

ПРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ, КОНТРПЕРЕНОС И ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ*

ОТТО Ф.КЕРНБЕРГ

Отто Ф.Кернберг – один из крупнейших и наиболее известных действующих психоаналитиков. В настоящее время – президент Международной психоаналитической ассоциации.

Родился в 1928 году. Детство и юность провел в Буэнос-Айресе, затем переехал в США. Длительное время работал в качестве врача-психиатра в клинике, параллельно ведя частную психоаналитическую практику.

Как клиницист Отто Кернберг известен прежде всего своим подходом к лечению больных с тяжелыми нарушениями личности (пограничной организацией личности). Особые условия, например, немедленная добровольная госпитализация при угрозе суицида, которые он предлагает таким тяжелым пациентам и без соблюдения которых отказывается проводить лечение, позволяют создать твердую структуру, опираясь на которую, психоаналитик (психотерапевт) способен предотвратить или существенно уменьшить деструктивное отыгрывание пациентами своих конфликтов вовне, и благодаря которой он получает достаточную свободу и уверенность для психоаналитической работы с ними.

Другим важным клиническим вкладом Кернберга является выработка языка для интерпретации пациентам их примитивных объектных отношений, основанных на расщеплении и проективной идентификации, в частности того, как они проявляются в переносе/контрпереносе. Им разработана, клиническая стратегия аналитической работы с тяжелыми нарушениями пациентов, заключающаяся в том, что вначале аналитик (терапевт) интерпретирует возникающие в переносе, здесь-и-теперь, примитивные частичные объектные отношения, соответствующие им Я- и объект-репрезентации и связывающие их аффекты, и лишь затем, при

* Перевод выполнен по: *Protective Identification, Countertransference, and Hospital Treatment*. In: Otto F.Kernberg (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven and London: Yale University Press, p.175-192. Права на публикацию предоставлены издательством «КЛАСС». Редакция МПЖ приносит также благодарность фирме «КЛАСС» за разрешение на публикацию статьи Джеймса Хилмана «Сто лет одиночества» в №1 за 1997г.

достижении достаточно высокого уровня интеграции личности пациента, переходит к анализу его «невротических» эдиповых конфликтов, к интерпретации там-и-тогда и более твердому соблюдению технической нейтральности.

Как теоретик Отто Кернберг известен, в частности, попыткой синтезировать теорию объектных отношений с американской эго-психологией, а также разработкой представления о структуре личности, соединяющей в себе, как уже было упомянуто выше, различные Я- и объект-репрезентации и связывающие их аффективные состояния. Его также интересуют такие вопросы, как психоаналитическая теория аффектов, психоаналитический подход к групповым процессам, психоаналитическая классификация психических расстройств и их диагностика.

В настоящее время на русском языке в издательской фирме «КЛАСС» готовятся к выходу сразу три его книги. Отрывок из книги **«Агрессия при расстройствах личности и перверсиях»** мы предлагаем вашему вниманию.

Проективная идентификация может играть ключевую роль, если она возникает в больничном окружении. Приводимые ниже описания двух пациентов, страдавших от очень непохожих психических заболеваний и проходивших длительное лечение в стационаре, иллюстрируют некоторые особенности больничного лечения при столкновении с различными типами психопатологии.

ЛУСИЯ

Лусия, незамужняя, около тридцати лет, привлекательная, интеллигентная, но эмоционально нестабильная женщина-музыкант из Латинской Америки, получила образование в США; богатые родители финансово поддерживали ее и ее артистическую карьеру. В прошлом она злоупотребляла наркотиками и алкоголем, у нее было несколько серьезных суицидальных попыток и трудности в межличностных отношениях на работе и с близкими людьми.

Лусия была младшей из трех детей, но родители относились к ней как к единственному и главному объекту заботы. Отец по отношению к ней был скорее соблазняющим, нежели любящим, и находился под контролем матери, явно доминирующей в семье. Мать была очень эмоциональной, экстравертированной, обаятельной, но назойливой; незаметными способами она пыталась контролировать жизнь Лусии, оставаясь безразличной или даже враждебной к ней на более глубоком уровне. Например, Лусия страдала от аллергии, которая не позволяла ей есть определенные сорта сладостей; мать знала об аллергии, но периодически посылала ей упаковки этих сладостей.

Диагнозом Лусии при поступлении было: 1) тяжелое расстройство

личности преимущественно с нарциссическими и пограничными чертами; 2) смешанная наркотическая и алкогольная зависимость; и 3) депрессивное расстройство с относительно непредсказуемым суицидальным потенциалом, связанное с тяжелыми эмоциональными кризисами. Из-за отсутствия успехов при многократных попытках амбулаторной психотерапии были начаты длительное стационарное лечение и одновременная психоаналитическая психотерапия.

С самого начала лечение Лусии имело качество VIP, из-за большого состояния и социальных связей ее родителей, поэтому и председатель правления больницы, и другие члены правления были заинтересованы в ней гораздо больше обычного. Директор больницы, доктор А., всегда встречался с родителями Лусии, когда они приезжали навестить дочь, что было очень необычным обстоятельством. Более того, доктор А. был не согласен с диагнозом; он считал его слишком «жестким» и был убежден, что Лусия просто инфантильно-истерическая больная. Доктор А. сказал психиатру, приставленному к Лусии, что тот слишком критичен к этой неординарной семье. Неудовлетворенный подходом этого психиатра, который он считал слишком жестким, ригидным и упрощенным, доктор А. попросил меня, руководителя нового отделения больницы, взять на себя стационарное лечение Лусии. Он сказал мне, что полагает, что я смогу лучше вести этот случай, так как являюсь выпускником психоаналитической учебной программы, а другие заведующие отделениями, хотя и неоднозначно относятся к психоанализу, с уважением относятся к больничным психиатрам, прошедшим психоаналитическое обучение.

Психотерапевт Лусии, доктор С. (с которым она встречалась четыре раза в неделю, в то время как я общался с ней в среднем пятнадцать-двадцать минут пять раз в неделю), предпочитал продолжать свое лечение совершенно независимо от общего больничного лечения. Он тоже прошел психоаналитическое обучение и был близким личным другом доктора А. При наших коротких встречах доктор С. общался со мной доброжелательно, но явно как старший коллега с недавним выпускником.

