

«ТЕПЕРЬ Я СНОВА ЧЕЛОВЕК»:**ТРАНСФОРМАЦИЯ РАННЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ
ПОСРЕДСТВОМ ФОРМИРОВАНИЯ НОВЫХ
РЕПРЕЗЕНТАЦИЙ***

У.ФОЛЬЦ-БОЕРС**

У пациентов с тяжелыми сепарационными травмами, имевшими место на первом году жизни, часто уже в ходе первых психотерапевтических сеансов активизируются фрагменты присущих им травматических реакций. Они пытаются бежать из ситуации анализа, защищая себя от ожидаемой повторной травматизации. На материале отдельных случаев автор показывает, каким образом уже на самых начальных этапах лечения ей удается достичь доверительных отношений с пациентом. Она использует гипотетическую смысловую конструкцию, в рамках которой пациенту предлагается установить внутреннюю взаимосвязь между его ранней травмой и попыткой прервать лечение. В ходе дальнейшей терапии, посредством углубления аффективного переживания травматической реакции в переносе и контрпереносе, постепенно формируются образные и словесные символические репрезентации. При этом происходит формирование новых репрезентаций (защищающего материнского объекта и измененного детского Эго). Тем самым травматическая реакция постепенно становится все более доступной для ее переработки как невротической эдипальной защиты от конфликта. Лечение ведет к трансформации травмы путем пошагового изменения внутриспсихических репрезентаций.

Введение

Согласно современным представлениям, тяжелая травматизация ребенка в раннем детстве подрывает функции формирования наиболее существенных для его психического развития репрезентаций (Kinston, Cohen, 1988; Kuchenhoff, 1998). В этих условиях как сама травма, так и связанные с ней телесные ощущения, аффекты, фантазии, а также за-

* Посвящается г-ну проф. Карлу Клюверу (Carl Kluver).

** Ursula Volz-Boers. «Ich bin wieder ein Mensch»: Transformation des frühen psychischen Traumas durch Neubildung von Repräsentanzen. Статья публикуется с разрешения журнала «Psyche», в котором она была впервые опубликована («Psyche», № 11, 1999).

крепленные за ними значения либо вообще не репрезентированы в психике, либо репрезентированы бессвязно. Наблюдения за младенцами убеждают, что генерализованные довербальные эпизоды межличностного общения представляют собой важнейший строительный материал для ментальных репрезентаций (*Stern, 1996, с.189*). Травматизации, пережитые ребенком на первом году жизни, наносят ущерб этим предшественникам репрезентаций и ведут к структурным нарушениям Эго (*Furstenau, 1979*). Гринэйкр (*Greenacre, 1967, с.15*) указывает, что ранняя травма специфическим образом отражается на развитии Эго, вызывая нарастание первичного нарциссизма и интенсификацию первичных идентификаций (механизмов проекции-интроекции), а также проявляясь в искажениях образа тела и раннего чувства реальности. В работе Ван дер Колька (*Van der Kolk, 1998*) акцентируется неспособность ребенка к символической переработке травмы, то есть к категоризации сенсорных и аффективных переживаний, интеграции их с другими переживаниями и к последующей коммуникативной их передаче посредством речи.

Мысль о том, что травматическое состояние следует понимать как отсутствие репрезентаций, как своего рода «дыру» в структуре Эго, что свидетельствует о преимущественно сенсомоторно воспринимаемой, биологической регуляции определенных функциональных областей, прослеживается также в указании А.Руфффио. Автор отмечает, что негативные ощущения «испуга, внутренней пустоты и какого-то безымянного страха ... происходят из пиктограммы отвержения», причем «в душе [не остается] никаких репрезентаций, ею владеет чисто физиологический, ни с чем не связанный психический аффект» (*Eiguer, Ruffiot, 1984, с.140*).

Пациенты с ранней травматизацией побуждают психоаналитика (и психоаналитический метод в целом) обращаться к их довербальному опыту. Оставаясь перед лицом невысказанного, страдающий человек пытается выразить свои переживания не посредством речи, а через телесные сигналы, аффективные состояния, смутные настроения и импульсы к действиям, которые находят отражение в контрперсоне аналитика. Допуская подобную невербальную коммуникацию, ощущая ее, методично оценивая аффекты, фантазии, реальность и бессознательные значения пациента, а также возможности взаимодействия, стимулирующие его развитие, находя слова для соответствующих интервенций, мы получаем возможность расширения нашей традиционной психоаналитической техники. Структурные нарушения Эго, являясь следствием ранней травматизации пациентов и одновременно выступая причиной переживаемых ими невротических конфликтов, предъявляют определенные требования к технике лечения, описание которой и составляет цель данной работы.

В приводимых клинических примерах я хочу отразить трехступенчатую модель переработки ранней травмы в психоаналитическом процессе. Лечение ведет к трансформации травмы через пошаговое изменение

структуры ее внутриспсихической репрезентации. В психоаналитическом взаимодействии, в ходе построения пациентом новых репрезентаций себя, объекта и отношений с ним, явления отгораживания, расщепления и диссоциации отступают, а на их место приходят психическая реальность и способность к переживанию конфликта. Тем самым травматическая угроза, которая накануне терапии переживается как реально существующая в настоящем анализанда, получает возможность символизации и переадресовки ее прошлому. Навязчивое повторение, обусловленное травматическим переживанием, кардинальным образом модифицируется. Героини клинических случаев, представленных в данной работе, вновь обретают оптимизм и стремление к жизни.

Клинический материал (первая ступень переработки травмы).

Г-жа А., 29 лет, обратилась за психотерапевтической помощью в связи с продолжительными головными болями, которые возникли 12 лет назад одновременно с ее первыми, лишенными любви, сексуальными отношениями. К этому времени она уже имела многолетний опыт безуспешного соматического лечения. Отчаявшись, она решила «попробовать психоанализ как последнее средство». Она была вторым ребенком в семье из семи человек, выросла в поселении для бездомных, в настоящее время жила одна и работала служащей (*leitende Angestellte*). Кроме головных болей, пациентка страдала от аноргазмии, промискуитета и некоторых параноидных черт. В 15 лет она совершила суицидальную попытку, прибегнув к таблеткам.

На третьем психоаналитическом сеансе она заявила, что через три недели прервет анализ, чтобы проверить, насколько он успешен. Пребывая в состоянии упрямой решительности и демонстрируя свою непреклонность, она заявила, что если я на это не соглашусь, то совсем уйдет. Ее позиция содержала в себе реальную угрозу для сохранения нашего рабочего альянса, а мне не хотелось терять ни г-жу А., ни нашу целевую установку. Обсуждать заново условия сеттинга или высказывать комментарий по поводу того давления, которое она на меня оказывала, мне в тот момент казалось неуместным: я чувствовала, что подобный шаг может вызвать обиду у пациентки и, более того, послужит косвенным свидетельством того, что я не понимаю ее. Стремясь обеспечить нам обоим свободу действий, я задала ей вопрос, в котором интуитивно соединила все то небольшое, что уже знала по ее поводу. Я имею в виду ситуацию, характеризующую начало нашей работы, возникшее отчуждение, угрозу обрыва терапевтического альянса и складывающуюся у меня фантазию относительно первых дней ее жизни... Я спросила пациентку, не рассказывал ли ей кто-либо и когда-либо о первых неделях ее жизни?

