоидный субъект может быть блестящим ученым, параноидный — успешным следователем или контрразведчиком, и т. д.

В заключение добавлю, что, на мой взгляд, «чистый» тип личности в реальной практике общения с пациентами встречается довольно редко. Чаще приходится иметь дело с комбинациями различных характерных черт: шизоидных и обсессивных, депрессивных и мазохистических, нарциссических и параноидных, и т. п. В этих ситуациях попытки вместить пациента в прокрустово ложе определенного типа личности не всегда оправданны, и намного более конструктивной оказывается гибкая адаптация собственного поведения и техники к каждому его конкретному проявлению.

1.7. История пограничной личности

Мнения разных авторов по поводу истории развития пограничной личности и происхождения ее проблематики весьма разнообразны. Ложно сказать, что чем шире понимание феномена «пограничности», тем более общи и неопределенны взгляды на его этиологию. Фуллер Горри, являющийся психиатром, а не психоаналитиком, описывая «пограничный синдром» в соответствии с DSM-III, связывает его с перекрестной депрессией или маниакально-депрессивным психозом (Фуллер Горри, 1996). Стоун отводит в его происхождении главную роль конституциональной и неврологической предрасположенности индивида (Stone, 1980). Кернберг говорит о значимости нарушений на самых ранних стадиях развития (Kernberg, 1975), Мастерсон — о роли дефектов коммуникаций на стадии сепарации-индивидуации (Masterson, 1972) и т. д. Куттер замечает по поводу «пограничных состояний» обобщенно: «...это случается тогда, когда в детстве ребенок получает слишком мало любви и/или во многих смыслах переживает плохое с ним обращение, если не сказать — жестокое» (Куттер, 1997). Мак-Вильямс праведливо, на наш взгляд, констатирует, что этиология данных расстройств очень сложна и, вероятно, индивидуальна в каждом конкретном случае (Мак-Вильямс, 1998). Реконструкции затрудняются тем, что, как отмечает Кернберг, реальная история жизни пограничной личности < ее пересказе искажена психопатологией — причем чем глубже последняя, тем серьезнее искажения (Кернберг, 2000).

Исследуя «околопсихотических» пациентов, Клайн определила главную проблему их патологий как следствие невозможности нормального прохождения «депрессивной позиции» — более зрелого, чем параноидно-шизоидная позиция», способа отношений младенца с грудью. Расщепление и проективная идентификация — механизмы восприятия объекта и взаимодействия с ним, нормальные для «параноидно-шизоидной позиции», когда младенец проецирует агрессию в плохую грудь и защищает от нее. Неудачи материнской эмпатии и коммуникаций не позволяют «плохой» и «хорошей» груди соединиться в целостный объект, и «примитивные» защиты остаются у «околопсихотической» личности ведущими (Klein, 1946).

Близких взглядов придерживался и ряд последователей Клайн. Байон, многие из пациентов которого могли бы рассматриваться как пограничные, предполагал, что именно нарушения этих наиболее ранних

отношений в большинстве случаев являются корнем их проблем. С точки зрения Байона, мать отказывалась быть «контейнером» для чувств младенца, например, принимать его боль и страх как свои собственные. За этим следовало разрушение связи с грудью и возникновение глубоких дефектов любопытства, от которого зависит обучение. Так создавались предпосылки для серьезных задержек в развитии и, кроме того, для отказа от доступного способа овладения сильными эмоциями. Эмоционально насыщенные отношения становились для личности невыносимы, что в свою очередь порождало у нее ненависть к жизни (Байон, 2000).

Балинт объяснял происхождение тяжелых личностных патологий на основе концепции «базисного дефекта». Согласно Балинту, если ребенок переживает раннюю травму, его дальнейшее развитие будет определено выбором способа справиться с ее последствиями. Этот способ и есть «базисный дефект»: направляя и неизбежно ограничивая развитие, он позволяет индивиду адаптироваться к реальности. Он может дорого обходиться личности, но его инкорпорация в структуру Эго уже необратима.

С точки зрения Балинта, первой травмой для младенца становится рождение. До рождения он пребывал в состоянии, названном Балинтом «первичной любовью»: в гармоничном взаимопроникающем слиянии собственного Я (самости) с окружающей средой без объектов и границ. При появлении на свет равновесие нарушается и требуются новые формы и способы адаптации. Из смещения субстанций и нарушенной гармонии пространств появляются Эго и объекты; под влиянием последних в потоке либидо, изливающимся из Ид, возникают сгущения и разрежения. Если в отношениях с объектами контраст с прежним состоянием становится чрезмерно болезненным, либидо может быть вновь отведено в Эго, что оказывается исходной точкой для выбора пути развития.

Балинт называет четыре вида либидинозного катексиса: 1 — часть первоначального либидинозного потенциала адресуется появляющимся объектам; 2 — часть либидо возвращается в Эго как вторичное средство смягчения фрустрации (вторичный нарциссический катексис); 3 — повторное катектирование объектов из возвращенной в Эго части либидо; 4 — катектирование «окнофилических» и «филобатических» структур мира. Этот последний катексис становится источником тенденций зависимости и отчуждения. В «окнофилической» структуре он

рочно связан с объектами, воспринимаемыми как гарант комфорта и безопасности, в то время как безобъектное пространство между ними сдается угрожающим. «Филобатическая» структура мира подразумевает катектирование безобъектного пространства, в котором явившийся объект вызывает раздражение и тревогу (Балинт, 2000). > качестве примера «окнофилического» восприятия мира можно привести человека, заблудившегося в пустыне или попавшего на необитаемый остров; «филобатического» — узника в переполненной тюремной камере, для которого хотя бы пять минут одиночества являются лветной и несбыточной мечтой.

Таким образом, речь идет о доминирующих при тяжелой патологии примитивных потребностях «прилипания» к объекту и отстранения от него, то есть об избыточном катексисе в первом случае — объекта, во втором — собственного Я. Здесь можно провести параллель с упоминавшейся выше концепцией Фейрберна, объясняющей формирование «шизоидных» расстройств. Согласно этой концепции, в отношении младенца с грудью удовлетворяется или фрустрируется его потребность в чувстве взаимной любви, что определяет характер его развития. Последнее подразумевает продвижение от стадии инфантильной зависимости (оральная фаза) к зависимости зрелой (фаллическая фаза) через стадию квазинезависимости (анальная фаза). Удовлетворяющий опыт отношений, позволяющий начать освобождение от инфантильной зависимости, способствует развитию «центрального Эго», взаимодействующего с реальным объектом. Два других опыта — отношения с «побуждающей» и «отвергающей» грудью — формируют компенсаторные внутренние объекты и привязанные к ним «либидинозное» и «антилибидинозное» Эго, затрудняя уход от инфантильной зависимости или делая его невозможным. Как отмечалось в разделе 1.5.5., в понимании Фейрберна «шизоид» взаимодействует с компенсаторными объектами в ущерб реальным. Вытекающие отсюда тенденции «шизоидов», описанные Фейрберном — отчуждение от объекта и использование объекта — созвучны соответственно «филобатию» и «окнофилию» в концепции Балинта. В обоих случаях речь идет о формировании поверхностных, односторонних и функциональных отношений с высоким агрессивным потенциалом.

Заметим, что ни Балинт, ни Фейрберн не говорили именно о пограничной личности как занимающей промежуточное положение между невротической и психотической структурой. Балинт рассматривал

«базисный дефект» как универсальную причину большинства глубоких психопатологий, включая шизофрению. Фейрберн также описывал «шизоидную» структуру личности как наиболее подходящую почву для формирования многих психических расстройств — от невротических до наиболее тяжелых. Тем не менее в представленных этими авторами наблюдениях и выводах многое может быть отнесено к проблеме пограничных пациентов.

Когут описывал пограничную личность как субъекта, переживающего хроническую угрозу необратимой дезинтеграции и предотвращающего ее с помощью разнообразных проективных операций. С точки зрения Когута, подобная уязвимость является результатом крайне депривующей истории развития, где не было даже минимальной консолидации архаического грандиозного Я и идеализированного родительского имаго (образа). С этим обстоятельством Когут связывает отсутствие у пограничного пациента способности сформировать стабильный зеркальный или идеализирующий Я-объектный трансфер (Kohut, 1972).

Для понимания путей формирования пограничной личностной структуры особую ценность имел опыт работ Американской интерперсональной группы и Британского движения теоретиков объектных отношений. Специалисты этих групп исследовали интернализированных представителей ключевых фигур из раннего окружения пациентов, подчеркивая особую значимость опыта привязанности и сепарации. Согласно итоговым результатам их работ, психотическая личность является носителем проблематики симбиотического уровня, невротическая — эдипального, на котором доминируют проблемы соревновательности, самоопределения и т. д. Проблематика пограничного пациента принадлежит уровню сепарации-индивидуации, то есть закладывается у ребенка в возрасте от 6 до 36 месяцев. В этом аспекте большинство авторов согласно между собой.

Малер — автор понятия «сепарации-индивидуации» — относил зарождение пограничной проблематики к подфазе «воссоединения», то есть ко второй половине второго года жизни ребенка (Mahler, 1971). С точки зрения Малера, ведущим патогенным фактором в этом процессе является невозможность нормальной интернализации конфликта «рапрошман» (первого конфликта амбивалентности). В период, о котором идет речь, образ матери пребывает для ребенка в расщепленном состоянии. «Рапрошман» представляет конфликт тенденций сближения с

«хорошей» матерью, гарантирующей заботу и безопасность, и дистанцирования от «плохой» с ее репрессивными и ограничивающими функциями.

К возрасту около 18 месяцев ребенок успевает ощутить свою отчужденность от матери и ограниченность собственных сил и возможностей, то есть приблизиться к реальному самовосприятию (у Малера — «психологическое рождение»). В этом процессе все более отчетливо проявляется дифференциация реальности и фантазий. Он начинает осознавать, что, отдаляясь от матери, обретает свободу от нее, но при этом теряет поддержку. Ребенок становится импульсивен, капризен, непослушавателен в своем отношении к ней. Если мать способна принимать его аффекты, не заражаясь ими, расщепление ее образа со временем начинает сниматься: формируется более целостное представление о «достаточно хорошей» матери, ради гармонии взаимодействия с которой имеет смысл ограничить собственные инстинктивные потребности. Материнские нормы и стандарты постепенно интернализуются ребенком, в результате чего конфликт становится внутренним и приближается к трехлетнему возрасту окончательно достигается «постоянство объекта». По сути такой же процесс описывала Кляйн применительно к ранним отношениям младенца с грудью, говоря о переходе от параноидно-шизоидной к депрессивной позиции.

Если мать не в состоянии адекватно принимать противоречивые аффекты ребенка, она проникается ими и невольно дает реальное подтверждение его диссоциированным фантазиям о «хорошей» и «плохой» матери: ненавидит в ответ на ненависть и любит в ответ на любовь. При этом не создается условий для интернализации ребенком ведущих функций Эго: контроля импульсов и сигнальной функции аффекта. Расщепление себя и объекта фиксируется в качестве основной защиты; целостность и постоянство объекта не достигаются. Следствием становится характерная для пограничной личности хроническая потребность (объекте — обладателе функций Эго, недостающих субъекту — и невозможность в то же время поддерживать с ним стабильные глубокие отношения; тенденция к сближению, использованию и последующему неминуемому обесцениванию.

Кернберг, унаследовавший и развивший многие идеи Малера, выделяет четыре патогенных фактора формирования пограничной личности: 1 — недостаточный прогресс аппарата первичной автономии, включающего интегративную функцию Эго; 2 — конституционально низкая

толерантность к тревоге; 3 — избыточная реальная фрустрация и 4 — соответствующая избыточная агрессивность, первичная или вторичная по отношению к фрустрации, в первые годы жизни. Из этих факторов главное значение Кернберг придает второму и четвертому. Проекция избыточной догенитальной (особенно оральной) агрессии ведет к параноидному искажению ранних родительских образов, в первую очередь материнского. Проекция, состоящие из орально- и анально-садистических импульсов, заставляют ребенка видеть в матери опасный объект. Затем ненависть распространяется на обоих родителей, «сплавленных» в этом аспекте в одно целое. Повторная интроекция агрессивных образов Я и объекта становится причиной интенсификации и патологической фиксации расщепления. Как результат этих процессов возникает главный дефект развития — неспособность к синтезу позитивных и негативных интроекций и идентификаций, агрессивно и либидинозно детерминированных образов Я и объекта.

Кернберг также сообщает, что впоследствии генитальные стремления субъекта не обретают развитого характера из-за влияния на них догенитальной агрессивности. Это становится причиной многочисленных патологий. У мальчика эдиповы тревоги и сексуальные запреты усугубляются доэдиповым страхом, что ведет к формированию образа «кастрирующей матери». Проекция догенитальной агрессии укрепляет и эдипов страх перед отцом. В результате затрудняется развитие позитивного эдипова комплекса в пользу негативного, что может способствовать возникновению гомосексуальных тенденций.

У девочек позитивный эдипов комплекс также может быть развит недостаточно. Их генитальное влечение к отцу делается способом удовлетворения фрустрированных оральных потребностей. Догенитальная агрессивность переносится с материнского образа на отцовский; оральная ярость способствует формированию зависти к пенису. Впоследствии беспорядочный характер сексуальных связей может стать выражением отрицания зависимости от мужчин и чувства вины за эдиповы желания. Другим способом решения проблемы оказываются мазохистические тенденции, призванные удовлетворить садистическое Суперэго. Источником женской гомосексуальности становится полное отрицание гетеросексуальности и поиск удовлетворения оральных потребностей в идеализированном образе матери, отщепленном от образа агрессивного и опасного (Kernberg, 1967).

(Разделяемый многими авторами тезис Кернберга о чрезмерной догенитальной агрессии как этиологической основе «пограничности» отвергается, однако, критике сторонниками «интерсубъективного» подхода. Столоруо с соавторами склонны полагать, что глубокая притивная агрессия у этих пациентов есть лишь следствие терапевтической позиции, с которой многие их проявления рассматриваются как атологические защиты. Как упоминалось выше, в терапевтических отношениях пациент реактивирует архаичные состояния или потребности и, интерпретации которых в качестве защит воспринимаются им как недостаток эмпатии. Травма рождает агрессию, и терапевт делает вывод, что она-то и является основой проблематики. На самом же деле — на вторично по отношению к неспособности терапевта понять истинный смысл состояний пациента и связей, в которых он нуждается (Столюроу, Брандшафт, Атвуд, 1999)).

Фрош относит дефекты Эго, свойственные личности с «психотическим характером», к реальным и актуальным глубоким травмам, пережитым ребенком главным образом в конце симбиотической фазы и в начале фазы сепарации-индивидуации, то есть начиная с 3⁴-месячного возраста. Особо значимым генетическим фактором становятся травмы, связанные с объектами любви. Фрош подчеркивает, что речь идет о реальных травмах, а не о фантазийных. Препятствуя развитию Эго в его основных функциях, они предрасполагали к психотическому сценарию, однако человек оказался способен выжить и в некоторых сферах развития психики даже продвигаться вперед (Frosch, 1970).

Мастерсон называет в качестве ведущего фактора заложения пограничной проблематики неспособность матери нормально перенести сепарацию с ребенком. Пока последний пребывал в младенческом возрасте, она была к нему сильно привязана и отзывчива к его нуждам, однако приблизительно с восемнадцатого месяца (в концепции Малера — начало подфазы «воссоединения») начинала препятствовать его естественной тенденции к отделению. Она подавляла проявления его индивидуальности или отказывалась от поддержки в сложных ситуациях. Таким образом, в одиночестве ребенок страдал от чувства брошенности («депрессия покинутости»); в зависимых же отношениях обретал комфорт и ощущение безопасности, но одновременно и тревогу перед поглощением и тотальным контролем со стороны матери. Это взаимодействие и становилось причиной пожизненной проблемы: хронического «голода» по объекту и страха слияния и «растворения» в нем

(Masterson, 1976). Близкую точку зрения выражал Хан, видевший истоки пограничной проблематики в патологически задержанном симбиозе. Согласно Хану, симптомы пограничной личности связаны с диффузным страхом, демонстрирующим архаическое недоверие к собственному Я и объекту (цит. по Щванов, 1998).

Подытоживая большинство существующих взглядов, Урсано с соавторами указывают, что пограничная личность в детстве никогда не чувствовала себя в полной безопасности. В этом состоит причина ее дефицита доверия в любых отношениях. В детско-материнской диаде существовал высокий потенциал агрессивности наряду с интенсивной амбивалентностью, в связи с чем у ребенка не рождалась уверенность, что мать любит его и понимает его потребности, что она постоянно доступна и готова обеспечить позитивную эмоциональную подпитку. Недостижение базового доверия и постоянства объекта делает личность крайне уязвимой для дезинтеграционной тревоги; любой жизненный кризис переживается ею как экзистенциальная угроза существованию, что влечет за собой широкое использование «примитивных» защит и неизбежные трудности адаптации и отношений (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992).

После этого краткого обзора некоторых взглядов на происхождение пограничной личностной структуры я поделюсь точкой зрения, сформировавшейся у меня и у ряда моих коллег в ходе реконструкций прошлого наших пациентов. По нашему мнению, в раннем детстве у пограничных личностей не было некоего единого для всех универсального неразрешенного конфликта на определенной стадии развития; мы склонны присоединиться к тезису Мак-Вильямс, согласно которому история проблематики этих пациентов всегда индивидуальна и в каждом конкретном случае требует отдельного рассмотрения и проработки.

В анамнезах пограничных личностей обнаруживались травматические влияния и сложные переплетения конфликтов самых разных отрезков развития. Бесспорно то, что во всех случаях имели место глубоко нарушенные доэдипальные отношения с одним или обоими родителями, наложившие отпечаток на сценарий эдиповой и более поздних ситуаций. Общим для них являлись манифестные или латентные садомазохистические тенденции, повышенная степень кастрационной тревожности; по крайней мере в эдиповой фазе переживались серьезные травмы потери объекта. Из тринадцати моих

ограниченных пациентов девять пережили смерть или уход из семьи • шого из родителей в возрасте от 2 до 6 лет. Эдипова проблематика их гличается от таковой у невротических личностей большей манифестами выраженностью и перегруженностью тревогой и садомазохизмом, [обавлю, что нет убедительных свидетельств большей разрушительности доэдиповых конфликтов по сравнению с эдиповыми.

Надо заметить, что разделить влияние эдиповых и доэдиповых травм а структуру личности бывает довольно сложно. Иногда трудно, например, отличить зрелое чувство вины от примитивного и архаического. основанного на страхе перед ранними жесткими интроектами, зрелую кастрационную тревожность — от доэдипального страха распада елесного Я. Можно со значительной уверенностью констатировать шшь то, что чем глубже были ранние травмы, тем более негативно они злияли на попытки разрешения более поздних конфликтов и нивелитвки следствий более поздних травм.

Мы предполагаем, что во всех исследованных нами случаях один 1 ли оба родителя наших пациентов сами имели серьезные личностные трушения, не обязательно проявлявшиеся в чрезмерной агрессивности и или открытых садомазохистических тенденциях. Кроме того, у нас те сложилось впечатление, что агрессивный и садомазохистический характер отношений являлся в их семьях основным патогенным фактором. По-видимому, более актуальными помехами индивидуации были • юглошающие родительские установки, препятствующие интернализации и развитию ведущих функций Эго: контроля импульсов, тестирования реальности и т. д. Иными словами, ребенок сталкивался не столько .. наказаниями, сколько с ригидностью и «необсуждаемостью» родительских позиций и стандартов; однако эти качества придавали родительским проявлениям в его восприятии наказующий и садистический жрас. Встречались случаи родительской гипернормативности и гипершеки, маскировавшей их собственную экзистенциальную неуверенность (обычно со стороны матери); практически всегда в отношениях чеуствовала подлинная эмпатия, и строились они по принципу «отюржения» и «связывания» (блокирования естественной активности ребенка). Проблемы ребенка при этом отрицались или переживались как катастрофические, вызывая чувство, близкое к панике. Характерным примером может служить мать одной моей пациентки, которая при побых недомоганиях дочери впадала в отчаяние и повторяла трагически-осуждающим тоном: «Как ты могла заболеть?!»

Следует еще раз подчеркнуть, что развитие пограничной структуры личности, по-видимому, не является результатом нарушений на какой-либо конкретной фазе. На наш взгляд, правильнее всего предположить, что она формируется как следствие пролонгированного патогенного взаимодействия ребенка с родителем, закладываемое в своей основе по крайней мере с двух-трехмесячного возраста, то есть с начала дифференциации Я и Не-Я, и окончательно устанавливаемое с завершением вторичной индивидуации, то есть, как правило, в позднем подростковом возрасте. Заметим, что в подростковый период проблематика более ранних стадий взрывообразно обостряется, делая индивида эгоцентричным, агрессивным, погружая его в состояние гипертрофированного бунта против родительских канонов. Причиной этих перемен является свойственное пубертату критическое напряжение идентичности. Во многих случаях именно в данное время активизируются первые симптомы «пограничности»: тревога, невыносимая внутренняя пустота, болезненная жажда объекта, — что может вести к наркотизации, беспорядочным сексуальным связям, суицидным мыслям и попыткам и т. д.

2. Пограничная личность: практика

2.1. Проблемы терапии пограничной личности

Практически все авторы, уделявшие внимание проблеме пограничной личности, при разнородности взглядов на различные аспекты данного феномена сходятся во мнении: терапевтический подход к этим [ациентам должен быть существенно иным, нежели к невротикам. Терапевт, пытающийся работать с пограничным индивидом в классическом психоаналитическом режиме и классической технике, очень скоро обнаруживает, что отношения с собеседником не ладятся, альянс не устанавливается; пациент без видимых причин недоверчив и агрессивен; настроен, предъявляет нереалистичные требования, не понимает языка интерпретаций, наконец вообще непонятно чего хочет; нагнетается чувство усталости, раздражения, бессилия и т. п. К таким пациентам может быть с полным правом отнесено замечание Байона: «В ходе анализа мы сталкиваемся не со статичной ситуацией, которую легко исследовать, а с катастрофой, от которой невозможно перейти к состоянию покоя» (Байон, 2000).

Суммируя и обобщая наблюдения множества специалистов, Урсано с соавторами называет в качестве основной трудности работы с пограничной личностью глубокое вхождение терапевта в эмоциональный мир пациента. Эта трудность вызывается такими факторами, как резвая интенсивность и примитивность его тревоги, частые и непредсказуемые изменения клинической картины, быстро развивающиеся и сильные трансферные реакции (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). Добавим, что эти реакции поддаются проработке далеко не с той легкостью, что невротический трансфер: нередко требуются месяцы и даже годы терапии, чтобы их интерпретации стали слышны для пациента. Другая возможная проблема, связанная с иным сценарием развития событий, описана Винникоттом: угроза прорыва психотической тревоги может заставлять такого пациента в течение многих лет терапии «оставаться психоневротиком» в качестве альтернативы безумию. В этом

случае, замечает Винникотт, анализ «психоневроза» продвигается спокойно и удовлетворительно, и единственный его недостаток заключается в том, что он не имеет конца (Winnicott, 1969).

Фрош полагает, что главной терапевтической проблемой в этой работе является высокая степень недоверия со стороны пациента. Причина данной трудности состоит в том, что терапевт сливается для него с ранним травмирующим объектом. Кроме того, пациент испытывает сильный конфликт между направленными на объект влечениями, с одной стороны, и страхом быть поглощенным объектом — с другой. Недоверие — одна из причин, по которым на ранних стадиях работы с пограничной личностью обыкновенно избегаются интерпретации трансфера (Frosch, 1970).

Рэкер также отмечает как основную особенность терапии пограничной личности тот факт, что уже на ее ранних стадиях устанавливаются интенсивные и быстро меняющиеся трансфер-контртрансферные отношения, в которых активизируются наиболее травматические конфликты обоих участников (Racker, 1968). Неспособность пациента к базовому доверию заставляет его испытывать страх, подозрение, злость даже при спокойствии, открытости и доброжелательности терапевта. Неудивительно, что такое поведение со временем может начать вызывать в последнем мощный негативный контраффе́кт даже при полностью адекватном восприятии происходящего.

Другой существенной проблемой является весьма низкая способность пограничной личности к интроспекции — к наблюдению и оценке собственной патологии. Как правило, эти пациенты ориентированы не на углубление знания о себе, а лишь на избавление от актуального страдания. Как замечает Мак-Вильямс, они приходят в терапию с симптомами, но не с намерением изменить свою личность (Мак-Вильямс, 1998). Кроме того, пограничный пациент не имеет интегрированного наблюдающего Эго, способного видеть объекты и события так, как их видит терапевт: он подвержен хаотическому метанию между разными состояниями Эго и не в силах собрать их воедино.