Доктор С. и доктор А. были преподавателями института последипломного обучения психодинамической психотерапии, который я буду называть Институтом. Теоретическая ориентация Института во многом отличалась от моей традиционной психоаналитической ориентации, так что я явно выступал в роли аутсайдера. Однако больничные врачи и персонал считали, что они лучше подготовлены, чем сотрудники Института, для работы с тяжело больными пациентами при длительном стационарном лечении, и относились к Институту несколько неоднозначно. Они считали непостоянно работающих в больнице психотерапевтов Института слишком мягкими, даже наивными, при работе с тяжело регрессировавшими пациентами; с их точки зрения такие пациенты требовали твердости и четкой структуры лечения.

Таким образом, я стал, вначале невольно, представителем философии

Института, противоположной философии персонала клиники, представленной больничным психиатром, которого я заменил.

Мои отношения с Лусией начались с того, что можно назвать терапевтическим медовым месяцем. Скоро она узнала о моем собственном латиноамериканском происхождении и сказала мне, что считает меня представителем европеизированной латиноамериканской культуры, что соответствует ее собственному происхождению. Она убеждала меня согласиться, что «ригидность» ее прежнего больничного психиатра, настаивавшего на ее участии в жизни больницы и работе, была необоснованной и непродуктивной. Вместо этого она предлагала собственное ежедневное расписание, в которое она включила заочные курсы местного университета, соответствовавшие ее потребностям в образовании и способствовавшие ее продвижению к получению следующего диплома в области музыки.

Я согласился с таким ходом дела, просмотрел расписание и попросил немного времени, чтобы подумать. Хотя мои отношения с Лусией, казалось, развивались удовлетворительно, случайные замечания других заведующих отделениями и старшего больничного персонала заставляли предположить, что на проекты Лусии смотрят несколько скептически, считая, что доктор С. и я являемся объектами ее манипуляции.

Через несколько недель материалы для заочных курсов так и не пришли, но Лусия уже давно стала уклоняться от выполнения многих пунктов своего расписания. У нее были придуманные объяснения по поводу пропажи материалов. Во-первых, они потерялись на почте; затем возникло другое объяснение, что это ошибки больничной почты; третьей причиной была их задержка в университете. Тогда я пошел в больничное почтовое отделение, чтобы выяснить источники задержки, и мне сказали, что уже доставили моей пациентке большой пакет.

Когда я уличил Лусию в противоречии между ее уверением, что она не получала пакета, и информацией из почтового отделения больницы, она очень расстроилась, стала обвинять меня в том, что я не верю ей и становлюсь таким же, как и предыдущий больничный психиатр. Она объяснила, что пакет, который она только что получила (и содержимое которого, как она сказала, готова показать мне), был от ее матери.

Поздно вечером мне позвонили домой, так как Лусия была в сильной панике и настаивала на том, чтобы видеть меня. Я вернулся в больницу, где Лусия приняла меня в прозрачном и очень откровенном неглиже. Было очевидно, что она пытается соблазнить меня, и хотя я сохранял самообладание, я признавал эротические элементы в своих аффективных реакциях. Она сказала, что просто хотела сказать мне, как была расстроена моим вопросом в тот день, но очень благодарна за то, что я откликнулся на ее звонок, и почувствовала себя лучше, когда я приехал. Она подчеркнула, как важно для нее, чтобы наши отношения были хорошими.

В ту ночь мне снилось, что я – в больничной палате Лусии, которая теперь больше похожа на номер гостиницы, и сижу у нее на постели; вся

ситуация напоминает любовное свидание. Внезапно с соблазнительной улыбкой Лусия положила свой указательный палец мне в рот, глубоко засунув его, и я проснулся в состоянии сильной тревоги. Когда я лежал, бодрствуя и размышляя о сне, мне внезапно пришло в голову, что то, что она делала со мной во сне, по-испански звучало: *meterme el dedo en la boca* («положи палец мне в рот»). В Чили, где я учился, это был популярный способ сказать, что «я обдурил кого-то». Теперь уже полностью проснувшись, я подумал о комедии ошибок с материалами курсов и решил, что Лусия, вероятно, все время лгала мне.

На следующий день я настаивал на своем убеждении, что она лгала мне, до тех пор, пока она не призналась, что получила пакет из университета и выбросила его. После этого она впала в ярость и стала обвинять меня, что это я ригидно настаивал на том, чтобы она прошла курсы, которые ее совсем не интересовали. Я напомнил ей, что пройти курсы было ее инициативой, а я с ней согласился. Я выразил сожаление по поводу ее неспособности сказать мне, что она не хочет проходить эти курсы, и обсудить возможные альтернативы. Лусия, делая вид, что забыла о том, что я говорю, продолжала упрекать меня за навязывание ей идеи учебного плана вместо внимания к ее интересам и работе.

В больнице было стандартным правилом информировать психотерапевта пациента о важных событиях, происходящих с пациентом, поэтому, предупредив Лусию, что собираюсь проинформировать доктора С. об этом вопросе, я тут же сделал это. Выслушав мой отчет, он сказал мне, что все время знал о проблеме с заочными курсами, но считает, что я преувеличиваю ее важность; кроме того, от этой пациентки следует ожидать некоторого манипулятивного поведения. Мои попытки подчеркнуть серьезность, как я считал, ничем не обоснованного обмана со стороны Лусии привели к тому, что он, отбросив церемонии, добавил, что понимает крайнюю тяжесть состояния этой пациентки и считает очень важным понять причины ее потребности вести себя подобным образом в свете того хаотического опыта, который она испытала в детстве. Наш разговор окончился без ощущения взаимопонимания. Я полагал, что доктор С. недооценивает тяжесть патологии Супер-Эго Лусии и временного переноса ею своей агрессивной лживости на меня; он думал, что я слишком остро реагирую на это вследствие нарциссической травмы и из-за недостаточного опыта с пациентами такого рода.