Деловито, дистанцированно и неэмоционально она ответила: «Через три недели после моего рождения мать отправила меня на неделю к своей подруге. Ей должны были сделать сложную операцию на придатках,

потому что я, как она меня всегда упрекала, во время родов своей твердой головой разорвала ей что-то в животе».

Таким образом, г-жа А. дала понять, что она была глубоко ранена, как самой этой ранней разлукой с матерью, так и последующими обвинениями. Отчетливо проявлялась параллель между твердостью головы, проявившейся во время родов, и ее твердолобостью теперь, в исполненном угрозы диалоге со мной. Я невольно подумала, что она испытывает страстное желание, чтобы я смогла произвести ее на свет, не рая и без упреков.

Мои невольные мысли я сформулировала в виде следующего гипотетического истолкования, своего рода *конструкции*, устанавливающей связь между инфантильной сценой и актуальным поведением пациентки: «Я полагаю, что и сам этот тягостный упрек, и тот факт, что в возрасте трех недель, то есть крайне рано, Вы были вынуждены разлучиться с матерью, должны были внутренне ранить Вас. Теперь я лучше понимаю, почему Вы и здесь хотите взять перерыв, спустя всего лишь три недели после начала анализа. Вы переворачиваете всю ситуацию, быть может, из опасения, что эта рана снова повторится здесь, между нами: теперь Вы намерены уйти от меня, как когда-то Ваша мать – от Вас. За этим обменом ролями и стремлением контролировать ход нашей работы таятся боль по поводу оборванного контакта и страстное желание быть вместе».

Она спокойно отвечает: «Ах, вот как происходит психоанализ...» Во время последовавшей за этой репликой паузы, носки ее ног, торчавшие сначала вертикально вверх, слегка расслабились и опустились. Через некоторое время она сказала, что левая часть ее тела чувствует приятное тепло.

Г-жа А. пробыла в анализе еще около четырех лет, встречаясь со мной четыре раза в неделю, в целом около 500 часов. Она окончила анализ, избавившись от головных болей и суицидальных устремлений, со смягченной паранойей и возросшей верой в свою способность любить и в свое право испытывать конструктивную ярость по отношению к себе и к другим. Расставаясь, она сказала, что многое достигнуто, вот только во время любовных ласк она не испытывает оргазма. Как только это изменится, она намерена послать мне бутылку шампанского. Шампанское я получила через три месяца.

Клинические проявления ранней травматизации. Травматизации на первом году жизни ребенка могут привести к нарушениям, которые сопровождаются психосоматической симптоматикой, приступами паники, психотическим кризисом, депрессией, суицидальными устремлениями, разного рода зависимостями и сексуальными расстройствами. Особенно часто имеют место неудачные отношения с сексуальными партнерами. Пациенты жалуются на чувство ненужности, пустоту, внутреннее беспокойство, ощущение потерянности. Они говорят о своем страхе одиночества, о предательстве в любви и утрате любви, описывают чувство

отчуждения от самого себя, жалуются, что в собственном теле они ощущают себя чужими, не могут ни смеяться, ни плакать, кажутся себе неестественно недоверчивыми. Некоторые говорят о страхе пропасть, так что этого никто и не заметит. Они не могут любить и не могут ненавидеть без того, чтобы не разрушать; они не могут ощущать хода времени и бояться, что их «архаические муки» (Винникотт, 1974, с.119) не закончатся и после смерти.

Первый шаг в лечении: пациенту предлагается конструкция ранней травмы. Я исхожу из собственных наблюдений, свидетельствующих о том, что пациенты, пережившие раннюю травматизацию, уже в первые моменты психоаналитического лечения демонстрируют активацию процесса, специфического для подобной травмы. Строя отношения с аналитиком, они нередко разыгрывают непонятные и кажущиеся бессмысленными сцены, предъявляют требования или решения, за которыми смутно угадывается парадоксальное сочетание особой адресованной терапевту симпатии при одновременной готовности все бросить. Трудности при нахождении дороги в офис аналитика, вопреки подробным разъяснениям; забывчивость и непонимание при обговаривании дня и часа встречи, размеров гонорара или медицинской страховки; взаимные неудачные попытки вступить в личный контакт и объясниться – все это поначалу не может не поражать. При этом пациенты могут вызывать у аналитика чувство отчуждения, а то и откровенного раздражения, сопровождающихся мыслями о том, что развитие едва-едва начавшихся терапевтических отношений уже находится под угрозой их внезапного «обрыва» по причине какой-то параноидно-агрессивной спутанности, исходящей от пациента.

Такого рода переживания могут вызвать у аналитика внутреннее или моторное беспокойство, как и разнообразные проявления телесного дискомфорта типа сухости во рту, гусиной кожи, чувства тяжести в желудке или в груди, ощущения глухой тупости в голове одновременно с заторможенностью мышления. Эти неприятные ощущения, находящие свое место в контрпереносе, соответствуют сценарию «обрыва» как бегства пациента из ситуации терапии. На мой взгляд, посредством проекции и проективной идентификации пациент не только защищается от переживаний раздражения, параноидального страха и ярости, угрозы быть покинутым или самому покинуть терапевта, но также и дает терапевту понять нечто о фрагментах своих невоспроизводимых воспоминаний, о своем внутреннем мире, лежащем по ту сторону слов. Угрозу прекращения терапии я понимаю как довербальную информацию о пережитом в раннем детстве разрыве ближайших отношений. И теперь пережитая боль оборачивается попыткой причинения такой же боли «другому».

Под влиянием переполняющих душу чувств «не укрощенной примитивной агрессии» (Pines, 1982, с.6), проецируемых на аналитика, у па-

циента возникает тревожное ожидание и даже убеждение, что и аналитик, в конечном счете, окажется тем же самым, что и все травмирующее окружение или травмирующий объект (*Holderegger, 1993; Kuechenhof, 1990*). Разрыв необходимой непрерывности переживания, возникший вследствие перенесенной травмы, ведет к постоянной «интерференции» взрослого опыта с травматическим опытом на ранних стадиях развития (*Bogels, 1996, с.12*). Это сопровождается все возрастающим страхом, яростью, чувствами стыда и вины, которые подкрепляют тенденцию к бегству из терапии, присущую таким пациентам.

Данная тенденция требует от терапевта уже на ранней стадии анализа четко сформулировать специфическую аналитическую интервенцию, а именно – выстроить *объяснительную конструкцию*, в рамках которой была бы сформулирована связь, существующая между актуальной, реально представленной моделью терапевтических отношений и ранней травмой. Цель этой интервенции – формирование отношений, к которым пациент так стремится, но которые одновременно кажутся ему не только невозможными, но и содержащими в себе угрозу.

На основе моего восприятия исходной модели отношений, моего контрпереноса и имеющихся в наличии к данному моменту биографических сведений о пациенте я и предлагаю ему некую картину, связывающую воедино отношения, которые пациент выстраивает со мной, и его травматический опыт. При этом психологическая рана, полученная пациентом в ранних отношениях с матерью и/или отцом со всеми вытекающими отсюда эмоциональными последствиями, помещается в контекст правдоподобных детских переживаний и отграничивается от актуальных аффективных отношений с аналитиком. Затем данная конструкция сообщается пациенту.