Теоретический фундамент подхода к пограничной личности дала терапевтам модель раннего детского развития Малер (Mahler, 1971). С этой моделью так или иначе сочетается большинство современных терапевтических методик, основанных на теории объектных отношений. Следует заметить, что едва ли имеет смысл говорить о некоей универсальной методике, пригодной для всех без исключения пограничных пациентов. Для многих из них требуются относительно небольшие

юдификации терапевтических техник, соответствующие их индивидуальности и рабочему стилю терапевта. Другие нуждаются в техниках весьма специфических. В отдельных случаях к ним может быть применим и классический психоаналитический подход. Ригидность терапевтической позиции в этой работе неуместна. Следует также помнить, что в пограничном континууме встречаются и те, кто вообще не поддается психоаналитической терапии — в силу крайней инфантильности объектных отношений, серьезных трудностей с тестированием реальности или устойчивости защитного «панциря». Поэтому иногда бывает целесообразно рассмотреть возможность применения и других способов оказания помощи.

2.2. Интервьюирование и диагностика

2.2.1. Общие замечания

Психоаналитическое интервью — начальный процесс взаимодействия с пациентом, позволяющий в сжатые сроки предварительно оценить степень психопатологии и прогноз и наметить реалистичные цели и оптимальные пути терапии. Не всегда, но во многих случаях одной из задач делается постановка конкретного диагноза. Мак-Вильямс называет пять достоинств разумной диагностики: 1 — возможность использования диагноза для планирования лечения; 2 — заключенная в шагнозе информация о прогнозе; 3 — защита интересов пациента; 4 — помощь в эмпатии; 5 — снижение вероятности уклонения пациента от терапии (Мак-Вильямс, 1998).

Изначально интервью в психоанализе базировалось на традиционной (психиатрической модели — на предварительном обследовании, методика 1 техника которого были приспособлены для выявления в первую очередь 1 Сихозов и органических нарушений). С появлением теории объектных > гношений акцент исследования сместился с симптоматики на взаимодействие пациента с терапевтом. Процедура интервьюирования обрела более гибкий характер; внимание стало уделяться, например, тому, насколько сам пациент понимает свои внутренние конфликты, или как последние проявляют себя в его отношениях с терапевтом. Существенный вклад в разработку моделей психоаналитического интервью внесли Балинт, Гилл, алливан, Уайтхорн, Фромм-Райхман и другие. Более подробно об истории интервью и его моделях, ориентированных на отношения, говорится в моей работе «Начало психоаналитического процесса» (Рождественский, 2006).

Универсальной модели интервью, однако, не существует: все методики предварительного консультирования обладают своими достоинствами и недостатками, и в каждом конкретном случае терапевту приходится решать вопрос об их применимости к той или иной личности и психопатологии и, в частности, об объективности получаемых данных. Мертон Гилл предложил в середине XX столетия технику интервьюирования, направленного на всестороннюю оценку состояния пациента и на усиление его желания получить терапевтическую помощь (Gill, Newman, Redlich, 1954). Гилл предлагал в ходе взаимодействия с пациентом исследовать природу его расстройства и мотивацию, что позволяло провести прямую связь между патологией и показаниями к терапии. Кроме того, техника Гилла позволяла предварительно оценить сопротивление и дать прогноз связанных с ними проблем. Карл Роджерс в рамках «клиент-центрированного подхода» также представил модель интервью, помогающего пациенту исследовать свои эмоциональные переживания и связать их между собой (Rogers, 1951). Однако, как замечал Кернберг, данные виды клинического консультирования позволяли наблюдать описательные и динамические особенности пациентов, но не давали возможности оценивать структурные критерии, от которых во многом зависит прогноз. Так, подход Гилла с соавторами не всегда позволяет заметить все аспекты патологии; подход Роджерса уменьшает вероятность получения объективных данных и затрудняет систематическое исследование проблематики (Кернберг, 2000).

В качестве альтернативы существующим методам интервьюирования Кернберг в соавторстве с Бауэром, Блюменталем и другими разработал технику «структурного интервью», остающуюся в наши дни ведущей при исследованиях тяжелых психопатологий. Наименование «структурное» эта модель получила как знак того, что акцент в ней ставится на изучении структурных характеристик трех основных типов личностной организации: невротического, пограничного и психотического. Структурное интервью стало результатом синтеза традиционной методики психиатрического обследования с психоаналитическим подходом, сфокусированным на взаимодействии.

2.2.2. Структурное интервью

Главный принцип структурного интервью состоит в сосредоточении внимания на том, как симптомы и конфликты пациента проявляются во взаимодействии с терапевтом. Кернберг обозначает три задачи

терапевта при интервьюировании: исследование субъективного внутреннего мира пациента, его поведения в диалоге и своих собственных эмоциональных реакций, помогающих выявить природу скрытых объектных отношений. Эти последние становятся основой для интерпретаций. Согласно идее Кернберга, концентрация внимания на конфликтах создает напряжение, позволяющее проявиться защитной и структурной организации психики пациента. При этом оценивается степень интеграции идентичности (репрезентаций Я и объекта), способность к тестированию реальности и ассортимент защит.

В ходе структурного интервью пациенту предлагается для начала кратко рассказать о причинах обращения, главных симптомах, проблемах, трудностях, ожиданиях от терапии. Затем беседа концентрируется на важнейшей симптоматике по мере ее проявления «здесь и сейчас». Субъектом исследования становятся наблюдаемые во взаимодействии с интервьюером нарушения тестирования реальности, конфликты (протекция) идентичности и психические защиты. Основные инструменты исследования — прояснение, конфронтация и интерпретация.

Под прояснением Кернберг понимает исследование вместе с пациентом неясностей, неопределенностей и противоречий в сообщаемой им информации: оно есть инструмент изучения границ осознания. В работе с ограниченной личностью, как правило, главные конфликты уже с первых консультаций оказываются очевидны: они более доступны исследованию, чем конфликты невротического уровня, хотя их динамические связи с прошлым неясны. Конфронтация — это указание пациенту на противоречия и непоследовательности в его материале, являющиеся продуктом конфликтов. За конфронтацией следует интерпретация их защитного смысла, связывающая сознательный и предсознательный материал с бессознательными мотивациями. Задачей интерпретации является объяснение конфликтов между диссоциированными состояниями Эго, природы и функций защит и сложностей с оценкой реальности. Структурное интервью строится циклически: переходя от одного симптома к другому, интервьюер может периодически возвращаться к отправному пункту и начинать новый цикл исследования, заново проверяя и детализируя свои впечатления.

Структурное интервью включает три фазы. На начальной фазе основная задача интервьюера — понять, не имеет ли он дело с органической патологией или с психотической личностной структурой. Симптомами органической патологии могут быть дефекты внимания, памяти,

когнитивных функций. Главным критерием, позволяющим отделить психотическую личность от пограничной и невротической, является отсутствие (наличие) развитой функции тестирования реальности. Признаки психотической структуры — нарушения этой функции, проявляющиеся в виде галлюцинаций, бреда, неадекватных форм аффектов, мышления и поведения или в отсутствии критического отношения к ним.

Для начала терапевт может просто попросить пациента рассказать о себе. Если пациент рисует достаточно интегрированный образ себя как личности, психотическая структура может быть сразу исключена: способность связно и непротиворечиво описать себя отражает нормальную способность к тестированию реальности. Если самописание затруднено, следует дальнейшее прояснение. Кроме того, терапевт оценивает, насколько пациент осознает свою патологию и хочет от нее избавиться, а также — насколько реалистичны его ожидания. Ответы на эти вопросы являются указанием на степень тестирования реальности. Если они неопределенны или уклончивы, терапевт проясняет их несоответствие заданным вопросам и исследует природу возникших трудностей. Одновременно реакции пациента позволяют наблюдать зарождающийся трансфер.

Всякий раз, обращая внимание на странности, неопределенности и непоследовательности в ответах, терапевт спрашивает пациента о возможных причинах своих ощущений и недопониманий. Ответы на эти вопросы также указывают на способность к нормальному тестированию реальности: она проявляется, в частности, в том, может ли пациент эмпативно воспринять видение другого человека. С этой же целью он конфронтируется с неадекватными проявлениями мышления или поведения, например, в такой форме: «Вы говорите, что беседуете по вечерам с духами своих предков. Не может ли это, на ваш взгляд, показаться кому-нибудь странным?» Если пациент согласится с терапевтом, это будет указанием на сохранившуюся способность распознавать реальность, по крайней мере, в данном аспекте. Психотическая личность в такой ситуации, скорее всего, продемонстрирует непонимание вопроса или отреагирует усилением тревоги: она не допускает, что кто-либо видит реальность иначе, нежели она сама. При выявлении ярких нарушений тестирования реальности исследование фокусируется на природе психоза.

Задаваемые интервьюером вопросы о неадекватностях, неопределенностях, противоречиях усиливают у пациента напряжение идентичности.

Личности психотического и пограничного уровня при этом активизируют «примитивные» защитные механизмы. Характер взаимодействия в такой ситуации обычно меняется: пациент может выразить трепет, скептицизм, недоверие, раздражение и т. д. С точки зрения Кернберга, это изменение дает основания предполагать, что доминирующим является именно «примитивный» ассортимент защит.

Реакция пациента на интерпретации «примитивных» защит расматривается Кернбергом как еще один критерий, позволяющий отделить психотическую патологию от пограничной. Так, интервьюер может сказать: «Вы только что выражали уверенность, что я помогу вам. Однако сейчас вы говорите, что сомневаетесь в моей компетентности, [умаю, вам захотелось отстраниться, так как мои вопросы подводят вас к чему-то болезненному]. Подобная интерпретация обесценивания [улучшит функционирование пограничной личности, даже если вызовет у нее раздражение или насмешку, в то время как психотик еще больше встревожится и замкнется в себе: у психотического пациента такое ощущение возможности отказа от привычных механизмов защиты и адаптации сопровождается экзистенциальным ужасом. Аналогичную реакцию вызывает у него конфронтация с собственной непоследовательностью или фрагментированностью.

Если начальная фаза интервью не выявила психотической организации личности, процесс переходит в среднюю фазу, главной задачей которой становится оценка интеграции идентичности. Наличие синдрома диффузной идентичности служит диагностическим признаком пограничной структуры. Невротический пациент обладает стабильной интегрированной идентичностью, проявляющейся в целостном и линейном противоречий представлении о себе и значимых других. Еще в начальной фазе он обычно способен осмысленно рассказать о своей мотивации, трудностях и ожиданиях, а также о себе как о человеке, без явных непоследовательностей. Пограничная личность в своем развитии такой способности не обрела.

Синдром диффузной идентичности проявляется в наличии взаимно противоречивых репрезентаций Я и объекта, изолированных друг от друга. Каждый человек сложен и нередко внутренне противоречив. Однако субъект с интегрированной идентичностью может описать себя именно как сложную личность; при диффузной же идентичности он в разные моменты своего повествования станет давать себе разные характеристики, плохо увязываемые друг с другом. У пограничной личности

нет, как правило, целостного представления ни о себе, ни о значимых других; описывая последних, он испытывает тем большие трудности, чем более эти другие значимы для него. Прояснение трудностей и противоречий позволит терапевту исследовать способность пациента к интроспекции. Затем он может дать некоторые пробные интерпретации — например, интерпретацию потребности удерживать образ себя или другого в расщепленном виде.

Еще раз повторим, что психотическая личность также не обладает интегрированными репрезентациями Я и объекта. Однако у психотика несовместимые аспекты репрезентаций не изолированы друг от друга так надежно, как у пограничного субъекта. Поэтому конфронтация с противоречивостью представлений и восприятий способна ввергнуть его в паническое состояние, в то время как пограничный пациент с большой долей вероятности лишь спросит в ответ: «Ну и что?»

Кернберг добавляет, что концепция собственного Я в ряде случаев пограничной организации может быть достаточно целостной, если речь идет о нарциссической личности. Однако эта концепция будет обладать выраженными чертами величия. При этом пациент станет проявлять явные признаки слабой интеграции концепций значимых других, что свидетельствует о диффузной идентичности и преобладании «примитивных» защит — в частности, всемогущества и обесценивания. Диагноз нередко проясняется именно при описании пациентом своих отношений с другими людьми.

Заключительная фаза структурного интервью включает необходимые дополнения к проведенному исследованию. Обычно, сделав выводы о глубине патологии и организации личности, терапевт предлагает пациенту добавить к своему рассказу то, что он сам хотел бы, то, что кажется ему важным; дает возможность выразить тревогу и глубже исследовать ее. Совместно с пациентом терапевт принимает решение о начале терапии или о необходимости дополнительного интервью, например, для уточнения диагноза. Параллельно он оценивает мотивацию пациента, его чувства и мысли по поводу проведенного собеседования, а также необходимость принятия мер на случай возникновения опасных состояний. Кернберг рекомендует в целом отводить на структурное интервью две 45-минутные сессии, разделенные перерывом в 10-15 минут.

Говоря о достоинствах структурного интервью, Кернберг сообщает, что оно помогает провести четкие разграничения при дифференциальной

диагностике, дает представление о мотивации пациента, о способности интроспекции и к терапевтическому сотрудничеству и позволяет оценить потенциальную возможность деструктивного отыгрывания во вне психотической декомпенсации. Он также подчеркивает, что традиционная для психиатрии модель сбора данных позволяет быстро диагностировать, например, явные признаки психоза или синдрома органического поражения головного мозга. Однако она позволяет пациенту (маскировать основные механизмы защит, особенно если исследуется пограничная или невротическая личность: возникает адаптация к ситуации интервью, дающая возможность скрыть конфликты и патологии отношений. Структурное интервью, сфокусированное именно на личностных механизмах и патологиях, позволяет избежать этой трудности. Согласно рекомендации Кернберга, чем меньше у терапевта времени для полного обследования пациента или чем меньше его опыт в ведении структурного интервью, тем больше показаний к тому, чтобы начать со стандартного собеседования и затем перейти к структурной модели — и наоборот (Кернберг, 2000).

2.2.3. Проблемы структурного интервью и альтернативные подходы

Структурное интервью, предложенное Кернбергом с соавторами, по-видимому, остается на сегодняшний день наиболее динамичной и конструктивной процедурой, позволяющей в кратчайшие сроки поставить дифференциальный диагноз. И все же едва ли стоит относиться к нему как к панацее, универсальной для всех случаев. Прежде всего, приступая к работе с пациентом, следует помнить, что оценка структуры личности всегда временна и не окончательна: в ходе любой терапии рано или поздно обнаруживается чрезмерная упрощенность диагностических определений. Оптимальный сценарий терапевтического процесса подразумевает постоянную готовность к пересмотру диагноза. Следует сказать несколько слов о том, что, с позиций собственного опыта, представляется мне в положениях структурной модели интервью неоднозначным. Речь пойдет о главных дифференциальных критериях, которыми руководствуется интервьюер: о способности к тестированию реальности и об интеграции идентичности.

С моей точки зрения, разделяемой и рядом моих коллег, как абсолютно нарушенное, так и абсолютно «здоровое» тестирование реальности существует лишь в теории. Большинство попыток однозначно

охарактеризовать его как «развитое» или «неразвитое» является чрезмерным упрощением. Распознавание реальности — сложная функция Эго, включающая способность к восприятию, запоминанию и суждению. Каждая из этих составляющих может варьировать в определенных рамках даже у здоровой личности в зависимости, например, от физического и эмоционального состояния субъекта. Как бы ни прошло раннее развитие пациента, последующие конфликты также могут оказать на эту функцию существенное влияние.

Не стоит забывать и того элементарного факта, что реальность всегда воспринимается через призму субъективности: подтверждением тому служит, в частности, феномен трансфера, от которого не свободен в полной мере и сам терапевт. Вынося вердикт о здоровом или нарушенном тестировании реальности у пациента, он принимает за точку отсчета собственное представление о реальности, по сути узурпируя право на ее оценку. Можно говорить о грубых нарушениях восприятия или суждения, но вопрос о границе между их грубыми и мягкими формами далеко не прост. На основе нашего клинического опыта можно констатировать следующее: пограничные пациенты действительно воспринимают реальность менее искаженно, чем психотики, но и менее адекватно, чем невротическая или здоровая личность. Однако это утверждение в большинстве случаев справедливо лишь для определенных областей восприятия: например, для сферы представлений о намерениях или чувствах других людей.

Приведу два примера из собственной практики. Мой пациент, молодой человек восемнадцати лет, носил в нижней губе металлические кольца. На первый взгляд картина была странная и откровенно эпатажная — по крайней мере, на взгляд представителя того поколения, к которому принадлежал я. Однако в рамках его поколения и его, если уместно это слово, субкультуры такое украшение было явлением довольно обыденным. Когда в ходе первой консультации я поинтересовался, не могут ли кольца в губе показаться окружающим чем-то ненормальным, он пожал плечами и ответил буквально следующее: «Какому-нибудь дурачку, выросшему при Брежневке, может, и покажутся». Очевидно, что даже столь не критичная позиция по отношению к тому, что могло бы быть расценено другими как неадекватность, не давала оснований предполагать, что у пациента нарушена функция тестирования реальности.

В другом случае ко мне обратился пациент с довольно серьезной выраженной патологией, включавшей галлюцинаторные явления. До того обращения у него был опыт терапии в стационаре. Когда я поинтересовался, был ли его лечащий врач мужчиной или женщиной, он роизнес после краткого раздумья: «Я полагаю, вас интересуют четкие объективные ответы, поэтому скажу честно: я не знаю. Ведь мы с вами оба понимаем, что при необходимости или желании мужчина может принять женский облик — вы видели фильм "Тутси"? — и наоборот. Все, что я мог бы сказать, это то, что выглядел он как женщина». — «Зачем было бы мужчине притворяться перед вами женщиной?» — спросил я и услышал: «Но разве не могло быть так, что он — трансвестит?» Такой ответ был явным свидетельством патологии весьма глубокой, хотя сказать на его основании «тестирование реальности нарушено» было нельзя. Ведь мужчина и вправду способен при желании загримироваться под женщину. Иными словами, оценка распознавания реальности иногда бывает затруднена вопросом: что есть реальность?

Абсолютно интегрированная идентичность — еще одно понятие, которым, как и с «абсолютно здоровым тестированием реальности», еще приходится встречаться в теории, чем на практике. Даже у здоровой личности она никогда не лишена определенных дефектов, и здесь вновь встает вопрос о той грани, за которой ее диффузия дает основания отнести человека к «пограничной» категории. Кроме того, на мой взгляд, степень интеграции идентичности лишь в редких случаях может быть объективно оценена в ходе первых консультаций. Естественная тревога и напряжение, испытываемые кандидатом в терапию, создают трудности целостного описания себя и значимых других. Даже в обыденной, внетерапевтической ситуации предложение «рассказать о себе» — если человек не готовился к такому рассказу заранее — может вызвать растерянность и встречный вопрос: «Что вас конкретно интересует?» Если он является личностью многосторонней, неоднозначной, эти проблемы могут быть дополнительно усилены, но сами по себе они едва ли служат веским поводом для констатации пограничной структуры. Добавим, что существенные трудности в «презентации себя» испытывают, например, многие психосоматические пациенты, которые ни по одному из описательных критериев не могут быть отнесены к пограничному континууму. Психосоматический больной про себя не умеет рассказывать о себе, и не потому, что репрезентации

его Я диссоциированы, а потому, что в детстве ему не позволяли манифестировать свое Я.

Еще одно частное замечание. В личной беседе по поводу структурного интервью доктор Альфред Рост поделился со мной точкой зрения, согласно которой конфронтация пациента с противоречиями в сообщаемом им материале вовсе не обязательно, как полагал Кернберг, дает полезные сведения. Эти противоречия сами по себе отнюдь не во всех случаях являются продуктами расщепленных состояний, и попытки их соединения не всегда вызывают активизацию «примитивных» защит. Кроме того, даже если их причиной является расщепление, гораздо более распространенной реакцией пограничной личности оказывается рационализация, или морализация, то есть защита вполне «зрелая», например: «Да, от матери я всегда получал только любовь и добро. А то, что она продержала меня ночь в холодном чулане, было сделано для моего же блага». Это совпало с моими наблюдениями.

Подытоживая тему постановки дифференциального диагноза, замечу следующее. Эта процедура часто действительно крайне важна — например, в ситуациях, требующих оценки риска разрушительного отыгрывания или психотических декомпенсаций. Однако, на мой взгляд, главное состоит в том, что диагноз не должен закрывать от терапевта личность пациента. В большинстве случаев чрезмерная увлеченность точной диагностикой может сыграть негативную роль: за ней можно не разглядеть «здоровую часть» субъекта, которая станет союзником терапевта в предстоящей работе.

Мак-Вильямс замечает, что ценность диагноза очевидна в случаях, подразумевающих существование общепринятого специфического подхода к лечению: при наркозависимости, алкоголизме, органических нарушениях, биполярных расстройствах, нарушениях по типу «множественной» личности. Для проблем менее специфической и более сложной природы, по сути, существует единственное предписание — пролонгированная терапия. «Самые изощренные оценки личности могут стать препятствием на пути постижения уникального материала, даваемого пациентом. ...Она (диагностика. —Д-Р) не должна применяться там, где в этом нет необходимости» (Мак-Вильямс, 1998).

Структурное интервью может быть чрезвычайно полезно в особых случаях: показаний к его использованию тем больше, чем более глубокую патологию терапевт имеет основания подозревать. Однако в большинстве ситуаций вполне оправданным оказывается ведение

интервью в традиционном психоаналитическом стиле свободного со-седования. В качестве одного из наиболее конструктивных вариантов этого процесса можно назвать интерактивное интервью, модель которого разработана Балинтом. О стандартных техниках интервьюирования анализе собранных в его ходе данных, а также о достоинствах и недостатках современной психоаналитической диагностики я писал подробно в работе, посвященной начальному этапу психоаналитической терапии (Рождественский, 2006).

Для более или менее уверенной постановки диагноза пограничной личностной структуры нередко достаточно бывает описательных критериев, изложенных здесь в главе 1.3. К ним можно добавить такой характерный признак, как нападения пациента на терапевтические интервенции: раздражение, насмешка, обесценивание и т. п. Во многих случаях они становятся первым сигналом пограничной структуры: терапевт сталкивается с отсутствием у пациента зрелого наблюдающего Я и с восприятием вмешательств как критических замечаний. Еще одним немаловажным критерием может служить повышенная интенсивность контртрансферных реакций, однако сама по себе она не свидетельствует однозначно о пограничной организации: сильный, опустошающий контртрансфер может сопровождать, например, взаимодействие с невротической личностью истерического типа. С другой стороны, мне приходилось иметь дело с пограничным пациентом, в работе с которым доминирующими чувствами долгое время были легкая скука и ощущение чрезмерной затянутости каждой сессии. Контртрансфер как шагностический признак следует рассматривать лишь в совокупности рядом других.

2.3. Терапия пограничной личности

2.3.1. Выбор целей и средств

2.3.1.1. Стратегические цели терапии

В чем нуждается пограничный пациент, обращаясь к психотерапевту? Какой путь следует выбрать для работы, какие поставить перед собой цели? Какие задачи являются реально решаемыми, какие — нет? Во второй половине XX столетия по этим вопросам среди большей части психоаналитиков сформировался определенный консенсус, хотя и не без некоторых разногласий. В любом случае речь идет не только

об избавлении от болезненного симптома или другого актуального неудобства, но и об улучшении общей адаптации, укреплении идентичности и возврате к нормальной жизни и отношениям (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992); о расширении самоосознания и достижении возможности диалога с самим собой и с интернализированными объектами (Иванов, 1998); о достижении целостности эмоциональной сферы, реалистичного восприятия собственного детства и об изменении отношения к реальности нынешнего дня (Кернберг, 2000); о разрешении «депрессии покинутости» и компенсации дефектов Эго (Masterson, 1978); об установлении постоянства реальности (Frosch, 1970) и т. д.

Кернберг называет в качестве главной стратегической задачи терапии пограничных пациентов интеграцию репрезентаций Я и объекта и, следовательно, всех интернализированных объектных отношений. Результатом интеграции расщепленных отношений должна стать интеграция также расщепленных и фрагментированных эмоциональных состояний, в итоге — разрешение примитивных (основанных на разрозненных интроектах) форм трансфера, что и ведет в итоге к достижению большинства вышеуказанных целей (Кернберг, 2000). Существует и другая стратегическая задача, по меньшей мере не менее значимая: Фрош определил ее как поощрение дифференциации Я и объекта, помогающее достичь чувства идентичности, зрелого восприятия и постоянства реальности (Frosch, 1970). Речь идет о завершении индивидуации и укреплении границ собственного Я, что подразумевает, в частности, недирективную помощь в разделении реальности и магических фантазий. В поддерживающем взаимодействии снимается болезненная конфронтация этих сфер и расширяется описанная Винникоттом переходная сфера «иллюзий», открывающая возможность принятия реальности и творческого подхода к ней.