В тот же день мне позвонили из офиса доктора А. и сказали, что он хочет встретиться со мной на следующей неделе. Заведующие другими отделениями скоро сообщили мне, что его звонок был результатом жалобы на меня, с которой к нему обратилась Лусия. Теперь у меня возникло странное ощущение, что я становлюсь героем дня в глазах заведующих другими отделениями и старших сотрудников больницы, потому что «противостою» манипулятивному поведению Лусии. Ее лживость была очевидна для них все это время. Я также заметил, не без удовольствия, что меня уже воспринимают как часть больничного фронта,

противостоящего Институту.

Доктор А. принял меня очень холодно. Он сказал, что Лусия пожаловалась ему на мое ригидное, навязчивое, «полицейское» поведение по отношению к ее учебе. Он дал понять, что разочарован мной. Он сказал, что говорил с доктором С., который видит ситуацию так же, как и он. Оба считали, что к ней стоит относиться более мягко. Я чувствовал свое поражение и бессилие и почти ощутил облегчение, когда доктор А. сказал мне, что с согласия доктора С., он планирует передать Лусию другому больничному психиатру.

Моей первой реакцией были гнев и разочарование, но когда они прошли, я почувствовал озабоченность, так как считал, что «триумф» Лусии, выразившийся в моем устранении косвенным образом через манипуляции с доктором С. и доктором А., ведет к глубоким самодеструктивным последствиям. При осмыслении этих событий я получил большую поддержку от Клары, старшей медсестры моего отделения, которая теперь рассказала мне, что Лусия всегда вела себя соблазнительно с мужчинами, обладающими властью. Я осознал, что она, безусловно, использовала свои соблазнительные возможности с доктором А. и со мной. Клара также сказала, что мое отношение к Лусии показало мою наивность; она считала, что этот эпизод обернется для меня хорошим уроком.

Вскоре после того, как Лусия была переведена к другому психиатру, она возобновила прием алкоголя и наркотиков и в конце концов покинула больницу. В течение года больница потеряла всякий контакт с ней и ее семьей.

ОБСУЖДЕНИЕ

То, что я назвал терапевтическим медовым месяцем с Лусией, можно описать в терминах контртрансферентных реакций как мою конкордантную идентификацию (*Racker, 1957*) с патологическим грандиозным Я пациентки, ее характерологической нарциссической структурой. Мой контрперенос, видимо, отражал мое втягивание в роль восхищающегося и поддающегося на подкуп, а также соблазняющего отца.

Но когда я осознал лживость Лусии по отношению к заочным курсам, моя внутренняя реакция сменилась на подозрительную и преследующую – на комплементарную идентификацию с диссоциированными садистскими предшественниками Супер-Эго, против которых и были воздвигнуты ее нарциссические защиты, в то время как она идентифицировалась со своим собственным диссоциированным, униженным и садистически мучимым Я. А я, видимо, стал примитивной, садистской репрезентацией матери, в своей жестокой мести разрушающей ее сексуализированные отношения с отцом.

Можно спекулировать по поводу того, что если бы я не так боялся активации своих сексуальных фантазий о ней, и в то же самое время

осознавал ее нарциссическую соблазнительность, то я мог бы выдерживать свои сексуальные фантазии, оставаться бдительным к ее соблазняющему поведению и сохранять контроль над своим независимым мышлением. Но произошло так, что я был соблазнен назначением доктора А. вступить в своего рода альянс с нарциссическими защитами пациентки, которые ослабили объективность моей позиции по отношению к ней.

Позже, при внезапном изменении моего отношения к ней, я автоматически идентифицировался с анти-институтской позицией персонала больницы, так что моя комплементарная идентификация с внутренним «преследователем» Лусии соответствовала моей идентификации с идеологией больницы.

Смена конкордантной идентификации на комплементарную в моем контрпереносе могла быть также связана с внезапной активацией проективной идентификации в защитном репертуаре пациентки. Лусия обманывала меня в течение нескольких недель. Ее нечестность могла рассматриваться как «психопатическая» защита против пугающих ее «преследующих» атак с моей стороны, отражающих проекцию на меня садистской, преследующей объект-репрезентации, наиболее вероятно, преэдипова материнского образа. Ее описание меня как ригидного, навязчивого полицейского было лишено сексуальности и подразумевало в высшей степени эгоистичную, черствую, подозрительную, примитивную, властную фигуру, которая разрушала сексуализированные взаимоотношения с властным мужчиной (отцом).

То, что пациентка могла проецировать на меня преследующую, черствую и манипулятивную мать, при этом по-прежнему идентифицируя себя с таким садистским образом (отражавшимся в ее самозащитном, манипулятивном контроле надо мной), указывает скорее на действие проективной идентификации, а не проекции. Что представляет для меня здесь особый интерес, так это связывающая функция моей контртрансферентной реакции: она была ответом как на отыгрывание пациенткой, посредством проективной идентификации, примитивных интернализированных объектных отношений, так и на отыгрывание больничным персоналом, посредством мощного, хотя и скрытого навязывания ролей и/или поддержки меня в подчинении доктору А. и Институту в качестве защиты от подспудного бунта против них. Другими словами, патология интернализированных объектных отношений пациентки и латентных социальных конфликтов в больнице «замкнулись» в моей внутренней реакции на границе между пациенткой и больничной системой.

Такой же интерес вызывает, как мне кажется, «реакция отстранения», возникшая у меня, у пациентки по отношению ко мне и к больнице и в отношении больничного персонала к пациентке. Когда мою пациентку перевели к другому врачу, я почувствовал эмоциональную отстраненность как от Лусии, так и от доктора А. Последующая циничная, почти радостная отстраненность персонала больницы от Лусии, по мере того,

как ее лечение терпело неудачу (больничный психиатр, заменивший меня, выполнял свои функции довольно формально, и хотя многие сотрудники больницы знали об отыгрываниях вовне пациентки, их информация уже больше не доходила ни до доктора С., ни до доктора А.), была третьей «реакцией отстранения» со стороны больничной системы. Все эти события можно отнести к категории отстраненности для защиты самооценки «пострадавших сторон» – другими словами, защитной нарциссической отстраненности от интенсивного конфликта вокруг враждебности. Эта общая отстраненность больничной системы от пациентки, которая стала особенно драматичной в последние несколько месяцев перед тем, как Лусия в конце концов прервала лечение, может рассматриваться как символическое разложение всей больничной системы ухода за пациентами, который больница в идеале должна была продолжать обеспечивать.

