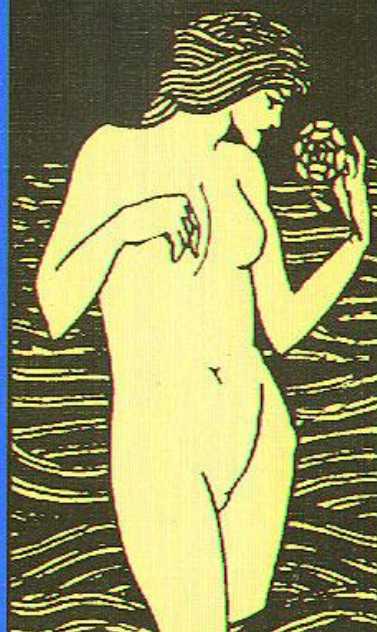


Современная гуманистическая
литература

Динора Пайнз

Бессознательное
использование
своего тела
женщиной

Библиотека
психоаналитической
литературы



Dinora Pines

**A WOMAN'S
UNCONSCIOUS
USE OF HER BODY**

**A PSYCHOANALYTICAL
PERSPECTIVE**

Динора Пайнз

**БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
СВОЕГО ТЕЛА
ЖЕНЩИНОЙ**

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ
ПОДХОД**



Б.С.К.

Восточно-Европейский институт психоанализа

Санкт-Петербург

1997

*Моему мужу, детям и внукам – любимым спутникам,
сопровождающим меня по фазам моего собственного
жизненного цикла*

ВСТУПЛЕНИЕ

Моя профессия психоаналитика близко столкнула меня с мужчинами и женщинами, заставила меня делить их сокровеннейшие переживания, сознательные и бессознательные. О любви, веселье и радостях жизни рассказать легко. Но тайными и невысказанными остаются детский страх, что тебя разлюбят и бросят, страх одиночества, ненужности никому и пожизненная борьба против своей смертности. Никому не хочется говорить об этих вещах, не хочется чувствовать стыд и вину. Тревога о них объединяет пациентов и аналитиков, мужчин и женщин — ведь все мы люди. Но среди важнейших жизненных событий есть такие, которые происходят только с женщинами, и одно из них — беременность. В определенный период моей жизни я особенно интересовалась этими сторонами жизненного цикла женщины, как в плане собственного опыта, так и наблюдая за реакциями моих пациенток.

Я закончила женскую школу, а степень по современным языкам получила в университете со смешанным обучением. Когда я задумалась о дальнейшем образовании, разразилась война, грозившая самому существованию Англии, и в то время казалось очень неуместным заниматься исследованиями в области средневековых языков и литературы. Я решила изучать медицину, может быть, потому, что бессознательно хотела как-то помочь людям, оказавшимся беззащитными перед жестокостью окружающего их мира, и хоть как-то выправить их искалеченные судьбы.

Мои родители были врачами и всегда хотели, чтобы врачом стала и я. Не исключено, что моя степень по искусству была своеобразным бунтом подростка против них, но этот бунт распахнул передо мной двери в мир литературы и языка, которым никогда не устанешь изумленно восхищаться. Большая литература, вобравшая в себя всю сложность человеческих отношений и чувств, в последующем стала для меня надежной основой для кропотливого изучения тех отношений и чувств, с которыми приходят в кабинет аналитика. Чувствительность к языку, к выбору слов

и их значению так же важна для аналитика, как и для литератора.

В начале войны, в 1940 году, очень немногие мединституты принимали женщин. Поэтому я записалась в одно из доступных для меня учебных заведений — Лондонскую медицинскую женскую школу (London School of Medicine for Women), клиника база которой находилась в Королевском общедоступном госпитале (Royal Free Hospital). Все студенты и большинство преподавателей были женщинами — мужчины ушли в армию. Участились воздушные налеты. Один из V-2 попал в отделение травматологии, едва мы закончили дежурство и разошлись. После этого нас эвакуировали и распределили на проживание по чужим семьям. Хозяева не очень-то обрадовались незваным гостям. От собственных семей мы были далеко, а неисправность линий связи и вовсе отрезала нас от дома. Очень рано в нашу жизнь вошло реальное осознание могущества сил жизни и смерти, нашей уязвимости и хрупкости окружающего мира. Хотя, конечно, этот опыт нельзя и сравнивать с пережитым остальной Европой, подвергшейся вражескому нашествию, с ее тюрьмами и лагерями, с убийством людей по расовому признаку или политическим мотивам.

Получив специальность в 1945 году, большинство из нас рвалось на войну, но к тому моменту Вооруженные Силы уже не испытывали нужды во врачах, и нас разослали по разным больницам лечить гражданское население. В то время уже широко распространялись слухи о том, что делалось в концлагерях. Я была завербована и готовилась возглавить группу помощи освобожденным, посылаемую в Аушвиц, но по неизвестным причинам группа была без всяких объяснений расформирована. Для меня это было тяжелым ударом, потому что к тому моменту у меня уже были основания подозревать, что там погибли некоторые из моих родственников, которых я знала в детстве. Мои знания о лагерях уничтожения пригодились мне позже, когда я начала работать с жертвами Катастрофы¹.

Начав работать врачом-дерматологом в больнице, я постепенно научилась внимательно слушать то, что говорили мои больные, пока я исследовала их тело, и, что еще важнее, то, чего они не говорили. Чем дольше я работала, тем больше интересовали меня отношения тела и сознания. В статье «Общение кожей» (см. главу 1) я описала, как живо и

¹ Катастрофа, или Холокост — трагические события периода второй мировой войны, в частности, гибель шести миллионов евреев (из девятиmillionного народа).— Прим. переводчика.

ясно тела моих пациенток выражали нестерпимую боль этих женщин, боль, о которой они не могли ни говорить, ни даже думать. Поскольку слова были им недоступны, они вынуждены были выражать свои чувства телесным путем, сообщая о них врачу, которая могла и обязана была их понять, потому что имела возможность обдумать положение каждой пациентки как мать, пытающаяся принести облегчение. Так в мой врачебный опыт вошли явления переноса и контрпереноса между врачом и больным и заставили меня искать новых знаний. К моему счастью, в нашей больнице работала Хильда Абрахам — психоаналитик, дочь Карла Абрахама, одного из первых учеников Зигмунда Фрейда. Она поддерживала меня, когда я начинала обсуждать с ней мои клинические случаи и когда я пыталась применить аналитический подход. С ее помощью я впервые по-настоящему поняла существование и власть бессознательного. В нашу медицинскую подготовку тогда совершенно не входили знания из этой области. К счастью, теперь это не так.

Когда я приступила к общетерапевтической практике, то увидела жизнь мужчины и женщины и с других сторон. Девочки в подростковом возрасте проходят через неизбежные изменения своего тела и переживают эмоциональное воздействие могущественных сексуальных потребностей. Они могут, как показал психоаналитический опыт, либо принять эти перемены, либо отвергнуть приход взрослой женственности, заболевая аменореей или анорексией, избегая тем самым развития вторичных половых признаков, таких, например, как груди. Молодые женщины выходят замуж, беременеют, рожают детей и нянчат их, и во всем этом всегда присутствует не только радость материнства, но и многочисленные эмоциональные проблемы. И вот эти-то проблемы должен видеть и облегчать внимательный врач, который наблюдает женщину в домашней обстановке, знает ее мужа, мать, детей и других родных. Мужья с их проблемой отцовства и новым для них положением главы семьи — самостоятельная часть проблемы. Таким образом, за семейным кризисом, неизбежно следующим за рождением нового ребенка, во всех случаях надо было бы следить врачу, так как матери, на плечи которой, как правило, ложится этот кризис, трудно охватить всю картину в целом в одиночку.

Когда я проходила психоаналитическую подготовку (1959—1964) и только начинала практиковать самостоятельно, именно эти проблемы чаще других проступали в рассказах пациентов. Но лишь когда я сама прошла анализ и стала лучше понимать самое себя, я могла увидеть их яснее, понять боль пациента и войти с ним в психоаналитический диа-

лог. Этот диалог требовал внимательно прислушиваться и к тому, чего пациент не говорит, и отмечать, как его тело вынужденно отыгрывает чувства, которые сознанию неизвестны и не могут быть выражены сознательно. Я видела, что многие пациенты предпочитают соматизировать, а не говорить. Бывало, что в периоды стресса у них выступала сыпь, нередко боль в животе прерывала их рассказ как раз в тот момент, когда болезненные чувства готовы были достичь их сознания. У некоторых пациентов, страдавших астмой в прошлом, агрессия, которую они выражали при переносе, сопровождалась хриплым, затрудненным дыханием, хотя настоящего астматического приступа им удавалось избежать, потому что они высказывали свое бессознательное и переводили его в сознательный опыт во время сессии.