2.3.1.2. Прогностические критерии

Вопрос о достижимости названных целей не всегда находит однозначный ответ: в зависимости от личностных особенностей пациента прогноз может быть и более, и менее благоприятен. Мы не станем обсуждать здесь вопросы прогноза терапии в широком смысле, затрагивая целый ряд оценочных критериев: психологических, клинических, социальных и т. д. (данная проблема подробно рассматривалась мной в работе «Начало психоаналитического процесса»). Сосредоточимся на специфических критериях прогноза, имеющих непосредственное

отношение к терапии именно пограничной личности. Таковыми, с точки зрения Кернберга, являются в первую очередь качество объектных отношений и степень интеграции Суперэго (Кернберг, 2000).

Качество объектных отношений связано с внутренними отношениями субъекта со значимыми другими. Оно считается достаточно высоким, если пациент способен к глубоким, продолжительным и не функциональным по сути коммуникациям. Наоборот, качество рассматривается как низкое, если личность социально изолирована, не интересуется другими людьми, не понимает их особенностей, потребностей и забот.

Степень интеграции (качество) Суперэго может считаться высокой при развитости некоторых его нормальных функций. Это прежде всего способность быть честным в социальном смысле, способность к адекватному чувству вины и чувству долга. Нарушение этих функций лиштатируется, если пациент нечестен в отношениях, не обладает чувством заботы и ответственности. Очень важно также исследование сферы антисоциального поведения: наличие серьезных антисоциальных тенденций существенно ухудшает прогноз. В качестве наиболее мягкой, но весьма серьезной антисоциальной тенденции рассматривается склонность ко лжи.

Кернберг называет также дополнительный ряд влияющих на прогноз факторов: некоторые виды нарушений Эго и Суперэго, отраженные в чертах характера; склонность к саморазрушению; особенности и интенсивность негативной терапевтической реакции (последнее может быть оценено лишь в ходе терапии, иногда — в ее средней и даже заключительной части). Данные факторы бывают крайне неблагоприятны для исхода процесса. Имеет определенное значение и тип характера (личности). Кернберг ссылается на неопубликованную работу Майкла Стона, оценивающего прогноз как благоприятный при истерическом, обсессивном, депрессивном, фобическом, инфантильном и пассивном характере. Неблагоприятным он становится для личности параноидного, нарциссического, шизоидного, эксплозивного, гипоманиакального и антисоциального типа (Кернберг, 2000; Kernberg, 1975).

2.3.1.3. Выбор методики и техники

Прогностические критерии служат прямой или косвенной основой для выбора подхода к пациенту. Надо заметить, что до сих пор не существует универсальной, выверенной и общепринятой точки зрения по поводу того, какая терапия в каком случае дает наилучшие результаты.

Долгое время большинство специалистов сходилось во мнении, что для пограничной личности оптимальной является поддерживающая техника. Так, Найт утверждал, что, чем слабее Эго пациента, тем более показан ему поддерживающий подход в чистом виде (Knight, 1954b). В наше время этот взгляд в основном рассматривается как устаревший, и поддерживающие техники используются для пограничных пациентов по крайней мере лишь в начальной стадии работы. На таком принципе основана методика, разработанная в семидесятые годы XX века Мастерсоном.

Терапевтическая модель Мастерсона представляет особую форму лечения, направленную на разрешение «депрессии покинутости» и коррекцию и «заживление» дефектов Эго, сопровождающих нарциссическую оральную фиксацию. В этой модели теория объектных отношений соединяется с концепцией раннего детского развития, основанной на исследованиях Малера. С точки зрения Мастерсона, главной задачей аналитика является помощь пациенту в переходе от стадии сепарации-индивидуации к автономии. В соответствии с эволюцией отношений матери и ребенка начало терапии должно носить преимущественно поддерживающий характер, после чего ее следует переводить в более интенсивное (экспрессивное) русло. Мастерсон подчеркивал, что в этом процессе особо важен анализ примитивных форм трансфера, связанных с отщепленными друг от друга либидинозными и агрессивными объектными отношениями (Masterson, 1978).

Иную позицию занял Кернберг, указывающий, что оптимальной формой терапии для большинства пограничных личностей является терапия изначально экспрессивная. С его точки зрения, диагноз «пограничности» имеет самое прямое отношение к прогнозу и выбору средств, так как он ограничивает возможности психоаналитического лечения. Кернберг отмечает, что, согласно результатам исследований по Проекту Меннингера, у пациентов со слабым Эго исходы поддерживающей терапии оказывались относительно неблагоприятны (при поддерживающем подходе считалось рискованным разрешение сопротивлений с помощью интерпретаций), в то время как интенсивная экспрессивная психотерапия давала значительно лучшие результаты (Kernberg, Brnstein, Coyne, 1972).

Как полагает Кернберг, экспрессивный метод в наибольшей степени оправдывает себя как терапия личности с инфантильным расстройством, нарциссической личности с агрессивным грандиозным

и выраженными пограничными чертами, а также пациентов с шизоидными, параноидными и садомазохистическими расстройствами. Для рохождения экспрессивной терапии от пациента требуется: нормальный интеллект, честность в вербальном общении, отсутствие выраженных антисоциальных черт и некоторых тяжелых форм негативной терапевтической реакции, основанных на идентификации с примитивным садистическим объектом, а также способность к соблюдению контракта в аспекте регулярности встреч (как минимум два — три раза в неделю). Кроме того, от пациента должно быть получено согласие на воздержание от наркотиков, алкоголя и других форм саморазрушительного поведения.

Поддерживающая терапия может быть рекомендована в ограниченном числе случаев — при неспособности пациента к работе в экспрессивном режиме. Эта неспособность определяется в первую очередь такими факторами, как недостаток тенденции к активному сотрудничеству и ограниченность внутриспсихических и социальных ресурсов, чернберг также называет в качестве противопоказаний к экспрессивной терапии значительную вторичную выгоду от болезни, серьезную дезорганизацию жизненной ситуации, необходимость вмешательства в жизнь пациента из-за опасных тенденций последней, хроническое отсутствие объектных отношений и наличие ярко выраженных неспецифических проявлений слабости Эго. Кроме того, поддерживающая терапия бывает показана неадекватной личности и пациентам с тяжелой патологией характера и хроническими антисоциальными тенденциями но не антисоциальной личности) (Кернберг, 2000).

Кернберг считает также, что едва ли уместно предложенное Мастерсоном-смешение экспрессивных и поддерживающих техник. Поддерживающая техника устраняет нейтральность терапевта и, следовательно, уничтожает эффект интерпретаций трансфера. Пограничный пациент обычно вызывает у терапевта сильный эмоциональный отклик, побуждающий к отказу от нейтральности, и интерпретация как ведущий инструмент экспрессивной терапии перестает быть действенной.

С другой стороны, Кернберг пишет и о том, что критерии показаний к тому или иному виду терапии не могут опираться исключительно на диагностическое определение личностной организации. Так, некоторым пограничным пациентам может быть рекомендован классический психоанализ. Он применим к данной категории при условии нормального интеллекта, умеренной патологии отношений, отсутствия серьезных антисоциальных тенденций, наличия адекватной мотивации

и способности к самонаблюдению. Умеренность патологии отношений подразумевает возможность развития зрелых форм трансфера и, следовательно, меньший риск того, что примитивный трансфер разрушит аналитическую ситуацию. Слабая выраженность антисоциальных тенденций свидетельствует о достаточной степени интеграции Суперэго — важной позитивной предпосылке. Показателем возможности применения «классического» метода служат выраженные эдиповы черты и проявления целостного, реалистичного восприятия других наряду с хаотичными и фрагментированными. Кернберг характеризует психоанализ как оптимальную терапию при истерических, обсессивно-компульсивных и депрессивно-мазохистических личностных расстройствах. Он рекомендует его также пациентам с истероидным и инфантильным расстройством, иногда — с нарциссическим при общей способности контролировать импульсы, толерантности к тревоге и наличии каналов сублимации, без патологического грандиозного Я и антисоциальных тенденций (Кернберг, 2000).

Наш опыт работы с различными пограничными пациентами не вполне достаточен для того, чтобы подтверждать или опровергать изложенные здесь тезисы. Повторим лишь еще раз, что не существует двух одинаковых пациентов даже при тождественном диагнозе. Поскольку, как отмечал Гринкер с соавторами, пограничный континуум охватывает широкий диапазон тяжести состояний, от постневротического до предпсихотического (Grinker, Werble, Drye, 1968), терапевтический подход к ним также может меняться: от близкого к «чистому» психоанализу до преимущественно или даже сугубо поддерживающего. Обобщая, можно сказать только, что чаще всего пограничной личности бывает показана все же интенсивная экспрессивная психоаналитическая терапия, оберегающая от чрезмерного регресса и направленная при этом на активную проработку глубинных конфликтов. В качестве ее цели можно столь же обобщенно назвать развитие целостного, надежного, преимущественно позитивного ощущения себя и такого же восприятия других людей, дающего возможность любить.

2.3.2. Основные принципы терапии

2.3.2.1. Общие замечания

Поскольку двух одинаковых пациентов не существует, следовательно, и цели терапии, и средства их достижения могут варьировать в

широких рамках. Как заметила в свое время Анна Фрейд, ценность \тубо нозологического подхода к личности не абсолютна хотя бы по- йму, что даже при совершенно одинаковом диагнозе и симптоматике за разных пациента не будут одинаково реагировать на одни и те же юва или действия терапевта. К тому же идентичные симптомы и диагнозы встречаются крайне редко, и естественно, что депрессивная по- паничная личность сильно отличается от нарциссической, нарцисси- 'еская — от обсессивной, и т. д. Поэтому можно говорить здесь и далее ишь о самых общих принципах подхода к пограничному пациенту, омня, что в конечном итоге только сам пациент со временем даст те- рапевту почувствовать и понять, какой подход ему необходим.

Тем не менее независимо от того, какой подход мы выбираем, уществуетряд общих принципов, в отношении которых сходятся мнен- ия большинства специалистов. Странники самых разных модифика- шй терапии признают, что задачей терапевта на всех стадиях взаимо- действия с пограничной личностью является введение факторов реальности и способствование ее распознаванию, помощь в диффе- ренциации Я и объекта, поощрение развития зрелого чувства идентич- ности. Помимо этого, важной задачей является сбор и организация раз- розненных образов и аффективных состояний субъекта с целью их интеграции. Ее решение позволяет представить пациенту его чувства чак различные грани или компоненты единого конфликта, расщеплен- ного во избежание тревоги.

В качестве ведущего технического средства терапии пограничной шчности (кроме поддерживающей терапии) обыкновенно рассматри- тется интерпретация. Здесь, однако, следует сделать существенную нтэворку. Фрейд основывал интерпретативную психоаналитическую : ехникуна представлении о пациентах, в значительной степени интер- дализовавших психические процессы и конфликты. Важные события, фоисходящие с такими пациентами и связанные с их патологиями и і ерапией, почти исключительно относятся к их внутреннему миру. Что- >ы выдерживать и сохранять напряжение, вызываемое интернализаци- Р Й , требуется достаточно зрелая структура Эго. При данном условии)го способно адекватно справиться с процедурой, которую Фрейд на- жал проработкой, то есть принять в своих интересах и также интерна- чивовать интерпретативный подход.

У пограничной личности ситуация осложнена слабостью Эго. Терапия пограничного пациента, говоря языком Балинта, представляет

взаимодействие не столько между тремя, сколько между двумя персонами — то есть взаимодействие между пациентом и терапевтом, а не между терапевтом и двумя полюсами внутреннего конфликта пациента. Попросту говоря, пограничный субъект склонен скорее не исследовать себя с помощью терапевта, а выяснять с ним отношения, решая проблемы зависти, ревности, недоверия не внутри себя, но в непосредственной коммуникации. Поэтому в работе с ним фактор отношений как второго ведущего терапевтического инструмента по крайней мере столь же важен, сколь фактор интерпретации. Он является терапевтической основой для всех специалистов, выстраивающих свою методику и технику на базе теории объектных отношений. Одним из наиболее убежденных сторонников терапии, основанной на отношениях, был Балинт, полагавший, в частности, что задачей терапевта во многих случаях является не интерпретация выражаемых пациентом потребностей, а их удовлетворение в допустимых границах (Балинт, 2002).

Следует помнить, что источником проблем пограничной личности являлись в первую очередь дефекты отношений. На понимании этого факта был основан терапевтический принцип, сформулированный Мастерсоном: действовать с пациентом противоположным образом, нежели мать. Подразумевалось, что терапевт должен активно противостоять регрессивному и саморазрушающему поведению и поощрять все усилия пациента, направленные на укрепление автономии («Я рад, что вы способны критиковать меня: ведь прежде вы занимались только самообвинениями»). Мастерсон подчеркивал, что основной упор следует делать на пресечение зависимости, не дающей пациенту возможности уважать себя (Masterson, 1976).

По сути о том же говорил Фрош, указывавший на особую важность помощи пациенту в дифференциации собственного Я и объекта. Пациент с «психотическим характером» приходит в терапию с уже существующей тенденцией к недифференцированностиTM и одновременно с ее боязнью; сеттинг подпитывает его недоверие, страх поглощения, утраты Я. Тревога усугубляется тем, что в периоды декомпенсации он теряет способность отделять терапевта от родителя. Поэтому Фрош рекомендовал с ранних стадий работы поощрять дифференциацию и сводить к минимуму интерпретации трансфера, особенно генетические, которые могут быть восприняты пациентом как поглощающие родительские установки. Он также подчеркивал важность постоянного исследования трудностей, испытываемых пациентом в отношениях

реальностью, и укрепления доверия к ней. У подобных личностей либо развито постоянство реальности, включающее ощущение способности предсказывать и предвидеть (вспомним в этой связи Винни-отта: чтобы нетравматично принять мир, ребенок должен убедиться в ее предсказуемости). Нельзя ни в чем обманывать неустойчивое предвидение пациента, что терапевту можно доверять (Frosch, 1970).

Добавим в качестве других основополагающих принципов работы с пограничной личностью постоянное внимание к трансферным и контртрансферным искажениям, которые могут разрушительно влиять на терапию, и готовность к тому, что прогрессировать пациент будет крайне медленно. В остальном от терапевта требуются лишь обычные профессиональные навыки и определенный объем теоретических знаний в сочетании с эмпатией, тактичностью и надеждой на успех, хотя и не скорый. Если эти исходные условия выполнены, высока вероятность, что результат процесса вознаградит обоих участников. Далее следует обобщить несколько слов о разных терапевтических подходах.

2.3.2.2. Экспрессивная психоаналитическая терапия

Как уже упоминалось, экспрессивная терапия служит стандартным подходом к лечению большинства пограничных пациентов. В качестве ее главного инструмента рассматривается интерпретация (но не генетические интерпретации трансфера). Также основная часть специалистов полагает, что в этой работе противопоказано использование уггестивных и манипулятивных вмешательств, за исключением случаев и ситуаций с высоким риском деструктивного отыгрывания. Техническая нейтральность в экспрессивной терапии ограничена, поскольку (ей требуется введение, говоря языком Айслера, параметров техники. Последние иногда могут включать структурирование повседневной жизни пациента, если он не способен к автономному функционированию. Урсано с соавторами называют восемь ведущих принципов данного вида терапии:

1. Контроль возможности деструктивного отреагирования.
2. Внимание к материалу пациента не только на вербальном, но и на эмоциональном уровне.
3. Быстрые и тактичные интерпретации негативного трансфера и искажений восприятия реальности.
4. Интерпретации «примитивных» защит.

5. Контроль и понимание контртрансфера.
6. Избегание внушений и манипуляций.
7. Избегание генетических интерпретаций.
8. Избегание интерпретаций позитивного трансфера и использование его для поддержки альянса (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992).

Согласно рекомендации Кернберга, главным объектом внимания в экспрессивной терапии следует избрать примитивный трансфер, проявляющийся в ситуации «здесь и сейчас» преимущественно в форме сопротивлений. Обыкновенно он становится доступен наблюдению уже с первых сессий. Этот трансфер фактически определяет тяжесть внутриспсихических и межличностных нарушений. Именно на нем должна быть сразу сосредоточена интерпретативная активность. К генетическим интерпретациям следует переходить лишь на поздних этапах работы, когда на смену примитивному трансферу, основанному на частичных объектных отношениях (то есть на отношениях с ранними разрозненными интроектами), придет трансфер более высокого уровня, отражающий реальные переживания детства как базу для последующих реконструкций (Кернберг, 2000).

Мак-Вильямс называет следующие основополагающие принципы экспрессивной техники: установление безопасных границ (сеттинг), проговаривание контрастных эмоциональных состояний, поддержка индивидуации и препятствование регрессии, интерпретация «примитивных» защит, интерпретативные вмешательства в состоянии покоя и постоянная работа с контртрансфером. Эти принципы будут упоминаться ниже в соответствующих главах; подробно о них см.: И. Мак-Вильямс «Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе» (Мак-Вильямс, 1998).

2.3.2.3. Поддерживающая психоаналитическая терапия

Как уже упоминалось, в настоящее время поддерживающая техника в терапии пограничных пациентов в основном либо представляется сомнительным средством, либо рекомендуется лишь в начальной стадии работы. Однако в некоторых (оговоренных выше) случаях она может быть все же показана пограничной личности. Если мы не ожидаем от пациента в обозримом будущем появления способности к независимому функционированию, мы можем поставить задачу достижения

функционирования при постоянной терапевтической поддержке или опека поддерживающих структур во внешней среде. В любом случае лучше изначально ориентироваться на усиление автономии пациента и переходить к более «опекающим» формам терапии только при обнаружении противопоказаний к экспрессивной технике.

Интерпретации в поддерживающей терапии, как правило, не используются. Ее основными инструментами являются прояснение и отрегирование; кроме того, широко применяется суггестия и манипуляция, главным объектом исследования делаются «примитивные» защиты в проявлениях «здесь и сейчас»: терапевт помогает пациенту обрести над собой контроль и достичь лучшей адаптации к реальности. Исследование трансфера, в отличие от экспрессивной терапии, не включает проведения связи между ним и бессознательным прошлым: акцент ставится на происходящем в терапевтической ситуации и на параллельных искажениях и деформациях в реальной жизни. Сдерживаемый негативный трансфер выявляется, редуцируется и используется для прояснения связанных с ним жизненных проблем. Разрешение негативного трансфера особо важно, поскольку он подвергает серьезной угрозе рабочий альянс.

В поддерживающем процессе терапевт оставляет позицию технической нейтральности и делается сторонником разумных требований внешнего мира. В то же время он воздерживается от советов и поддерживающих высказываний, когда эти действия эксплуатирует непроанализированный примитивный трансфер. Поддерживающая терапия также подразумевает постоянную оценку действий пациента точки зрения отыгрывания и адаптивного удовлетворения потребности за ее рамками.

В ходе успешной поддерживающей терапии активизируются и усиливаются функции Эго пациента — особенно в сферах самоосознания и тестирования реальности. Возрастает способность переносить и интегрировать противоречивые чувства, переживания, виды поведения; снижается влияние «примитивных» защит на адаптивные функции. На более глубоком уровне происходит постепенная консолидация шизоидных репрезентаций Я и объекта и частичная идентификация с терапевтом, не основанная на нарциссической идеализации и на действии расщепления (Кернберг, 2000).

Следует в заключение добавить, что многие специалисты рассматривают дихотомию «экспрессивная терапия — поддерживающая терапия» как не вполне обоснованную практически. Так, Нови отмечает,

что поддерживающий компонент присутствует в любом психотерапевтическом подходе, в виде как прямой поддержки, так и косвенной — откровенными высказываниями и другими формами вербального и невербального поведения терапевта (Novy, 1959). Миллер и Лэнгс рассматривают поддерживающий аспект интерпретации: в их работах продолжается традиция пятидесятых и шестидесятых годов XX столетия, когда психоаналитическая терапия подразумевала комбинацию поддерживающих и интерпретативных техник (Langs, 1973; Miller, 1969). Шлезингер, подчеркивая значимость аспекта поддержки в «классической» технике, вообще не рекомендует к использованию термины «поддерживающая» и «экспрессивная»: с точки зрения этого автора, их следует применять для обозначения различных целей, техник и эффектов внутри любой психотерапии (Schlesinger, 1969).

2.3.2.4. Психоанализ

Говоря о «классическом» психоанализе, мы подразумеваем разновидность психотерапии, ядром которой является возможно более полное развитие и последующее интерпретативное разрешение трансферного невроза. Психоанализ традиционно считается методом, ориентированным на пациентов с невротической личностной организацией, и малоэффективным для работы с пограничной личностью, которая развивается в отношениях лишь примитивный частичный трансфер. И все же в ряде случаев он может успешно использоваться как терапия пограничных пациентов: выше речь об этом велась в разделе 2.3.1.3. Если же говорить не только о тех, кому психоанализ показан по совокупности упомянутых критериев, то следует заметить: при тщательном анализе возникающих архаичных коммуникаций они со временем могут быть интегрированы и преобразованы в полноценный объектный трансфер, основанный на целостных представлениях и доступный генетическим интерпретациям. Поэтому терапия, начинавшаяся как экспрессивная, может на более поздних стадиях обрести «классические» черты.

Категоричность мнений о «показанное™» или «противопоказанное™» психоанализа в тех или иных конкретных случаях едва ли уместна еще и потому, что между ним и психоаналитической психотерапией довольно сложно провести отчетливую границу. Как сообщает Рэнджелл, еще в конце сороковых годов XX столетия в Комитет по оценке психоаналитической терапии при Американской психоаналитической ассоциации было прислано единогласное мнение сотрудников

одного из институтов ассоциации: различие между этими методами существует скорее на страницах учебников, чем на практике. В каждом отдельном случае работы с пациентом используются и те, и другие техники; всякое лечение, основанное на психоаналитической концепции, является психоаналитической терапией (Рэнджелл, 2000).

Наш опыт работы с пограничной личностью позволяет добавить следующее. Тезис о низкой эффективности психоанализа как способа лечения большинства пациентов пограничного континуума справедлив именно для «классической» формы этой процедуры — формы, базирующейся на теории влечений и основополагающих принципах фрейдовского подхода. Дело здесь не только в примитивном характере трансфера, развиваемого пограничным субъектом, но и в том, что субъект во многих случаях переживает интерпретации как поглощающие установки, угрожающие границам и существованию Я. Однако практика показывает, что хороших результатов позволяет достичь терапия, ориентированная в первую очередь на установление и развитие объектных отношений — процедура, в которой ведущим инструментом служит не интерпретация, а холдинг и контейнирование (об этих факторах влияния будет сказано в следующих главах). Такой подход позволяет, в частности, проводить встречи с пациентом четыре-пять раз в неделю и использовать в работе кушетку, то есть структурировать сеттинг в «классическом» варианте. Далее о сеттинге — более детально.

2.3.3. Терапевтический сеттинг

Под сеттингом понимается совокупность границ терапевтического процесса, отделяющих его от повседневного, нерегламентированного общения. Существуют три основных комплекса границ: временной (определенные дни, время начала каждой сессии и ее продолжительность), физического (место проведения сессий, позиция, занимаемая пациентом и терапевтом — в креслах лицом к лицу или с использованием кушетки) и финансовый (сумма гонорара терапевта и порядок оплаты). Каждый специалист определяет их, руководствуясь своими методическими принципами, научными приоритетами, возможностями и потребностями, и мы не будем останавливаться на множестве нюансов выбора и установления границ: подробно эти вопросы были рассмотрены ранее (Рождественский, 2006). В данном разделе я коснусь лишь двух аспектов сеттинга, требующих особого внимания в работе с пограничной личностью: физическая позиция пациента и частота встреч.

Практически общепринятым является в настоящее время положение, согласно которому работа с глубоко нарушенным пациентом требует визуального контакта «глаза в глаза». Большинство терапевтов не использует в ней кушетку: последняя рассматривается как нежелательное средство, опасное с точки зрения чрезмерной репрессии. Левенштайн, ссылаясь на Штерна, утверждает, в частности, что позиция лежа противопоказана в терапии подростков, шизофреников и в некоторых пограничных случаях (Левенштайн, 2000). Мак-Вильямс также полагает, что в большинстве случаев лечения пограничных пациентов позиция лицом к лицу более уместна — поскольку, не видя терапевта, они усиливают трансферные реакции до полной неконтролируемости (Мак-Вильямс, 1998). Кернберг рассматривает кушетку как инструмент, пригодный исключительно для «классического» анализа, подчеркивая, что экспрессивная терапия должна проводиться всегда лицом к лицу (Кернберг, 2000), и т. д.