Благодаря такому эмпатически-когнитивному творческому акту пациент узнает о том, что аналитик понимает, о чем «говорит» пациент, будучи не в состоянии сказать об этом ни слова, и что, более того, это вызывает некий отклик, который затрагивает чувства обоих. Получается, что такая начальная конструкция травмы создает нечто вроде контактной поверхности, или психической оболочки, дающей первую опору в аналитическом процессе и укрепляющей веру в психоанализ. Принятие пациентом данной конструкции – исходная основа для дальнейшего развития аналитических отношений, ибо, начиная с этого момента, в пациенте укрепляется нарушенная травмой способность переносить необъяснимое возбуждение, появляется возможность воспринимать его безымянные аффекты и находить для них адекватные образы и слова.

Файмберг и Корел (*Faimberg & Corel, 1991, p.50*), говоря о конструкции, подчеркивают ее значение как средства помощи пациенту в безвыходных ситуациях. Возможности понимания этой категории существенно расширяются в связи с тем различием форм кодирования опыта, которые выделяет Брунер, изучая процесс онтогенетического

развития ребенка. Он рассматривает три формы кодирования, обозначая их как отыгрывающее, иконическое и символическое. Данное различие подхватывает Лох, усматривая в нем аналогию с моделью З.Фрейда относительно записи и перефразирования «следов воспоминаний» с помощью «различного рода знаков» (W-Wz-Ub-Vb-Bews¹) (Фрейд, 1985с, с.217 сл.; Loch, 1988, р.46). В продолжение идей, развитых Брунером, можно сказать, что кодирующий конструкт дает возможность увязать между собой, с одной стороны, мимолетные сенсомоторные, еще не имеющие четкой локализации в схеме тела *отыгрывающие* ощущения, а с другой – образные (*иконические*) и вербальные (*символические*) представления, подготовив тем самым формирование образных и вербальных репрезентаций.

Наш подход, акцентирующий построение определенной конструкции на раннем этапе анализа, отличается от стандартного психоаналитического метода, как в техническом, так и в теоретическом плане. По существу, он является подготовкой к его применению. Психоаналитическая техника ориентирована главным образом на работу с невротическим конфликтом между Эго, с одной стороны (здесь учитываются и напряженные отношения Эго с Супер-Эго, а также с идеальным Я) и Ид, с другой, или – с внутриспсихическими конфликтами, которые возникают на вербальной стадии развития и управляются *желаниями*. Иными словами, применение метода предполагает наличие хорошо интегрированных функций Эго. При ранней травматизации, однако, всегда наблюдается определенное недоразвитие функций Эго, обусловленное тем, что «окружение не обеспечивает специфически необходимой для детского развития материнской заботы» (Khan, 1974, с.19), и находящее выражение в недостаточной сформированности репрезентаций и первичных интегративных процессов. Поэтому, на наш взгляд, в такого рода случаях следует руководствоваться теми теориями, которые описывают довербальные переживания, управляемые *потребностями*. Они лежат в основе эдипальных конфликтов, являясь базисом для психических структур. «Анализ довербального опыта ... требует другой техники и, возможно, другого аналитика», – замечает Гроен-Праккен (Groen-Prakken, 1990, р.84), уточняя, – «такого аналитика, который будет чувствителен к невербальным сообщениям, сумеет найти слова для описания невыразимого напряжения, переживаемого анализандом, и не побоится встретиться с безмерностью его ярости и глубиной регрессии».

Второй шаг переработки травмы в фазе трансоподобной регрессии: анализ ранее не доступных аффектов. Сила травмы ведет к ее реактивации в ходе дальнейшего анализа. Мой опыт показывает, что эти переживания возникают волнообразно, увеличивая свою интенсивность в условиях тех аффективно и когнитивно питающих и одновременно

¹ Ub – бессознательное; Vb – предсознательное; Bew – сознательное.

зависимых отношений, которые Кинстон и Коэн называют «первичными отношениями»: «Первичное отношение – это такое не интернализуемое уважительное, заботливое отношение с окружающим миром, в котором на протяжении всей жизни нуждается любой индивид» (*Kinston & Cohen, 1988, с.58*).

Здесь отчетливо слышатся параллели к балинтовской «целобной силе объектных отношений» в области базового нарушения (*Balint, 1968, с.193*).

Вследствие того, что в работе с ранними нарушениями у пациентов у меня обостряется внимательность к собственным телесным ощущениям, можно полагать, что нарушения, которыми страдают эти пациенты, простираются вплоть до аутистически-осязательного модуса переживаний² (*Ogden, 1989, с.49*). Для работы в области сенсомоторных функциональных составляющих Эго оценка собственных кинестетических ощущений аналитика представляет собой важнейший аналитический инструмент, равно как и при обращении с интенсивной архаической яростью таких пациентов. Использование собственного тела в качестве резонатора по отношению к тем сенсомоторным составляющим, которые являются важной характеристикой переноса пациента, позволяет вступить во взаимодействие с его телом, не прикасаясь к нему.

Травматическое состояние может проявляться в переносе и достаточно слабо, и достигая высоких степеней драматизма. Как и в начале анализа, способами передачи фрагментов травмы могут служить различные отыгрывания, сны, регрессивные способы поведения. В контрпереносе вновь возникают чувства раздражения, отчуждения, собственной неадекватности и, прежде всего, ощущение невозможности вчувствоваться в пациента. Однако, в отличие от начала анализа, пациенты теперь с большей выразительностью вовлечены в работу, не пряча переживания безымянной боли, страха перед безысходностью и ужаса при мысли о возможности оказаться в безразмерном пространстве (*Hautmann, 1992*). Лишенный образов кошмар, беспомощность покинутости, страх смерти становятся равно ощутимыми, как для пациента, так и для аналитика.

Переживаемый страх часто сопровождается формированием параноидных симптомов, сопровождаемых специфическими телесными реакциями. Я имею в виду необычные сенсорные восприятия во время сеанса (ощущение парения, скольжения, падения), моторные проявления (беспокойные движения, активность мускулатуры желудка, кишок, мочевого пузыря, неодолимая потребность к дефекации или мочеиспусканию, урчание в желудочно-кишечном тракте), некоторые симптомы вегетативных нарушений (зябкость, запах пота, нарушения аппетита или

² Понятие «аутистически-осязательный модус переживаний» введено Т.Огденом (1989) как один из трех, наряду с депрессивным и параноидно-шизоидным, диалектическое взаимодействие между которыми обеспечивает разнообразие человеческого опыта (*Прим. перев.*).

сна), телесные заболевания или несчастные случаи.

Кинстон и Коэн (*Kinston & Cohen, 1988, p.70*) описывают аналогичный опыт и также соотносят его с «травматическим состоянием». Восстановление и исцеление травматического состояния выступает как непосредственная цель психоанализа. В травматическом состоянии «пациент единожды или неоднократно проваливается в лабиринт неконтролируемых, пугающих и, возможно, сулящих катастрофу переживаний и поступков. Это неизбежно ведет к более или менее выраженной психической дезорганизации. Симпатия, интерпретация или конфронтация теряют какую бы то ни было ценность, грозя оказаться непродуктивными или даже опасными. ... Первоочередными терапевтическими инструментами становятся теперь признание новых переживаний, активное приспособление и реконструкция» (*там же*).