Мне казалось, что эти телесные выражения невыносимо болезненных чувств чаще встречаются у женщин. Раздумывая над этим наблюдением, я поняла, что тело взрослой женщины предоставляет ей своеобразные средства избегать осознания психических конфликтов и работы над ними. Например, наблюдая моих пациенток, я постепенно открыла для себя варианты поведения, связанные с использованием беременности и даже злоупотребление ею. На сознательном уровне женщина может забеременеть, чтобы иметь ребенка, но ее бессознательно амбивалентное отношение к своей беременности может проявиться в виде недонашивания или выкидыша. Беременность может использоваться и для разрешения бессознательных конфликтов, касающихся сексуальной идентичности или других психических проблем, как, например, бессознательный гнев против матери.

Даже если женщина не использует свое тело для того, чтобы уйти от конфликта, изменения, происходящие с телом на протяжении жизни, глубоко потрясают ее, и разные женщины по-разному справляются с ними — в зависимости от своей способности решать жизненные проблемы вообще и в зависимости от того, как складывалась их жизнь. Окончание детородного периода часто сопровождается мучительной смертью мечты женщины о будущих детях, детях, которых она уже никогда не сможет зачать и родить. Боль бесплодия, когда, кажется, все вокруг тебя рожают, огромна и непереносима. Стареющее тело женщины и утрата репродуктивной функции может стать жестоким ударом по ее самооценке, как если бы умерла часть ее, именно та, что нравится мужчинам. Вместе с тем, менопауза может побудить и к поиску нового жизненного пути, новых решений, когда закончится траур по прошедшей части жизненного цикла.

И наконец, при работе с жертвами катастрофы, мне выпало счастье быть свидетельницей поразительной способности некоторых из них начать жить заново, начинать новую жизнь в себе и помогать в этом другим после всего перенесенного ими. И все же тайны их прошлого жили в них и их семьях, и, как показывал анализ, сказывались на жизни следующего поколения. Другим повезло меньше — несмотря на стремление аналитика научить их не соматизировать свои нестерпимо болезненные эмоции, они остались их жертвами. Но я убеждена, что опыт превращения бессознательного в сознательное в процессе психоанализа обогатил и обновил жизнь всех пациентов. Раскрывшись, тайна позволяет пациенту думать о ней, вместо того, чтобы отыгрывать ее.

Этот сборник статей, написанных мной за последние двадцать лет, рассказывает о моем психоаналитическом странствии и о некоторых проблемах, которые, надеюсь, я со временем уяснила полнее. Перечитывая его, я видела, как во мне росло понимание того, насколько важно благожелательно и сострадательно слушать пациента, независимо от теоретических взглядов аналитика. Такие отношения иногда очень трудно установить в психоаналитическом диалоге, как, впрочем, и в любых отношениях между двумя людьми, особенно когда в одном из них бессознательно поднимается чувство злобы и ненависти к другому, как бы сильно ни защищался он от этого чувства на сознательном уровне. Аналитик тоже человек, а не идеал. Благожелательность означает не приостановление критичности врача, а то, что во время психоаналитического диалога пациент должен оказаться в атмосфере симпатии, сочувствия, которые дадут возможность раскрыться сердитому, обиженному ребенку, живущему внутри него или нее², а взрослому — пересмотреть свои прошлые поступки и решения, не чувствуя себя униженным. Я думаю, прошлое нельзя стереть, но более зрелое понимание себя и других может помочь превращению агрессии в сострадание, и у пациентки появится возможность начать все заново и снова радоваться жизни.

Еще многое предстоит понять не только мне самой, но и всем, кто работает в этой области. Я с удовольствием учусь и буду учиться у них. Я благодарна моим пациенткам, с которыми в процессе анализа мы вме-

² Поскольку речь идет о проблемах женщин, и автор-психоаналитик — тоже женщина, я в дальнейшем буду употреблять только женский род (Д.П.).

сте обретали жизненный и профессиональный опыт и научились понимать больше, чем понимали вначале.

Глава 1.

ОБЩЕНИЕ КОЖЕЙ: РАННИЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС

Представлено на XXXI Международный психоаналитический конгресс, Нью-Йорк, август 1979 г. Опубликовано в International Journal of Psycho-Analysis (1980).

Вступление

В этой статье я собираюсь описать и обсудить психические проблемы пациенток, страдавших младенческой экземой в течение первого года жизни. За изложением моих непосредственных наблюдений, сделанных во время работы дерматологом в женской больнице, последует история психоанализа пациентки с подобным заболеванием в анамнезе. Я остановлюсь на проблемах переноса и контрпереноса, так как, по моему мнению, они высвечивают базисное искажение первичных отношений мать-дитя. Это искажение воскресает на каждой переходной фазе жизненного цикла и исподволь оказывает на него влияние.

Кожа как средство общения

Я подчеркиваю фундаментально важное значение кожи как средства общения между матерью и младенцем в тот период, когда мать обеспечивает понимающее окружение (holding environment), которое и закладывает у ребенка основы первичной идентификации. В фильме о процессе родов (Лебойер, 1974) мы наблюдаем немедленный успокаивающий эффект от контакта кожа-к-коже между матерью и новорожденным сразу после того, как дитя резко переходит из теплого материнского тела в холодный и не охватывающий его мир.

Контакт через кожу заново устанавливает сокровенное материнское ощущение своего ребенка. Они при этом как бы снова делаются единым

целым как во время беременности, когда кожа матери охватывала их обоих. Кожа становится средством физического контакта, через нее приходит к ребенку чувство покоя от объятий, она передает запах, осязательные ощущения, вкус и тепло — все то, что может быть источником наслаждения и близости матери и ребенка. Кожа устанавливает границу между Я и не-Я и содержит в себе Я матери и Я ребенка. Это один из основных и древнейших каналов их довербального общения, по которому невербальный аффект передается соматически и становится доступен наблюдению.

При уходе за ребенком кожа матери может передавать весь спектр чувств — от нежности, тепла и любви до отвращения и ненависти.

Ребенок может реагировать кожей на добрые материнские чувства ощущением, что ему хорошо, и на недобрые — различными кожными заболеваниями. Невербальные аффекты младенца могут найти себе выражение через его кожу. Кожа может зудеть, кожа может «плакать» (мокнуть), кожа может раздражаться. Ее поведение будет определяться способностью матери принимать и утешать своего паршивца. Ребенок может интернализировать подобную ситуацию, как это описала в своей статье Бик (1968). Она показала, каким образом вмещающий объект — мать — реально воспринимается ребенком как кожа, и что материнская способность вместить тревогу ребенка интроецируется ребенком. Это дает начало его понятию о внешнем и внутреннем пространстве. Неудача при интроецировании функции вмещения в себя и неуспех, неприятие того, что ты сам и объект содержатся каждый в своей, отдельной друг от друга коже, ведет к феномену ложной независимости, к «адгезивной»³ («прилипшей») идентификации» и к неспособности признать отдельное существование самого себя и объекта.

Непосредственные наблюдения в больничной обстановке

В молодости, работая дерматологом в плотно загруженной больнице, я видела, что некоторым пациенткам с тяжелыми кожными заболеваниями, у которых было неэффективным изолированное применение

³ Адгезия — слипание поверхностей двух разнородных тел.

традиционных терапевтических средств, нередко помогали мои тогда еще недостаточно квалифицированные попытки психоанализа в сочетании с сочувствием и соответствующими местными процедурами. Я заметила, что в процессе терапии у некоторых из них симптомы вообще исчезали, а у других наступало улучшение. Но когда я уходила в отпуск и наши отношения прерывались, им опять становилось хуже. Несмотря на то что периодически я бывала просто потрясена тем садизмом, с которым эти женщины набрасывались на собственное тело, раздирая себе кожу, несмотря на отвращение к незаживающим язвам, я чувствовала жалость и сострадание к их очевидным мучениям и хотела их облегчить.

Когда я была беременна, некоторые пациентки больницы реагировали на это весьма своеобразно: они переходили ко мне от своего лечащего врача. Их ответ на мое состояние был таким же немым, как нема была боль, стоявшая за болезнью их кожи. Когда я вернулась из отпуска по материнству, они расспрашивали меня и явно успокаивались, услышав, что у меня все в порядке. Казалось, они вновь ярко переживали события своей жизни, следя за событиями моей, и чувствовали, что теперь, с новым жизненным опытом, я смогу лучше понимать их. Немного спустя они начали рассказывать мне о нестерпимо болезненных утратах объекта и нескончаемом оплакивании его, который выражала их раздраженная или мокнущая («плачущая») кожа.

* * *

Госпожа А., пожилая вдова, была покрыта кровоточащей, мокнущей сыпью. В раннем детстве, как я узнала из анамнеза, у нее была младенческая экзема. Ее внешность производила на меня тяжелое впечатление, меня томило ее молчание при том, что на лице ее застыла маска боли. И все же я продолжала разговаривать с ней и сама ухаживала за ее кожей. Когда я вернулась из своего отпуска по материнству, сыпь стала постепенно сходить. Позднее г-жа А. рассказала мне, что сыпь обычно появляется у нее, как только она вставляет ключ в замочную скважину двери своего дома в пятницу вечером, и все болезненные высыпания проходят, когда она возвращается в понедельник на работу. Когда я спросила ее, не случалось ли чего-нибудь в прихожей, она ответила, что однажды, вернувшись вот так же домой в пятницу, она нашла там своего сына повесившимся. Я — тогда еще сама молодая мать — пришла у ужас от ее слов и сидела молча. Переложив груз своего горя на меня, г-

жа А. начала рыдать, в первый раз за все время после страшной гибели сына. Она оплакала его, а вскоре после этого исчезла ее сыпь. Моя психоаналитическая подготовка помогла мне тогда понять сущность ее болезни: она должна была ужаснуть окружающих своим телом, как сын ужаснул ее своим.