Понимая справедливость высказываемых опасений, мы все же заметим, что во многих пограничных случаях использование кушетки вполне уместно и в итоге оправдывает себя. Позиция лежа часто бывает приемлема по крайней мере для тех пограничных личностей, организация которых приближается к невротической «окраине» континуума. Риск патогенной регрессии при этом действительно существует, поэтому способность терапевта управлять ею является неотъемлемой частью его холдинговой функции. Однако, с другой стороны, кушетка служит инструментом, способствующим дифференциации Я и объекта, в то время как позиция «глаза в глаза» может усиливать влияние проективных идентификаций и вести к дополнительному размыванию границ. Кушетка создает чувство отдельности, о котором Мастерсон говорил: отделенность болезненна, но в конечном счете она придает силу (Masterson, 1976).

Не следует понимать это так, что мы считаем использование кушетки желательным в терапии пограничной личности вообще. Во многих случаях, если не в большинстве, позиция лежа действительно способна причинить существенный вред отношениям, и иногда приходится даже препятствовать намерению пациента лечь. Большая часть кандидатов в терапию изначально избегает кушетки, стараясь сохранить с терапевтом визуальный контакт: потеря собеседника из виду оказывается фрустрирующим обстоятельством, поскольку для человека неестественно говорить «в пустоту». Однако, как ни удивительно, именно

ограничные пациенты весьма часто выражают желание лечь. В их прошлом был довольно силен садомазохистический опыт отношений, который нередко придает диалогу «глаза в глаза» более болезненный характер, чем «монологу наедине с собой». Повторим, что бывают случаи, когда этому желанию нельзя идти навстречу. Так, кушетка противопоказана пограничной личности депрессивного типа: таким пациентам необходима возможность наблюдать за лицом терапевта, в противном случае они проецируют и переживают жесточайшее осуждение.

Однажды в моей практике был следующий случай. Пограничная пациентка, которую я бы теперь определил как приближавшуюся к грани психотического континуума, сообщила о желании лечь на кушетку, добавив: «Мне кажется, тогда я буду не так напряжена». Я согласился. Пациентка легла и, полежав две или три секунды, вскочила на ноги, как подброшенная пружиной. Она была в шоке и несколько минут не могла произнести ни слова, а затем повторяла лишь: «Кошмар, это был кошмар». Что она испытала в эти мгновения, что произошло — проговорить и установить нам не удалось: пережитое выпало из ее памяти так же быстро, как иногда после пробуждения «проваливается в бессознательное» увиденный сон. Я могу лишь предполагать, что в относительной сенсорной изоляции пациентка ощутила начало дезинтеграции — даснада собственного Я.

Частота сессий — второй важный компонент сеттинга терапии пограничной личности, по поводу которого не существует единого мнения. Обыкновенно полагают, что она должна быть тем ниже, чем глубже и серьезнее патология пациента. Так, в поддерживающем режиме встречи рекомендуется проводить в среднем один раз в неделю (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992); при экспрессивной терапии, как правило, предписывается не более трех еженедельных сессий: большая частота считается допустимой только при особых обстоятельствах, например, при высокой суицидальности или при оказании интенсивной помощи в избавлении от наркомании (Мак-Вильямс, 1998). В то же время Гилл сообщает, что пациентов со слабым Эго терапевт может принимать даже чаще, чем при «классических» пациентах аналитик (Гилл, 2000). Очевидно, и здесь неуместна ригидность терапевтической позиции: с одним пациентом целесообразно работать один раз в неделю, с другим — три, четыре или даже пять раз. Этот вопрос правильнее решать индивидуально в каждом конкретном случае: как упоминалось выше, в итоге сам пациент даст терапевту почувствовать, какой режим для него оптимален.

При всей возможной гибкости подхода чрезвычайно важным будет в конечном счете установление постоянных условий терапии — того, что Мак-Вильямс называет безопасными границами (Мак-Вильямс, 1998). Иными словами, главное не то, какие параметры сеттинга устанавливает терапевт, а то, что они установлены и подлежат соблюдению. Пограничной личности свойственна тенденция к нарушению границ: субъекта с проблематикой, корни которой уходят в глубины фазы сепарации-индивидуации, обычно раздражает необходимость исполнения чьих-либо «прихотей», поскольку чувство ответственности у него не развито. Эта тенденция может реализовываться в требованиях дополнительных сессий, изменений времени и оплаты, в предложениях пообщаться в «неформальной обстановке», и т. п. Пациент стремится дестабилизировать терапевтическую ситуацию, так как опыт стабильных отношений ему незнаком. Кроме того, в детстве таких пациентов родители нередко потакали их капризам, в иное время уделяя им мало внимания. Когда границы твердо установлены, пациент может реагировать на необходимость их соблюдения раздражением и даже гневом, но он получает понимание того, что терапевт полагает его достаточно взрослым для принятия доли ответственности и, кроме того, не позволяет собой манипулировать. Если удастся добиться долговременной стабилизации сеттинга, можно констатировать, что достигнут немалый терапевтический успех.

Следует помнить при этом, что необходимо отличать отыгрывания и манипуляции, направленные на дестабилизацию процесса, от выражения пациентом действительных неудовлетворенных потребностей. Ференци, Балинт, сторонники интерсубъективного подхода, многие другие авторы подчеркивали важность удовлетворения архаичных запросов пациента, реактивизирующихся в регрессии — запросов, которые не были должным образом услышаны и поняты в его детстве. Установление постоянных параметров сеттинга должно производиться с учетом и истинных нужд личности, и того, что на разных стадиях терапии эти нужды могут меняться: например, со временем пациенту может стать недостаточно двух встреч в неделю, или позиция лежа делается для него избыточно фрустрирующей. Если границы процесса превращаются в прокрустово ложе, пациент воспримет это — и совершенно справедливо — не как проявление уважения к его «взрослости», а как неспособность партнера почувствовать его и понять.

2.3.4. Терапевтический альянс

Оценка и поддержка способности субъекта к терапевтическому альянсу, то есть к основанному на реальности разумному союзу с надеждами Эго терапевта — постоянная проблема в работе с пограничной личностью. Невротический пациент чаще всего достаточно быстро и без особых усилий устанавливает с терапевтом рабочие отношения, характеризующиеся стабильностью и стремлением к об[еим для обеих сторон цели. Пациент с пограничной личностной организацией нередко формирует отношения хаотичные, пустые, искаженные или вовсе блокирует их. Про него трудно сказать, что он занят совместной с терапевтом работой над собой: скорее он стремится вовлечь собеседника в водоворот своих проблем, конфликтов, характерологических дефектов и т. д., чтобы сделать их проблемами и дефектами терапевтического взаимодействия. Сложность исследования в такой ситуации возрастает неизмеримо — по той же причине, которой Фрейд ютивировал прекращение своей деятельности после занятия Вены гитлеровцами: трудно испытывать интерес к бессознательному, когда сознание потрясено.

Эта проблема имеет два истока. Во-первых, пограничный пациент не обладает развитым наблюдающим Эго, которое было бы способно идентифицироваться с Эго терапевта. Во-вторых, у него отсутствует, говоря языком Эрикссона, «имманентное базовое доверие», то есть благожелательное отношение к людям и к миру вообще (Сандлер, Дэр, Холлор, 1993). Терапевт с ранних стадий работы начинает смешиваться в его юсприятии с ранним травмирующим объектом и, кроме того, усиливается страх «растворения» в этом объекте или поглощения им. Поэтому установление альянса, требующее атмосферы доверия, оказывается тогда весьма трудной задачей. С первых сессий от терапевта требуются усилия, направленные на минимизацию тревоги и создание ощущения безопасности (такова одна из причин, по которым Фрош рекомендует избегать на начальном этапе интерпретаций трансфера). Залогом успеха служат толерантность и терпение, так как пограничный пациент реально способен в кратчайшие сроки вывести собеседника из себя.

Оценивая способность пациента к поддержке альянса, терапевт тем самым дает ему диагностическое и прогностическое определение. Первое касается степени патологии: как правило, чем глубже нарушение, тем ниже возможность совместной работы над проблемой. Второе, тесно

связанное с первым, позволяет ответить на вопрос: показана ли в данном случае психотерапия вообще или, возможно, следует отдать предпочтение фармакологическому лечению. Пациент обыкновенно считается способным к достижению альянса, если в его прошлом наличествует опыт длительных и преимущественно позитивных отношений с кем-либо. Считается также, что он может развить мотивацию, необходимую для формирования альянса, если его страдание достаточно весомо и не несет существенной вторичной выгоды. Крайне важен принцип добровольности обращения: шансы на выработку альянса существенно снижаются, если пациент пришел в терапию, например, под давлением близких или был направлен лечащим врачом.

По выражению Мак-Вильямс, первая задача терапевта, требующая решения на пути к альянсу — усмирение бушующих в пациенте штормов. Терапевту следует для этого вести себя как человеку, принципиально отличному от тех, чье влияние создало в пациенте проблематику и тенденцию к отверганию помощи (Мак-Вильямс, 1998). Этот совет созвучен рекомендации Мастерсона: взаимодействовать с пациентом противоположным образом, нежели его мать (Masterson, 1976). Важной составной частью позиции терапевта при этом является искренняя убежденность в том, что пациенту реально можно помочь — убежденность, которую необходимо передать ему со временем. Как замечает Кернберг, тяжело нарушенная личность сражается со своим кошмарным прошлым и сама, без помощи, не способна спроецировать на будущее мечты о жизни лучшей, чем та, что была и есть (Кернберг, 2000).

Важный инструмент, используемый терапевтом в формировании альянса — вопросы; особой важностью обладают прямые вопросы о наиболее острых «углах» проблематики собеседника. В частности, необходимо с первых сессий убедиться, подвержен ли пациент депрессивным или маниакальным состояниям, суицидным мыслям или попыткам. Часто он сам ждет этих вопросов: они избавляют его от чувства, что он одинок со своей болью. В противном случае у него может возникнуть представление, что терапевт пренебрегает этими темами или боится их. Если пациент выражает нежелание обсуждать предлагаемое терапевтом, уместно спросить: «Вы можете отказаться говорить об этом, но скажите, что случилось бы, если бы мы все-таки стали об этом говорить?» С этого вопроса начинается исследование конфликтов и сопротивлений.

Сама формулировка задаваемых терапевтом вопросов может способствовать развитию альянса: на этот счет я могу дать две практические рекомендации. Первая состоит в том, чтобы предварять суть вопроса словами «как вы думаете», например: «Как вы думаете, почему это вас рассердило?» Такая структура вмешательства позволяет активизировать и со временем усилить наблюдающее Эго пациента — союзника терапевта: «Как думает ваша наблюдающая часть, почему другая часть так реагирует?» Вторая рекомендация — задавать вопросы «сдвоенные», со своего рода «стереоскопическим эффектом», помогающие изглянуть на любую проблему «объемно»: «За что я мог бы вас осудить? Почему вы думаете, что рассказанное вами для меня неприемлемо?», или: «Почему ваш отец так поступил с вами? Чего он таким путем добивался от вас?»

Важно еще в ходе первичных консультаций или в начале терапии достичь совместного с пациентом понимания основных целей и задач работы или определить хотя бы одну цель, по поводу которой обе стороны согласны. Цели должны быть реалистичны, однако даже в этих отношениях пациента не следует обнадеживать чрезмерно, давая стопроцентную гарантию успеха. Лучше говорить о том, что будет сделано все необходимое. Убежденность терапевта, о которой шла речь выше, — убежденность в том, что реальное улучшение возможно, но не в том, что оно придет при любых обстоятельствах, несмотря ни на что.

По этой причине следует изначально дать пациенту понять, что терапия предполагает совместную работу. В данном взаимодействии терапевт предлагает со своей стороны знание и опыт, которые помогут пациенту лучше понимать себя и свои конфликты и эффективно справиться со своими проблемами. От пациента в ответ ожидается, что он берет на себя ответственность за свою жизнь (в случаях, когда это невозможно, необходимо определить и оговорить структуру внешней поддержки), за выполнение условий контракта и честность в общении с терапевтом. Кроме того, он должен быть поставлен в известность, что терапия предполагает его работу и между сессиями. Это не означает, что ему будут даваться некие «домашние задания»: можно просто предложить, например, начинать каждую встречу с краткого рассказа о том, какие мысли, чувства, фантазии оставила после себя встреча предыдущая. Здесь начинается путь к исследованию и интроспективных способностей, и первых трансферных реакций.

Как уже отмечалось, следует быть готовым к тому, что наблюдающее Эго у пограничной личности может оказаться весьма слабым, а постоянно угрожающие ему ранние трансферы — крайне интенсивными. Поэтому и терапевтический альянс, даже будучи первично установленным, с большой вероятностью окажется весьма нестабильным. Эту сторону отношений терапевту приходится, в отличие от взаимодействия с невротическим пациентом, держать под неусыпным контролем. Кернберг рекомендует с этой целью интерпретировать примитивные, основанные на частичных объектных отношениях трансферы («Вы обесценили нашу прошлую встречу, чтобы не испытывать стыда»), после чего интерпретировать искажения восприятий интерпретаций («Вы слышали в моем объяснении упрек, может быть, потому, что сами склонны упрекать себя»). Важно помнить, что если в терапии невротической личности альянс есть средство работы, один из ее инструментов, то в терапии личности пограничного уровня он долгое время сам по себе остается целью: достижение альянса по невротическому типу становится крупным успехом. Отношения альянса для пограничного пациента служат корректирующим эмоциональным опытом, которого он в прошлом был лишен.

Терапевтический альянс не подразумевает, как считают иногда начинающие психотерапевты, исключительно позитивной атмосферы отношений: таковая может быть следствием, например, защитно-покорной позиции пациента. Напротив, ситуация истинного альянса — та, в которой он не станет бояться или стесняться выражать свой негативизм. Возможность выплеснуть ярость, гнев, раздражение бывает признаком высокой степени доверия к партнеру. Как отмечает Сандлер с соавторами, иногда искомый альянс может быть достигнут даже при изначальной и перманентно присутствующей враждебности со стороны пациента. Это нередко бывает, например, в работе с личностью с параноидными тенденциями: такие пациенты крайне недоверчивы, однако, осознавая необходимость терапии, в какой-то мере склонны «сделать для терапевта исключение» (Сандлер, Дэр, Холдер, 1993).

Неблагоприятной с точки зрения альянса является ситуация присутствия у пациента сильного страха перед возможной регрессией. Он выражается в зажатости, монотонности, односложности ответов на вопросы. Такие пациенты боятся вновь оказаться во власти эмоций, пережитых в детстве, потерять контроль над своими чувствами и действиями. Эту тревогу следует постепенно и тактично анализировать, ни

кчем случае не торопя события. Опасность для альянса представляет также чрезмерная регрессия и развитие «трансферного психоза», при котором терапевт окончательно отождествляется с садистическим и • щавляющим родителем, переживающая часть Эго поглощает наблюдательную и все затопляется страхом аннигиляции. Еще одну непрос- то проблему представляет развитие эротизированного трансфера, при котором пациент стремится к симбиотическому слиянию с ранним объек- >м (это стремление лишь маскируется под потребность в эдиповых 'теросексуальных отношениях) и терапия превращается в отыгрыва- ле — в череду попыток прямого удовлетворения трансферных жела- ий при слабом контроле над импульсами и аффектами. Некоторые взгля- ы на природу эротизированного трансфера и методико-технические ринципы работы с ним были предложены мною ранее (Рождествен- кий, 2005b).

Опасная для альянса ошибка, нередко допускаемая не только на- пнающими терапевтами — объединение с пациентом против его роди- . елей, которых он часто описывает как гораздо более страшных и же- стоких, чем они были в действительности. Как отмечалось выше, ообщаемая пограничной личностью информация о прошлом бывает ущественно искажена в сторону негатива; наряду с этим у него есть ильные, хотя и бессознательные, позитивные чувства к родителям, оторые в терапии необходимо реактивировать и осознать. Эта цель достигается синхронно с постепенной интеграцией репрезентаций. Мож- но признать, что вербально выражаемый негативизм пациента до неко- орой степени обоснован, но при этом оставить открытой возможность появления и иных представлений и реакций. Мне нередко приходилось встречаться со следующей позицией пограничных пациентов в отно- нении своих родителей (супругов, детей и т. д.): «Да, он (она) дрянь, куткий человек, монстр, но говорить так о нем (о ней) имею право олько я, и больше никто».

Еще раз повторим в заключение, что, работая с пограничной лич- ностью, терапевту приходится все время «держат руку на пульсе» нльянса. Когда последний, казалось бы, уже установлен, нет гарантий, то на следующий день он не начнет рушиться, как картонный домик. *Л* этой работе необходимо постоянно контролировать трансфер и контр- I рансфер, наблюдать по возможности за любыми изменениями жизни пациента, смягчать регрессивные тенденции с помощью поддержки, восстановления связи с реальностью через использование восприятий

терапевта. В отдельных случаях это смягчение может потребовать и медикаментозных вмешательств, показания и противопоказания к которым лучше оценить еще в ходе интервью. Наконец, надо запастись терпением и помнить, что на установление стабильного альянса по невротическому типу, какой формируется в работе с невротиком в ходе первых сессий, с пограничной личностью может уйти несколько лет.

2.3.5. Трансфер-контртрансферное взаимодействие

2.3.5.1. Трансфер

Трансферные реакции пограничной личности, как уже отмечалось, имеют свойство проявляться и активно развиваться с первых консультаций, иногда буквально выбивая терапевта из колеи. Они в большинстве случаев довольно интенсивны, часто лишены видимой амбивалентности и не поддаются обычным интерпретациям. Идеализация собеседника может в кратчайшие сроки без видимых или, по крайней мере, веских причин смениться его обесцениванием — например, на том основании, что в прошлый раз он сказал пациенту «до свидания» так, будто отмахнулся от него. Сам пациент обычно не находит в этих переменах восприятия ничего особенного. Если терапевт спросит, не реагирует ли пациент на него как на своего отца, который «отмахивался» от ребенка, ищущего внимания, тот ответит, например: «Точно! Он, как и вы, всегда думал о чем-то более важном, чем мои проблемы». И такой ответ оставит начинающего терапевта в полном непонимании того, какую пользу из него можно извлечь.

Терапевт сталкивается с глубоким искажением своего образа в восприятии пациента. Эти искажения присутствуют и у невротиков, однако у пограничной личности они отличаются интенсивностью и устойчивостью при относительно слабой восприимчивости к интерпретациям. Со временем аналитическая работа позволяет обнаружить за ними архаичный стыд и страх телесного повреждения или преследования, защиты, применяемые против самонаказующих чувств или поведенческих проявлений. Нередко пациент атакует терапевта, как и других людей, чтобы заставить испытать вину за спроецированные в них эксплуатирующие и контролирующие потребности. Эти тенденции, чувства, фантазии часто оказываются результатом компромиссов между сексуальными и агрессивными импульсами — с одной стороны, и жесткими требованиями Суперэго — с другой.

Фрош объясняет особенности трансферных реакций у личности с «психотическим характером» вечной проблемой слияния и дифференциации Я и объекта. Во взаимодействии с терапевтом пациенту трудно сохранять концепцию собственного Я как отдельной целостности. В анализе он вынужден постоянно колебаться между потребностью в идентификации с другим и потребностью в сохранении собственной целостности. Этим объясняются, в частности, быстрые переходы от идеализации к обесцениванию: тот или иной аспект поведения терапевта, расцененный как «плохой», мгновенно становится удобным поводом для тотального негативизма, спасающего от поглощения и потери идентичности (Frosch, 1970).

Кернберг описывает реакции пограничного пациента как «частичные трансферы». В свое время Фрейд противопоставлял нарциссическое и трансферные неврозы: в качестве особенности нарциссических неврозов, делающей «классический» психоанализ неприменимым для их лечения, рассматривался нарциссический либидинозный катексис. Данное обстоятельство снижало или уничтожало возможность трансферных отношений с терапевтом. Современная точка зрения состоит в том, что эти пациенты формируют трансферные коммуникации, но в них осуществляется трансфер не целостных объектов, а их примитивных предтеч. В зрелом (объектном) трансфере участвуют интегрированные (целостные) репрезентации Я и объекта, поэтому он отражает реальные детские переживания. «Частичные» трансферы представляют выражение множества отношений между отщепленными друг от друга частями Я, не достигшими интеграции, и также взаимно расщепленными и искаженными частями репрезентации объекта. Поскольку нарциссическое либидо недостаточно отделено от объектного, различия между ранними и современными объектами стираются. Возникающий трансфер примитивен и «массивен», то есть неамбивалентен: он или «хорош», или «плох». Он не исчезает, как полагал Фрейд, из-за перемещения либидинозного катексиса с объекта в Я, но регрессирует к своим ранним источникам.

В контексте диссоциированных состояний Я происходит преждевременная активизация наиболее ранних, нагруженных болезненными конфликтами объектных отношений. Репрезентации Я и объекта активизируются таким образом, что реконструкция реальных инфантильных конфликтов становится невозможна: их отдельные компоненты взаимно изолированы. Например, в отношениях с терапевтом пациент может

воспроизводить не то, как он вообще воспринимал своего отца, а лишь то, как он боялся и ненавидел его, терпя от него наказание. Восприятие отца в минуты любви и гармонии при этом остается «в тени».

Заметим, что, с точки зрения Кернберга, невозможность интеграции позитивных репрезентаций себя и объекта с «плохими» и «ненавистными» связана с высокой интенсивностью последних и, соответственно, невыносимостью тревоги и чувства вины. На наш взгляд, не вполне очевидно, где здесь причина и где следствие. Жидкость в термосе сохраняется горячей, поскольку надежно изолирована от внешней среды; вряд ли справедливо утверждать, что она изолирована от среды потому, что ее температура слишком высока. Не исключено, что интенсивность негативного восприятия есть результат невозможности интеграции, а не наоборот.

Проявления «пограничного» трансфера в терапии поначалу выглядят разрозненными и хаотичными. Постепенно, однако, в них становятся доступны наблюдению повторяющиеся паттерны, отражающие частичные репрезентации. Частичные восприятия объекта наиболее отчетливо отражены в негативном трансфере. «Примитивные» защитные механизмы делаются средством трансферного сопротивления и препятствуют осознанию диссоциированного (расщепленного) характера отношений. Поскольку использование «примитивных» защит ослабляет Эго, возникает регрессия, не позволяющая трансферу развиваться до более зрелых форм. Пациент может попеременно проецировать на терапевта как «хорошие», так и «плохие» частичные репрезентации и себя, и объекта, нападая затем на первые под давлением зависти, на вторые — под влиянием тревоги, используя «идентификацию с агрессором». Особую роль в этом процессе играет проективная идентификация.

Проективная идентификация проявляется в трансфере в большинстве случаев как недоверие и страх перед терапевтом. Пациент эмпативно воспринимает спроецированную агрессию и пытается садистически контролировать и подчинять терапевта, что естественным образом вызывает агрессивный контртрансфер. Кернберг подчеркивает, что проецируется не «чистая» агрессия, а связанные с ней примитивные «ненавистные» репрезентации Я и объекта (Кернберг, 2000). Проецируя часть репрезентации Я, пациент одновременно идентифицируется с соответствующей объектной репрезентацией, и наоборот. При этом у терапевта могут быстро сменяться самоощущения садистической, контролирующей

штери и ребенка, на которого оказывается невыносимое давление. Эти онтратрансферные реакции Рэкер назвал комплементарными идентификациями (Racker, 1957).

Рейнтроецируя затем искаженный проекциями образ терапевта, пациент закрепляет патологические ранние отношения (или лишь негативный аспект их) и перестает различать в этом взаимодействии прошлое и настоящее, внутреннее и внешнее. Когда этот процесс достигает кульминации, границы его Я «размываются» и теряется способность тестированию реальности в трансфере вместе со способностью воспринимать какие бы то ни было интерпретации. Такая ситуация получила у Розенфельда название «трансферного психоза». Она может возникнуть, если терапевт позволяет негативному трансферу развиваться ресконтрольно, ничего не предпринимая: пациент переживает убежденное разочарование в терапевте вместе с утратой способности нормально воспринимать происходящее (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). *Для* отличие от психотика, для пограничной личности эти психотические реакции обыкновенно ограничены рамками сессии и могут не влиять на функционирование пациента вне терапии; однако за ними может последовать разрыв терапевтических отношений.