Как будто бы пациентка позволила мне «умереть», а персонал больницы и я позволили, в свою очередь, «умереть» ее лечению. Персонал больницы также оставил меня одного: как только мое «поражение» стало очевидно, и я был отстранен от случая, ни один из заведующих отделениями не поставил под сомнение решение доктора А. на врачебном совещании и не попытался пересмотреть все клиническое ведение данного случая. Можно сказать, что как только я сослужил службу для больничной идеологии, меня выкинули со сцены и позволили «умереть».

Что, по-видимому, является еще более поразительным, так это повторное разыгрывание патологии семьи Лусии внутри больницы. Огромное богатство семьи создало ситуацию, которая была успешно использована матерью пациентки для поддержания контроля дочери над лечением, вопреки ее действительным интересам. Такое развитие событий было продолжением семейной истории дразнящим соблазнительного, но недоступного отца, контролируемого матерью. «Соблазнение» доктора А. пациенткой, скрытое повторение ее отношений с отцом было разрушено провалом лечения, скрытым последствием воздействия пациентки и ее матери на больничную систему. Контроль семьи над своим собственным миром драматически отразился в самодеструктивной манипулятивности дочери. Их эффективный контроль над больничным миром, аналогично этому, привел к атмосфере разложения и мести и разрушил лечение дочери.

В идеале я должен был бы быть способен исследовать преобладающую патологию интернализированных объектных отношений Лусии, как она вновь разыгрывалась в больнице: ее неудачи на работе, ее сексуальная соблазнительность как разложение тех, кто должен был ей помогать, символическое разрушение хороших взаимоотношений с эдиповым отцом из-за разрушительного воздействия садистского интернализированного образа преэдиповой матери, проекции садистских предшественников ее Супер-Эго на окружающих, и ее вторичных защит от преследования посредством нечестности. Патогенные особенности ее

детского окружения были, однако, вновь разыграны в ее бессознательном соблазнении доктора С., доктора А. и меня, и также разыграны вновь в групповом процессе большой группы – в больничной среде.

РАЛЬФ

Ральф был холостой, двадцати с небольшим лет, молодой человек с историей начавшегося в раннем подростковом возрасте поведенческого расстройства, характеризовавшегося прогулами школы, непослушанием, плохой успеваемостью и жестокими драками с другими подростками и учителями, что привело к его исключению из нескольких школ. В позднем подростковом возрасте он чередовал периодическое жестокое поведение с длительными периодами устраненности из социальной жизни. Теперь его считали «странным», он был объектом насмешек со стороны сверстников и временами демонстрировал очень причудливое поведение и постепенно углубляющуюся изоляцию от социальных контактов. Ральф бросил среднюю школу незадолго до ее окончания, проводил дни и недели в основном в своей комнате, практикуя странные ритуалы, которые пытался скрывать от родителей. Он выражал все большую озабоченность изменениями, которые, как он думал, происходят с его лицом. В конце концов у него развились бредовые идеи о превращении тела и слуховые галлюцинации, ему был поставлен диагноз шизофрении, и он госпитализировался несколько раз в различные психиатрические больницы на периоды от нескольких недель до нескольких месяцев. На повторяющееся лечение высокими дозами нейролептиков и электрошоком он реагировал так, что мог возвращаться домой и в школу. В эти периоды, однако, он открыто проявлял антисоциальное поведение; был лжив и агрессивен, эксплуатировал и обманывал соучеников и учителей; временами был жесток, и снова исключался из школы. Тогда он снова замыкался в своей комнате и проявлял симптомы психоза.

Ко времени поступления к нам в больницу после по крайней мере восьми лет прогрессивно ухудшавшейся болезни, у него был диагноз хронического недифференцированного шизофренического заболевания. В связи с впечатляющим улучшением, которое наступало после лечения нейролептиками и последующим развитием явного антисоциального поведения, за которым следовала новая регрессия в психоз, он рассматривался в качестве редкого случая «псевдопсихопатической шизофрении».

Отцом Ральфа был зарубежный бизнесмен, разрабатывавший новые методы глубокой переработки мусора. Экологически ориентированные законодатели и бывшие сотрудники на его родине ставили эти методы под вопрос, и в результате длительных судебных тяжб он чувствовал себя озлобленным и загнанным и должен был тратить огромное количество времени и энергии на юридические и политические, а не на деловые вопросы.

Мать Ральфа никогда не возникала как реальный человек в процессе

всех взаимодействий больничного персонала с семьей. Она редко (если вообще это делала) навещала своего сына; именно отец в сопровождении юридического консультанта приезжал в больницу для обсуждения планов лечения Ральфа. Кроме своих редких визитов в США, чтобы навестить Ральфа, несколько старших братьев и сестер также оставались в тени и в отдалении на протяжении всего лечения. Отец выражал искреннее чувство безнадежности по поводу лечения Ральфа; он выбрал эту больницу в качестве последней надежды и подразумевал, что хотя у него нет достаточно времени, чтобы участвовать в лечении, он, конечно, будет очень благодарен, если Ральфу помогут.

Это случай, как и случай Лусии, был окружен климатом VIP. Аура власти, исходившая от юридических и политических баталий отца, и огромное состояние семьи приводили ко всякого рода слухам и домыслам.

Я был прикреплен к этому пациенту доктором Б., директором больницы, который заменил доктора А. (получившего должность в другом месте) примерно через год после того, как Лусия покинула больницу. Доктор Б. сочувствовал философии больницы гораздо в большей степени, нежели философии Института, то есть придерживался эмпирического, основанного на здравом смысле подхода к пациентам и скептически относился к приложимости аналитического понимания к больничному лечению.