Психоаналитическое истолкование непосредственных наблюдений

Фрейд (1905, 1912), описывая явление переноса, подчеркивал, что аналитическая ситуация только ярче высвечивает перенос, который присутствует в любых отношениях врача и больного. Образующийся лечебный союз (или терапевтический альянс) следует использовать для того, чтобы пациент мог выполнить свою психическую задачу — способствовать собственному выздоровлению. Винникотт (1965) выделял важную роль воспитывающего окружения (*maturational environment*), которое обеспечивает мать на первичных стадиях развития Эго. Эта особая роль матери находит свое отражение в особой роли аналитика и аналитического окружения в установлении лечебного союза. Многие авторы, в том числе М.Балинт (1950, 1952), Хан (1974), Джеймс (1978), разрабатывали эту тему и расширяли наше понимание этого аспекта.

В своих работах Хайманн (1950, 1956), Хоффер (1956) и Кинг (1978) предупреждали аналитиков-женщин о том, как важно следить за своим ответом пациентке и осознавать его возможные последствия. Кинг (1978), в особенности, подчеркивала, что аналитику необходимо быть крайне внимательной к ее собственным чувствам контрпереноса на пациентку, у которой довербальная травма была не просто следствием ее состояния, но и результатом аффективной реакции матери на болезненные реакции ребенка.

Больничная среда может рассматриваться как воспроизведение давно утраченного первичного понимающего окружения, в котором чувства переноса и контрпереноса могут испытывать и больной, и врач. Больная ищет такого лечения, которое позволило бы ей вновь превратиться в малютку и при котором другая женщина дотрагивалась бы до нее и успокаивала ее боль. Довербальное общение и физический контакт иногда

могут принести облегчение и надежду на излечение, даже когда вербальное общение заблокировано. С моей точки зрения, такие пациентки избегают безнадежного отчаяния с помощью психосоматического ответа на психическую боль. Они благополучно регрессируют и обретают заново древнейшую, первичную довербальную форму материнского утешения. Таким путем они воспроизводят свой младенческий опыт, ища защиты в состоянии ребенка, мать которого умеет заботиться о его теле, но не о чувствах.

Психоаналитическая ситуация

Психоаналитическая ситуация в описании Лиментани (1977) интерпретируется как воспроизводство ранее существовавших отношений в системе мать-дитя, с той основополагающей разницей, что в ней невозможен физический контакт. Это ограничение особенно фрустрирует тех пациенток, которые, независимо от того, известно это им или нет, страдали в младенчестве экземой. Эти пациентки, видимо, тогда обрели тесный контакт с телом матери и через нее — облегчение своему телу, но не сумели отделиться от нее в должное время. Галлюцинации и фантазии на эту тему или использование какого-либо переходного объекта неудовлетворительны и недостаточны для них, так как источник ласки и покоя для младенца — исключительно мать и материнское тепло. Надо сказать, что матери таких детей сталкиваются с очень сложной, а порой и непосильной задачей постоянно утешать своего капризного, беспокойного младенца. Их функция — служить «защитным покрывалом» ребенку (Хан, 1963) — вероятно, исполняется только отчасти, так как требования ребенка превосходят уровень терпеливой заботы, который может обеспечить достаточно хорошая мать. Такие дети страдают не столько от физического дискомфорта из-за пораженной кожи, сколько от чувства переполняющей их неудержимой первичной агрессии. При этом они лишены адекватного материнского «зеркального» ответа — восхищения и любви к их собственному болезненному телу. Нарциссическое разочарование матери телом ребенка естественно будет отражено в ее ответе на его требования и будет иметь фундаментальное влияние на собственные нарциссические установки ребенка и его представление о себе.

Э.Балинт (1973), рассуждая о технических трудностях при анализе пациенток женщиной-аналитиком, выделяет в качестве центра проблемы

следующее: девочка в младенчестве интроецирует удовлетворенное и приносящее удовлетворение тело женщины и идентифицируется с ним. Но это происходит только в том случае, если девочка приносила телесное удовлетворение своей матери и получала его от нее. У пациенток, которых я описываю, отсутствует первичная устойчивая и достаточная интер-нализация ощущения довольства жизнью («мне хорошо»), так как их ранний телесный опыт связи с матерью (в исходной ситуации пары мать-дитя) был, как правило, лишь отчасти удовлетворяющим, а чаще — неудовлетворяющим. Девочка, которая чувствовала на этой стадии, что не удовлетворяет мать телесно, и не получала адекватного удовлетворения от нее, никогда не сможет восполнить эту базальную утрату. Ибо, чтобы удовлетворить свою мать физически, она должна пожертвовать своим нормальным влечением к позитивному эдипальному исходу, равно как и своим становлением в качестве зрелой женской личности.

Пациентка вступает в аналитическую ситуацию с надеждой, что ее поймут, с надеждой встретить настоящего аналитика. Однако пациенток, которых я описываю, с самого начала преследует страх снова пережить первичное нарциссическое страдание — стыд паршивки, выставленной на всеобщее обозрение. Они, по моему опыту, необычайно чутки и наблюдательны, и постоянно страдают от глубочайшей тревоги, которая может привести к пограничной симптоматике. Они улавливают легчайшую перемену настроения аналитика, изменение в ее голосе и внешности, и их легко охватывает страх перед собственной агрессией. Они умиротворяют и стараются задобрить аналитика, подстраиваются к ней, иногда — в ущерб собственному психическому здоровью. Втайне они хотят повторить свой неоправданно долгий первичный опыт переживания единства матери и младенца, со всем его психическим содержанием и физической успокаивающей лаской. С другой стороны, эмоциональная искренность в общении с аналитиком возбуждает у них огромную тревогу. Пациентка испытывает сильное желание слиться с объектом и столь же сильный страх перед регрессией и утратой Собственного Я.

При анализе таких пациенток всегда следует ожидать у них искаженного представления о самой себе, связанного с нарушениями нарциссических структур, и острой чувствительности к объектным отношениям, что представляет собой проблему как для самой пациентки, так и для аналитика.

Характер переноса в таких случаях, как правило, определяется способностью пациентки сдерживать чувства, определять личную идентичность и защищаться от страха перед полной «аннигиляцией». Когут опи-

сывает пациенток, которые компенсируют недостаток интернализированных структур тем, что используют аналитика в качестве прямого продолжения ранней межличностной объектной реальности⁴. Перенос пациентки, описанный мной в этой статье, также напоминает «аддитивный перенос», который описывает МакДугал (1974). При аддитивном переносе аналитик становится своеобразным центром жизни пациентки, поскольку воссоздает собой такой объект, как Собственное Я пациентки, относящееся к уровню объектных отношений мать-дитя, и поэтому затмевает собой все другие объекты. Расставание с аналитиком в таких случаях сопровождается не только достаточно обычной и нормальной печалью, но нередко приводит к выраженным психосоматическим проявлениям или даже временным психозам.

При втором типе переноса пациентки обладают более уверенным ощущением Собственного Я и, видимо, достигли большей независимости от матери в фазе отделение-индивидуализация, так что, войдя в эдипальную фазу, до некоторой степени сумели найти решение. Таким образом, история их жизни и склад характера сравнительно нормальны. Тем не менее, та же сильная тревога по поводу привязанности и амбивалентность по отношению к матери могут ожить снова в переносе на аналитика-женщину, и пациентка, возможно, будет пытаться избежать этого путем отыгрывания или тем, что начнет соматизировать переполюняющие ее первичные аффекты.

Раскол Эго пациентки (включение «Фальшивого Я»⁵ Винникотта) часто наступает в результате желания избежать чувства стыда и нарциссического страдания, проистекающих от тотального выставления напо-

⁴ «... неструктурированная психика борется за сохранение контакта с архаичным объектом или за поддержание незначительного отделения от него. Здесь аналитик является не экраном для проецирования внутренней структуры (для переноса), а становится непосредственным продолжением ранней реальности, которая была слишком отчужденной, слишком отвергающей, слишком ненадежной для того, чтобы быть трансформированной в четкие психологические структуры» (Когут, 1959, стр. 470—71).

⁵ Винникотт (1965) описывает раскол Эго, который может начаться, когда адаптация матери к ребенку недостаточно эффективна с самого начала: «Фальшивое Я выполняет одну позитивную и очень важную функцию — прятать Истинное Я, и выполняет ее путем соглашения с требованиями окружения. В крайних случаях развития Фальшивого Я Истинное Я спрятано так замечательно, что из жизни ребенка начисто исчезает спонтанность. Соглашательство, чьей отличительной чертой является имитация, при этом становится основой характера ребенка». И далее: «Фальшивое Я становится защитой против того, о чем невозможно мыслить, и одновременно безудержно эксплуатирует Истинное Я, что и заканчивается его уничтожением».