Другая ситуация, встречающаяся в работе с пограничными пациентами и во многом близкая к ситуации трансферного психоза — упоминавшийся в предыдущем разделе эротизированный трансфер. Их сходство состоит в практической блокировке способности к реальному восприятию происходящего и в самой их природе: в обоих случаях регрессивно оживляются наиболее примитивные формы отношений. Различие заключается в том, что при эротизации трансфера терапевт телается объектом проекций либидинозных репрезентаций, как и в случае примитивной идеализации. Пациент при этом отвергает любые интерпретации своих чувств и желаний, требуя их прямого удовлетворения или надеясь на таковое в будущем; использует сессии как повод *для* свиданий с терапевтом, наслаждается своими эмоциями и ожидает взаимности. Негативный полюс трансфера при этом часто отреагируется вовне, обыкновенно на наиболее близких людях. Такая ситуация представляет сильную угрозу рабочим отношениям, поскольку пациент теряет способность выносить требования терапии, и попытки терапевтических вмешательств, как правило, не находят в нем отклика.

Для подобных форм реакций и восприятий Хэмметом был предложен термин «делюзивный трансфер»: он описывает ситуацию воз-

никновения серьезной аномалии в терапевтическом взаимодействии. Это явление служит искаженным воспроизведением некоторых аспектов очень ранних отношений матери и ребенка. Общие черты делюзивных трансферных реакций состоят в том, что из трансфера исчезает всякий намек на «как-если-бы»: всю ситуацию и собственное поведение в ней пациент воспринимает абсолютно некритично; трансфер делается Эго-синтонным, и содержащееся в нем желание стремится к непосредственной реализации. Представление о терапевте принимает характер убеждения и вызывает настойчивые попытки добиться того, чтобы это убеждение подтвердилось. Так, моя пациентка с эротизированным трансфером долгое время искренне полагала, что мое, как она ощущала, «неприятие» ее чувств объясняется лишь тем, что меня связывают по рукам и ногам «условности» терапевтических отношений. Лишь на третий год терапии она призналась, что все это время жила одной надеждой: наша «работа» когда-то закончится, и мы оба сможем больше не сдерживать себя.

Сандлер с соавторами, ссылаясь на Нанберга и Раппопорта, замечает, что делюзивные формы трансфера, строго говоря, вряд ли можно назвать трансфером как таковым. При психотическом и эротизированном трансфере пациент не столько проецирует в терапевта ранние частичные репрезентации, сколько пытается заставить его измениться до полного соответствия им. Нередко такие пациенты с самого начала терапии демонстрируют настойчивое желание, чтобы терапевт взял на себя определенные родительские функции по отношению к ним, и открыто выражают гнев при неподчинении их требованиям. Их реакции тем более интенсивны, чем серьезнее патология. Существуют разные мнения по поводу того, являются ли такие ситуации исключительно следствием нарушений личности пациента, или они провоцируются дефектами терапевтических коммуникаций. Во всяком случае, делюзивный трансфер — признак серьезного кризиса восприятия реальности; при его развитии попытки сохранить терапевтические отношения, как правило, обречены на провал (Сандлер, Дэр, Холдер, 1993).

На основе всего вышеизложенного у читателя может сложиться впечатление, что от пограничной личности терапевту приходится ждать либо ненависти, либо слепой влюбленности и примитивной идеализации. Если бы это было так, очевидно, что продуктивная терапия была бы невозможна. Не все, однако, столь мрачно. Как уже упоминалось, клинический опыт показывает, что нет расщепления без примеси

нормальной амбивалентности; сохраняется (кроме редких ситуаций развития делюзивного трансфера) наблюдающая часть Эго, хотя и слабая и нуждающаяся в постоянной поддержке; наряду с примитивными трансферными реакциями существует реальное восприятие терапевта и нормальные позитивные чувства к нему: уважение, симпатия, надежда на помощь. В противном случае пациент просто прекратил бы работу. Он юрется со своим негативизмом, используя, в частности, и идеализацию, и эротизацию отношений: другие средства у него слабо развиты, или он не может к ним прибегнуть. Задача терапевта — поддержать его в этой борьбе, открывая для нее нормальные ресурсы, прежде всего — скрепляя способность к восприятию и принятию реальности.

Работа с трансферными реакциями пограничной личности — это в первую очередь работа с примитивными частичными трансферами. Повторим, что они недоступны генетическим интерпретациям, пока не разовьются в целостный объектный трансфер. Поэтому обыкновенно рекомендуется интерпретировать лишь защитные функции этих реакций, например: «Вы чувствуете, что я упрекаю вас, потому что ожидаете упреков». Интерпретации даются на фоне более или менее стабилизированных отношений. Общие принципы обращения с трансфером могут быть сформулированы следующим образом:

- позитивный трансфер используется для поддержки альянса;
- интерпретации позитивного трансфера касаются только примитивной идеализации, оборотной стороной которой является обесценивание;
- латентный (неосознаваемый) негативный трансфер оценивается для выработки стратегии взаимодействия;
- манифестный негативный трансфер подлежит активному исследованию, прояснению и интерпретации;
- делюзивные трансферные реакции требуют отказа от «анализирующей» и «наблюдающей» позиции и прямых конфронтации пациента с реальностью в виде указаний на нее.

В «классическом» психоанализе систематическое исследование тщит от осознания трансферного характера реакций и восприятий превращает латентный трансфер в манифестный, что позволяет развиваться полноценному трансферному неврозу. В экспрессивной терапии, в отличие от психоанализа, внимание, уделяемое трансферу, не систематично: как правило, исследованию подлежат лишь его основные

паттерны вкупе с главными конфликтами жизни пациента. Особое значение при этом придается серьезным проявлениям отыгрывания вовне и нарушениям во внешней реальности, чреватым прекращением терапии или угрожающим психосоциальному статусу личности. Согласно Кернбергу, проработка трансфера пограничного субъекта с целью трансформации его примитивных форм в более зрелые, основанные на реальных отношениях с родителями, требует от пяти до семи лет терапии при частоте встреч не менее двух-трех раз в неделю (Кернберг, 2000).

Вновь заметим, что взгляд Кернберга на «пограничный» трансфер не является единственным и не должен рассматриваться как истина в последней инстанции. Прежде всего, теоретические выкладки Кернберга целиком основаны на дихотомии «трансфер-реальность», однако не следует забывать, что трансфер всегда содержит аспект реальности и, по сути, является вместе с ней неделимым целым. Терапевты часто отделяют трансферные чувства и реакции от реальных, пользуясь критерием «адекватности», но забывают при этом выработать критерий отделения последней от «неадекватности». Иными словами, право на нормальное восприятие и оценку реальности нередко элементарно узурпируется терапевтом; при этом игнорируется тот факт, что каждый из нас воспринимает мир через призму субъективности. В данном аспекте феномен трансфера рассматривался мною в работе «Перенос: в поисках потерянного объекта». Здесь достаточно заметить, что трансферное и реальное восприятия не могут быть дифференцированы без грубых искажений смысла — так же, как в лице взрослого человека оставшиеся с детства черты не могут быть отделены от черт, обретенных в последующие годы.

В практическом приложении это означает, что трансфер — не антитеза реальности, но ее неотъемлемая интегральная составляющая; что любая трансферная реакция привязана к реальности, и без принятия и учета последней плодотворное исследование трансфера невозможно. Данное замечание тем более актуально, чем с более глубоким уровнем патологии мы имеем дело. Если пациент испытывает ненависть к терапевту за то, что тот «манипулирует» им, меняя время сессии — едва ли эта реакция может быть глубоко проработана, пока терапевт не примет и не прочувствует тот факт, что изменение времени действительно может восприниматься как манипуляция, а манипуляция способна привести в ярость. Только после того как пациент убедится, что терапевт признает реальность (адекватность) его реакции, он будет способен

делать следующий шаг в ее исследовании. Если терапевт попытается представить реакцию гнева и ненависти лишь как проявление примитивного трансфера, то есть как нечто, не имеющее к реальности отношения, пациент может ощутить себя отвергнутым и разрушаемым. Скорее всего, интенсивность его реакции возрастет. Я предполагаю, что именно с подобными пренебрежениями реальностью пациента связана начительная часть ситуаций развития трансферных психозов.

Мне близка точка зрения, которую выражают сторонники интерсубъективного подхода в психоанализе. Согласно их взгляду, в трансфере пограничной личности проявляются важные Я-объектные потребности, такие, например, как потребность в отзеркаливании или идеализации. Если они встречают понимание, отклик, эмпатию, пациент реагирует крайне позитивно. Если же терапевт отстраняется, зареяв настроившись понимать чувства и требования пациента исключительно как производные примитивных частичных трансферов, то есть сновывая свою позицию на «идеальной» теории, он получает от собеседника весь негативизм, о котором шла речь выше. Далее он исходит из того, что данный негативизм есть продукт защитного расщепления (хороших и «плохих» аспектов объекта, то есть по сути предъявляет пациенту требование игнорировать свои переживания и признать «хорошесть» терапевта и его интерпретаций и т. д. В итоге глубинный анализ субъективного опыта пациента оказывается невозможен (Столовоу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

В разделе, посвященном «примитивным» защитам, я упоминал, что существуют разные понимания проективной идентификации и разные терапевтические подходы к ней. Я хотел бы еще раз вернуться к тому вопросу в связи с тем, что Кернберг характеризует проективную идентификацию как наиболее разрушительный компонент трансфера I Кернберг, 2000). Интерсубъективный подход, на мой взгляд, позволяет увидеть и понять нечто иное, а именно: разрушительной она становится при ригидной трактовке ее как «примитивной» защиты и средства контроля над угрожающим объектом «плохих» проекций. Возникающее в поле проективной идентификации состояние частичного слияния Я и объекта лучше рассматривать не как продукт защит, а как осуществление потребности в отношениях архаической связанности, необходимое пациенту в качестве отправной точки для возобновления развития. Другой важный аспект этого процесса, также упомянутый мною выше — невербальный диалог, в котором зачастую

единственно возможным для пациента способом его собеседнику транслируется важнейшая информация о травматическом прошлом. «Разрушительное влияние» проективной идентификации терапевт испытывает тогда, когда не способен принять и контейнировать эту информацию и понять значимость данной бессловесной коммуникации для пациента.

Заметим в заключение, что, с точки зрения «интерсубъективных» специалистов, неудачи отношений и провалы связи в терапии пограничной личности — не следствие глубины патологии пациента и не объективный показатель некомпетентности или неадекватности терапевта. Они призваны воссоздать в трансфере историю ранних деприваций и препятствия, встреченные личностью в ходе развития. Задачей терапевта является не предотвращение, а анализ этих провалов; точкой отсчета для него делается субъективная реальность пациента. Только если последний сталкивается с хроническим непониманием своих истинных потребностей и запросов, его проявления обретают форму «пограничной личностной организации» (Столору, Брандшафт, Атвуд, 1999).

2.3.5.2. *Контртрансфер*

Строго говоря, не вполне корректно говорить о трансфере и контртрансфере по отдельности: то, что происходит между терапевтом и пациентом в интерсубъективном поле, есть неделимая целостность. Подобно тому, как заметил Винникотт: «Младенец и материнский уход за ним — одно целое... Нет такого явления, как младенец», — мы могли бы сказать, что нет ни такого явления, как трансфер, ни такого, как контртрансфер: есть эмоционально-когнитивное взаимодействие, где каждое слово чем-то вызвано и находит отклик, а каждое чувство отвечает на чувство. Если я допускаю дифференциацию этих понятий, то лишь для возможно большей простоты описания крайне сложных процессов, происходящих между двумя людьми.

Столь же условной, сколь разделение трансфера и контртрансфера, трансфера и реальности, но и столь же необходимой в целях теоретического упрощения, является дифференциация переживаний терапевта на собственный трансфер и «чистый» контртрансфер. Обыкновенно под контртрансфером понимаются чувства, мысли, фантазии, импульсы терапевта, рождающиеся как непосредственный отклик на те или иные проявления пациента — в отличие от собственного трансфера как

продукта раннего опыта отношений, деприваций и травм*. Я подчеркиваю предельную условность такого деления, поскольку даже «чистая» контртрансферная реакция всегда отчасти детерминирована личностью и собственной историей терапевта.

После этого предисловия можно сказать, что контртрансферные проблемы в работе с пограничной личностью, как правило, довольно остры; чувства сильны и способны вывести из равновесия даже при их позитивном характере. Устойчивость защитных паттернов пациента, использование проекции, отрицания, идентификации с агрессором, отыгрывание, использование одного влечения против другого, незрелость юбъектных отношений, манипулятивные наклонности, хронические неудачи в жизненном функционировании — все это нередко вызывает у терапевта переживание беспомощности, растерянности, преследования, раздражения и даже ненависти. Его ответной тенденцией может стать чрезмерная молчаливость, излишне пассивная позиция, стремление крепко, как за спасательный круг, держаться за аналитические правила п рамки. Появляются идеи о прекращении терапии или удвоении гоно-рара, успокоительные мысли о том, что данный случай «неаналитичен» и требует вмешательства квалифицированного врача-психиатра — или, наоборот, интенсивные фантазии спасения, собственного терапевтического всемогущества и грандиозности. Последние в дальнейшем нередко перетекают в депрессивную реакцию, обусловленную недостатком или даже полным отсутствием прогресса. Мак-Вильямс метко подчеркивает, что терапевт чувствует себя в этой работе подобно вымотанной матери двухлетнего ребенка, который отказывается от помощи, но впадает в ярость, не получая ее (Мак-Вильямс, 1998).

Негативный окрас контртрансфера в терапии пограничной личности давно сделался притчей во языцех — пожалуй, с середины XX столетия, когда эти пациенты стали объектом всеобщего внимания и ортодоксальное представление о негативных аффектах терапевта лишь как о следствии его «слабой проанализированности» начало устаревать. Один из первых шагов в новом направлении был предпринят

* Интересно заметить, что данное различие традиционно рассматривается применительно к переживаниям терапевта, в то время как все реакции пациента, как правило, окатываются обобщены понятием «трансфер». В лучшем случае за пациентом сохраняют право на «реальное восприятие» собеседника — дружелюбное, спокойное и стабильное.

Винникоттом. В 1947 году Винникотт высказал мысль о нормальном негативизме, возникающем в контртрансфере при работе с глубоко нарушенной личностью. С его точки зрения, пациент воспринимает в другом человеке лишь то, что способен чувствовать сам; пациент, чьим преобладающим чувством является ненависть, воспринимает в терапевте ненависть. Это чувство нельзя в себе отрицать. Будучи обоснованным, как реальная реакция на поведение реального человека, оно должно быть «отсортировано» и хранимо в запасе до момента, когда появится возможность его интерпретировать. Более того, Винникотт подчеркивал, что терапевт должен уметь объективно ненавидеть пациента, который в определенных случаях и на определенных стадиях терапии нуждается в ненависти и активно добивается ее. У этих пациентов любовь и агрессия слиты воедино: не будучи в состоянии вызвать ненависть партнера, они не будут способны ощутить, что сумеют достичь и любви (Винникотт, 2005).

Опираясь на собственный клинический опыт и на опыт коллег, я не стал бы утверждать, что в реакциях на пограничного пациента безусловно преобладают чувства ненависти или раздражения: переживания могут быть самые разные. Главное, что обращает на себя внимание — это то, что они интенсивны, хаотичны и зачастую плохо согласованы друг с другом. Урсано и соавторы объясняют этот факт тем, что контртрансфер в работе с пограничной личностью представляет собой продукт разнообразных unintегрированных состояний пациента, то есть несвязную череду противоречивых эмоциональных откликов на различные части его расщепленного Я (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). Другое дело, что чем большей глубины достигает регрессия, тем в большей степени терапевт вынужден активизировать и свои собственные регрессивные тенденции ради сохранения эмоционального контакта — вплоть до полного вовлечения в трансфер-контртрансферное взаимодействие. Поскольку же глубина регрессии пропорциональна агрессивному потенциалу патогенных конфликтов, в контртрансфере неизбежно проявляется та или иная степень негативизма — отклик не только на трансфер пациента, но и, как замечал Винникотт, на отношения в целом. Кернберг подчеркивает, что, когда трансфер пропитан примитивной агрессией, неизбежно развитие контртрансфера в самом широком смысле — контртрансфера, в котором активизируются и патологические черты характера терапевта (Кернберг, 2000).

Разумеется, взаимодействие разных типов личности как пациента, так и терапевта способно породить широчайший спектр контр-

Трансферных переживаний, обобщающими признаками которых обычно служат интенсивность и лабильность. Если пациент пытается манипулировать терапевтом, перехитрить или использовать его, последний может испытать шок и ощущение развала профессиональной идентичности: такая реакция весьма обыкновенна в работе с антисоциальными и некоторыми нарциссическими личностями. В терапии депрессивного пациента нормальным компонентом контртрансфера являются всемогущие фантазии спасения (комплементарные, то есть основанные на идентификации со спроецированными репрезентациями объекта) наряду с полной деморализацией и безнадежностью (конкордатной, то есть основанной на идентификации с репрезентациями Я). Все эти переживания тем сильнее, чем глубже патология. Терапевт может испытывать любовь к пациенту, когда тот подавлен или испуган, и ненависть, когда сам становится объектом ненависти; если он не в состоянии понимать и контролировать свои аффекты, он может начать непреднамеренно поощрять регрессию и препятствовать индивидуации. Надо заметить, что пограничная личность далеко не всегда гиперэмоциональна, как почему-то порой полагают. Так, пациенты шизоидного или обсессивного типа могут демонстрировать изоляцию чувств, делающую их похожими на роботов. В контртрансфере при этом может доминировать раздражение, чувство бессилия, либо скука, склонность к интеллектуальным построениям и мысли наподобие: «Как было бы интересно заглянуть в его истинный внутренний мир!», впрочем, редко сопровождаемые соответствующим желанием. Все эти реакции могут стать неоценимым подспорьем для понимания индивидуальной истории пограничной личности — в частности, аффективных откликов ребенка на поведение родителей и откликов родителей на него.

Гринберг различает «комплементарный контртрансфер» и «проективную контридентификацию». В первом случае в ответ на трансфер пациента терапевт активизирует собственный опыт ранних объектных отношений. При «проективной контридентификации» его отклик является исключительно продуктом трансфера пациента (Grinberg, 1979). В отличие от Гринберга, Кернберг полагает, что на практике отношения между внутренним миром пациента и активизировавшимся в контртрансфере миром терапевта всегда носят комплементарный характер. Иными словами, в реальности терапевтическая коммуникация представляет диалог двух бессознательных сфер, в котором два ребенка и четыре родителя строят отношения друг с другом и между собой. С обеих

сторон рождаются идентификации со спроецированными объект-репрезентациями — то, что Рэкер называл «комплементарными идентификациями» — и со спроецированными Я-репрезентациями, сменяющие друг друга и заставляющие участников периодически переживать инверсии ролей (Кернберг, 2000).

Добавлю, что, на мой взгляд, эти проецируемые содержания могут не только сменять друг друга, но и сосуществовать одновременно и параллельно; иначе говоря, терапевт способен в одно и то же время переживать и всемогущество родителя, и беспомощность ребенка. В разделе 1.5.1. я касался концепции проективной идентификации Пордера, которая, согласно моим наблюдениям, клинически хорошо оправдывает себя. Пордер дает теоретическое обоснование одновременной активности проекций репрезентаций Я и объекта на предсознательном и бессознательном уровне взаимодействия. Соответственно, манифестируемая позиция терапевта как личности сильной, опытной, способной поддержать или установить жесткие рамки, удивительным образом может сочетаться с позицией человека, беспомощного перед атаками, вымотанного, разозленного и т. д. Характерным примером является случай одной моей пациентки. Эта женщина демонстрировала огромную потребность в зависимости и опеке и в поисках ее удовлетворения оказывала на меня такое морально-психологическое давление, что я одновременно испытывал желание поставить ее требованиям мощный заслон, сделать ее приятной и послушной (комплементарный контртрансфер на основе проекций материнских репрезентаций) и совершенную беспомощность и растерянность (конкордатный контртрансфер). За границами вербального диалога она транслировала: «Почувствуй себя моей садистической матерью, и вместе с тем ощути, каково когда-то было мне».

Как извлечь и практически использовать информацию о пациенте, заключенную в собственных переживаниях? Первая задача — установить твердые терапевтические рамки, позволяющие контролировать возможное отыгрывание и дающие внутреннюю свободу фантазиям для распознавания проецируемых содержаний. Спроецированные репрезентации Я и объекта должны быть отделены от собственных, то есть произведена дифференциация контртрансфера как такового и собственного трансфера терапевта. Интроспекция делается основой для последующих трансферных интерпретаций. Простейший принцип, который может быть здесь рекомендован, состоит в следующем: если та или иная реакция для терапевта непривычна и возникает как отклик

именно на данного пациента, скорее всего, она принадлежит области контртрансфера. Собственный трансфер так или иначе проявляет себя в работе с большей частью пациентов. Еще раз вспомним о «необходимой условности» такой дифференциации: если терапевт испытывает по отношению к тому или иному проявлению пациента даже несвойственное для себя реакцию, например, зависти или злости — следовательно, это проявление все-таки срезонировало с неким элементом внутреннего мира терапевта, то есть зерно упало в подготовленную почву.

К сожалению, простой тезис о том, что любое переживание детерминировано как извне, так и изнутри, не всегда учитывается терапевтами на практике. Распространенное представление о контртрансфере исключительно как о продукте трансфера или проективных идентификаций основано на допущении о «полной адекватности» терапевта и рождает уверенность в том, что его реакции есть ключ к проблемам пациента, но не к его собственным. Как справедливо замечает Столору с соавторами, в такой ситуации единственной альтернативой для пациента становится либо согласие с интерпретацией, либо чувство, что он, сам того не желая, представляет собеседника ощущать себя разрушаемым и бессильным. Подобное положение дел говорит не столько об истинной бессознательной враждебности пациента, сколько о том, до какой степени самооценка терапевта зависит от подтверждения пациентом правильности его теории (Столору, Брандшафт, Атвуд, 1999).

После того как собственный трансфер терапевта отслежен и взят под контроль, внимание сосредотачивается на реакциях «чистого» контртрансфера как отклика на проекции пациента. Следующим шагом становится дифференциация комплементарных и конкордатных переживаний. Строго говоря, конфликт между этими двумя составляющими контртрансфера и дает представление о конфликтах, бушующих в душе пациента и берущих начало в его отношениях с родителями. Задача терапевта — отделить в своих чувствах «родительское», основанное на проекциях объектных репрезентаций (поддерживающее, ограничивающее, подавляющее, наказывающее) от «детского» как продукта проекций репрезентаций Я (ждушего одобрения, испуганного, обеспокоенного собственной идентичностью и т. п.). Результат такого самоисследования становится в дальнейшем основой для интерпретаций и генетических реконструкций.

Ценную рекомендацию дают Урсано с соавторами: для того, чтобы лучше понимать состояние пациента, следует в первую очередь

искать в своих переживаниях конкордантный компонент. Трансфер, особенно насыщенный агрессией, может быть понят и успешно проработан не раньше, чем терапевт обнаружит в себе «страдающего ребенка» и сумеет поставить себя на место собеседника. В противном случае указание на агрессию будет воспринято пограничной личностью как осуждение или нападение (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). Открытое проговаривание конкордантного контртрансфера и его интерпретация нередко дает единственную возможность для последующего обсуждения элементарных реакций; иными словами, идентификация терапевта с пациентом в итоге позволяет последнему идентифицироваться с терапевтом и объединиться с ним в исследовании происходящего в сфере «двух персон». Ниже мы еще вернемся к этой проблеме.

2.3.6. Терапевтические инструменты: интерпретация и отношения

2.3.6.1. Интерпретация

О роли интерпретаций в терапии пограничной личности неоднократно упоминалось в предыдущих главах; коснемся теперь этого вопроса более целенаправленно. Интерпретация рассматривается большинством специалистов как фундаментальное средство помощи в воссоединении разрозненных репрезентаций Я и объекта и в принятии реальности (напомним, что в работе с пограничным пациентом противопоказаны суггестивные и манипулятивные техники, за исключением ситуаций предотвращения патогенного отыгрывания). При глубокой регрессии интерпретации дают пациенту понимание примитивного защитного расщепления, позволяющее воссоединить разрозненные аффекты и интернализированные объектные отношения и укрепить когнитивные способности для дальнейшего использования их в терапевтических целях. Фрош рассматривает интерпретацию как ведущий инструмент закрепления фактора реальности. Само по себе указание пациенту на реальность есть простое повторение того, с чем он сталкивается в повседневных отношениях с окружающими; оно становится терапевтическим лишь тогда, когда сопровождается интерпретацией, проработкой и корректирующим эмоциональным переживанием (Frosch, 1970).