Он сказал мне, что считает Ральфа очень тяжелым пациентом, который, несомненно, будет вовлекать меня в споры, и он надеется, что я смогу поддержать твердую структуру и избежать вовлечения в состязания такого рода. Доктор Б. выглядел дружелюбным и общительным и имел репутацию человека, стремящегося избегать конфликтов и очень уступчивого по отношению к давлению со стороны председателя и других членов правления больницы. Тогда как доктор А. был авторитетен и даже авторитарен в своем обращении с научными сотрудниками и персоналом, доктор Б. старался, где это возможно, достичь консенсуса. Однако в противоположность своему предшественнику, он не оказывал поддержки научным сотрудникам и персоналу, когда влиятельные люди извне оказывали на них давление. Я понял, что в том, что касается Ральфа, я буду иметь всю необходимую больничную поддержку, пока лечение не вторгнется в горячие воды VIP.

Первый раз я увиделся с Ральфом у него в комнате; когда я вошел, он смотрел в зеркало, изучая свое лицо, поскольку, как он объяснил мне, его беспокоили прыщи. Он сказал, что пользуется различными антисептическими кремами для лица, чтобы справиться с дефектами кожи на лице и шее. Я не смог заметить никаких аномалий у него на лице. В комнате стоял легкий прогорклый запах, который, казалось, шел не от Ральфа. Она была заполнена тубиками с кремами для лица и коробками салфеток для лица, которые он использовал для очистки пальцев и для втирания крема. Использованные и скомканные салфетки валялись на кровати, на стульях и на полу.

Поскольку было непонятно, сможет ли Ральф в достаточной степени дифференцировать психотерапевта от лечащего врача-психиатра, мне поручили больничное ведение этого случая полностью, включая психотерапию. Клара, старшая сестра, сказала мне, что ее подчиненные спорят по поводу того, как обращаться с Ральфом. Следует ли убирать его комнату и создавать ему распорядок дня, который бы ставил ему ясные задачи, границы и пределы – иными словами, следовать «Эго-психологическому» подходу? Или ему следует позволить регрессировать дальше, усердно исследуя психологическое значение его причудливого поведения, чтобы установить с ним контакт и, в конце концов, привести к окончанию психологической регрессии психотерапевтическими средствами – другими словами, следовать подходу «Честнат Лодж»¹? История ограниченных улучшений при интенсивном лечении нейролептиками и электрошоком и тот факт, что Ральф переходил к антисоциальному поведению, а не к более адаптивному непсихотическому состоянию, давили на меня тяжелым грузом. Я решил отложить определение лечебной стратегии до тех пор, пока не узнаю о пациенте больше.

Я должен сказать, что первой моей эмоциональной реакцией на Ральфа было отвращение. Я не мог не отреагировать на прогорклый запах, покрытые жиром дверные ручки и стулья в его комнате, и при этом я был вынужден встречаться с ним в его комнате, так как он отказывался ее покидать. На одном из наших первых сеансов, пока я сидел на (засаленном) стуле, а он на постели, Ральф сказал: «Я кажусь Вам довольно отвратительным», – и я потерял дар речи от точности его наблюдения. И поскольку я реагировал на него как испытывающая отвращение авторитетная фигура, я не мог заметить и признать его очевидного удовольствия от игры с грязью, с грязными, липкими субстанциями, с экскрементами. По той же причине я также не был способен связать его удовольствие от игры с грязью и мусором с конфликтом по поводу того, подчиняться ли своему отцу, идентифицироваться с ним или бунтовать против отца, «короля» переработки промышленного мусора в полезные продукты, и человека, обвиняемого в загрязнении окружающей среды продуктами своего производства.

У Ральфа был ужасный страх, что я войду к нему в комнату, не дав ему времени «приготовиться». Он просил меня стучать, пока он сам не откроет дверь (что иногда занимало несколько минут), и всегда выглядел испуганным и подозрительным, когда я входил в его комнату. Я думал, что он пытался убрать комнату, перед тем как я войду, или ликвидировать следы какого-то странного ритуала, но все мои попытки понять, почему он заставлял меня так долго стучать, только возбуждали тихий странный смех, который я, в конце концов, определил как иронический и унижаю-

¹ Честнат Лодж (Chestnut Lodge) – психиатрическая больница в США, где, в частности, работает выдающийся специалист в области психоаналитического лечения больных тяжелыми формами шизофрении Харольд Сирлз (Searles). Известна своим особым подходом к лечению шизофрении больничной средой (milieu).

щий.

Пока я пытался оценить ситуацию, поведение Ральфа регрессировало все больше и больше; любые усилия сестринского персонала как-то мобилизовать его вызвали у него сильную ярость. Он был сильный и крупный мужчина, и женский персонал боялся подходить к нему. Наконец, продолжительный ритуал «стучания в дверь» вызвал у меня фантазию, что одной из его функций было выставить меня перед сестринским персоналом как слабого и пугливого. Сестры говорили о Ральфе как о «предоставляющем аудиенции» мне и избранным членам персонала.

Мои попытки помочь Ральфу вербализовать его фантазии и страхи в связи с этими вопросами ни к чему не привели. Он говорил расплывчато и неясно о своем лице и о том, что он считал мешающей назойливостью сестер. В конце концов я совместно с сестринским персоналом придумал план лечения, который бы охранял частную жизнь Ральфа в его комнате в течение определенных часов дня, но также включал минимальную программу активности (прогулки на природе, участие в простой рабочей группе для регрессировавших шизофреников) на базе регулярного расписания. Его комната должна была убираться так же, как и другие больничные комнаты, за исключением того, что некоторые шкафы оставались за ним, чтобы он мог хранить в них то, что хочет, включая его кремы и салфетки.

План стал работать, но с непредвиденными результатами. Специальный сотрудник больницы был приставлен к Ральфу на утренний период активности, другой специальный сотрудник – на вечерний. Оба санитара были проинструктированы выполнять сходные функции – то есть помогать Ральфу как следует одеваться для прогулки на воздухе и работы и давать ему возможность обсуждать все, что он хочет, относительно его жизни в больнице. Утренний санитар был негр, вечерний – белый. Клара, старшая сестра отделения, была негритянкой, а начальница Клары, главная медсестра больницы – белой женщиной. Ральф быстро сблизился с белым санитаром, который произвел на него (и на меня первоначально) впечатление дружелюбного, общительного, полного энтузиазма мужчины. Ральф также быстро и сильно возненавидел черного санитара, который первоначально производил на меня впечатление дружелюбного, общительного и теплого, но постепенно стал напряженным и заторможенным, когда столкнулся со словесными, а затем и физическими оскорблениями со стороны Ральфа.