каз. Она и цепляется за аналитика, и хочет избавиться от ее вторжения в свой частный, интимный мир: дает ей ключи, но перевирает, какой ключ от какой двери. Такие пациентки часто столь же чувствительны к бессознательному контрпереносу аналитика, сколь чувствительны они были в свое время к амбивалентности матери и ее умению или неумению нянчиться с ними. Отсюда следует, что контрперенос создает аналитику трудности, а перенос пациентки, который был столь позитивным фактором в больничной обстановке, теперь становится аналитической проблемой. Регрессивное страстное желание пациентки, чтобы ее обняла и утешила мама/аналитик непосредственно уравнивается сильнейшим страхом, который возбуждает эмоциональная близость. Страх быть поглощенной и утратить Собственное Я постоянно терзает ее.

Клинический материал

Первая фаза анализа

Госпожа В. проходила свой первый анализ вслед за жестокой депрессией с суицидными и психотическими эпизодами. Ипохондрические страхи преследовали ее всю жизнь, но к концу анализа она превратилась в приятную, привлекательную женщину с налаженной семейной жизнью. Время от времени она звонила аналитику, и это поддерживало ее, пока аналитик не эмигрировал. После этого у нее началась столь глубокая депрессия, при полной невозможности вербализовать ее даже для самой себя, что она, в полном смысле слова, подстроила себе автокатастрофу, в которой получила множественные повреждения кожного покрова. В больнице, куда ее доставили, регресс достиг такой степени, что она ела, если только ее кормил психиатр, и отказывалась вставать с постели. Она вся покрылась сыпью, выражая таким образом отчаяние и гнев, которые могла высказать. Придя ко мне на прием, г-жа В., несмотря на свою очевидную депрессию и замешательство, была тщательно одета. Она начала свою первую сессию, спросив, что я думаю об аналитической технике в Хампстедской клинике, как бы говоря: «Какую личину мне надеть, чтобы понравиться тебе и спрятать мою реальную суть?»

Эта тема звучала на протяжении всего периода анализа: г-жа В. не прекращала чутких попыток явить не только внешний вид, который

должен мне, по ее мнению, понравиться, но и угодить мне своими чувствами, предъявляя те, которых, опять же по ее мнению, хочу от нее я. Моей ролью аналитика (а я часто проваливалась в этой роли) было постараться помочь ей соприкоснуться со своими истинными чувствами. Их отщепление произошло так рано, что она не могла до них дотянуться. Сильный суицидный настрой г-жи В. проявлялся в ее частых неистовых телефонных звонках: она требовала от меня немедленного внимания, как ребенок, которого может успокоить только ласкающий звук голоса, сдерживающий его страх перед дезинтеграцией. Она забросила свою семью. Однако, сколь ни была растеряна и перепугана своим состоянием г-жа В., каждый день в промежутках между сессиями она принимала ванну, после этого тщательно смазывала кожу маслом и укладывалась в постель поспать. Этот ритуал она исполняла с тех пор, как ее няня положила ему начало.

Первая фаза ее второго анализа была испытанием для нас обеих. Мы обе должны были проверить не только мою способность понимать ее, но и мои возможности распознавать и сдерживать агрессивные чувства, которые я испытывала при контрпереносе, в ответ на ее «свербящий и царапающий перенос». А мой контрперенос был столь же силен. Я чувствовала себя растерянной, запутавшейся, иногда почти сумасшедшей. Г-жа В. была уступчива, пунктуальна, но в ее снах и ассоциациях не было смысла, и воспроизвести их отчетливо я не могла. Однако несмотря на ее непрестанные звонки и мою досаду и растерянность, я была очень заинтересована и хотела помочь. Когда г-жа В. сказала мне, что ее любимая проделка — вводить туристов в заблуждение по поводу зданий, которые они рассматривают, я поняла, что ей нужно было испытать мою способность выносить чувство растерянности. В свою очередь, она открылась мне в своем чувстве растерянности, которое жило в ней с младенчества. Никакие искренние, истинные ее чувства не были приняты или поняты матерью, хотя за ее телом добросовестно ухаживала няня. Так что забота о девочке была противоречивой: плохой и хорошей одновременно, и это сбивало с толку растущего ребенка. Кроме того, г-жа В. находилась в повседневном контакте с матерью, которая до сих пор отрицательно влияла на психическое состояние дочери. Г-жа В. чувствовала, что за ней ухаживают, только когда она физически или психически больна. Это второе осложнение тоже тянулось через всю ее жизнь и угрожало лечебному союзу. Выздороветь — означало для нее лишиться материнской заботы о себе как о больном ребенке. Мы поняли, что прежде психическое здоровье г-жи В. было основано на разумных ограни-

чениях предыдущего аналитика и на ее согласии с тем, чего, как она думала, он от нее хотел. Состояние, которое наступило вслед за его отъездом, казалось депрессией, горем, а фактически было полной утратой Собственного Я, так как этот объект исчез и невозможно стало продолжать его имитацию. Г-жа В. при этом регрессировала к единственно реальному для нее состоянию — особо больного ребенка.

Джозеф в своей статье (1975) подчеркивает, что псевдосотрудничающая часть пациента не дает вступить в контакт с аналитиком его реально нуждающейся в этом части, и если мы попадем в эту ловушку, то не сможем ожидать перемен от пациента, потому что не установим контакта с той его частью, которой требуется жизненный опыт «меня понимают», в противоположность «я понимаю». Г-жа В. была чрезвычайно наблюдательна, могла подметить любое мелкое изменение в моем контрпереносе или в моем внимании к ней. При этом меня потрясало полнейшее отрицание того факта, что я могу быть печальной, могу устать. Она не признавала никакой слабости во мне, ибо в паре мать-дитя она всегда была младенцем. По мере того как уменьшалась депрессия г-жи В., мое спокойствие и стиль интерпретаций, отличающие меня от прежнего аналитика, стали для нее источником тревоги. Мы смогли начать прорабатывать ее имитацию меня и ее соглашательство, не раньше, чем я поняла, как много указаний я все еще невольно даю ей.

Вторая фаза анализа

Г-жа В. рассказала, что она была младшим ребенком в семье, и вскоре после ее рождения отец ушел в армию. Ее детство было несчастливым, она чувствовала себя лишней и дома, и в школе, была замкнутой, апатичной и одинокой. Но внутри страдающего ребенка жил талант наблюдателя, критика, имитатора, который, случалось, поддерживал в ней отец. Эти немногочисленные позитивные переживания были источником сильнейшего наслаждения для нее, но талант необходимо было прятать от критичной матери, так же точно, как и теперь, в ситуации переноса, не выставлять передо мной. И дома, и перед аналитиком она всегда представляла отчаявшейся и беспомощной.

Многие годы приподнятое настроение г-жи В. носило клеймо маниакальной фазы, а ее плохие дни — депрессивной, хотя сама она считала

это нормальными колебаниями настроения. Она жаловалась врачам на парализующую усталость, и они приписывали такую усталость состоянию депрессии, хотя сама она считала ее обусловленной физически. Я заподозрила дисфункцию щитовидной железы, эндокринолог это подтвердила и назначила соответствующее лечение. Г-жа В. получила физическое облегчение и атмосфера анализа изменилась. Две женщины, аналитик и эндокринолог (мать и няня переноса), с сочувствием подтвердили истинность суждения г-жи В. о ее телесном здоровье. После этого г-жа В. решила, что теперь может позволить себе показать истинное состояние своих чувств, и последовал маниакальный триумф.

Это был момент, когда в первый раз проявилось при анализе яростно охраняемое Собственное Я г-жи В. Исчезли ее соглашательство, уступчивость аналитику и домашним. Теперь она выражала дикую ярость при малейшем признаке того, что я не понимаю ее или невнимательна. Она вопила, колотила в порыве злости кушетку, словно меня самое. Ее руки распухли и раздражали ее. Иногда она надевала на них перчатки. Эти взрывы пугали нас обеих, но позднее, когда мы научились переносить их, г-жа В. получила облегчение от выражения долго сдерживаемых чувств. Ее отношение к мужу было амбивалентным. Она испытывала к нему и благодарность за заботу о ней во время ее болезни, и гнев и теперь со злобой физически накидывалась на него за старые нарциссические раны, в которых она никогда раньше не признавалась даже себе. У нее началась нервная анорексия, и лишь впоследствии мы поняли, что это была ее личная Декларация Независимости. Она больше не подражала мне. Теперь я представлялась ей пухлой мамашей, которая все время ест сама и пичкает других. Временами, когда у нее начиналась паника, она звонила психиатру, о котором уже шла речь, и страшно злилась, когда он отсылал ее ко мне. Это походило на то, как если бы она впервые столкнулась с родительской парой, которую ее всемогущество не могло разделить. Здесь надо сказать, что когда отец г-жи В. ушел на войну, у нее была фантазия о разделении родителей из-за ее рождения. Мой собственный контрперенос изменился разительно. Вопреки обыкновению, я все больше сердилась на пациентку и не любила ее за то, что она заставляет меня выглядеть и чувствовать себя беспомощной и некомпетентной. И снова я была в неопределенности. Мне было неясно: интроецирует ли она мою ненависть или проецирует свою на меня? Но когда однажды я поняла, что ненавижу г-жу В. потому, что она этого от меня хочет, и что она, сталкиваясь со своей собственной ненавистью ко мне, не регрессирует к состоянию больного ребенка, тогда аналитическая атмосфе-

ра изменилась к лучшему. Нам стало ясно, что в процессе анализа пациентка повзрослела, проверив, что ненависть можно пережить без полного разрушения кого-либо из нас.