Первым и главным объектом интерпретации в терапии пограничного пациента являются примитивные и разрозненные частичные трансферы. Согласно рекомендации Кернберга, примитивный трансфер следует

интерпретировать сразу, как только он становится очевиден для терапевта; а как только та или иная форма трансферного сопротивления становится ведущей. Этот шаг не игнорирует способности пациента к самонаблюдению: его интроспективная функция оценивается терапевтом как необходимое условие для принятия интерпретации. С другой стороны, интерпретация способствует усилению интроспекции. Стратегия интерпретации трансфера, предлагаемая Кернбергом, подразумевает три этапа:

1. Попытка реконструкции природы примитивных (частичных) объектных отношений, активизированных в трансфере. Интерпретируется тот компонент отношений, который в настоящий момент эмоционально наиболее значим для пациента (недоверие, страх, попытка разжалобить и т. д.)
2. Оценка возникающего основного объектного отношения в аспекте Я- и объект-репрезентаций и прояснение сопутствующего аффекта.
5. Интеграция взаимно противоречивых объектных отношений в отношении целостное и амбивалентное, достигаемая путем конфронтации и интерпретации защитного смысла расщепления. В этом процессе частичные объектные отношения постепенно обретают связь друг с другом, что способствует развитию примитивных трансферов до более зрелых форм.

Более или менее внезапные изменения трансферных реакций, отражающие трансформации примитивных отношений в зрелые и наоборот, начинают проявляться в терапии сперва изредка, фрагментарно, штем все чаще. Кернберг замечает, что эти переходы с одной фазы развития на другую носят вневременной характер, то есть они не соотносятся с конкретными этапами личной истории индивида. Поэтому интерпретировать трансфер следует также «вне времени», не связывая его с той или иной стадией развития ранних отношений. В этом состоит одна из причин того, почему в экспрессивной терапии пограничного пациента интерпретации трансфера несистематичны (Кернберг, 2000).

Интегративные возможности интерпретаций реализуются в данном процессе за счет того, что терапевт уделяет равное внимание как трансферам, проявляющимся «здесь-и-сейчас», так и более глубоким примитивным объектным отношениям. Такой подход позволяет постепенно добиться соединения «поверхностного» и «глубинного» в целостное эмоциональное переживание. При этом работа обыкновенно ведется в соответствии с правилом Феничела, предписывающим

продвигаться в исследовании и прояснении от «поверхностного» к «глубинному». Терапевт делится с пациентом непосредственными наблюдениями за происходящим в кабинете, после чего стимулирует его к интеграции этого материала с тем, что расположено не слишком далеко за пределами его сиюминутного видения. Он объясняет пациенту причины ограниченности этого видения и дает интерпретации только тогда, когда пациент не способен дать их сам.

Как упоминалось выше, с первых сессий основным объектом терапевтического внимания становятся негативные частичные трансферы и примитивная идеализация. Обычно рекомендуется интерпретировать негативные трансферные реакции как можно раньше и полнее, поскольку этот фактор косвенно способствует укреплению терапевтического альянса. Если трансфер носит преимущественно негативный характер, с ним следует систематически работать лишь применительно к ситуации «здесь-и-сейчас», не занимаясь генетическими реконструкциями. Недостаток интеграции концепции собственного Я и дифференциации Я и объекта служит причиной того, что пациент плохо отличает актуальные отношения от отношений из прошлого и смешивает трансферное и реальное восприятие собеседника; мы уже замечали, что его стандартным ответом на генетическую интерпретацию может быть, например: «Да, ну и что?» Поэтому, согласно рекомендациям Мак-Вильямс, от терапевта требуется интерпретировать лишь природу проявляемых «здесь и сейчас» эмоций (Мак-Вильямс, 1998); иными словами, интерпретации должны объяснять пациенту не то, *почему* он это делает, а то, *с какой целью* он это делает. Так, используя проективную идентификацию, пациент может проецировать ярость и «плохость», одновременно сохраняя эмпатийную связь со спроецированными содержаниями. Если заметить на это: «Вы злитесь на меня, как если бы я был вашим отцом», ответ будет, например: «А при чем тут мой отец?» Лучше сказать: «Вы злитесь, чтобы не чувствовать себя плохим».

Примитивная идеализация, являющаяся следствием расщепления, также помещается в фокус интерпретации («Вы не допускаете, что у меня могут быть недостатки: найдись хоть один, это полностью обесценило бы меня в ваших глазах?»). Еще одна реакция пациента, требующая систематической проработки, — эротизированный трансфер: стратегия работы с ним и некоторые технические рекомендации предлагались мною ранее (Рождественский, 2005b). Другие позитивные аспекты трансфера в терапии

пограничной личности обыкновенно не интерпретируются, поскольку они поддерживают альянс.

Интерпретации «примитивных» защит по мере их проявления в трансфере важны еще и потому, что они обладают сильным поддерживающим эффектом. Они способствуют улучшению функционирования Эго пациента, помогают преобразовывать примитивные частичные реакции в более целостные и зрелые и могут вести в итоге к благоприятным структурным изменениям в психике. Кернберг замечает также, что эти интерпретации ослабляют тревогу пограничной личности и усиливают ее способность к тестированию реальности. Со своей стороны отмечу, что так происходит во многих случаях, однако не всегда. Например, интерпретация недоверия как следствия проекции может позитивно повлиять на состояние инфантильной или истерической личности, но у личности параноидного типа она, вероятно, вызовет усиление тревоги: «Мою бдительность хотят усыпить».

При формулировке интерпретации терапевту следует учитывать, что пограничный пациент не обладает наблюдающим Эго в той степени, в какой им обладает он сам. Этот факт должен приниматься во внимание в первую очередь при работе с расщепленными состояниями Эго: пациент, как правило, способен одновременно пребывать лишь в одном из них. Если невротический субъект выражает терапевту враждебность и слышит в ответ: «Но вы все же доверяете мне и надеетесь на мою помощь», он воспринимает это вмешательство как дополнительную информацию о себе. Пограничный пациент услышит в тех же словах: «Вы совершенно заблуждаетесь относительно своих истинных чувств». Лучше, если реплика терапевта прозвучит интегративно: «Вы сейчас рассержены, но в целом склонны мне доверять».

Из вышесказанного очевидно, что терапия пограничной личности предусматривает существенные ограничения интерпретативной техники, связанные с разрозненностью репрезентаций Я и объекта у пациента. Именно поэтому большинство специалистов рекомендует переходить от частичных и поверхностных интерпретаций к целостным и глубоким (генетическим) лишь на поздних этапах работы, когда на смену примитивным трансферам, основанным на частичных объектных отношениях, придет трансфер более высокого уровня, отражающий реальные переживания детства как основу для реконструкций.

Существует, однако, и иная точка зрения, разделяемая, в частности, Фрошем, Крисом, Столору. Она сводится к тому, что погранич-

ные пациенты бывают способны воспринимать и интегрировать в свой опыт даже глубокие интерпретации — при условии, что терапевт систематически исследует и интерпретирует искажения их восприятий (Frosch, 1970). Например, в ответ на слова пациента: «Моя мать здесь ни при чем, вы просто увильваете от критики!» он мог бы сказать: «Это может так выглядеть. Но прежде вы неоднократно отмечали, что я склонен учитывать вашу критику, и это вас успокаивает. Возможно, вы восприняли мои слова как увильвание, поскольку в данном случае заранее предполагали, что я попытаюсь увильнуть».

Результаты моего личного опыта во многом созвучны мнению Фроша. Я неоднократно обнаруживал, что даже ранние генетические интерпретации способны давать пограничным пациентам все более глубокое понимание себя, снижающее их тревожность, и при этом далеко не всегда усиливают сопротивления либо такие защиты, как изоляция или интеллектуализация (последняя, кстати, может использоваться пограничной личностью весьма активно, несмотря на принадлежность к «зрелому» ассортименту). С самых ранних этапов терапии эти интерпретации помогали пациентам постепенно осмысливать свое настоящее в терминах прошлого. Во многих случаях глубинный материал можно и даже следует интерпретировать по мере того, как он предоставляется пациентом, не откладывая «до лучших времен». Кроме того, иногда для начала бывает достаточно, чтобы пациент просто запомнил интерпретацию. Она начинает действовать со временем, проникая все глубже — подобно тому, как вода пропитывает сухую почву, — даже если поначалу была встречена отвержением или насмешкой. Однажды я сказал пациенту: «Ваш отец заполнил собою весь мир, в каждом человеке — ваш отец». Спустя два года, вспоминая этот эпизод, он заметил: «Я даже не понял тогда, что вы имели в виду; по почему-то ваши слова не давали мне покоя, и, кажется, я начинаю с их помощью что-то видеть».

Чтобы пограничный пациент воспринял и интегрировал интерпретацию, важно, на мой взгляд, соблюдение нескольких основных принципов. Первый состоит в том, что интерпретация должна иметь в основе общую, признаваемую обеими сторонами реальность. Для пограничной личности ее трансфер реалистичен, то есть Эго-синтонен (о связи трансфера и реальности речь уже велась в разделе 2.3.5.). Пациент сопротивляется осознанию своей реакции как трансферной, поскольку таковое означало бы для него «я сошел с ума». Терапевту

следует переходить к интерпретации не раньше, чем он признает аспект реальности в мыслях и чувствах пациента и тем облегчит последнему восприятие Эго-дистонных содержаний. Правило, согласно которому интерпретируется лишь Эго-дистонный материал, относится и к интерпретациям трансфера, и к интерпретациям искажения восприятия интерпретаций трансфера. В рассмотренном выше примере («Вы просто увильваете от критики!») терапевт: 1 — согласился, что его интерпретация атак пациента действительно могла выглядеть как увильвание, то есть признал реальность; 2 — конфронтровал видение пациентом его позиции как «увильвания» с предыдущими восприятиями, то есть сделал нынешнее восприятие по крайней мере частично Эго-дистонным; 3 — интерпретировал искажение восприятия. Во многих случаях интерпретация бывает возможна только после того, как терапевт многократно продемонстрирует, что он способен увидеть реальность так же, как ее видит пациент.

Второй принцип, отличающий работу с пограничной личностью от работы с невротиком, касается эмоционального фона для интерпретаций. Интерпретация трансфера невротического пациента может успешно сыграть свою роль на фоне разгара чувств. Даже когда невротик пребывает в состоянии аффекта, его наблюдающее Эго способно функционировать, и интерпретация активизирует его действие. У пограничного пациента наблюдающее Эго, будучи относительно слабо развитым, «растворяется» в аффекте: происходит, говоря языком Балинта, взаимодействие «двух персон», в котором интерпретации не воспринимаются или их смысл патологически изменен. Для пограничной личности сообщение ей какой бы то ни было информации о ней самой исходит не от независимого и нейтрального наблюдателя, но от части ее собственного трансферного невроза; так, слова терапевта «Вы не доверяете мне, поскольку в вашем представлении я...» могут вызвать, например, отклик: «Надо быть осторожнее: он хитрит, чтобы заставить меня раскрыться». Эмоциональное состояние пациента всегда в той или иной степени искажает исходный смысл интерпретации, и искажение тем глубже, чем сильнее аффект. Поэтому какие-либо объясняющие интервенции оказываются полезны только после его возвращения к эмоционально нейтральной позиции: до этого основной задачей является контейнирование. Как отмечал Пайн, в противном случае они будут либо просто не услышаны, либо истолкованы как нападение или защита (Pine, 1985).

Главный принцип использования интерпретаций в работе с пограничной личностью можно обозначить как предельную осторожность. Фрош рекомендовал уделять особое внимание своевременности интерпретаций во избежание усугубления недоверия. Если интерпретация была неверна, она в любом случае подрывает веру пациента в эмпатийные и когнитивные способности терапевта; если верна, но при этом преждевременна — она воспринимается пациентом как нечто, прямо проникающее в ядро Я, и может спровоцировать переживание недифференцированное™ и фрагментации (Frosch, 1970). Одна моя пациентка, находившаяся ближе к психотическому краю пограничного континуума, к исходу второго года терапии впервые поделилась со мной фантазиями, в которых участвовал я (до тех пор совершенно запретными для проговаривания): она рассказала, как после предыдущей сессии зашла в универмаг и там, в отделе одежды, стала представлять, как выбирает и покупает для меня пушистый и теплый свитер. Я отозвался на это фразой, как мне казалось, полезной и по крайней мере безобидной: «Я благодарен вам: думаю, вам хотелось меня согреть». Пациентка словно оцепенела на несколько мгновений и, зарывав, выскочила из кабинета и около двадцати минут скрывалась в туалетной комнате, видимо, приходя в себя. Вернувшись, она не смогла сообщить ни слова о том, что с ней произошло.

Этот пример служит свидетельством необходимости крайне осторожно обращаться с интерпретациями, особенно — интерпретациями трансфера. Их следует давать только после того, как будут всесторонне рассмотрены и оценены многие аспекты реальности, в том числе возможность и последствия отыгрывания. Нельзя забывать и о том, что интерпретация может сыграть для пациента роль подавляющей (поглощающей) родительской установки, то есть дополнительного импульса к слиянию Я и объекта. Поэтому нередко именно воздержание от интерпретации оказывает пациенту помощь в их дифференциации. Пациент приходит в терапию с уже существующей тенденцией к недифференцированное™ (слиянию) и с рождаемой ею тревогой. Терапевтический сеттинг подпитывает его недоверие, страх поглощения, потери идентичности. Эти чувства усиливаются тем, что в периоды декомпенсации он теряет способность отделять терапевта от родительских фигур. Именно в связи с этим Фрош рекомендует сводить интерпретации трансфера к минимуму. Дифференциации Я и объекта во многих случаях больше способствуют вопросы, позволяющие пациенту самому сформулировать те

интерпретации, к которым он готов, например: «Что было бы, не будь я настолько совершенен в ваших глазах?», или: «Не напоминают ли вам эти чувства что-то из прошлого?» Один из способов работы с расщеплением без интерпретаций заключается в том, чтобы активно восстанавливать связи между содержаниями отдельных сессий и между происходящим в терапии и в жизни пациента.

Оценивая желательность и нежелательность интерпретации, следует всякий раз принимать во внимание личностные особенности субъекта, в частности, то, к какому типу он принадлежит. Так, если терапевт имеет дело с нарциссической пограничной личностью, он быстро убеждается, что стандартные интерпретации в этой работе бесполезны, объясняющие комментарии рождают у пациента усмешку или вызывают чувство подопытного кролика. В терапии параноидной личности бессильны многие ведущие технические правила — например, продвижение исследования «с поверхности вглубь», согласно принципу Феничела; анализ сопротивления прежде содержания, и т. д. Попытки анализа проекций вызовут у параноидного пациента лишь активизацию их еще более архаичного, «психотического» использования. Последняя рождает у терапевта соответствующий контртрансфер, и замыкается круг «обоядного преследования».

По всем этим причинам бывает нелишне помнить предостережение Винникотта, заметившего однажды, что его личная потребность в интерпретировании в свое время не позволила осуществиться многим позитивным изменениям у его пациентов. С точки зрения Винникотта, стремясь к интерпретации, аналитик часто наносит вред процессу, поскольку пациенты воспринимают его интерпретативную активность как защиту. Он подчеркивал, что главные успехи терапии обеспечиваются не интерпретациями, а способностью терапевта выдерживать трансферные атаки, позволяющей пациенту решиться на деструкцию и затем — на любовь (Winnicott, 1969).

Для терапевтических отношений особо пагубны моменты, когда терапевт действительно использует интерпретации в защитных целях. К сожалению, эта ситуация не столь редка. Интеллектуальное понимание того, что пациент наделяет его пугающими чертами неких фигур из своего детства, само по себе обладает защитными свойствами, но порой трудно удержаться от соблазна немедленно передать это понимание пациенту. Как замечал Сирлз, когда терапевт чувствует угрозу своему видению реальности, он начинает отгораживаться от реальности собеседника, сводя последнюю

к его проблематике, трансферу, проективной идентификации и т. д. Он пытается склонить пациента признать, что тот искажает реальность, и терапия превращается в поле боя, где каждый стремится к сохранению целостности своего восприятия. В итоге исследование субъективной истины того, кто обратился за помощью, становится невозможным (Searls, 1965). Если терапевт не способен или не желает осознать собственный трансфер и собственное влияние на пациента, последний сталкивается с реальной опасностью депривации. Интерпретации, усиливающие зависимость пациента от восприятий терапевта и принижающие его собственные восприятия, расходятся с его субъективным опытом и поощряют (если не требуют) веру в «правильность» партнера и жертвование аспектами своего Я. В результате, как пишут Столорю с соавторами, самоощущение пациента нарушается и укрепляется мнение, что его усилия по защите уязвимого Я есть признак серьезной патологии (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Подытоживая сказанное, хочу заметить, что интерпретация в работе с пограничной личностью подобна сильному лекарству на основе змеиного яда. Она может быть замечательным целительным средством, но может и таить в себе огромную опасность для хрупкого Я пациента и терапевтического альянса. Последняя рекомендация, которую я мог бы дать для большинства случаев: интерпретацию не следует формулировать категорично. В нее лучше включать такие слова, как «я думаю» или «мне кажется». Эта мера позволит снизить риск восприятия ее как подавляющей установки и не подорвет веры пациента в право на собственное видение ситуации. Он получит впечатление, что терапевт не претендует на владение абсолютной истиной и не лишает его свободы выбора. Не стоит забывать мудрых слов Винникотта о том, что интерпретация главным образом помогает пациенту ознакомиться с границами нашего понимания: только пациент знает ответы на все вопросы, и в наших силах дать ему возможность охватить известное и согласиться с ним (Winnicott, 1969).

2.3.6.2. *Отношения*

Представим человека, осматривающий новый для себя старинный и красивый город. В походе по городу его сопровождает гид, комментирующий увиденное, рассказывающий историю места, посвящающий в нюансы планировки, архитектуры и т. д. Теперь проведем следующую параллель: прогулка — отношения (с городом),

комментарии гида — интерпретации. Даже если человек идет по городу в одиночестве, не зная ничего о его домах, замках, архитекторах и правителях, он все равно дышит атмосферой здешней культуры, истории, жизни. Если же он выслушает подробный рассказ гида, не покидая гостиничного номера, опыта знакомства с городом он не обретет. Интерпретации имеют ценность на фоне установленных (и развивающихся) терапевтических отношений. Отношения служат важнейшим лечебным фактором именно в работе с глубоко нарушенными, «доэдипальными» пациентами: ведь как раз дефекты отношений и стали когда-то причиной их нынешних проблем.

С большой долей вероятности можно предсказать, что, находясь в терапии, пациент станет пытаться исказить отношения в соответствии с тем, как они были искажены в его родительской семье, то есть привести их к привычному стереотипу. Тогда искусство терапевта будет состоять в первую очередь не в том, чтобы преподнести ему умную и глубокую интерпретацию, а в том, чтобы не включиться в этот стереотип. Именно данный принцип лежит в основе терапевтической методики и техники британской школы «независимых», к которой принадлежали Балинт, Винникотт, Фейрберн, Гантрип и др. Можно обозначить соотнесенность действенности фактора интерпретации и фактора отношений как соотнесенность «расстояний» от Эго пациента до «здорового» и до «психотического» края континуума (по Айслеру — степень модификации Эго). Иными словами, чем менее дефектно (модифицировано) Эго пациента, тем большую роль в его терапии играют интерпретации, и наоборот.

Следует помнить, что любая психоаналитическая терапия, даже в «классическом» варианте, представляет собой отношения между двумя людьми. Как замечал Балинт, все, что в ходе терапии ведет к изменениям в психике пациента, инициируется именно событиями в сфере отношений, а не внутри одного из двоих; и этот факт мог отрицаться лишь до тех пор, пока исследование касалось личности с достаточно сильной структурой Эго (Балинт, 2002). Классическая интерпретативная техника была разработана Фрейдом для пациентов, в значительной степени интернализовавших конфликты, то есть обладающих достаточно зрелой структурой Эго. Пограничная личность к таковым не относится, несмотря на то, что, как указывалось выше, интерпретации играют в работе с ней весьма существенную роль. Поэтому фактор отношений обретает особую значимость. Гилл в 1954 году описывал

задачу терапевта при терапии пациентов со слабым Эго как активное препятствование патогенной регрессии, в котором используются не только интерпретации трансфера, но и техники межличностного взаимодействия (Гилл, 2000). Также Кернберг отмечает, что при регрессии пациент с тяжелым личностным расстройством нередко достигает самых примитивных форм зависимости от «материнской фигуры» терапевта. В этих условиях эмпатия, понимание, присутствие могут действовать лучше, чем вербальные вмешательства в виде интерпретаций. Кернберг подчеркивает значимость периодов молчаливого общения и близости, когда истинное Я пациента возникает из-под ложного, то есть из-под искусственных псевдоадаптивных стремлений (Кернберг, 2000).

Во взаимодействии с терапевтом пограничный пациент мечется между симбиотической привязанностью и отделенностью — между переживанием поглощенности и покинутости. В этом, как замечал Мастерсон, состоит центральный конфликт его эмоционального опыта, недоступный для интерпретаций (Masterson, 1976). Недоверие, страх слияния с объектом и утраты идентичности придают развитию трансферного невроза, по выражению Гилла, «вычурный, дикий и неустойчивый характер» (Гилл, 2000). В этих условиях с большим трудом и постепенно формируются стабильные объектные отношения, в рамках которых интерпретации целостного трансфера могут стать полезным терапевтическим инструментом.

Главный фактор, затрудняющий установление и развитие отношений с пограничным пациентом — трансферный (и нередко контртрансферный) негативизм. Вспомним, что большинство авторов рассматривает в качестве этиологической основы «пограничности» чрезмерную догенитальную агрессивность. Однако, например, интересубъективный подход позволяет иначе взглянуть на этот феномен и не относиться к нему как к неизбежному тормозу в формировании терапевт-ичной коммуникации. Согласно мнению «интерсубъективистов», агрессия пациента возникает как следствие травмы, наносимой ему неспособностью терапевта к пониманию его архаических состояний и нужд и тенденцией интерпретировать их исключительно как патологические защиты. Иными словами, она вторична по отношению к превращению терапевта в подобие матери, которая не была способна эмпатийно ощутить и понять истинные потребности младенца.

Уместно вспомнить в этой связи концепцию Байона, согласно которой проективная идентификация дает человеку возможность исследовать

свои чувства в той личности, которая способна их вместить (контейнировать). Когда мать отказывается быть контейнером чувств для младенца, связь последнего с материнской грудью разрушается, что создает предпосылки для серьезных задержек в развитии. Если в ходе анализа пациент настойчиво прибегает к проективной идентификации, это говорит о том, что он не может воспользоваться этим механизмом, поскольку чувствует непреодолимое препятствие внедрению в терапевта частей своей личности, своего Я. Выше упоминался приведенный Байоном клинический случай пациента, который, стремясь избавиться от страха смерти, расщепил его и направил в терапевта. Когда он переживал отказ собеседника принять внедряемое, его отчаяние и атаки лишь усиливались. Плач ребенка когда-то воспринимался матерью как сигнал о простой потребности в ее присутствии: ей не хватало способности пережить страх за его жизнь (Байон, 2000).

В понимании Байона «грёзы» (мечты) матери должны позволить ей инкорпорировать рассеянные и фрагментированные примитивные переживания младенца и интегрировать их с помощью эмпатийного и интуитивного понимания. Интуиция матери и есть «контейнер», организующий проецируемое содержание. Предлагаемый Байоном терапевтический принцип состоит в контейнировании разбросанных и искаженных элементов переживаний пациента в регрессии, которое затем дает последнему возможность реинтроецировать их в интегрированной и смягченной форме. Задачей терапевта, работающего с глубоко нарушенной личностью, является интеграция эмоциональных и когнитивных аспектов своего понимания терапевтической ситуации (Bion, 1967). Его способность вмещать и организовывать хаотичные переживания пациента, чтобы вернуть их впоследствии в виде интерпретаций, чрезвычайно важна: терапевт таким образом выполняет для пациента функцию, но выражению Кернберга, «дополнительного когнитивного Эго».

Другой значимой функцией терапевтического взаимодействия является холдинг (понятие британской психотерапевтической школы, основанной на теории объектных отношений). Винникотт видел главную задачу терапевта в создании пациенту условий, необходимых для развития «истинной самости»: в работе с пограничной личностью, с его точки зрения, для этого особо важно осуществление эмпатийной поддержки — холдинга, который вместе с контейнированием и интерпретацией придает коммуникации целительный характер. Согласно определению Винникотта, холдинг есть «все то, что мать делает и кем она

является для своего младенца» (Winnicott, 1965). По сути, задача терапевта в данном аспекте состоит в том, чтобы стать для пациента «достаточно хорошей матерью», обеспечить отношениями, которых ему недоставало в детстве. Винникотт писал о необходимости создания атмосферы, в которой будет происходить «молчаливая» (без интерпретаций) регрессия вплоть до состояния наиболее примитивной зависимости от объекта. Главная функция терапевта, осуществляющего холдинг, заключается в его неразрушимости, устойчивости перед проявлениями крайней амбивалентности. По мере того как пациент убеждается в постоянстве терапевта и сохранности отношений, его страх перед собственными либидинозными и агрессивными импульсами снижается, а интегративные способности Эго усиливаются. Эмпатическое, понимающее присутствие собеседника для этого более важно, чем вербальная интерпретация, воспринимаемая как вторжение в субъективный мир пациента.