Как показал мой опыт, когда имеешь дело с ожившими в ходе терапии травматическими состояниями, полезно учитывать следующие соображения. Во-первых, необходимо позаботиться о защите пациента от излишних и чрезмерных раздражителей, чтобы в критический период, когда его функционирование претерпевает спад и на физическом и на душевном уровне, не произошла бы новая травматизация, которую можно избежать. Во-вторых, следует положиться на собственные кинестетические функции. В-третьих, необходимо сохранять способность следовать за пациентом, оставаясь как бы незнающим. Едва ли не столь же необходимо осознавать и признавать собственные ошибки в контрпереносе: скажем, не критиковать себя понапрасну, когда, например, головная боль или боль в желудке, внутреннее беспокойство или утомление, возникшие на сеансе, осознаются лишь после ухода пациента. Далее, важно точнейшим образом описывать имевшие место сенсорные, моторные, вегетативные и аффективные ощущения и совместно с пациентом пережитые процессы, каждый раз заново соотнося их с травматическим опытом.

Центральное значение для воссоздания образных и вербально символизированных репрезентаций имеют такие терапевтические интервенции, как называние собственными именами всего, что совместно переживается на сеансе; формулирование и сообщение пациенту образов детской травматической сцены, но теперь уже, в отличие от начала анализа, в тесной связи с аффективными переживаниями. На основе данных интервенций становится возможным формирование новых психических структур.

Ожидаемая трансформация происходит благодаря новому когнитивно-аффективному опыту в контексте особых объектных отношений переноса, где аналитик используется как объект (*Winnicott, 1969*). Целебная регрессия в рамках этих объектных отношений ведет в область до-речевого, то есть, досимволического опыта. «Отыгрывание, ... отреагирование, актуализация, довербальное выражение и игра ... часто

означают эмоциональное возвращение в ту точку, где начался застой в развитии, и целью всех этих действий является вновь запустить процесс развития» (Treurniet, 1996, с.26).

Клинический материал: первая, вторая и третья стадии проработки травмы

Первая стадия. К началу анализа г-же Р. было 33 года. Она жила одна и работала учительницей. Вскоре после того, как 10 лет назад она приехала с родителями и двумя братьями (один на год старше ее, другой на четыре года младше) из одной восточноевропейской страны в Германию, ее родители развелись. Она осталась жить с матерью, из-за чего отец прервал с ней контакты.

За несколько месяцев до того, как она обратилась ко мне за помощью, ее друзья, супружеская пара, разорвали с ней отношения, поскольку она вступила в связь с мужем, проявив нелояльность по отношению к жене. У нее нарастает ощущение своей неполноценности, чувство вины, внутренней пустоты. Одновременно ее одолевает целый ряд хронических инфекций (верхних дыхательных путей и органов малого таза, воспаление слизистой оболочки желудка и пр.).

В этом состоянии пациентка чувствует себя все более беспомощной. У нее пропадает аппетит. Ученики жалуются на то, что она плохо ведет уроки. «Я попала в яму, из которой нет выхода». Под угрозой оказывается ее интеллектуальная деятельность, которая до сего момента служила для нее главным способом выживания.

Невролог, без особого успеха лечивший Р. психофармакологическими средствами, посоветовал ей обратиться к психотерапевту.

Я понимаю, что в отношениях со своими друзьями она реинсценирует неразрешенные эдипальные отношения с родителями и пытается разрешить чувство вины не прогрессивным, а регрессивным способом – через депрессию и соматизацию. Когда на первой сессии Р. говорит о цианистом калии как о выходе из положения, я переживаю всю степень поглотившего ее чувства безнадежности. Она замечает, что я понимаю ее. Мы договариваемся о психоанализе с четырьмя сессиями в неделю. Всего было 692 сессии.

Следующие отрывки из первых четырех сессий иллюстрируют становление той конструкции инфантильной травмы, которая и была предложена мною г-же Р.

На первой сессии пациентка ложится на кушетку, играет с бахромой ковра, висевшего рядом на стенке, и говорит, что ей здесь нравится. Затем поворачивается ко мне и спрашивает, почему я сижу позади ее, теперь ей приходится выворачивать шею, чтобы меня увидеть. Далее она признается, что была вчера у врача и, когда он вышел из кабинета, быстро просмотрела его бумаги. При этом нашла мое письмо, в котором был

написан диагноз: «Депрессивный невроз». «Это звучит очень серьезно. А вы должны были написать письмо? У меня опять заболела голова».

Я про себя замечаю, что у меня возникло желание стукнуть ее сзади по голове, и переживаю из-за этого неловкость и стыд. Отсюда делаю вывод о возможности садомазохистских паттернов в ее отношениях.

Мне нравится, что она открыто рассказывает, как рылась в бумагах врача, и то, что у нее сохранился интерес к самой себе. В то же время я обращаю внимание на слабое чувство границ и недостаток доверия, из-за чего она не смогла просто спросить у врача о том, что хотела узнать. Я вспоминаю одно место у Винникотта (*Winnicott, 1969, с.104*), где он пишет о стадии развития, на которой субъект всемогущественно контролирует объект пока еще как селф-объект, и тот воспринимается лишь как проекция.

Взгляд пациентки назад в мою сторону и ее вопрос заставляют меня чувствовать себя контролируемой и несколько виноватой, как будто бы я предала ее своим письмом. Я сопротивляюсь этому, заставляя себя думать, что все-таки она могла бы поверить, что у врачебной пары – хорошие побуждения. Вместе с тем, мне становится ясно, что г-жа Р. проецирует на меня собственное чувство вины (например, из-за того, что рылась в документах), и что я в ее глазах идентифицируюсь с врачом, а также что с помощью вопроса она контролирует свое проецируемое на меня чувство вины. Этот механизм проективной идентификации направляет мое внимание к ранним аспектам нарушений. Поэтому я решаю остановиться на ее головной боли, которая, как правило, прежде всего открывает доступ к образу тела, а все остальные варианты понимания этой сцены пока оставляю при себе.

«Ваша головная боль возникла из-за того, что вы сомневаетесь в безопасности наших отношений. Вам кажется, что я предала вас этим письмом врачу?» Она смеется – с облегчением – и просит меня объяснить, что такое «депрессивный невроз». Я кое-что ей объясняю, но она перебивает меня: «У меня в голове действует механизм самозащиты. Я слышу ваш голос, но не понимаю, что вы говорите. При этом у меня такое впечатление, что я вижу ваши глаза и губы. Со мной такое часто происходит не только здесь».

Сначала я удивляюсь только тому, что в отношениях со мной она не воспринимает слова как знаки, передающие некий смысл. Потом начинаю понимать, что она описывает контактное поведение младенца, который глядит на взрослого и прислушивается к голосу и словам.

На второй сессии Р. жалуется, что не может заснуть ночью, и что она взяла на себя слишком много, после чего начинает рассказывать о всяких тяготах и заботах повседневной жизни. Я говорю в ответ, что, помимо тех причин для беспокойства, которые она перечислила, возможно, существует еще и страх, что, начав анализ, она взяла на себя слишком много.