Тогда г-жа В. увидела и рассказала мне несколько сновидений, в которых она была одета мужчиной. Хотя отыгрывание и сновидения указывали (на первый взгляд), что диадная ситуация при анализе развилась в Эдипов треугольник, он был столь же ложным, как и в ее жизни. Ее страстное стремление к отсутствующему отцу разрешалось в данных сновидениях путем присвоения его внешнего вида. Эти сновидения и фантазии выражали ее чувство, что единственный способ угодить мне (матери-аналитику) своим телом — это одеться мужчиной и возбудить меня, как отец возбуждал мать, когда вернулся с войны. Все отношения г-жи В. с людьми были повторением отношений в паре мать-дитя. В ее раннем детстве отец отсутствовал физически, а когда вернулся с войны — психологически. И аналитик-мужчина и ее муж представляли в ее психической жизни фигуру матери, но она не выдавала первичных чувств ненависти и злобы против них, порожденных беспомощной зависимостью от этих лиц, точно так же, как первично утаивала подобные чувства от матери. Взрыва удавалось избежать путем регресса и утраты границ Эго или путем соглашательства. Ее второй анализ, на этот раз проводимый женщиной, которая физически могла быть ей матерью, видимо, предоставил ей новые возможности для психического созревания.

Третья фаза анализа

После того как мы проработали этот материал, гнев и раздражение г-жи В. начали сублимироваться в подражание мне, иногда превращаясь в жестокое и садистское передразнивание. Она была удивлена, что я могу выдержать эти бешеные приступы ненависти и зависти, и что ее брак их выдерживает. Впервые в жизни г-жа В. позволяла другому человеку испытать всплеск ее ярости. Теперь она позволила себе выставить напоказ и постыдный облик своего тела, и отчаяние от невозможности угодить матери или себе своей внешностью. Она сказала мне, что в подростковом возрасте у нее на лице были прыщи и росли жесткие волосы, а когда она была маленькой, то носила специальные очки для исправления косоглазия и специальные пластинки для исправления прикуса. Г-жа В.

вспомнила, что решила тогда принять свое безобразное, вонючее Собственное Я, спрятать и никогда никому не показывать. После этого она таила свое постыдное тело физически и психологически даже от своего первого аналитика. «Ну как можно сказать мужчине о таком? — спрашивала она. — Мне кажется, что Вы как будто сняли с меня, слой за слоем, грим и кожу, и теперь я больше не смущаюсь и не стыжусь».

Вслед за этой сессией г-жа В. увидела во сне, что ее тело сплошь покрыто сыпью. На следующий день ее тело покраснело и чесалось. Ей стало понятно, что, когда она страдала в младенчестве экземой, именно мать, а не няня смазывала ее тело смягчающими и успокаивающими средствами. Это были те архаичные отношения, которых г-жа В. всегда стремилась достичь, хотя и не помнила о них. Девочка росла у матери, которая полностью отрицала свое разочарование в ребенке, так же, как и страдания дочери. Но дочь видела неодобрение матери и ее скрытое разочарование от того, что постоянное хождение по врачам мало улучшает внешность ребенка. Мать постоянно повторяла ей, что она счастливица. Она может лечиться, у нее достаточно пищи и крыша над головой. Родители отправили ее в один из лучших интернатов, потому что любят ее. Как же после этого она смеет быть несчастной!

Но г-жа В. знала, что глубоко несчастна и со временем оставила попытки выразить свои истинные чувства даже самой себе. Безобразный, вонючий, грязный ребенок, каким она всегда оставалась в своих представлениях, у взрослой женщины был скрыт за маской элегантности; точно так же ее мать скрывала свою нарциссическую ярость и ненависть. Только во время второго курса анализа г-жа В. по своим сновидениям смогла восстановить, что самый ранний опыт успокаивающей телесной ласки она приобрела не с няней, а с матерью. Так как мать не сумела окружить ее достаточной эмоциональной заботой, способность г-жи В. переносить физическую боль была снижена, ибо она не интернализовала успокаивающих родителей. Психически она предпочла остаться зависимым ребенком, с которым необходимо нянчиться, и тем самым во многом пожертвовала своей индивидуализацией.

Заключение

Я исходила из материала наблюдений над женщинами, страдающими кожными заболеваниями, и анализа женщины, перенесшей экзему в

младенчестве. Пациентка, перенесшая экзему, имела продолжительный опыт физически успокаивающей материнской ласки, в результате чего симбиотическая фаза ее отношений с матерью чрезмерно затянулась. Моей первой целью было показать, что довербальная травма от младенческой экземы сказывается не только в фундаментальном нарушении отношений мать-дитя, но и в повторных попытках вновь достичь контакта с архаичным объектом, с которым и был пережит первичный опыт телесного успокоения. Это страстное желание проходит, по-видимому, через весь жизненный цикл, и влется в каждые новые взаимоотношения. Надежда пациентки—интегрироваться с этим объектом и его успокаивающей ролью — каждый раз оживает вновь, но затем она отказывается от нее. Первичный страх утраты Собственного Я — сильная угроза нормальному течению процесса индивидуализации.

Во-вторых, я пыталась показать, что по-человечески понятное разочарование матери внешностью своего ребенка зарождает у того базальную нарциссическую уязвленность, которая мало меняется в последующем, даже несмотря на реальные успехи взрослой жизни. Ранний образ Собственного Я закрепляется и остается неизменным в Истинном Я. Случается, что болезненные отклонения в ранних отношениях с матерью не восполняются, и женщина переживает эту свою беду вновь и вновь на каждом переходном этапе жизненного цикла, несмотря на обогащающую реальность продолжительных взаимоотношений с мужчиной, несмотря даже на глубокую эмоциональную зрелость, принесенную материнством и позволившую воспитать нормальных детей.

Пациентки, в истории которых сочетаются оба таких условия, как адаптация к материнской неспособности понять и выдержать их эмоциональный голод и наличие в раннем детстве длительного периода телесного успокаивания, находят альтернативные средства общения. Они узнают, в результате, как можно перевести психическое страдание на язык видимого телесного недуга и тем самым пробудить к себе внимание и заботу. Так происходит «обучение» тому, как в дальнейшем обходить психическую сторону нестерпимого страдания. Отсюда следует, что всякий раз, когда женщина-врач лечит женщину-пациентку в больничной обстановке, тем самым она восстанавливает первичный успокаивающий контакт матери и младенца.

Аналитическая обстановка, где физический контакт отсутствует, становится особо фрустрирующей для таких пациенток. Их нарциссические проблемы, связанные с нарушением понятия о Собственном Я, и их чрезвычайная чувствительность к объектным отношениям делают для них трудновыносимыми чувства,

них трудновыносимыми чувства, принадлежащие как переносу, так и контрпереносу. Перенос пациентки показывает нам и страстное регрессивное желание, чтобы ее обняли и успокоили, и противостоящий ему сильный страх перед эмоциональной близостью, так как при такой близости оживает и первичная тревога — быть полностью поглощенной и утратить Собственное Я. Дети, чья младенческая экзема оттолкнула их матерей, испытывают страшный стыд и впоследствии относятся к анализу как к ситуации, где этот стыд возможно придется пережить опять. Поэтому аналитика они воспринимают не только как вмещающую их кожу, защищающую их от дезинтеграции, но и как непрошеного пришельца, который вторгается в их полный боли внутренний мир. Раскол Эго защищает истинные чувства пациентки от психического обнажения, даже перед самой собой, и их заменяют суррогаты соглашательства и имитации. Тем не менее, чувства переносимые на аналитика остаются сильными, и пациентка, чтобы спастись от них, может прибегнуть к отыгрыванию.