Значимость холдинга и контейнирования в работе с пограничной личностью подчеркивалась также Кернбергом в связи с проблемой нейтральности. Кернберг отмечал, что нейтральная позиция терапевта находится под угрозой в связи с сильным негативным контртрансфером. Для ее сохранения или восстановления требуется: на эмоциональном уровне — эмпатия и холдинг «по Винникотту», на когнитивном — контейнирование фрагментарных трансферов «по Байону». От терапевта при этом ожидается сопричастность эмоциональному переживанию пациента, способность чувствовать то, что пациент не может вынести внутри себя, и интегрировать то, что в пациенте диссоциировано в данный момент (Кернберг, 2000).

Столорю с соавторами выделяют в качестве одной из основных задач терапевта при терапии пограничного субъекта помощь в постепенном формировании стабильного и анализируемого Я-объектного трансфера. Эти авторы отмечают, что отношения пограничных пациентов поначалу действительно примитивны, интенсивны и подвержены срывам, и, если они встречают непонимание, реакции могут быть весьма разрушительны. Дело в том, что угрозе при этом подвергается не только аффективный тон их самоощущения, но и центральная регуляторная способность, базисная интеграция и стабильность восприятия собственного Я. Однако если пациент чувствует, что его потребности нормально поняты, «пограничные» свойства его личности отступают и

даже исчезают. Если же Я-объектная связь с терапевтом нарушается, они проявляются вновь (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Значимость стабильных терапевтических отношений и — в связи с ними — личности терапевта подчеркивал Левальд в рамках концепции «терапевта как нового объекта». С точки зрения Левальда, функция терапевта заключается в том, чтобы предоставить пациенту себя как новый объект идентификации — объект, обладающий зрелыми качествами, которых недоставало его родителям. Данная позиция предполагает, что Эго терапевта функционирует на более высоком уровне, нежели Эго пациента, пребывающего в регрессии. Идентификация пациента с терапевтом в интерпретирующей роли есть опыт роста. Пациент в ходе взаимодействия отождествляется с объектным образом терапевта и с образом себя — такого, каким последний его воспринимает. Иными словами, эти идентификации отражают идентификацию с «отношениями хорошего типа». Эта задача решается относительно легко и незаметно в терапии невротиков, но требует значительных усилий в работе с пограничной личностью, поскольку диффузная идентичность препятствует влиянию интегративной функции терапевта (Левальд, 2000).

Особое внимание в связи с вопросом о терапевтической роли отношений стоит уделить взглядам Балинта — одного из первых и ведущих объект-теоретиков. Балинт описал пациентов, которых мы квалифицировали бы как пограничных (хотя в работах этого автора термин «пограничность» практически не используется) — пациентов, проявляющих существенно иное отношение к терапевту, нежели то, что ожидается бы на эдиповом уровне. Все, принадлежащее эдипову уровню, происходит в рамках тройственных отношений, где участвует субъект и два параллельных объекта (два индивида в эдиповой ситуации, или индивид и объект для областей орального или анального эротизма). Кроме того, эдиповой области присущ конфликт амбивалентности, возникающей из сложных отношений между субъектом и параллельными объектами. Другой уровень — уровень базисного дефекта — более прост и примитивен. Все события на нем происходят между двумя персонами, и эти двусторонние отношения обладают природой, отличной от природы эдиповых отношений, а природа действующего в них динамического фактора отличается от природы конфликта. Взрослый язык для описания процессов на этом уровне либо бесполезен, либо ведет к искаженному пониманию. Пациент воспринимает

интерпретации как атаки, претензии, оскорбления, или, наоборот, как попытки соблазнения, утешения и т. д. Каждое случайное замечание или жест терапевта обретают для него особый смысл, выходящий за рамки намерений собеседника. В пациенте открывается сверхъестественный талант понимания и чувствования терапевта, и т. п. Все эти проявления становятся признаками того, что работа достигла уровня базисного дефекта.

В концепции Балинта базисный дефект определяет доступный для субъекта диапазон форм отношений. В этих условиях задача терапевта состоит в том, чтобы погасить активность компульсивных паттернов, создав условия, в которых дефект сможет «зарубцеваться». Для этого следует позволить пациенту регрессировать к той конкретной форме объектных отношений, в которой возникло состояние «дефицитарности», или даже к более ранней — дотравматической — стадии. Тогда пациент сможет постепенно от этих паттернов отказаться и начать развитие «с чистого листа».

Главным инструментом техники Балинта служит терапевтическая регрессия. Термин «регрессия» Балинт использовал для описания возврата пациента к примитивным формам поведения и отношений, возникающим как реакция на терапию после установления форм более зрелых и представляющим не только интрапсихический, но и интерперсональный феномен — «целостный симптом» взаимодействия с терапевтом. Целью регрессии является достижение «нового начала» — момента, предшествовавшего нарушениям в развитии — и открытие нового, лучшего пути («регрессия ради прогресса»). В этом процессе пациент обретает способность отбросить «защитные панцири характера» и получает чувство, что жизнь стала более простой и правдивой: по словам Балинта, «это настоящее открытие неведомого».

В фазе «нового начала» терапевт принимает функции первичных субстанций или первичных объектов младенца: отношения с ним должны напоминать взаимопроникающее слияние плода в материнском чреве с окружающей средой («первичная любовь»). Он доступен, уступчив, надежен и неуничтожим: пациент достигает гармоничного сочетания с ним, ведущего к новым либидинозным катексисам. Допустимы варианты, когда терапевт не только принимает регрессивные потребности пациента как имеющие право на существование, но и удовлетворяет их в определенных границах. Балинт подчеркивал разницу между регрессией «терапевтической» и «злокачественной»: при последней

удовлетворение притязаний пациента влечет за собой новое притязание, и создается порочный круг «злокачественной зависимости». С точки зрения Балинта, подобная ситуация имела место в случае лечения Брейером Анны О. Если терапевту удастся правильно реагировать на примитивные и нереалистичные желания пациента, тот получает поддержку в преодолении тягостного неравенства между собой и окружением. При этом его зависимость от первичного объекта, отыгрывавшаяся в начальной фазе процесса, может ослабеть и даже уйти.

Согласно рекомендации Балинта, для достижения этих целей терапевту следует придерживаться трех основных правил: 1 — не интерпретировать любое проявление пациента как манифестацию трансфера (что было бы ригидной фиксацией на единственной форме отношений); 2 — не превращаться в самостоятельный объект с четкими границами, но позволить пациенту обращаться с собой как с первичной субстанцией, какой служит, например, воздух для любого человека или вода для пловца: пассивно поддерживать, быть неизменным и неразрушимым; 3 — не делаться всемогущей и грандиозной фигурой (в частности, ничего не обещать). В этом взаимодействии главным фактором становятся двусторонние отношения, где коммуникация не нуждается в словах: слова заменяются тем, что обычно называют «отыгрыванием в аналитической ситуации». Оно подлежит проработке, однако не раньше, чем пациент вернется с уровня базисного дефекта в область эдипова конфликта. Пока он пребывает на этом уровне, следует отказаться от интерпретаций и поддерживать климат, в котором регрессия станет общим переживанием для обоих участников (Балинт, 2002).

Поддержка отношений служит незаменимым средством укрепления восприятия пациентом реальности — реальности, полномочным представителем которой является терапевт. Постоянство реальности у пограничной личности слабо развито или уязвимо, поэтому, как отмечал Фрош, оно нуждается в поддержке. Пограничный пациент часто сомневается в собственных ощущениях и, несмотря на страх быть поглощенным чужими установками, полагается, хотя и не без опасений, на мнение и восприятие терапевта. Чтобы распознавание реальности было им интернализировано, терапевту следует, во-первых, отсортировать явные нарушения восприятий, во-вторых — помогать пациенту в формировании доверия к восприятиям ненарушенным, выдерживающим проверку реальностью. Фрош рекомендует отвечать на вопросы, отражающие неуверенность пациента в собственных ощущениях, но

так, чтобы ответ не звучал как подавляющая установка (Frosch, 1970). Так, на вопрос: «Вы действительно были рассержены, что я опоздал?» может быть дан, например, следующий ответ: «Мне кажется, нет. Но, возможно, вы заметили что-то, что могло быть понято как мое недовольство». Подобная формулировка учитывает тот факт, что наряду с использованием проекций пограничный пациент весьма чуток к невербальным компонентам диалога, и нередко более чуток, чем сам терапевт.

Особый аспект терапевтического взаимодействия — неразрушимость терапевта. Для пациента он является не только союзником реальности, но и объектом, которому адресованы импульсы Ид, в том числе агрессивные и деструктивные влечения и фантазии. Собственные агрессивные позывы, направленные на объект, пугают пациента не только потому, что они рождают представления о возмездии, но и потому, что, как отмечал Фрош, чувство слияния с объектом вызывает тревогу уничтожения себя вместе с ним. Поэтому терапевту следует быть неразрушимым. Если он не избегает темы негативизма, не внушает угрозу прекращения терапии при агрессивных выплесках и не мстит за них, у пациента в конечном счете происходит осознание того, что его импульсы не проникают в реальность и не трансформируют ее.

В этом взаимодействии осуществляется то, что Винникотт называл «использованием объекта». Данный процесс проходит в своем развитии пять ступеней: 1 — субъект образует связь с объектом; 2 — объект находится в субъективном поле вместо того, чтобы быть локализованным во внешней реальности; 3 — субъект разрушает объект; 4 — объект выдерживает попытки разрушения; 5 — субъект может его использовать. Таким образом, разрушение становится бессознательной основой любви к реальному и надежному объекту (Winnicott, 1969). Деструктивность ребенка, согласно Винникотту, помещает объект за пределы области действия проекций: в результате рождается мир разделяемой реальности, от которой субъект (ребенок) может получить обратную связь. Пациент, поместив терапевта за пределы субъективного опыта и убедившись в его реальности, обретает способность к использованию интерпретаций.

Неразрушимость терапевта вовсе не означает, что он должен, несмотря на любые проявления пациента, испытывать к нему одни лишь позитивные чувства. В работе с пограничной личностью нередки ситуации, когда такая позиция терапевта выглядит по меньшей мере неестественной — для пациента в том числе. Следует помнить, что ненависть

не всегда стоит рассматривать как антитезу любви: скорее антитезой любви и ненависти вкуче является равнодушие, отстраненность. Ренависть, как и любовь, подразумевает эмоционально насыщенную объективную коммуникацию; и то, и другое может быть компонентом терапевтических отношений. Наконец, ненависть не есть сугубо патологический феномен: каждый человек наделен способностью ненавидеть, которая развивается в нем с детства, как и способность любить.

Выше упоминалось о том, сколь сильные неприязненные чувства могут вызывать пограничные пациенты и сколько проблем возникает в работе с ними в связи с контртрансфером. При этом негативизм терапевта оказывается не следствием «слепых пятен», непроработанных в личном анализе, но вполне адекватным откликом на поведение реального человека. Любому терапевту присуща нормальная степень нарциссической уязвимости, и его могут болезненно затронуть равнодушие, пренебрежение, издевка, манипуляция, демонстративное сознательное сопротивление и т. д. Можно сказать, что в этих ситуациях реальность доминирует над субъективностью.

В 1947 г. Винникотт описал категорию пациентов, объективно нуждающихся в ненависти со стороны терапевта. С точки зрения Винникотта, любовь у них совпадает с ненавистью: без агрессии, вызываемой ими на себя, они не будут способны когда-либо почувствовать, что достойны также и любви. Винникотт подчеркивал, что ребенок не может вынести заряд собственной ненависти в сентиментальной среде: если мать ласкает его, когда он злится, он чувствует себя разрушаемым. Ненависть нужна ему ради свободы ненавидеть. От пациента нельзя ожидать, что он будет свободен в выражении ярости к терапевту, пока терапевт не сможет ненавидеть его. Он ищет обоснованной ненависти на определенных стадиях терапии и обладает средствами достижения этой цели.

Согласно взгляду Винникотта, анализ таких пациентов невозможен, если ярость терапевта как реакция на реальное поведение не выводится в сознание. Пациент воспринимает в терапевте лишь то, что способен чувствовать сам, то есть единство любви и ненависти. Поэтому работа с ним требует снятия запрета с контртрансферного негативизма: «достаточно хорошая» мать должна принять и выдерживать естественный негативный полюс своего отношения к младенцу (Винникотт, 2005).

Данная точка зрения была принята не всеми психоаналитиками и далеко не сразу. Поскольку ненависть тесно связана с фантазиями

разрушения, как пациент, так и терапевт часто стремятся ее отклонить. Многие специалисты полагают, что безусловное принятие любых черт и проявлений пациента есть обязательный компонент терапевтических отношений; что для «достаточно проанализированного» терапевта негативные чувства к пациенту никогда не станут неизбежностью, и их присутствие в терапии — фактор однозначно вредный. Подобная «идентификация с агрессором» ставит под угрозу объектную связь и превращает терапевтический процесс во взаимное отыгрывание.

Возникает вопрос: способен ли и имеет ли право «достаточно проанализированный» терапевт испытывать раздражение, злость, гнев в тех или иных жизненных ситуациях вообще? Вероятно, да, если он — нормальный человек, которому не чуждо ничто человеческое. В таком случае остается предположить, что статус «пациента» должен превращать другого человека в его восприятии в некую «виртуальную» фигуру. Однако будет ли при этом реален сам терапевт, и сможет ли он оказать помощь пациенту как реально существующему? Не станет ли эта помощь также «виртуальной», как в нередко встречающейся ситуации, когда бурная позитивная динамика происходящего в кабинете не сопровождается ровно никакими переменами за его пределами?

Другой стороной проблемы является обращение терапевта со своим негативизмом. Винникотт подчеркивал, что он должен быть осведомлен о собственной ненависти к пациенту для того, чтобы хранить ее в латентном состоянии и в нужный момент интерпретировать. Однако длительное контейнирование подобных чувств иногда становится непосильной задачей. Оно возможно лишь до некоего предела, за которым аффект может стать разрушительным как для самого терапевта, так и для отношений. Негативный контртрансфер способен вылиться в серьезную психосоматическую симптоматику или отыгаться в «передозировке» фрустраций, в немотивированном повышении стоимости сессий, в тенденциозной подаче материала на супервизию и т. д. Не следует забывать и того, что пограничная личность обладает высокой чувствительностью к невербальным составляющим коммуникации: мимике, интонации, взгляду. Терапевту может быть весьма сложно скрыть от него злость или раздражение; если же пациент обнаруживает, что собеседник пытается это сделать, его недоверие и тревога резко возрастают, а трансфер способен перейти в трансферный психоз.

Таковы причины, по которым негативизм терапевта во многих случаях нуждается в открытом проговаривании — тем более что нередки

ситуации, в которых пациенту необходимо знать, какого рода аффект он вызвал у собеседника. Если проективная идентификация может быть рассмотрена нами как способ невербального диалога (см. раздел 1.5.1.), задачу терапевта в этом диалоге я вижу в том, чтобы не только услышать и принять проецируемое содержание, но и сообщить, что цель достигнута. Смысл любого диалога — достичь цели, не разрушив объект и себя. Поэтому часто наиболее терапевтичной становится ситуация, в которой терапевт способен показать пациенту, что тот реален в своей ненависти, что ненависть отражена и отношения сохранены.

Разумеется, вопрос о праве терапевта на вербализацию ненависти остается дискуссионным — тем более что сама техника такого шага разработана мало. Очевидно то, что в ее основе должен лежать принцип «достаточно хорошей матери», которая, порицая ребенка за проступок, создает у него представление «я поступил плохо», но не «я плохой». Я полагаю, что любое негативное чувство может быть выражено пациенту без ущерба для отношений при трех условиях: 1 — пациент обладает способностью к идентификации с наблюдающим Эго терапевта; 2 — чувство реально, то есть индуцировано поведением пациента; 3 — оно относится лишь к конкретному проявлению пациента, но не к его личности в целом. Иногда это можно сделать по прошествии определенного времени — например, когда пациент обретет способность к идентификации с терапевтом. В любом случае после проговаривания чувства имеет смысл предложить пациенту обсудить причину его возникновения и по возможности дать интерпретацию произошедшего. Уклонение от вербализации негативизма ведет через отыгрывание к стиранию границ; открытое же признание и обсуждение его позволяет сохранить и впоследствии укрепить терапевтический альянс.

2.3.7. Невербальный материал: отыгрывание

Феномен отыгрывания был впервые описан Фрейдом в 1914 году как формы поведения пациента, в которых реализуются чувства, адресованные аналитику и не допускаемые при этом в сознание. Позднее Фрейд стал понимать под отыгрыванием действия, вызываемые бессознательной потребностью справиться с тревогой перед запретными чувствами, желаниями, фантазиями, воспоминаниями и т. д. В наши дни отыгрыванием называются действия или поведенческие стереотипы, выражающие компоненты трансфера, которые пациент субъективно не способен вербализовать или вынести, и демонстрирующие в искаженной

форме патогенные конфликты прошлого. Сандлер с соавторами называют два основных психоаналитических понимания этого явления. Первое состоит в том, что в ходе терапии оживляются и «выталкиваются» на поверхность сознания ментальные содержания, которые, однако, не вспоминаются пациентом, а как бы проигрываются, заставляя его совершать определенное действие. Второе — понимание отыгрывания как производной от привычных моделей поведения, являющихся следствием индивидуального склада и патологии и связанных скорее с типом личности, чем с терапевтическим процессом (Сандлер, Дэр, Холдер, 1993).

Тенденция к отыгрыванию лежит в основе многих поведенческих расстройств — таких, как, например, наркомания, алкоголизм, суицидальные наклонности. Ссылаясь на Абта и Вайсмана, Сандлер причисляет к особым формам отыгрывания гомосексуализм, психосоматические нарушения, ожирение, неспособность к учебе (Сандлер, Дэр, Холдер, 1993). Многие авторы относят сюда также анорексию, булимию, эксгибиционизм, вуайеризм, садизм и сексуализацию, действие которой часто принимает форму отыгрывания. Сексуальная фантазия и активность может использоваться для ограничения тревоги и чувства вины, сохранения самоуважения, защиты от внутренней пустоты. Как отмечает Мак-Вильямс, сексуальное побуждение — наиболее действенный способ ощутить, что ты жив (Мак-Вильямс, 1998).

Склонность к отыгрыванию является характерной чертой многих пограничных пациентов, которые ориентированы на реальное действие в большей степени, чем на фантазирование, переживание и проговаривание чувств. Личность, ориентированная на отыгрывание, мало способна к разграничению реальности и фантазии, прошлого и настоящего, и готова подменять схемы реагирования на определенные стимулы реальными реакциями. Как полагает Гринэйкр, эта тенденция является результатом травм, перенесенных ребенком в тот период, когда он еще не обладал возможностью вербализации переживаний. Именно этот опыт рождает стереотип «делать, вместо того чтобы говорить». Также Феничел относил корни потребности в отыгрывании к травматическому опыту первого года жизни, способствующему появлению паттернов резких агрессивных реакций на неприятные ощущения. Детские переживания служат причиной компульсивных попыток одержать верх в конфликтных ситуациях, где когда-то была проявлена пассивная покорность (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер, 1993). Фрош описывал импульсивное отыгрывание у пациентов с «психотическим характером» как производную

потребности в защите и сохранении идентичности, подчеркивая, что оно часто происходит при измененных состояниях сознания и сопровождается ощущением нереальности: «Я делал это будто во сне» (Frosch, 1970).

Отыгрывание в процессе терапии — компонент трансфера пограничной личности, непосредственно связанный с происходящим в терапевтических отношениях: например, выплеск на близких людей ярости, адресованной аналитику, но ярости, в которой невозможно себе признаться или невыносимо страшно говорить в кабинете. Оно нередко проявляется и в ситуации разительного контраста между драматическими событиями в жизни пациента и однородно-монотонным течением терапии, в которой «ничего не происходит». Неспособность или стойкое нежелание выдерживать и принимать свои переживания вместо того, чтобы отреагировать их в реальном действии, может оказывать сильное негативное влияние на ход терапии. Однако, с другой стороны, отыгрывание все чаще рассматривается не как однозначно нежелательное явление, но как особая форма коммуникации и самовыражения — довербальный аналог словесной информации. Многие аналитики в наше время отступают от позиции, с которой оно понимается лишь как вариант трансферного сопротивления, и предпочитают говорить о нем как о признаке появления нового материала из бессознательных источников.

Этот материал может быть весьма труден для терапевтической проработки. Терапевт иногда просто не знает о его существовании, если он принадлежит засекреченным областям; иногда испытывает бессилие перед устойчивостью некоторых паттернов («не могу же я ходить за пациентом и следить, чтобы он не выпивал перед визитом ко мне!»). Как отмечал Балинт, ответом аналитика на отыгрывание нередко становится чувство безразличия, раздражения, осуждения. При этом он может допустить отыгрывание, после чего сразу дать его интерпретацию: таким путем пациент приближается к изучению языка терапевта (Балинт, 2002). Терапевт может отнестись к этому явлению и сочувственно, как к приоткрыванию предохранительного клапана (так, «почти социализировавшийся» ребенок латентной фазы иногда позволяет себе и агрессивные всплески, и мастурбацию); и как к чему-то само собой разумеющемуся, понимая, что оно есть по сути такой же способ коммуникации, как и вербальная ассоциация. Иногда отыгрывание способно вызвать у терапевта чувство гнева, разрыва отношений («Он безнадежен в своем непонимании того, что сам разрушает себе жизнь!»).

Кернберг рекомендует в таких ситуациях постепенно и как можно более полно обговаривать поведение пациента и интерпретировать причины, по которым он выражает в действии то, чего субъективно не готов вынести. Главный эффект, согласно Кернбергу, при этом дают длинные и подробные интерпретации: они «разворачивают» то, что в отыгрывании было «спрессовано» (Кернберг, 2000).

Тенденция к отыгрыванию может реализовываться по-разному у разных пациентов, в частности, в зависимости от того, к какому типу они принадлежат. Степень ее патогенности и возможность проработки также различна. Особой проблемой становится отыгрывание в виде прерывания терапии, а также в виде поступков, опасных для себя и окружающих: речь идет о самодеструктивном и деструктивном потенциале. О предупреждении прерывания я достаточно подробно писал в работе «Начало психоаналитического процесса» и здесь не стану останавливаться на данной теме; полезная информация о пациентах с тенденцией к этой форме отыгрывания содержится также в разделе «Гипоманиакальная личность» книги Мак-Вильямс «Психоаналитическая диагностика» (Мак-Вильямс, 1998). Более детально следует поговорить о склонности к агрессивным действиям и суициду.

Аспект суицидоопасности требует повышенного внимания прежде всего в терапии пограничных пациентов депрессивного типа, однако он может оказаться весьма актуален и для гипоманиакальной, множественной, нарциссической личности и др. Оценка суицидного потенциала основывается на сборе детального анамнеза. Урсано с соавторами рекомендуют в работе с суицидоопасной личностью придерживаться пяти главных принципов: 1 — не отмахиваться от данной проблемы как от простой попытки манипулирования терапевтом; 2 — договориться с пациентом о немедленной встрече или телефонной беседе при возникновении у него намерения причинить себе вред; 3 — обеспечить доступность врачебной помощи; 4 — иметь возможность госпитализации; 5 — наладить связь с родственниками пациента (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). Следует иметь в виду, что у пограничной личности манифестации суицидальных или иных опасных тенденций могут проявляться в странной, внешне безэмоциональной форме: из-за недостатка доверия к терапевту они склонны отрицать наличие болезненных чувств.

Пограничная личность — особенно личность депрессивного типа — иногда бывает настолько уверена в своей «плохости» и неизбежной ненависти со стороны терапевта, что может не вынести

зарождающейся привязанности. Как замечает Мак-Вильямс, терапевты часто стремятся избавиться от суицидоопасных пограничных пациентов именно тогда, когда последние в характерной провокационной манере демонстрируют, насколько важным стал для них лечебный процесс. Перед попыткой суицида пациент может впервые выразить надежду и доверие, что в свою очередь создает надежду на успех у терапевта; затем следует сама попытка, и возникает ощущение полного краха. Такой шаг со стороны пациента призван оградить его от невыносимого опустошения в случае возможного разочарования в терапии и терапевте. При угрозе возникновения подобной ситуации необходима медикаментозная поддержка процесса (Мак-Вильямс, 1998). Кернберг рекомендует в аналогичных обстоятельствах активно структурировать жизнь пациента, иногда вплоть до прямых вмешательств в нее; с ранних стадий работы вводить ограничения, препятствующие возможности патогенного отыгрывания (Кернберг, 2000).