Клара и я думали, что это явный случай расщепления, который требует психотерапевтического исследования, но жалобы пациента на черного санитара достигли кабинета главной медсестры больницы, которая рекомендовала заменить его на другого сотрудника. Клара и я сильно сопротивлялись этой рекомендации: я думал, что это подкрепит операции расщепления у Ральфа и усилит как его регрессивное всемогущество, так и более глубокие страхи деструктивных последствий

своей агрессии. Ситуация еще больше усложнилась благодаря визиту отца Ральфа и развитию дружеских контактов между пациентом, его отцом и белым санитаром, который, согласно Ральфу, предложил полностью взять на себя уход за ним и согласился с тем, что черный санитар действительно ничем не помогает ему. Отец Ральфа поговорил с доктором Б., который, в свою очередь, поговорил с главной медсестрой, а она оказала сильное давление на Клару, чтобы удалить черного санитаря.

Теперь оказалось, что весь сестринский персонал разделился по расовому признаку. Помимо этого, я и прежде был критически настроен по отношению к главной медсестре, считая ее холодной и недоступной (мнение, совпадавшее с мнениями большинства других заведующих отделениями). Она, однако, имела социальные связи с членами правления, что очень сильно сказывалось на ее поддержке со стороны доктора Б. Эмоционально я стал полностью сторонником Клары и черного персонала; и теперь вся социальная система больницы постепенно расширяющимися кругами стала расщепляться: власть, с одной стороны, и бунтари, с другой.

В своих беседах с Ральфом я пытался помочь ему вербализовать чувство, что он находится между двумя мирами: «белым» миром конформности, устоявшихся авторитетов и защиты против «черного» мира протеста, опасности и насилия. Я также пытался связать это с его собственным внутренним конфликтом между потребностью подчиниться своему могущественному отцу, апеллируя к «высшим авторитетам» больницы, чтобы они защитили его от бунтарей, и потребностью восстать против отца, отказываясь покинуть свою комнату и загрязняя ее кремами для лица и салфетками. В то время как его отец перерабатывал мусор, он давал материал для мусора. Короче говоря, я пытался объяснить ему, что разделение его чувств между двумя санитарями представляло попытку справиться с двумя аспектами себя самого. Ральф отреагировал на это тем, что стал более подозрителен и недоверчив ко мне; теперь он явно воспринимал меня как врача, в то время как его отношения с белым санитаром становились с каждым днем все ближе.

В конце концов меня вызвал доктор Б., который обсудил со мной свою озабоченность, что семья пациента может расстроиться и пожаловаться непосредственно председателю правления больницы. Он предложил, очень дружелюбным тоном, что раз Ральф все равно, наверное, безнадежный случай, то почему бы не успокоиться на этом? Он чувствует, что я работаю под огромным давлением, и что мои энергия и знания могут найти себе лучшее применение в других случаях; он спросил, что я думаю по поводу перевода пациента. После долгого обсуждения я уступил, признав собственные ограничения, и, действительно, почувствовал себя гибким и зрелым, поступая так, и благодарным за ту дружескую форму, в которой доктор Б. обсуждал этот случай со мной.

Я покинул кабинет доктора Б. в спокойном состоянии духа и выехал

домой. Внезапно, ведя машину, я ощутил сильное чувство тревоги и подозрительности; возможно, не было бы преувеличением сказать, что я стал параноидным. У меня возникла фантазия, что этот дружеский разговор был первым шагом в процессе моего выживания из больницы. Я заподозрил доктора Б. в том, что он получил от вышестоящего начальства инструкции избавиться от меня. Я внезапно также вспомнил, что еще утром Ральф спрашивал меня, говорил ли я с доктором Б. Теперь я думал, что, не известив меня, Ральфу уже сказали, что он будет переведен к другому психиатру. Я решил тут же вернуться в больницу и установить «правду», обсудив этот вопрос с Ральфом.

Ральф отказался вспомнить, что он спрашивал меня о разговоре с доктором Б. У меня также было ощущение, что белый санитар, присутствовавший при этом, смотрит на меня торжествующе.

Тем же вечером я обсудил эту ситуацию с Кларой, которая категорически уверила меня, что согласно известным ей слухам, никто в больнице меня не критикует. Она сказала мне открытым текстом, что я веду себя параноидно, думая, что меня могут уволить из-за конфликта вокруг пациента. Она подтвердила мою точку зрения, что Ральф активировал потенциал расовой напряженности в больнице, и согласилась с моей оценкой доктора Б., как слишком склонного к компромиссам и неспособного занять твердую позицию. Она чувствовала, что главная медсестра имела больше влияния в этом вопросе.

Ральфа перевели к другому больничному психиатру. После еще шести месяцев лечения в нашей больнице было сделано заключение, что нет никакого реального прогресса, и семья решила перевести его в другое психиатрическое учреждение. Катамнестическая информация, полученная через несколько лет из косвенных источников, гласила, что в конце концов Ральф был направлен в государственную больницу на родине, где и умер в результате несчастного случая, во время возникшего там пожара.

ОБСУЖДЕНИЕ

Здесь у меня снова очень быстро возник сильный и разрушительный контрперенос в виде первоначальной реакции отвращения и отказа анализировать ее последствия. В своей комплементарной идентификации с диссоциированным и проецируемым отвращением Ральфа к самому себе («Я должен казаться всем довольно отвратительным») я стал заторможенным из-за его подозрительного ожидания такого отвращения с моей стороны и из-за его контролирующего поведения, нацеленного на то, чтобы заставить меня почувствовать вину за мою реакцию отвращения. Использование Ральфом проективной идентификации доминировало в терапевтических отношениях с самого начала. Он идентифицировался с обесцениваемыми, преследующими и преследуемыми врагами своего отца, при этом его борьба против ужасной власти отца проецировалась на меня в ритуале отсрочки открывания двери в комнату. Одновременно своими салфетками и кремами он также идентифицировался с отцовским

контролем над промышленным мусором. Конфликт между отцовской (белой) властью и опасными (черными) бунтовщиками против империи отца повторно разыгрывался в расщеплении им образов двух санитаров и последующей инициации аналогичного конфликта на большей арене всей социальной системы больницы.