На третьей сессии Р. продолжает тему недоверия в анализе. Ее новый

друг хочет запретить ей ходить к аналитику, поскольку работа с аналитиком может разрушить все их отношения. Он бьет ее. Пациентка вызывает во мне злость, но я не могу найти способ заговорить об этом открыто.

На мой вопрос: «А как вам кажется, что именно, если верить вашему страху, может разрушить наши начавшиеся отношения?», она отвечает: «Зависимость».

Пациентка начинает рассказывать о своих разных потребностях в зависимости, и затем без всякого перехода упоминает о том, что в детстве дома постоянно царила атмосфера холода, ссор и враждебного молчания. Только в отношениях с младшим братом она чувствовала некоторую теплоту и нежность. Внезапно она начинает всхлипывать: «Когда я родилась, отец в запале с таким отвращением сказал, что вот, мол, девочка родилась. Мать должна была меня защитить. Я ей не верю. Я появилась на свет только потому, что ей не удалось сделать аборт. Она сделала больше двенадцати аборт!» Я говорю пациентке, что она рассказывает ужасные вещи, и что всем нам одинаково важно, чтобы нас принимали.

На четвертой сессии она проверяет, в состоянии ли я выдержать ее скрытую ярость, интенсивность которой с момента начала анализа выразилась только в воспалении ее мочевого пузыря. Мы подробно говорим о том, как она должна заботиться о своем теле (тепло, обильное питье), и это приносит ей облегчение. Она поверяет мне свои сексуальные страхи и садомазохистские фантазии. «Когда я была маленькой, у меня был панический страх сексуальности. Когда мне было семь лет, я как-то раз проснулась ночью, когда мать шла к отцу. Мне казалось, что там ей грозит ужасная опасность, и я в панике закричала. Мать подошла ко мне и сказала: "Забудь это"». Этот эпизод г-жа Р. передает с холодной яростью.

У меня создается впечатление, что в основе припомнившейся ей паники в семилетнем возрасте лежит иная, не поддающаяся припоминанию паника, для которой в ней пока не существует «картинки», образа. В то время как я размышляю, боится ли она, что и я, подобно матери, тоже буду требовать от нее невозможного — забыть незабываемое, она рассказывает о своих планах, среди которых упоминается и намерение через полгода переехать с другом на юг Германии.

Эти слова являются для меня полной неожиданностью и совершенно выбивают меня из колеи. К тому, что я услышала насчет планов переезда, каким-то образом примешивается мысль о цианистом калии в качестве «выхода» из положения, но, странным образом, именно как мысль, а не как чувство угрозы. Аффекты оказываются отщепленными.

Я понимаю происходящее как появление между нами фрагментов травмы.

Прежде всего, я начинаю про себя связывать те действия и темы, которые привлекли мое внимание в ходе первых сессий, и которые в силу

этого я расцениваю в качестве *фрагментов травмы*: игра с бахромой ковра; переход с уровня словесного контакта на инфантильный модус контакта зрительного и слухового; паника в семилетнем возрасте, которая, возможно, является покрывающим воспоминанием для иной, не припоминаемой и невыразимой паники; а также ее мысль о том, чтобы уехать через полгода, а значит, и прервать анализ. Из всех этих деталей у меня возникает представление, что в младенческом возрасте она была разлучена с родителями.

Я говорю ей: «Требование матери забыть незабываемое до сих пор приводит вас в ярость. Возможно, вы боитесь, что между нами тоже возникнет ярость, поскольку я могу потребовать от вас невозможного. У меня создалось впечатление, что в вашей жизни есть еще много незабываемого. В конце первого часа вы говорили о своем ощущении, как будто вы смотрите на мои глаза и губы, как делают маленькие дети, когда они еще не умеют говорить; сейчас вы заявляете о том, что через полгода анализ может закончиться ввиду вашего переезда. Все это приводит меня к мысли, что в очень раннем возрасте вы были разлучены с родителями».

Впервые ее голос звучит живым и сильным. «Меня поражает, какие связи вы устанавливаете. Мне не было и двух лет, когда меня отдали родственникам, потому что матери было очень тяжело со мной».

На следующей сессии она говорит, что впервые с подросткового возраста почувствовала голод. С этого момента она начинает есть, руководствуясь чувством голода, а не принуждением по часам, как это было раньше. Она сообщает мне об аноразмии.

На одной из ближайших сессий г-жа Р. рассказывает о том, что узнала от матери. После того, как мать перестала кормить дочку грудью примерно в полугодовалом возрасте, и у пациентки возникла непереносимость по отношению к искусственному питанию, она стала прихварывать, худеть, у нее развилось гнойное воспаление кожи. С 11-го по 19-й месяцы жизни она находилась в отдаленной университетской больнице. Родители смогли навестить ее лишь однажды, причем виделись с ней только через оконное стекло. После того как ей была сделана трепанация в области обеих ушей (в возрасте около 17 месяцев), а она так и не поправилась, врачи от нее отступились. Мать забрала смертельно больную девочку домой и выходила. Но после нескольких недель напряжения она, не выдержав усталости, отправила девочку к родственникам – месяца на два – на три.

Данный пример показывает, что при ранних нарушениях начало анализа активизирует у пациента сопротивление, которое нередко может приобретать драматические формы, чего не случается с пациентами, структура Я которых интегрирована. Известно, что в начале анализа пациенты часто стремятся испробовать, какое поведение возможно в отношении аналитика. С моей точки зрения, сцены, получившие описание выше, выходят за рамки такого опробования. Г-жа Р. была слишком

серьезна и искренна.

Вторая стадия. Тот факт, что фрау Р. снова стала ощущать чувство голода буквально по прошествии нескольких дней после ознакомления с моей гипотетической конструкцией, наполняет уверенностью и ее, и меня. Она говорит, что хотела бы дружить со мной, и на девятнадцатой сессии впервые рассказывает мне сон, который с юных лет время от времени снится ей.

«Со мной происходит несчастный случай, и я беспомощно лежу в луже крови. Какая-то женщина стоит рядом и ничего не делает. Она чем-то похожа на мою подругу, а чем-то – на мою мать».

В связи с этим сном мне вспоминаются наблюдения других авторов:

«При травме внутренняя мать выступает в роли зрителя. Она позволяет нападению произойти или, по крайней мере, упускает возможность помешать ему. Травма разрушает систему связей между "Я" и эмпатическим другим, включая и ту связь, которая впервые устанавливается через переживание взаимности в отношениях мать-ребенок и затем "объективируется" в материнском интроекте (...). В столь парадоксальной форме мать присутствует именно тогда, когда ее отсутствие переживается сильнее всего» (*Laub, Auerhahn, 1993, с.287*).

У пациентки существует сильный страх, что я и анализ станем для нее несчастным случаем. Потребуется длительная и трудная работа, прежде чем она сможет признать, что наряду с травматическими переживаниями ей знакомы и агрессивные фантазии.

Сновидение, в котором поверхность тела – кожа, как бы удерживающая все вместе, – оказывается поврежденной, и содержимое – кровь – вытекает наружу, среди прочего указывает на нарушение аутистической позиции, описанной Огденом (*Ogden, 1989*). В свою очередь, и я сама в некоторые моменты воспринимаю пациентку всем телом и ощущаю себя как бы неким покровом, или утробой, обволакивающей ее. Смысл такого переноса и контрпереноса я понимаю в терминах сенсорного контакта (*Ogden, 1989, p.127*), а не как отрицание отделенности, которое будет проработано чуть позднее. В подобные моменты пациентка напряженно вслушивается в «пустое пространство», идентифицирует или воображает различные шорохи, запахи, телесные ощущения и связанные с ними фантазии.