Чувства, принадлежащие контрпереносу, могут быть столь же сильны. Эти пациентки проверяют аналитика на выносливость не только к первичным агрессивным чувствам, которые пациентка проецирует на нее, но и к ее собственному раздражению, поднимающемуся против пациентки. Они могут быть требовательными и назойливыми, при малой способности сдерживаться или заботиться об объекте, который несет им успокоение. В диадной ситуации они почти всегда хотят оставаться младенцем. Физическая способность женщины-аналитика быть матерью, видимо, хорошо подходит для переноса первичных ощущений, восходящих к частичной материнской депривации пациентки. Такие пациентки требуют большого терпения от аналитика, но одновременно пробуждают и желание облегчить и успокоить их боль. Они утомляют, а их цепкая наблюдательность и повышенная чувствительность к аналитику требуют равно чуткого отслеживания своих ощущений контрпереноса. Такие пациентки — всегда вызов, так как они возбуждают тревогу и замешательство у аналитика до тех пор, пока не удастся выявить первичную природу тех или иных нарушений по тончайшему оттенку взаимодействия в аналитической ситуации. Но как только лечебный союз прошел проверку на прочность, эти пациентки могут, в конце концов, завершить выполнение своей психической задачи по отреагированию Винникоттовской «первичной агонии». Вербализация длительно вытесняемых аффектов, таких как сильное раздражение и гнев, может у них облегчиться, и тогда будут отброшены регрессия и соматизация. Не-

смотря на все вышеизложенное, психическая боль этих пациенток очень реальна, как и их надежда, что аналитик проникнет во внутреннюю жизнь и поймет их, и они смогут начать сначала процесс своей индивидуализации, с истинным отделением от матери.

Глава 2

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ДИАЛОГ: ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС

*Статья из серии «Психоанализ в Британии», 1984—1989 гг.,
ежегодно представляемая в Британское
психоаналитическое общество.*

Аналитики, принадлежащие к Британскому психоаналитическому обществу, в наше время делают особый акцент, как в своей клинической практике, так и в преподавательской работе, на важности наблюдения, понимания и интерпретаций явлений переноса и контрпереноса; иными словами, они призывают внимательно отслеживать эмоциональные и аффективные отношения двух людей, вовлеченных в процесс психоанализа: аналитика и анализируемого. Эти взаимоотношения можно характеризовать как напряженные и непрерывно развивающиеся, и каждый из участников привносит в них свой прошлый жизненный опыт, сознательные и бессознательные чувства, надежды и желания, равно как и свою жизненную ситуацию вне анализа в настоящем. Конечно, то же самое можно сказать и о любой паре, вовлеченной в тесные систематические отношения. Однако особые рамки аналитического пространства, условия, которые выставляет аналитик для облегчения терапевтической проработки проблем пациентки — все это делает аналитические отношения весьма специфическими. Аналитик приглашает пациентку войти с ней в глубокие межличностные отношения и одновременно как бы навязывает фрустрацию от отсутствия нормального телесного контакта, телесного общения и телесного удовлетворения. Она предлагает пациентке выставить себя напоказ, а сама уходит в тень, для полного выявления чувств пациентки к важнейшим фигурам ее прошлого и настоящего, которые она проецирует на аналитика. При переносе эти люди фактически оживают и воспринимаются почти как реальные лица.

Фрейд (1912) отмечал, что аналитический процесс не создает перенос, но обнажает его. Таким образом, в нашей повседневной работе и аналитик, и пациентка имеют дело, причем очень интенсивно, с самыми

могущественными человеческими страстями. Нелегкий компромисс, на который каждый человек должен пойти ради примирения своих и чужих интересов, приходится находить здесь снова и снова. Каждый ребенок встречает мощное противодействие своему здоровому стремлению — вырасти в самостоятельную личность, достичь сексуальной свободы, которую несет физическая и психическая зрелость, и прийти к позитивной стороне амбивалентности, и это противодействие толкает его к уютной регрессии, к неспособности отделиться от первоначальных объектов и ненависти к ним за свое положение узника, реальное или воображаемое. Сегодня мы понимаем, что детские и подростковые конфликты и аффективный ответ на них легко просыпаются в обоих — в аналитике и в пациенте, — потому что теперь мы видим в анализе двух участников и двусторонний процесс, хотя Фрейд и не рассматривал анализ с такой точки зрения. И аналитик, и пациент не свободны от обычных человеческих слабостей и идут общей тропой духовного развития.

Таким образом, моя нынешняя тема продиктована клинической практикой психоанализа. Но рассматривая психоанализ как отношения двух людей, мы затруднимся в выборе точных определений, так как каждый аналитик и каждый анализируемый будут переживать перенос и контрперенос по-своему.

Обратимся поэтому к истокам. В «Автобиографических очерках» (1935) Фрейд писал:

«Перенос—универсальное явление человеческого сознания и фактически главенствует в любых отношениях человека с его окружением».

В 1895 году Фрейд уже знал о явлении переноса и рассматривал его тогда как источник сопротивления аналитическому процессу. Но в 1909 году он уже отмечал:

«Перенос возникает спонтанно во всех человеческих отношениях точно так же, как и в отношениях пациента и врача».

В это время Фрейд определял перенос как прямые аллюзии пациента на личность аналитика и говорил о легко определяемых смещениях на аналитика.

По мере увеличения клинического опыта многие аналитики стали считать перенос скорее важнейшим средством понимания психической

реальности пациента, чем изначальным сопротивлением, как полагал Фрейд. Позднее аналитики определяли перенос достаточно широко. Гринсон писал в 1965 году:

«Перенос — это переживание ощущений, влечений, установок, фантазий и защит по отношению к человеку из настоящего времени, которые не подходят к этому человеку и являются повторением и смещением реакций, происходящих из отношений к значимым лицам из раннего детства».

Он неустанно подчеркивал, что, для того чтобы какую-либо реакцию можно было считать реакцией переноса, она должна быть повторением прошлого и должна быть неподходящей к настоящему. Вилли Хоффер (1956), блестящий обучающий аналитик из Британского Общества, писал в 1956 году, что термин «перенос» подчеркивает влияние детства на нашу жизнь в целом. Таким образом, этот термин относится только к тем случаям, когда люди в своих контактах с объектами (при этом контакты могут быть реальными или воображаемыми, позитивными, негативными или амбивалентными) переносят на эти объекты свои воспоминания о предыдущих значимых, переживаниях и таким образом как бы изменяют реальность своих объектов, наделяют их качествами из прошлого, судят о них и пытаются использовать их в соответствии со своим собственным прошлым. Гринсон, Хоффер и многие другие аналитики, особенно Филлис Гринэйкр (1954), тем самым подчеркивали важность младенческих переживаний, основа которых — отношения мать-дитя.

Психоаналитическая научно-исследовательская деятельность расширила наше понимание сложностей человеческого развития. Хотя прошлое, бесспорно, не может не влиять на настоящее и будущее, многие аналитики в наше время признают важность психических изменений, происходящих с каждым человеком по мере восхождения к зрелости по ступеням жизненного цикла, таким как подростковый возраст, материнство-отцовство и затем — старение. Ибо во время аналитической сессии пациентка в своем отношении к аналитику может проявить инфантильные чувства и аффекты, связанные с объектными отношениями детства; на той же сессии она может перескочить на более позднюю стадию развития и пережить заново чувства, аффекты и объектные отношения подросткового возраста, а аналитик должен внимательно следить за изменениями, которые постоянно происходят в течение часа.

Расширение понятия «перенос» привело многих аналитиков к тому,

чтобы интерпретировать все, что скажет или сделает пациентка в течение часа, как проявления исключительно переноса. Иначе говоря, весь материал пациентки выражает сознательное или бессознательное возрождение в настоящем инфантильного прошлого пациентки и его аффективных компонентов. Я вовсе не разделяю этого взгляда, ибо он ставит личность аналитика вне принципа реальности пациентки и позволяет аналитику отмахнуться от необходимого для нее пристального самонаблюдения и самоизучения. Мы всегда должны помнить, что пациентка точно так же внимательно наблюдает за своим аналитиком и может прекрасно видеть перемены ее настроения и чувств. И естественно, что любые перемены в жизненной ситуации обеих также влияют на ход сессии. Мы, конечно, все знакомы с пациентками, которые используют в качестве защиты проекцию и экстернализацию. Входя в комнату, такая пациентка говорит: «Как вы суровы сегодня. Даже не улыбнитесь». Большинство аналитиков воспримет это как проекцию собственного состояния пациентки на нее: ведь она-то как раз настроена весело. Однако на мой взгляд, если пациентка точно подметила, что аналитик подавлена или расстроена, для последней очень важно с осторожностью признаться в этом, так как ее запирательство подкрепит инфантильную ситуацию пациентки — не доверять своим чувствам и своему восприятию родителей. Я считаю, что понимание аналитиком особенностей восприятия пациентки — гораздо более трудная процедура, чем интерпретация ее проекций на аналитика, иными словами, аналитик не должна быть уверена, что пациентка использует ее только как вместилище собственных нестерпимых переживаний. Одушевленное вместилище, будь то аналитик или родитель, никогда не нейтрально, и изучение своих собственных проекций должно быть для аналитика частью ее поиска реальности.

А сейчас я хочу вернуться к теме контрпереноса, то есть к отслеживанию и признанию аналитиком ее собственных бессознательных аффективных реакций на свою пациентку и ее сообщения. Можно сказать, что для большинства аналитиков Британского Общества использование контрпереноса стало одним из главных технических средств в их нынешней практике. В 1912 Фрейд провозгласил, что аналитик обязан вести себя

«...как хирург, который отодвигает в сторону все свои чувства, включая жалость, и сосредоточивается на одной единственной цели — провести операцию как можно лучше».