И опять моя комплементарная идентификация в контрпереносе, следствие проективной идентификации пациента, привела меня к идентификации с его «врагами» и к моему альянсу с (черной) Кларой и ее сторонниками в противостоянии (белой) главной медсестре и ее сторонникам, что, в конце концов, привело к моему отстранению от лечения в результате альянса доктора Б., главной медсестры и отца пациента.

Интересно, что даже в рамках крайне регрессивного сценария, который разыгрывался в этом случае, активировалась и эдипова констелляция – в моем альянсе с Кларой против главной медсестры, холодной, дистантной, эмоционально недоступной, и опасной материнской фигуры, которая только впоследствии срезонировала в моем уме в качестве отражения собственной таинственной, дистантной, недоступной матери пациента.

Я считаю, что эти события также иллюстрируют разложение социальной системы больницы, приведшее в конце концов к удовлетворению требований пациента избавиться от черного санитаря, к смене терапевта и к усилиям директора больницы «успокоить» страсти по отношению к явно «особому пациенту».

Кроме того, эти события иллюстрируют повторяющийся, драматический обмен ролями жертвы и преследователя так типичный для примитивных переносов. Параноидная реакция Ральфа на меня за мое «нашествие» к нему в комнату, защитный ритуал настаивания на том, чтобы я стучал в дверь, его жалкие усилия спрятать салфетки и кремы были последней линией обороны фекального мира, находящегося под угрозой разрушения со стороны «чистого и сильного». Моя собственная интенсивная «параноидная» реакция по дороге домой после беседы с доктором Б. иллюстрирует мою идентификацию с пациентом как с жертвой, мой страх, что мой собственный мир заведующего отделением будет разрушен, мое чувство, что на меня напали, и я потерпел поражение.

Здесь опять проективная идентификация пациента активировала у меня мощную контртрансферентную реакцию, комплементарную идентификацию, подкрепленную латентными конфликтами в больнице, которая была запущена глубоко регрессивным поведением пациента. В моем функционировании на границе между пациентом и социальной системой больницы я бессознательно внес вклад в развитие соответствия между интрапсихической и социальной патологиями.

Теперь я думаю, что мне следовало быстро прояснить значение «отвратительного» мира «промышленных отходов» пациента, его бессознательные идентификации с жертвой и преследователем, и

проинтерпретировать его попытки по расщеплению персонала как способ экстернализации внутренне непереносимого напряжения между двумя сторонами себя. Если бы я смог идентифицироваться с собственным удовольствием пациента по замарыванию мира его могущественного отца, и если бы я не чувствовал себя настолько виноватым из-за своей идентификации с преследующим, «отвратительным» авторитетом, я мог бы использовать понимание этих примитивных объектных отношений в переносе жертвы и преследователя и попытаться уменьшить расщепление между Кларой и главной медсестрой, вместо того, чтобы подыгрывать ему. Тогда было бы легче постепенно интерпретировать удовольствие пациента от «фекального восстания», его страх, что он будет разрушен отцом, мстительное превращение больницы в кучу экскрементов и идентификацию с отцом в контроле над больничным лечением.

РЕГРЕССИВНЫЕ ГРУППОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В БОЛЬНИЦЕ

Поведение пациентов в терапевтической среде имеет тенденцию вызывать нарушения межличностных отношений среди больничного персонала, которые бессознательно воспроизводят в социальном окружении пациента интрапсихический мир его объектных отношений (Main, 1957). Как мастерски описывают Стэнтон и Шварц (*Stanton and Schwartz, 1954*), такие вызванные пациентами нарушения в социальной системе больницы активируют потенциальные социальные конфликты, существовавшие еще до вхождения пациента в эту систему, которые способствуют возникновению кругового процесса, когда интрапсихическая и социальная патология подкрепляют друг друга. Мы только что уже были свидетелями широко распространенных последствий проективной идентификации. Проективная идентификация является главным фактором, с помощью которого пациент вызывает комплементарные идентификации в контрпереносе у больничных терапевтов и запускает межличностные конфликты у персонала, взаимодействующего с пациентом, и даже во всей социальной системе больницы в целом, что приводит к дальнейшему подкреплению контрпереноса терапевта и опасному усилению возможности отыгрывания его вовне.

Другой теоретической основой, используемой здесь, является подход с точки зрения психоаналитической теории открытых систем к групповым процессам в больших группах, возникающим в социальных организациях (*Kernberg, 1976*). Больничный психиатр пациента находится на границе между пациентом и социальной системой больницы и, таким образом, находится в позиции лидерства по отношению к пациенту в больнице и для больницы по отношению к пациенту. Эта лидерская функция включает в себя, конечно, ориентированный на задачу аспект, исходящий от технического, профессионального и административного авторитета, но она также содержит примитивный «теневой», молчаливый, но мощный аспект – лидера потенциально регрессивной большой группы, которую

представляет больничная среда (*Turquet, 1975*). Следующий аспект является еще более незаметным и присутствует всегда: это аспект разыгрывания роли во внутреннем сценарии патологических объектных отношений, активизирующихся и отыгрываемых в больнице. В качестве лидера этих двух реципрокных больших групп, взаимодействие между которыми происходит в его эмоциональных переживаниях, больничный терапевт склонен втягиваться в роли, являющиеся комплементарными к тем ролям, которые отыгрываются собственными переживаниями пациента и потенциальными процессами большой группы в больничной среде. Семейная патология пациента, спроецированная на его отношения с терапевтами и персоналом больницы, и латентные конфликты персонала больницы по поводу профессиональных, социальных и идеологических вопросов создают специфическую эмоциональную турбулентность вокруг каждого пациента. В качестве мишени для проективной идентификации пациента больничный терапевт может быть регрессивно искушаем отыгрывать доминирующие Я- и объект-репрезентации пациента, и одновременно становится потенциальным лидером регрессивной большой группы в больнице (*Kernberg, 1984*). Ясность или нечеткость административной структуры и делегирования власти в больнице, навыки и знания терапевта, его личность, его специфический контрперенос на пациента, его отношения с медицинским персоналом и руководством больницы, их соответствующие идеологии, – все это вносит свой вклад в создание специфической, естественной и противоестественной комбинации, усиливающей интрапсихическую патологию пациента в данной социальной системе и вызывающей отыгрывание доминирующих в социальной системе больницы конфликтов.