Работа с образом тела приводит к тому, что г-жа Р. во всем начинает подражать мне (покупает духи, которыми я пользуюсь, точно такую же юбку, как и у меня), должно быть, впервые чувствуя, что мой внутренний образ никуда не исчезает, а остается при ней в промежутках между сессиями. Позднее (на втором году анализа) она нашла в каком-то журнале мою фотографию, вырезала ее и обращалась с ней как с переходным объектом: когда относилась ко мне хорошо – прикрепляла фотографию к абажуру лампы, а когда злилась – с мстительным торжеством забрасывала ее в ящик стола.

На 360-й сессии мы говорим о ее руках, которые она не ощущает принадлежащими ей самой. Мне нравятся ее женственные, тонкие и в то же время сильные руки. Я говорю об этом г-же Р. Моя интервенция, разумеется, не служит ни невротическому исполнению желания, ни нарциссической графикации, единственной своей целью имея расширение ее внутреннего образа тела. Спустя две недели она говорит, что после этого разговора у нее «как бы выросли руки». Педагог по музыке поражается ее внезапным резким успехам.

На одной из сессий у пациентки вдруг появляется такое ощущение оторванности, что ей хочется уцепиться за меня. Я чувствую тянущую боль в области сердца. У меня возникает импульс взяться за ее руку. Вскоре и она говорит, что хочет взять меня за руку. Я думаю, что существование своих ручек она должна была обнаружить лишь незадолго до разлуки с родителями. Я решаю не нарушать реальным телесным контактом это вновь появившееся переживание оторванности, а, наоборот, вместе с ней побыть в нем, почувствовать и пережить. Между нами воцаряется тишина.

Внезапно она оборачивается назад и испуганно говорит: «Мне показалось, что вы – тень. То, как я вас увидела, внушает мне страх. Ваше лицо, нависшее надо мной, было таким огромным, как белая беззубая маска».

Я решаю обратиться непосредственно к ее давней фантазии о состоянии оторванности и покинутости, настигшем ее в больнице. Я говорю ей: «Когда еще в "беззубом" возрасте вас положили в больницу и разлучили с родителями, вы потеряли их образы, и в лицах сестер и врачей видели лишь тени или маски».

Она прислушивается и галлюцинирует: «Младенец плачет. Я все время слышу этот крик. Вы не слышите?» Я говорю: «Младенец плачет внутри вас. Сейчас вы *чувствуете*, что *происходило* с вами тогда». Она говорит: «Сейчас ноябрь. В ноябре меня забрали из больницы». Потом у нее появляется фантазия о новорожденной обезьянке, которая крепко держится ручками за шерсть матери.

Новая фаза, еще более глубокой регрессии (450-я сессия), начинается с того, что г-жа Р. охрипла и потеряла голос. Она просит меня посмотреть се горло. Я советую ей обратиться к врачу-отоларингологу, предлагая в то же время вместе со мной подумать, что могло *здесь* лишить ее голоса.

На следующую сессию она приходит с выражением ярости на пепельно-бледном лице. Холод и угроза, исходящие от нее, вызывают у меня тянущее чувство страха в желудке. Она злобно говорит, что во вчерашнем счете было указано 16 сессий вместо 15-ти. «Теперь мне ясно как дважды два, что вы хотите взять с меня больше, чем вам полагается. Вот такими скрытыми посланиями вы хотите меня отсюда выставить. Я давно уже ощущаю, что у вас такое чувство, что вам с трудом приходится довольствоваться мною».

Как все это ни чуждо мне, я думаю, что сейчас, прежде всего, стоит принять ее недовольство и болезненный аффект и признать свою ошибку (действительно, сессий было 15, а не 16). Прояснение и работу над проекциями я оставляю на потом. Я говорю ей: «Я ошиблась. Мне жаль, что из-за меня вы чувствуете себя обманутой и злой и ощущаете угрозу с моей стороны». Она долго молчит, а затем говорит более спокойно: «Я ужасно разозлилась на вас из-за того, что вы послали меня к этому чертову ухо-горло-носу. Но моя ярость никак не соответствует этому поводу. Моя мать впадала в такую же беспричинную, безумную ярость». Я думаю о том, что эту безумную сепарационную ярость вызвали мои слова о том, что ее горло может лечить другой врач, не я.

После этой сессии пациентке снится сон, в котором она держит в руке мужской член и впервые он не вызывает в ней отвращения. «Когда я проснулась, то чувствовала желание, исходящее изнутри, не вызванное кем-то, помимо моей воли, а мое собственное желание». Для нее внове было чувствовать сексуальное желание, а не принуждение. Благодаря тому, что она могла поддерживать эту разлучающую ярость по отношению ко мне, она могла держать член, т.е. поддерживать свое собственное желание.

Вскоре после этого ей снится сон, в котором она – преследуемая еврейка. Она прячется в погребе, в самой глубине которого – дыра. «Мне страшно туда идти, хотя я уверена, что там меня никто не найдет. Там – ничто, темнота. Через матовое стекло я вижу мужчину в белых штанах. Дверной замок крепко заперт. Может, это был не враг?»

У нее начинает болеть голова. Боль, «как тисками, сжимает» ей голову. В связи со сном она вспоминает ссору родителей с соседями. Внезапно я ощущаю острую боль в левом ухе, которая удивляет меня, поскольку до этого момента я чувствовала себя абсолютно здоровой. Я говорю пациентке, что ей легче говорить о ссоре родителей, чем о темной дыре, воспоминание о которой вызывает боль. «Я чувствую боль в ушах, чувствую старые шрамы. Вы можете в это поверить?» «Да, – отвечаю я, – я чувствую вашу боль».

По поводу данной интервенции хочу кое-что пояснить. Известно, что в травматическом состоянии «понимание уже само по себе непосредственно приносит помощь» (*Kinston & Cohen, 1988, p.71*). А в данном случае это тем более справедливо, поскольку фрау Р. оказывается способной показать мне свою ярость более прямым образом, нежели прибегая к языку телесных недугов или косвенных претензий из-за предъявленного счета и отправки к отоларингологу.

В ответ на мою интервенцию пациентка упрекает меня за то, что в комнате холодно. Я начинаю чувствовать себя как человек, который вредит ей и отравляет ее, – как в ее недавнем сне с рыбным супом.

Хочу описать, что мы в данной момент переживаем, и как связываются противоположности (*Rosenfeld, 1983*). «Вы ищете во мне человека,

который мог бы ощутить вашу боль в ухе, и в то же самое время стараетесь представить меня тем, кто наносит вам повреждения», – говорю я. Она отвечает: «Мне часто так нравилось, как вы относились ко мне. Но сейчас я перестала понимать, что здесь происходит. Мне не хватает какого-то последнего куска. Как будто я жду сна, который будет связан с темной дырой». «Я жду вместе с вами», – отзывается я. Она плачет: «Я боюсь, что умру здесь, на кушетке, незаметно, как мой младший брат. Он недавно был в гостях у старшего брата, они сидели за столом, пили кофе. Он хотел сказать ему что-то важное и вдруг упал замертво. Никто не знает, почему». Между нами воцаряется гробовая тишина.