В прошлом многие аналитики рассматривали свой эмоциональный ответ пациенту как патологическое явление, которому следует сопротивляться, а не как драгоценную грань аналитических отношений, облегчающую понимание пациента.

Обучающий аналитик Британского Общества Паула Хайманн (1950) в своей основополагающей работе привлекла внимание к позитивным аспектам использования контрпереноса:

«Я утверждаю, что эмоциональный ответ аналитика своему пациенту в аналитической ситуации представляет собой важнейшее оружие его работы».

Она постулировала, что рассматривать восприимчивость аналитика к чувствам как невротическую черту или недостаток подготовленности означает лишать аналитика важного источника информации, особенно в том, что касается довербального опыта пациента.

Эту тему подхватили и развили другие аналитики Британского Общества, в особенности Перл Кинг в 1978 году. Она пересмотрела прежний взгляд на аффективный ответ аналитика пациенту:

«Истинное понимание явления переноса включает не только знание того, кого или что представляет собой аналитик для пациента, но также и того, какие аффекты этот человек или объект из прошлого по мнению пациента испытывали по отношению к нему, равно как и тех аффектов, которые сам пациент испытывал по отношению к значимым фигурам из его прошлого, особенно в младенчестве и раннем детстве».

Она настойчиво подчеркивает, что аналитику важно определить для самой себя, какие аспекты родителей пациентки вновь оживают для нее в данный момент при переносе и переносятся ею на аналитика. Проживает она аналитический час с матерью в депрессии или с матерью любящей? П.Кинг еще более резко подчеркивает, что важно делать различие между контрпереносом как патологическим явлением, о чем говорилось выше, и аффективным ответом аналитика на сообщения пациента и на различные формы его переноса. Она определяет аффективный ответ аналитика, как то, что

«...он осознает у себя чувства и настроения, которые не имеют от-

ношения к его личной жизни; он может даже ощутить их чуждыми своему нормальному способу реагирования, но поместив их в контекст материала пациента и аналитической обстановки, он увидит, что они освещают те явления переноса, которые находятся в данный момент в процессе сознательного или бессознательного выражения пациентом, и придают им смысл».

Мой личный опыт отслеживания своего аффективного ответа на материал моих пациентов и супервизорская работа с кандидатами в аналитики привели меня к убеждению, что мы должны также осознавать тонкие различия в самом аффективном ответе, то есть отличать нашу идентификацию с пациенткой от эмпатии (сочувствия) ей, а также осознавать, что мы проецируем на пациентку, а что пациентка проецирует на аналитика. Это очень тонкая, очень сложная задача!

Важная задача супервизорства, как я ее понимаю,— помочь будущему специалисту научиться видеть свой собственный вклад в терапевтическое взаимодействие, возникающий в результате переноса на нее чувств пациентки. Всегда гораздо легче сделать заключение: «Это не обо мне она говорит — перед ней ее родители», чем принять, что это вполне можешь быть ты сама, что пациентка точно восприняла какую-то сторону твоей личности, например твои собственные моральные установки по отношению к сексуальности и твое отношение к каким-то сторонам ее поведения, и что эти установки ты должна у себя признать и проработать. Сколь сильно ни желали бы мы оставаться в нейтральной позиции, которую отстаивал Фрейд, я думаю, что в плане нашего личного опыта мы должны признать, что мы не нейтральные складские помещения и что нам постоянно нужно осознавать границу между чувствами и установками наших пациенток и нашими собственными. Другими словами, аналитик должна остерегаться, что, чрезмерно идентифицировавшись с пациенткой, она начнет проецировать на нее свои собственные проблемы.

А теперь я хочу проиллюстрировать очерченные мной вопросы клиническими примерами, взятыми как из моей практики терапевта и дерматолога, так и из моего опыта работы психоаналитика. Я расскажу и о своих клинических наблюдениях в качестве супервизора кандидатов в аналитики.

* * *

Когда я работала дерматологом в женской больнице, то замечала, что у некоторых пациенток с серьезными кожными заболеваниями изолированное применение традиционных медицинских препаратов оказывается неэффективным, но зачастую им можно помочь, если попытаться дополнительно вникнуть в их житейские проблемы. Я пришла к выводу, что они воспринимают больницу как первичное материнское окружение, где могут выразить перенесенные чувства и вызвать соответствующий ответ у женщин-врачей. Это согласуется с наблюдением Фрейда, что перенос находит выражение в любых отношениях пациент-врач. Пациентки благополучно регрессировали к инфантильной ситуации и добывали себе материнскую ласку в первичной форме: другая женщина, словно заботливая мать, успокаивала их прикосновением и сочувствием. Таким образом, бессознательный перенос и контрперенос сопровождался взаимодействием женщины-пациентки и женщины-врача, и его основой служил предыдущий опыт базального доверия пациентки к значимому объекту из ее прошлого.

Однако грубая реальность жизни и особенно реалии европейской жизни во время последней войны, никак не могли быть тем окружением, в котором у ребенка легко формируется базальное доверие к родителям и другим людям. В то время меня попросили посмотреть одну беженку, которая выглядела как маленький ребенок, и в свои пятнадцать лет не была ни девушкой, ни даже подростком. Она говорила на каком-то славянском диалекте, который никто, включая меня, не мог понять, и была подвержена неконтролируемым приступам словоизвержения, во время которых баррикадировалась в своей комнате и не позволяла никому находиться рядом. Ее старая тетка, которая спасла ее и вывезла в Англию, была изумлена этим парадоксальным отношением ребенка к проявлениям доброты. Когда мы встретились и девочка увидела меня, она немедленно успокоилась и позволила мне сделать ей прививки и другие болезненные процедуры, необходимые для ребенка-беженца. Она очень привязалась ко мне, и я часто встречала ее у своего дома, где она ждала меня, чтобы обменяться улыбкой и парой слов, когда она заговорила по-английски. Она никогда не говорила со мной о своем прошлом, но ее поведение красноречиво говорило о том, что ей необходимо молчать о нем, и я не расспрашивала ее.

Она рано вышла замуж и, хотя они уехали из Лондона в пригород, всегда приводила ко мне детей, словно я была ее доброй и гостеприимной но тайной — матерью. Когда ее последнему ребенку исполнилось столько, сколько было ей самой в тот период, когда мы познакомились,

моя пациентка вновь пришла ко мне в глубоком расстройстве. К тому времени я стала аналитиком, и она просила меня о лечении: она больше не могла отрицать свою боль и свое прошлое. Тогда она рассказала мне, что когда немцы ворвались в ее страну, отец спрятал ее и ее мать за городом в деревне, а сам ушел в партизаны. Их укрывала семья крестьян, чья дочь привязалась к шумной, непослушной девочке. Потом мать случайно обнаружили и застрелили нацисты. Ребенка спрятали под кроватью, но она слышала выстрел и видела на следующий день труп матери. Хозяева продолжали прятать ее у себя, потому что их дочь любила девочку. Немцы поверили, что это их младшая дочь. Она стала молчаливой и покорной, зная, что, если будет кричать и капризничать, как раньше, это приведет ее к гибели. В процессе психоаналитических сессий мы с ней поняли, что ее неадекватное поведение со спасительницей-теткой было отреагированием всего, что накопилось отщепленного и вытесненного, пока она жила в семье своих первых спасителей. Как же я была поражена, когда она принесла фотографию своей покойной матери: я увидела по ее внешности, что она вполне могла бы быть членом моей семьи. Мы поняли, что мое легкое внешнее сходство с ее матерью немедленно вызвало у нее все те чувства, которые она так сильно желала испытывать. Наслаждение от материнской заботы и ласки повторилось, и она заново пережила его в настоящем при переносе. Ее привязанность ко мне в свою очередь стимулировала материнскую, заботливую грань моего контрпереноса, позволяя мне отвечать на ее скрытое желание и удовлетворять его при медицинском уходе за ней.

Непосредственные наблюдения аспектов взаимодействия пациент-врач и их связей с изначальной ситуацией пациента во младенчестве стали понятней для меня во время моей кандидатской подготовки в Британском Обществе, и впоследствии мой опыт отношений пациент-аналитик позволил мне видеть все это еще отчетливей.

Я бы хотела проиллюстрировать это одним поразительным эпизодом из анализа одной из моих первых пациенток, которая была последним ребенком в большой семье. Она относилась к анализу очень серьезно — как и я, конечно же, — но все-таки чего-то в наших отношениях не хватало. Она была ужасно многословна и ассоциировала изо всех сил, хотя и в довольно зажатой манере, и во время сессий я постоянно чувствовала, что, несмотря на усилия обеих сторон, она присутствует лишь физически, но на более глубоком уровне — отсутствует.