В других работах (1980, 1983) я уже имел дело с процессами в больших группах и их диагностическим и терапевтическим использованием в больничном лечении. Здесь я бы хотел подчеркнуть соответствие между регрессивными состояниями Эго пациентов и регрессивными процессами в больших группах в том, что они вызывают у всех их участников «нарциссические» и/или «параноидные» реакции. Мы наблюдали синдром нарциссической отстраненности у каждого, кто был вовлечен в лечение Лусии. Мы наблюдали параноидное развитие в социальном окружении Ральфа. Процессы в больших группах имеют тенденцию приводить к тому, что группа становится самодовольной и склоняется к нарциссическому лидерству, или они превращают ее в активную «толпу», движимую агрессивными импульсами по отношению к внешним врагам, ведомую параноидным лидером (*Kernberg, 1983*).

Возможно, наиболее разрушительным и драматическим является разложение моральных ценностей, которое обычно является частью регрессивных процессов, которые я описываю. Фрейд (*Freud, 1921*) впервые описал, как члены толпы проецируют идеал Эго на идеализируемого лидера. Результатом является устранение моральных ограничений, так же, как и связанных с Супер-Эго функций самокритики

и ответственности каждого из участников. В больших группах – то есть в группах от 30 до 150 человек, которые еще могут общаться друг с другом (и поэтому еще не являются толпой), но которые не имеют (по крайней мере, в данный момент) функционального лидерства – проекция функций Супер-Эго на лидера, конечно, не может развиваться (*Turquet, 1975; Kernberg, 1980, p.219-220; Anzieu, 1985*). Взамен этого происходит проекция примитивных функций Супер-Эго на саму группу. Вместо проекции зрелых функций Супер-Эго каждого индивидуального члена на группу в целом, члены большой группы склонны проецировать на группу минимальную, очень традиционную мораль. Ригидность и недостаток различительных характеристик этой традиционной морали создает генерализованный страх, «как могут отреагировать другие», в то время как индивидуальные члены этих групп «освобождаются» от своих обычных, зрелых функций Супер-Эго и склонны пытаться «выйти сухими из воды». Комбинация диффузной конвенциональности и сниженного индивидуального чувства ответственности создает условия для общего разложения преданности моральным нормам внутри группового сеттинга. Это является той основой, на которой самоизвиняющая групповая идеология, предлагаемая нарциссическим лидером, и рационализация агрессии, обеспечиваемая параноидным лидером, подкрепляют моральное разложение регрессивных больших групп.

Зиновьев (*Zinoviev, 1984*) описывает характеристики групп, чья эгалитарная идеология способствует проекции морального авторитета на группу в целом, и, в конце концов, чтобы защитить их эгалитаризм, – на внешние «преследующие» властные фигуры. Он описывает распространенность в таких условиях карьеризма, эгоизма, забвения интересов дела, удовольствия от неудач других, тенденций группироваться против тех, кто лучше, поиска умиловливающих жертв и потребности в авторитарном лидере, который мог бы быть медиатором угрожающих конфликтов внутри группы. Такие группы также демонстрируют негативное отношение к индивидуальности, дифференциации индивидов и смелости. Это описание, основанное на изучении эгалитарной структуры групповых процессов на фабриках, в школах и других социальных организациях в Советском Союзе, является драматическим отражением исследований психологии процессов в больших группах, которые проводились экспериментально Райсом (*Rice, 1965*), Турке (*Turquet, 1975*) и Анзье (*Anzieu, 1984*). Моя мысль состоит в том, что, принимая во внимание огромную потенциальную возможность разложения Супер-Эго в больших группах при регрессивных условиях, мы должны учитывать также и драматическую и опасную возможность отражения в больничной социальной системе специфической патологии Супер-Эго пациентов.

Проективная идентификация, таким образом, является мощной примитивной защитной операцией, способной вызвать мощные контртрансферентные реакции в форме комплементарной идентификации

у терапевта и одновременно регрессивные групповые процессы в больничном сеттинге, непосредственно запуская латентные конфликты в социальной системе больницы. Лидерские функции терапевта, активируемые, таким образом, в большой группе, создают условия взаимного подкрепления патологии пациента, патологии группы и контрпереноса терапевта, приводя в худшем случае к отражению внутри социальной системы социальной, семейной и интрапсихической патологии пациента. Если эта патология включает в себя значительные нарушения Супер-Эго, то потенциальное разложение социальной системы больницы может отражать и усиливать соответствующие аспекты интрапсихической патологии пациента.

Перевод А.Ф.Ускова

ЛИТЕРАТУРА

- Anzieu D. (1984). *The Group and the Unconscious*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Freud S. (1921). *Group psychology and the analysis of the Ego*. *Standard Edition*, 18: 69-143.
- Kernberg O.F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Arouson.
- Kernberg O.F. (1980). *Adolescent sexuality in the light of group processes*. *Psychoanalytic Quarterly*, 49(1): 27-47.
- Kernberg O.F. (1983). *Psychoanalytic study of group processes: Theory and applications*. In *Psychiatry 1983: APA Annual Review*. Washington, D.C: American Psychiatric Press, 2: 21-36.
- Kernberg O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Main T. (1957). *The ailment*. *British J. of Medical Psychology*, 30: 129-145.
- Racker H. (1957). *The meaning and uses of countertransference*. *Psychoanalytic Quarterly*, 26: 303-357.
- Rice A.K. (1965). *Learning for Leadership*. London: Tavistock.
- Stanton A. and Schwartz M. (1954). *The Mental Hospital*. New York: Basic Books.
- Turquet P. (1975). *Threats to identity in the large group*. In *The Large Group: Dynamics and Therapy*, ed. L.Kreegev. London: Constable, p.87-144.
- Zinoviev A. (1984). *The Reality of Communism*. New York: Schocken.