У меня в голове возникают отдельные фрагменты: смерть; умереть, незаметно для других; ужас; потеря дара речи; боль в ушах; переживание преследования; матовое стекло, похожее на стеклянную перегородку в больнице; жизнь, которую отнимают у нее в количествах больших, чем она может выдержать; врачи в белых штанах, на которых она безмерно злится, – врачи, которые одновременно выступают в роли и преследователей, и спасителей, когда они держат ее голову, «как в тисках», чтобы произвести надрез ее сосцевидных отростков (предположительно, без наркоза). Все это выглядит как фрагменты ее переживаний в возрасте между 11 и 19-ю месяцами, когда она находилась в больнице. Я говорю ей об этом. Она молчит в ответ.

В начале следующего часа она говорит: «Я хочу вам кое-что сказать. Недавно по дороге к вашему дому я увидела вашего маленького сына, который шел на несколько шагов впереди меня. Он не звал вас, а просто повторял: "Мама, мама, мама". Это произвело на меня такое сильное впечатление! Как будто у него перед глазами был ваш образ, который он крепко держал, бормоча: "мама"». Внезапно она резко добавляет: «Если вы сейчас будете смеяться надо мной, я больше никогда не приду».

Я говорю ей, что она нашла новый образ себя, поддерживающий внутренний образ матери, и теперь в состоянии одиночества она будет чувствовать себя более защищенной (Kirshner, 1994; Krystal, 1997).

Вскоре после этого она вспоминает сон, приснившийся ей на первом году анализа – про младенца, с ног до головы закованного в гипс, и другой сон, приснившийся накануне: «Я плаваю в море, мне что-то мешает, я совершенно парализована. Рядом есть кто-то еще. Вдруг я чувствую, что могу снова двигаться свободно. Я громко кричу: "Я снова человек!" И от радости кувыркаюсь в воде».

Третья стадия. Поскольку теперь травматическую часть нарушений можно считать проработанной, пациентка способна приблизиться к объектным и конфликтным позициям и оставаться в них, получая пользу от проработки невротического травматического материала.

Г-жа Р. готовится к урокам лишь на две трети: последняя треть кажется ей непреодолимой. Теперь я могу столкнуться с тем, что она использует травму в интересах поддержания фантазии всемогущества: она

не должна работать как все; она уверена, что в последней части урока у нее спонтанно проявятся скрытые силы и способности; все перенесенное дает ей право на это. Такого рода проработка приводит к временному исчезновению симптома нарушения работоспособности.

Когда через некоторое время нарушение работоспособности возникает вновь, то открывается и другое значение этого симптома, поскольку одновременно в переносе возникает анальный аспект матери. Проработка этого аспекта приводит к воспоминанию о том, что в борьбе с матерью за власть пациентка неизменно должна была оставаться побежденной. Подобным образом она делала мать сильнее в надежде избежать новой сепарационной травмы, повторяющей ту, что была пережита ею в два года, когда мать оказалась не в состоянии ухаживать за ней. Кроме того, подчиняясь, она временно шла навстречу садистическим устремлениям матери.

В то время успехи и достижения имели для нее смысл победы над матерью в соперничестве с ней. Это состояние единоборства все еще вызывает в ней страх и чувство вины. Проработка данной тематики в переносе ведет к улучшению работоспособности, а также к более открытым отношениям с матерью и женщинами вообще.

Дальнейшая аналитическая работа вскрывает ее идентификацию с отцом, который в свое время подвергся обесцениванию и о котором она теперь говорит как о плохом учителе. Пациентка вспоминает забытый факт: в двадцатилетнем возрасте отец служил надсмотрщиком в концлагере. После войны, из-за страха разоблачения, семья вынуждена была вести довольно уединенный образ жизни.

Пациентка безрезультатно пыталась поговорить с отцом о прошлом. В наших беседах невольно возникает тема преследования и то, как это явление описывается в известных нам обоим книгах. Мы проходим через целую полосу печальных сессий. Тема вины углубляется до архаического уровня: жить – означает быть виноватой; она живет до тех пор, пока ее существование никому не в радость, не принося ничего хорошего.

Приближались рождественские каникулы, и впервые за все время фрау Р. не испытывала страха перед перерывом в нашей работе. «Быть предоставленной самой себе больше не означает для меня бесконтрольной опасности броситься в бездну самой или сбросить туда того, кто мне близок. Это было ужасное чувство. В течение всего анализа я думала о цианистом калии. Теперь мне это больше не нужно. Если бы не анализ, я бы покончила с собой». Она решается на это признание с подлинным волнением.

После одной из наших последних встреч (642-я сессия) она впервые обращается ко мне по имени. Я думаю о том, что теперь она способна различать внутренний образ меня и внутренние образы первичных объектов, и что материнский перенос близок к разрешению.

В последней фазе анализа она занята темой сексуальности и

непереносимой боли, которой та сопровождается. Ей снится сон: «У меня в челюсти дыра и нужно делать операцию. Кто-то подносит к моему рту раскаленный кусок железа. Я хочу защититься, но мои руки крепко держат. Я просыпаюсь в ужасе, испытывая в то же время сексуальное возбуждение». Она говорит, что до сих пор ее страх перед оргазмом был именно страхом погружения в невероятную боль. Она открывает в себе скрытое желание быть истязаемой отцом («мужчина в белых штанах»). И лишь после того, как эта фантазия осознается пациенткой, она получает возможность ее пережить.

На последних сессиях фрау Р. соединяет воедино, казалось бы, несоединимые образы матери – садистической, проявляющей заботу и «до безумия обожаемой» дочерью в период, когда она была подростком. Происходит также объединение и разных образов отца – надсмотрщика; плачущего; отца, дающего тепло; интересующегося культурой и возбуждающего отца. Она говорит о своих планах на будущее: о жизни с любимым мужчиной, хотя и без детей (на рождение детей уже нет надежды), о том, что она может быть хорошим учителем, заниматься школьной реформой и помогать детям, которых постигло несчастье или которые попали в беду.

Она говорит мне: «Часто происходило так, что я рассказывала вам о чем-то, и вы это чувствовали, переживали, возвращали мне, и тогда я тоже получала способность чувствовать. Я обрела связь между своим телом и чувствами, и научилась сама обнаруживать символы. Вряд ли я сумела бы без вас связать свою взрослую внутреннюю боль и то, что пережила в больнице, будучи младенцем. И еще я хочу сказать кое-что критическое в ваш адрес. Иногда вы целый час посвящали какой-нибудь мелочи, а я даже не могла вам сказать, что хотела поговорить еще о чем-то другом». Я соглашаюсь и обещаю подумать об этом.

В последнем сне она со спокойным чувством ощущает родителей у себя за спиной. Она идет одна по заснеженному ландшафту и не оглядывается назад. «Я бегу и вижу впереди дома и людей, и мне интересно, что там впереди».