Литман и Фабероу предложили использовать в терапии суицидоопасного пациента так называемый метод экстренного вмешательства, предписывающий терапевту подробно расспрашивать пациента о суицидных планах и намерениях и о средствах, которыми тот предполагает воспользоваться (Litman, Farberlow, 1970). Однако, с точки зрения Мак-Вильямс, данный подход неприемлем для пограничной личности: эти пациенты говорят о суициде не тогда, когда действительно хотят умереть, а под влиянием «депрессии заброшенности». «Экстренное вмешательство» способно подтолкнуть их к мысли о том, что только реальное действие может обратить наконец чье-то внимание на их чувства. Когда терапевт начинает расспрашивать их о деталях предполагаемого акта, у них создается невыносимое ощущение, что он занят лишь содержанием угрозы и не интересуется контекстом переживаний, в котором она возникла. Поэтому главная задача терапевта в подобной ситуации — показать пациенту свое безразличие к его страданию (Мак-Вильямс, 1998).

Потенциальная опасность пограничного пациента для окружающих (и для самого терапевта в том числе) также должна быть оценена по возможности с первых коммуникаций. Если он склонен к импульсивным и агрессивным действиям, способным причинить кому-либо реальный вред, простейший принцип работы с ним заключается в том, чтобы обеспечить безопасность терапевта. Такого пациента не следует принимать в домашней обстановке; не стоит на время сессии запира-

дверь на ключ. Лучше всего проводить его лечение в условиях стационара или в терапевтической группе. Эти меры предосторожности особенно актуальны при работе с психопатической (социопатической) личностью, которая вообще не способна, как правило, говорить о чувствах и заменяет их действиями. В частности, проективная идентификация используется психопатическим пациентом именно как единственно возможный способ добиться от другого понимания своих чувств.

Если отыгрывание не переходит тех границ, за которыми оно начинает разрушать терапию или саму жизнь пациента, бывает полезно уделить ему особое внимание не только как нежелательному проявлению трансферных сопротивлений, но и как источнику ценного невербального материала. Речь идет обо всем, что происходит между терапевтом и пациентом помимо словесного взаимодействия. Как пишет Кернберг, «пограничность» есть в первую очередь тенденция к невербальному выражению бессознательных интрапсихических конфликтов в форме хронически повторяемых паттернов поведения. Речь при этом используется как действие и как средство контроля над межличностными процессами: таким образом воспроизводятся частичные объектные отношения (Кернберг, 2000). Пациент сообщает нечто взглядом, интонацией, позой; к тому же он бывает чрезвычайно восприимчив и к невербальной информации, исходящей от терапевта. Более того, слова в работе с ним иногда затемняют и искажают для обеих сторон смысл происходящего — в соответствии с моделью речевого общения в его раннем окружении. Как отмечают Урсано с соавторами, эти пациенты часто понимают слова терапевта искаженным образом потому, что в их семьях использовались слова, по смыслу прямо противоположные своему исходному значению (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992). Так, ребенок, совершивший проступок, мог услышать реплику «Ну ты и молодец!», произносимую ледяным, уничижительным тоном; или, наоборот, лаская ребенка, мать могла приговаривать: «Ах ты, негодяй мой маленький». Поэтому в работе с пограничной личностью терапевту особенно важно уметь воспринимать не только слова.

Неоценимую роль в этом процессе играет способность терапевта слышать и понимать собственный контртрансфер. Именно через него нередко осуществляется большая часть диалога — в частности, описываемая концепцией проективной идентификации Пордера, речь о которой велась выше. Возможно, именно через проективную идентификацию передается наиболее важная информация: терапевт переживает

детский опыт пациента за счет идентификации последнего с родительскими фигурами, что создает базу для реконструкций. Пордер подчеркивал, что, в отличие от невротика, пациент, активно использующий проективную идентификацию, в большей степени воздействует на терапевта, чем говорит с ним (Porcier, 1987). Кернберг добавляет, что и другие «примитивные» защиты в этом процессе призваны вызвать в терапевте определенные эмоциональные состояния, дополняющие состояние пациента, и принудить его действовать в соответствии с трансферными желаниями. Примитивная природа трансфера развивает у терапевта способность к осознанию собственных примитивных эмоциональных реакций. Эмпатия, использование свободно плавающего внимания и прямое влияние поведения собеседника помогают развитию временной регрессивной реакции, позволяющей идентифицироваться с архаичным уровнем функционирования пациента (Кернберг, 2000). Таким образом, контртрансфер становится важным средством исследования проецируемых частей личности — даже с учетом того упоминавшегося выше факта, что эти реакции лишь отчасти могут рассматриваться как «чистые», поскольку они всегда одновременно генерируются изнутри и стимулируются извне.

Вопрос, которым имеет смысл постоянно задаваться при работе с пограничной личностью, может быть сформулирован следующим образом: что пациент делает со мной, в качестве кого он меня использует? Какую роль он отводит мне в текущем взаимодействии и как это связано с тем, что он сообщает словами? Кто я для него: опора, предмет манипуляции, объект, на котором срывается злость, преследователь, жертва преследования и т. п.? Найдя ответ на этот вопрос, можно сообщить пациенту о своем чувстве — в соответствии с принципами, о которых шла речь выше, пригласить его к совместному исследованию, или спросить: «Как вам кажется, что происходит сейчас между нами?»; «Что, на ваш взгляд, могу сейчас испытывать я?» В своих ответах пациенты нередко проявляют непоследовательности, с которыми им бывает полезно конфронтировать. Так, один из них сказал: «Да ничего вы не испытываете, у вас таких, как я, наверное, десятки». — «Что значит — таких, как вы?» — «Таких, которых хочется вышвырнуть вон из кабинета».

Этот же пациент однажды так горько жаловался на свою «беспросветную» судьбу, что я, повиновавшись мгновенному импульсу, спросил: «Как можно жить, представляя будущее настолько безысходным?» —

«А как представляете мое будущее вы?» — поинтересовался он. «Может быть, более оптимистично», — ответил я, на что пациент раздраженно заметил: «Вы утешаете меня, в точности как моя мама, но я уже давно не ребенок!» — «Да, действительно, — согласился я, — у меня вдруг появилось сильное желание вас утешать. Как вы считаете, оно — исключительно мое собственное, или вы помогли ему появиться?» Этот вопрос в итоге позволил пациенту критично взглянуть на стереотип выстраиваемой коммуникации. Я полагаю, что, если бы я просто сказал, что он пытается вызвать у меня жалость и спровоцировать на утешение, такое вмешательство было бы встречено лишь агрессией и отрицанием.

2.3.8. Тупиковые ситуации в терапии

К сожалению, многие пограничные пациенты могут годами не меняться и не выказывать признаков улучшения состояния. В большинстве случаев главной причиной подобных ситуаций является негативная терапевтическая реакция, то есть использование пациентом терапевтического процесса в деконструктивных целях. Терапия становится бесконечной и нередко начинает будто подменять собой его жизнь; реальность при этом остается в стороне, как бы в результате его тайного сговора с терапевтом. Последний испытывает вину перед пациентом, ощущение, что он не способен дать ему ничего нового и что работу надо начинать с нуля. Кернберг называет три основных источника негативной реакции: бессознательное чувство вины у пациента, бессознательную зависть и связанную с ней потребность разрушать то, что дает терапевт, и потребность разрушать самого терапевта, происходящую из идентификации с примитивным садистическим объектом (Кернберг, 2000).

Тупик может возникнуть в терапии как с самого ее начала, так и через несколько лет, после появления заметных изменений и надежд на успех. При этом все предыдущие достижения могут быть перечеркнуты. Чаще всего терапевт сталкивается с неподдающейся трансформациям грандиозностью в нарциссических структурах личности пациента. Для тупиков весьма характерны тяжелые случаи нарциссического отыгрывания вовне, связанные с идентификацией с жестоким архаичным Суперэго. Чем активнее терапевт пытается оказать помощь, тем сильнее делается зависть и чувство вины пациента и потребность избежать этих переживаний. Защиты от чувства вины активизируются, и триумф над терапевтом садистически отыгрывается за рамками терапии.

Как отмечает Фрош, негативная терапевтическая реакция может быть следствием того, что принятие помощи от терапевта воспринимается пациентом как утрата собственной идентичности (Frosch, 1970). Похожий механизм действует во многих случаях анорексии: отказ от пищи (от материнской груди) вызывается тревогой, что при ее принятии материнское Я станет подавляющим образом доминировать над Я субъекта. Эта же ситуация в ином аспекте рассматривается Кернбергом как результат активизации глубочайшего уровня агрессии. Кернберг рекомендует при ее возникновении конфронтацию пациента с тем фактом, что терапия зашла в тупик и что необходимо исследовать причины последнего. Если пациент реагирует на данную конфронтацию негативно, терапевту следует интерпретировать искажение восприятия (Кернберг, 2000). Особую роль в этом процессе играют интерпретации гнева, направленного на терапевта и выражающегося в деструктивных паттернах поведения за рамками терапии, а также интерпретации расщепления между агрессивными и любовными установками.

Тупиковая ситуация в терапии может быть и следствием некоторых ошибок терапевта, характерных для работы с пограничной личностью: например, уступок соблазну прямо интерпретировать частичные трансферы и строить генетические реконструкции детства пациента, смешивая таким образом реальный опыт его прошлого с примитивными фантазиями. Нередко она возникает в результате ригидного подхода, при котором, как отмечают «интерсубъективисты», терапевт видит суть нарушений пациента лишь в его бессознательной «инстинктивной порочности» — что успешно рождает в трансфере чувство преследования (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999). В любом случае решение о прекращении терапии лучше принимать совместно с пациентом — с одной стороны и с супервизором — с другой, когда все трое — терапевт, пациент и супервизор — приходят к убеждению, что большего в этой работе не достичь.

2.4. Результаты терапии (вместо заключения)

Повторим еще раз, что пограничные пациенты — это не носители определенной патологии, а большая гетерогенная группа. В каждом отдельно взятом случае они страдают от разнообразных конфликтов, вызванных сложными патогенными переживаниями на всех стадиях своего психического развития. Очевидно, что и успехи, и неудачи терапии во всех случаях будут разными. Обобщая, можно сказать лишь

следующее: для пограничной личности возможно постепенное продвижение от неустойчивой реактивности к стабильному принятию своих чувств, ценностей и окружающей жизни. Главный позитивный результат — индивидуация, освоение реальности и своего места в ней.

Терапия пограничной личности, как отмечалось выше, представляет медленный и сложный процесс — процесс, включающий многократное повторение прояснений, конфронтации, интерпретаций, проработку саморазрушительных черт характера, сменяющих друг друга и возвращающихся сопротивлений и т. д. Первые слабые признаки сдвигов ригидных паттернов обычно бывают коротки и преходящи; «озаряющие» инсайты — крайне редки. Трансформации основных сочетаний интернализированных объектных отношений не происходят «вдруг»: как отмечает, например, Мак-Вильямс, сколь-нибудь существенные структурные изменения в работе с пограничным пациентом достигаются обычно за срок не менее двух лет (Мак-Вильямс, 1998).

Отсутствие быстрых осязаемых результатов не означает, что ситуация покоится в «мертвой точке». В ходе развития и проработки отношений, внутренних и внешних конфликтов пациента активизируются и укрепляются функции его Эго, прежде всего в сфере тестирования реальности и самоосознания. Усиливается способность переносить и интегрировать противоречивые чувства, переживания, поведенческие проявления; снижается пагубное влияние «примитивных» защит на адаптивные функции. На более глубоком уровне происходит постепенная консолидация либидинозных репрезентаций Я и объекта, а также частичная идентификация с терапевтом, не основанная на нарциссической идеализации и на действии расщепления. Согласно замечанию Кернберга, этот прогресс связан не столько с удовлетворением нужд пациента, оставленных в детстве без ответа, сколько с тем, что пациент понимает прошлые фрустрации и травмы в контексте патологических реакций и защит, активизированных в прошлом и способствовавших слабости Эго (Кернберг, 2000). С другой стороны, например, точка зрения Столороу и его коллег заключается в том, что главную роль в этих позитивных переменах играет как раз удовлетворение активизирующихся во взаимодействии примитивных Я-потребностей, ведущее к возобновлению прерванного или заторможенного развития (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Проявления прогресса могут быть весьма разнообразны. В каждом случае на первый план будет выдвинуто то или иное достижение, в

то время как другие, связанные с ним, останутся выражены не столь ярко: улучшение ориентации в реальности, лучшая адаптация к существующим условиям, снижение тревоги, стабилизация отношений — начиная с отношений терапевтических, в которых достигается «константность либидинозного объекта». По-видимому, каждый пациент из тех, с кем работали мои коллеги и я сам, получил от терапии определенную пользу — для кого-то более очевидную, для кого-то менее. Следует помнить, что «полное исцеление» пограничного пациента нереально в том смысле, в каком реально, например, избавление от конкретного невротического симптома. Во всех случаях сохраняются те или иные характерологические дефекты, связанные с очень ранними и глубокими повреждениями Эго (Frosch, 1970). Главное, чтобы они перестали вредить отношениям с реальностью так интенсивно, как вредили прежде. Говоря языком Балинта, исцеление подразумевает, что на месте некогда кровоточившей раны («базисного дефекта») остается шрам или рубец.

Напоследок заметим, что только после завершения терапии обычно появляется возможность интегрировать происходившее, доподлинно установить причины неудач, придать окончательную ясность собранным аналитическим данным. Нередко то, что было загадочным и непонятым в начале и в ходе терапии, проясняется по ее окончании, при поеттерапевтических контактах и анализе накопленного за годы работы материала. Это еще раз подтверждает недопустимость ригидного подхода к терапии пограничной личности — подхода, основанного на знании того, «как должно быть», и на жесткой приверженности определенной теоретической конструкции. Пограничная личность — яркое свидетельство практической непознанности человеческой психики и неисчерпаемых возможностей познания, каждый раз чуть более глубокого, чем познание вчерашнего дня.

Литература

- Айсслер, 2000 — К. Р. Айсслер. Влияние структуры Эго на развитие психоаналитической техники. — Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН. С. 157-185.
- Амон, 1996 — Г. Амон. Динамическая психиатрия. СПб: Речь. 185 с.
- Байон, 2000 — У. Р. Байон. Нападения на связи. — Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН. С. 261-272.
- Балинт, 2002 — М. Балинт. Базисный дефект: терапевтические аспекты регрессии. М.: Когито-Центр. 256 с.
- Винникотт, 2005 — Д. Винникотт. Ненависть в контрпереносе. — Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований. М.: Академический проект. С. 351-365.
- Гилл, 2000 — М. М. Гилл. Психоанализ и исследовательская психотерапия. — Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН. С. 201-219.
- Иванов, 1998 — В. Б. Иванов. Общие принципы психотерапии пограничных личностных расстройств. — Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Материалы Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). СПб.: ВМА. С. 117-118.
- Кернберг, 2000 — О. Кернберг. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс». 464 с.
- Краснов, 1998 — В. Н. Краснов. Современные проблемы развития пограничной психиатрии. — Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Материалы Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). СПб.: ВМА. С. 7-9.
- Куттер, 1997 — П. Куттер. Современный психоанализ. СПб: Б.СК. 351 с.
- Левальд, 2000 — Г. Левальд. О терапевтической работе в психоанализе. — Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН. С. 300-326.
- Левенштейн, 2000 — Р. Левенштейн. Проблема интерпретации. — Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН. С. 147-156.
- Мак-Вильямс, 1998 — Н. Мак-Вильямс. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс». 480 с.
- Психология, 1990 — Психология. Словарь. М.: Политиздат. 494 с.
- Райкрофт, 1995 — Ч. Райкрофт. Критический словарь психоанализа. СПб: ВЕИП. 288 с.
- Рождественский, 1998а — Д. С. Рождественский. Пограничные расстройства и теория объектных отношений. — Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Материалы Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). СПб.: ВМА. С. 281-283.
- Рождественский, 1998б — Д. С. Рождественский. Пограничные расстройства и становление Я. — Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Материалы Всероссийской научной конференции (3 апреля 1998 г.). СПб.: ВМА. С. 283-284.
- Рождественский, 2001 — Д. С. Рождественский. Новые заметки о проективной идентификации. — Вестник психоанализа, № 2. СПб: ВЕИП. С. 39^14.
- Рождественский, 2005а — Д. С. Рождественский. Перенос: в поисках потерянного объекта. — Психоаналитический Вестник, № 14. М.: РПО. С. 43-70.
- Рождественский, 2005б — Д. С. Рождественский. Любовь трансферная и земная. — Материалы Всероссийской психоаналитической конференции «Мужчина и женщина в современном изменяющемся мире». М.: РПО. С. 82-84.
- Рождественский, 2006 — Д. С. Рождественский. Начало психоаналитического процесса. — СПб: Б&К. 112 с.
- Рэнджелл, 2000 — Л. Рэнджелл. Сходства и различия между психоанализом и динамической психотерапией. — Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН. С. 220-227.
- Сандлер, Дэр, Холдер, 1993 — Дж. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер. Пациент и психоаналитик. — Воронеж: НПО «МОДЭК». 176 с.
- Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999 — Р. Столороу, Б. Брандшафт, Дж. Атвуд. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. М.: Когито-Центр. 252 с.
- Томэ, Кехеле, 1996 — Х. Томэ, Х. Кехеле. Современный психоанализ. Т. 1. Теория. М.: Прогресс-Литера.
- Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992 — Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. М.: Российская психоаналитическая ассоциация. 158 с.
- Фрейд, 1990 — З. Фрейд. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука. 455 с.
- Фрейд, 1991 — З. Фрейд. Очерки по психологии сексуальности. — З. Фрейд. Я и Оно. Труды разных лет. Т. 2. Тбилиси: Мерани. С. 5-174.
- Фрейд, 1993 — А. Фрейд. Психология Я и защитные механизмы. — М.: Педагогика-Пресс. 134 с.
- Фрейд, 1995 — З. Фрейд. Скорбь и меланхолия. — З. Фрейд. Художник и фантазирование. М.: Республика. С. 252-259.
- Фрейд, 1998 — З. Фрейд. Конечный и бесконечный анализ. — «Конечный и бесконечный анализ» Зигмунда Фрейда. — М.: Менеджмент. 224 с.
- Фрейд, 2003 — З. Фрейд. Психоаналитические заметки об автобиографическом описании случая паранойи. — Психоанализ, № 2. Киев: УПА. С. 42-92.
- Фуллер Тори, 1996 — Э. Фуллер Торри. Шизофрения. СПб: Питер Пресс. 448 с.
- Чуркин, Мартюшов, 2000 — А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х. 232 с.
- Хартманн, 2002 — Х. Хартманн. Эго-психология и проблемы адаптации. — М.: Институт общегуманитарных исследований. 160 с.
- Bion, 1967 — W. Bion. Second thoughts: selected papers on psychoanalysis. New York: Basis Books.
- Deutsch, 1942 — H. Deutsch. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. — Psychoanalytic Quarterly, 11. P. 301-321.

- Fairbairn, 1952 — R. Fairbairn. A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. — Psychoanalytic studies of the personality. London. P. 28-58.
- Frosch, 1964 — J. Frosch. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. — Psychoanalytic Quarterly, 38. P. 91-96.
- Frosch, 1970 — J. Frosch. Psychoanalytic considerations of the psychotic character. — Journal of the American Psychoanalytic Association, 18. P. 24-50.
- Gill, Newman, Redlich, 1954 — M. Gill, R. Newman, F. Redlich. The initial interview in psychiatric practice. New York: International University Press.
- Grinberg, 1979 — L. Grinberg. Projective counteridentification and countertransference. — Countertransference. New York: Jason Aronson. P. 169-192.
- Grinker, Werble, Drye, 1968 — R. Grinker, B. Werble, R. Drye. The borderline syndrome. New York: Basic Books.
- Gunderson, 1982 — J. Gunderson. Empirical studies of the borderline diagnosis. — Psychiatry 1982: The American Psychiatric Association Annual Review. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. P. 415-436.
- Hoch, Polatin, 1949 — P. H. Hoch, P. Polatin. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. — Psychoanalytic Quarterly, 23. P. 248-276.
- Kernberg, 1967 — O. Kernberg. Borderline personality organization. — Journal of the American Psychoanalytic Association, 15. P. 641-685.
- Kernberg, 1975 — O. Kernberg. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, 1976 — O. Kernberg. Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, Burstein, Coyne et al., 1972 — O. Kernberg, E. Burstein, L. Coyne et al. Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bulletin of the Menninger Clinic, 36: 1 — 275.
- Klein, 1946 — M. Klein. Notes on some schizoid mechanisms. — International Journal of Psychoanalysis, 27. P. 99-110.
- Knight, 1954a — R. Knight. Borderline states. — Psychoanalytic Psychiatry and Psychology. New York: International University Press. P. 97-109.
- Knight, 1954b — R. Knight. Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. — Psychoanalytic Psychiatry and Psychology. New York: International University Press. P. 110-122.
- Kohut, 1972 — H. Kohut. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. — The Psychoanalytic Study of the Child, 27. New Haven: Yale University Press. P. 360-400.
- Kraepelin, 1913 — E. Kraepelin. Lectures on clinical psychiatry. London: Bailliere, Tindall and Cox.
- Langs, 1973 — R. Langs. The technique of psychoanalytic psychotherapy. Vol. I. New York: Jason Aronson. P. 538-598.
- Litman, Farberlow, 1970 — R. Litman, N. Farberlow. Emergency evaluation of suicidal potential. The psychology of suicide. New York: Science House. P. 259-272.
- Mahler, 1971 — M. Mahler. A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. — Psychoanalytic Study of the Child, 26. New York/Chicago: Quadrangle Books, p. 403-424.
- Masterson, 1972 — J. F. Masterson. Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach. New York: Wiley-Interscience.
- Masterson, 1976 — J. F. Masterson. Psychotherapy of the borderline adult. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, 1978 — J. F. Masterson. The borderline adult: transference acting-out and worrying-through. — New perspectives on psychotherapy of the borderline adult. New York: Brunner/Mazel. P. 121-147.
- Masterson, 1980 — J. F. Masterson. From borderline adolescent to functioning adult. New York: Brunner/Mazel.
- Miller, 1969 — J. Miller. Interpretation as a supportive technique in psychotherapy. — Bulletin of the Menninger Clinic, 33. P. 154-164.
- Novey, 1959 — S. Novey. The technique of supportive therapy in psychiatry and psychoanalysis. — Psychiatry, 22. P. 179-187.
- Nunberg, 1955 — H. Nunberg. Principles of psychoanalysis. New York: International University Press.
- Pine, 1985 — F. Pine. Developmental theory and clinical process. New Haven: Yale University Press.
- Porder, 1987 — M. Porder. Projective identification: an alternative hypothesis. — Psychoanalytic Quarterly, 56. P. 431-451.
- Racker, 1957 — H. Racker. The meaning and uses of countertransference. — Psychoanalytic Quarterly, 26. P. 303-357.
- Racker, 1968 — H. Racker. Transference and countertransference. New York: International University Press.
- Reich, 1972 — W. Reich. Character analysis. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Rogers, 1951 — C. Rogers. Client-Centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Schlesinger, 1969 — H. Schlesinger. Diagnosis and prescription for psychotherapy. — Bulletin of the Menninger Clinic, 33. P. 269-278.
- Searls, 1965 — H. Searls. The effort to drive the other person crazy. An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. — Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: International University Press. P. 254-283.
- Stone, 1980 — M. Stone. The borderline syndromes. New York: Mc Graw-Hill.
- Winnicott, 1965 — D. Winnicott. The theory of the parent-infant relationship. — The maturational processes and the facilitating environment. New York: International University Press. P. 37-55.
- Winnicott, 1969 — D. Winnicott. The use of an object. — International Journal of Psychoanalysis, 50. P. 711-716.

Д. С. Рождественский

Пограничная личность

Компьютерная верстка *Е. Б. Седовой*
Редактор *О. И. Абрамович*

Подписано в печать 27.12.2006. Формат 60x90 1/16
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл.п.л, 10. Тираж 500 экз. Заказ № 07/15

Издательство «Б&Кс»
Санкт-Петербург, ул. Б. Монетная, д. 16, оф. 16
тел. 8-901-300-64-55

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии ООО «А-Принт»
Санкт-Петербург, ул. Б. Монетная, д. 16

Рождественский Дмитрий Сергеевич,
психолог-консультант психоаналитической
ориентации, обучающий аналитик и
супервизор Национальной Федерации
Психоанализа, кандидат психологических
наук, заведующий кафедрой «Истории
психоанализа» Восточно-Европейского
института Психоанализа, член Европейской
Конфедерации Психоаналитической
Психотерапии, член Европейской Ассоциации
Психотерапии.