По окончании анализа фрау Р. появлялась у меня еще несколько раз – через год, через два и через четыре года. В первый раз это была фокус-терапия (пять часов – раз в неделю) по поводу ее реакций на усиливающуюся алкоголизацию мужа. Второй и третий – она приходит показать мне детей: сначала сына, потом дочь. Это были очень благодарные встречи.

Заключение

В данной работе, в рамках психоаналитического процесса и на материале конкретных клинических случаев, дается описание трех форм специфических реакций пациентов на раннюю травму – в самом начале анализа, в период глубокой регрессии и незадолго до окончания психо-

аналитической работы. Аналитические техники, соответствующие формам проявления травматизации, представлены в виде трех ступеней. В ходе переработки травмы, на основе переноса происходит пошаговое выстраивание оберегающей материнской репрезентации, а также новой, внутренне последовательной репрезентации «я».

В начале анализа, то есть на *первой ступени* переработки травмы, речь идет о мимолетном проявлении травматической реакции, сопровождающемся раздражением. Это проявление сам пациент не осознает и не в состоянии переработать, он лишь страдает от него, испытывая при этом желание бегства из ситуации. Оценка реакций пациента, которую выносит психотерапевт, используя контртрансферные чувства, ведет к формированию определенной объяснительной конструкции, где актуальные реакции пациента получают истолкование в свете пережитой им ранней травмы. Предлагая пациенту эту терапевтическую конструкцию, можно превратить демонстрируемые им реакции бегства и отчуждения в начало доверительных отношений.

Вторая ступень переработки травмы характеризуется тем, что пациенты специфическим образом привносят в анализ те ситуации, которые служат пусковым стимулом для травматического состояния, и эмоционально вовлекаются в них. Техника психотерапевта на данной ступени предполагает, с одной стороны, *описание* и *обозначение* сопутствующих травматическому состоянию сенсомоторных, вегетативных и аффективных ощущений и переживаний, а также возникающих в переносе телесных и параноидно-тревожных симптомов, а, с другой, – последующее *сопоставление* их с картиной травмы, которая становится все более прозрачной. Благодаря этому на данной ступени в процессе переноса у пациентов формируются новые образные и вербальные репрезентации, прежде всего – детского «я», способного удерживать представления об аффектах и о защищающей матери. В ходе дальнейшего процесса эти поддерживающие материнские представления распространяются на первичные и актуальные объектные репрезентации.

Третья ступень переработки характеризуется тем, что пациент, благодаря сформированным на первой и второй ступенях образным и символическим репрезентациям, все более ассоциативно обращается со своей реакцией на травму, проявляющейся в переносе. В рамках психоаналитической техники работы с неврозом дальнейшая переработка указанной реакции заключается в том, что пациент *дифференцирует* и *отделяет* свои представления об аналитике от репрезентаций первичных объектов. Таким образом, перенос обретает свое окончательное разрешение.

Перевод М.Аграчевой, Е.Калмыковой

ЛИТЕРАТУРА

- Balint M. (1968).* Therapeutische Aspekte der Regression. Stuttgart (Klett). 1970.
- Bogels G.F. (1996).* Transgenerationale Oorlogsgevolgen. Enkele Aspecten van Doorwerkingsproblematiek. In: Jaarboek van de Maatschappij der Nederlandse Leilerkunde te Leiden 1994-1995. Leiden, 1996, 12-25.
- Eiguer A. und A. Ruffot (1984).* Das Paar und die Liebe. Psychoanalytische Paartherapie. Stuttgart (Klett-Colta), 1991.
- Faimberg H. und Corel A. (1991).* Wiederholung und Überraschung. Ein klinischer Zugang zur Notwendigkeit der Konstruktion und ihrer Gultigkeit. Jb. d. Psa., 28. 50-70.
- Freud S. (1985c).* Briefe an Wilhelm Flie ft Hg. v. JM. Masson. Frankfurt/M.,(Fischer). 1986.
- Furstenau P. (1979).* Die Beiden Dimensionen des Psychoanalytischen Umgangs mit structurell ich-gestorien Patienten. Ein Beitrag zur Erweiterung der psychoanalytischen Praxeologie. In: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta). 44-54.
- Greenacre P. (1967).* Infantile Trauma and genetic pattern. In: S.Furst (Hg.): Psychic Trauma. NY/London (Basic Books). 108-152.
- Groen-Prakken H.(1990).* Einige Gesichtspunkte zur Technik der Psychoanalyse. EPF-Bulletin. 34, 75-89.
- Hautmann G. (1992).* Die Reorganisation des Selbst und nonverbaler Ausdruck. EPF-Bulletin, 38. 5-134.
- Holderegger H. (1993).* Der Umgang mit dem Trauma. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Khan M.M.R. (1974).* Die schizoide Persönlichkeit – ihre Affecte und die Methoden inner Behandlung. In: Selbsterfarung in der Therapie. Munchen (Kindler) 1977. 13-29.
- Kinston W. und Cohen J. (1988).* Urverdrangung und andere seelische Zustände. Der Bereich der Psychstatik. Tagungsband der Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung in Wiesbaden vom 18-21. November 1987. Hofheim/Wiesbaden Marz 1988. 41- 81.
- (1988).* Primal repression and other states of mind. Scand. Psa. Rev., 11, 81-105.
- Kirshner L.A. (1994).* Trauma, The good Object, and the symbolic: a theoretical integration. Int. J. Psycho-Anal.,75, 235-242.
- Kolk van der B.A. (1998).* Zur psychologie und Psychobiologie von Kindsheitstraumuta (Developmental Trauma). In: A.Streeck-Fischer (Hg.): Adoleszenz und trauma. Gollingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 32-56.
- Krystal H. (1997).* Desomatization and the consequences of infantile pszcnic trauma. Psa.Inquirz. 17, 126-150.
- Kuchenhoff J. (1990).* Die Representation fruher Traumata in der Ubertragung. Forum Psa., 6, 15-31.
- (1997).* Trauma, Konflikt. Representation. Trauma und Konflikt – ein

- Gegensatz? In: A.Schlosser und K.Hohfeld (Hg.): Trauma und Konflikt. Giessen (Psychosozial-Verlag), 1998, 13-31.
- Laub D. und Auerhahn N. (1993).* Knowing und not knowing massive psychic trauma. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74, 287-302.
- Loch W. (1988).* Reconstructions, Constructions, Interpretationen. Vom „Selbst-Ich“ zum „Ich-Selbst“. *Jb. d. Psa.*, 23, 37-81.
- Ogden T.H. (1989).* Die autistisch-beruhrende Position. In: Ders.: Frühe Formen des Erlebens. Wien/N.Y. (Springer) 1995: 49-84.
- Pines D. (1982).* Das Frühe Trauma in Übertragung und Gegenübertragung. Vortragsmanuskript der Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung in Berlin im März 1982.
- Rosenfeld H. (1983).* Primitive object relations and mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64, 261-268.
- Stern D.N. (1996).* Ein Model der Säuglingsrepräsentationen. *Forum Psa.*, 12, 187-203.
- Treurniet N. (1996).* Über eine Ethik der psychoanalytischen Technik. *Psyche*, 50, 1-31.
- Winnicott D.W. (1969).* Objektverwendung und Identifizierung. In: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (Klett). 1973, 101-110.
- (1974). *Die Angst vor dem Zusammenbruch. Psyche*, 45, 1991, 1116-1126.