После нескольких лет анализа ее поведение вдруг изменилось поразительным образом. Болтливость внезапно сменилась уходом в полное

молчание. Надо сказать, что кушетка у меня в консультации расположена в эркере, так что солнечный свет льется на лежащего со всех сторон, и он может рассматривать узор из ветвей за окном. Пациентка молчала, но к тому времени я уже знала, что и мне следует молчать. Сперва ее молчание казалось очень мирным. Так продолжалось десять дней, пока пациентка не начала проявлять признаки беспокойства и я тоже стала ощущать беспокойство во время молчания. Казалось, что мои мысли занимает шекспировский «Макбет», в голову мне лезли строчки из этой пьесы, которую я изучала студенткой, а теперь изучал мой сын. Я чувствовала себя виноватой за то, что отвлекаюсь на «Макбета» от пациентки, пока меня не осенило, что в ушах у меня настойчиво звучит все та же строчка: «Из чрева матери моей я извлечен на свет до срока». Глядя на пациентку, спокойно лежащую на кушетке, окруженной стеклом, я не могла уже не спросить ее, не была ли она помещена в инкубатор после рождения. Она ответила немедленно, сообщив то, чего она не могла помнить сама, но о чем ей рассказывали. Она родилась недоношенной и провела месяц в инкубаторе, прежде чем матери разрешили забрать ее домой. Используя рассредоточенное внимание, которое приносит на сессию каждый аналитик, я смогла достать тот слой, который сама пациентка не могла вербализовать, и тогда стало ясно, что же именно было упущено в отношениях матери и младенца, упущено и, возможно, не восстановлено: та ранняя связь, в которой они еще предстают единым целым. Таким образом, перенос и контрперенос воспроизвели определенную сторону невербальной проблемы матери и младенца в вербальной форме, хотя и молча. То, что я рассматривала сперва как патологический контрперенос в ответ на молчаливые сообщения моей пациентки, на самом деле было проявлением эмпатии, которая уже создалась к тому времени и существовала между нами и позволила мне вербализовать для нее то, что она не могла вербализовать сама.

Для контраста я приведу клинический эпизод из моего супервизорства над опытным врачом (женщиной), лечащей молодую пациентку. У врача был единственный ребенок — дочь, с которой, когда та была маленькой, она жила раздельно. Мать получила возможность встречаться с дочерью, когда та была уже подростком и затем взрослой, и хотя отсутствие отношений с дочерью-ребенком оставило свой след в жизни матери, она была рада вновь установить их с красивым и талантливым взрослым человеком. Она идеализировала свою дочь и старалась не замечать признаков душевного неблагополучия в ее поведении. Так совпало, что пациентка врача приехала из той же страны, где жила ее дочь, и была

одного с ней возраста. Пациентка подавала себя как красивую и преуспевающую молодую женщину, и врач разделила ее мнение о себе, хотя лично я как супервизор не видела тому доказательств. Напротив, я видела в девушке явные признаки психического расстройства. Моей супервизорской задачей было распутать клубок: врач чувствовала эту девушку как бы своей дочерью, а девушка проецировала на нее собственное чувство «я великолепна». Лечение не захватывало как раз те самые нуждающиеся в нем области, которые защищала организация Фальшивого Я. Таким образом, в этом случае контрперенос и перенос были патологическими. Я понимала то, чего не осознавала сама врач — свое страстное желание быть близким для дочери человеком, чтобы иметь возможность отрицать свою вину перед ней за то, что бросила ее. Ей хотелось видеть ее только как процветающую, сложившуюся молодую красавицу, а не как что-то ущербное.

Мне бы хотелось теперь напомнить вам, что перенос и контрперенос могут осознаваться, но может начаться и борьба против этого осознания. Пациентка может принять свой перенос или, наоборот, начать из всех сил сопротивляться повторению болезненных переживаний своего детства и отношений с главными его фигурами. Врач равным образом может столкнуться с сильным сопротивлением ее бессознательного тому, чтобы увидеть и признать свой контрперенос, ибо он задевает ее глубочайшие чувства и переживания. Например, пациентка может радостно принимать свой перенос на аналитика, и будет казаться, что интерпретации аналитика помогли ей достичь глубокого самопонимания и даже некоторых личностных изменений. И аналитик будет убаюкана приятным чувством, что это замечательная пациентка и процесс пошел. Мой клинический опыт научил меня побаиваться слишком хороших пациентов, особенно если их ранние годы прошли с депрессивной матерью, которую они всячески пытались убаюкать и развеселить.

Например, молодая женщина, чья мать вечно пребывала в депрессии, неизменно заканчивала встречу со мной какой-нибудь шуткой, зная, что меня легко рассмешить. За этим проявлением переноса стояло не только желание уйти, унося с собой мою улыбку как свидетельство того, что она хорошо вела себя на сессии; нет, она чувствовала себя умненькой малюткой, которая развеселила свою мрачную мамочку и теперь может покинуть ее без чувства вины. Это проявление переноса прятало еще одну сторону ее инфантильной ситуации, которой она стыдилась и которую желала отрицать. Как только эта первая относящаяся к переносу установка была понята, истолкована и проработана, моя пациентка нача-

ла обнаруживать сильное сопротивление переносу и моим истолкованиям ее переноса. Дело в том, что за ее желанием видеть свою мать и (при переносе) меня счастливыми стояло отчаяние от того, что ее чувства и потребности расходятся. Она была в ужасе от своего тайного гнева и стыдилась выставить напоказ фрустрированного гадкого ребенка, спрятанного внутри нее. Итак, пропала славная малютка; на ее месте была сердитая, сварливая девчонка, которая огрызалась на каждую мою интерпретацию и пробуждала своей злостью огромное раздражение и злость во мне самой — контрпереносные чувства, которые я должна была контролировать, чтобы помочь моей пациентке. Как только мы прошли эту фазу ее анализа, мы поняли, что тс», что происходило между нами, было реверсивным переносом, описанным П. Кинг (1978). Я попадала в положение маленького ребенка, который едва может сдержать свой (мой) ответ депрессивной матери, которая пробуждается к жизни только во взрывах гнева, ожесточенных спорах и ссорах с дочерью. Мой инстинкт заставлял меня сопротивляться переносу, но я постоянно втягивалась в положение, в котором я могла быть или ребенком, который прячет свой гнев для того, чтобы умиротворить мать, или взрываясь, превращаясь в ту мать, которая была у пациентки в детстве. В обоих случаях проработка материала и освобождение пациентки из инфантильной позиции не достигались.

После нескольких месяцев такой ситуации пациентка пришла с очень болезненной личной проблемой. Рассказав мне о ней, она добавила, что колебалась два дня: не поведу ли я себя, в ответ на ее боль, так же, как вела ее мать, но в то же время она уже знала, что я так себя не поведу, и реальность подтвердила ее мнение обо мне. После этого наша напряженная работа над чувствами переноса-контрпереноса (управляемое повторение ее отношений с матерью в аналитической ситуации) принесла перемены и в ней самой, и в том, каких ответов она теперь ожидала от других. Это отразилось на ее браке и сблизило с мужем.

* * *

Все мы по-человечески уязвимы. Утраты, горе, болезни и старость приходят и к аналитику, и к пациенту. Сочувствие и идентификация легко входят в контрперенос аналитика, когда с этими вечными проблемами сражается пациентка. Однако другие стороны переноса пациентки (психотического или первертного переноса) могут представить значительные

трудности для аналитика, когда она будет разбираться в своих чувствах контрпереноса, если она не научилась полету воображения, необходимому для того, чтобы идентифицироваться с пациенткой и понять ее чувства. В других случаях, при работе с пациенткой, чья боль, причиненная мучительным жизненным опытом, нестерпима, от аналитика может потребоваться испытание нестерпимым контрпереносом и невыносимым аффективным состоянием, лежащими за пределами ее собственного жизненного опыта. Так, например, работа со смертельно больной пациенткой, которой становится все хуже прямо на глазах, мучительна для аналитика, но бесконечно нужна пациентке: она чувствует, что ее силы прибывают от поддержки аналитика. Здесь встает вопрос, сколько боли сумеет выдержать аналитик ради помощи пациентке. И опять: каждой предстоит ответить на него самой.

Мой собственный опыт работы с жертвами Катастрофы привел меня к выводу, что испытывать такие нестерпимые чувства контрпереноса каждый раз может быть и невозможно. Включается естественная защита от боли другого, и контрперенос встречает сопротивление. Все, что тут можно сделать,— это следовать за пациенткой в ее путешествии в прошлое и поддерживать ее в настоящем в надежде, что она понемногу опять научится жить.

И в заключение хочу сказать, что, хотя есть много королевских дорог в бессознательное, кроме той первоначальной и бесценной, которой шел Фрейд, занимаясь нашей жизнью в сновидениях, мой аналитический опыт привел меня к убеждению, что внимательное отслеживание бесконечного разнообразия переноса и контрпереноса, обнажаемых в курсе психоанализа, принадлежит к самым творческим и волнующим сторонам нашей работы. И в то же время это явление остается самой лукавой, удивительной и коварной загадкой в наших врачебных усилиях; оно заставляет аналитика постоянно всматриваться вновь и вновь в своей внутренней мир, так же пристально, как и в мир ее пациентки. И я оставляю вам вопрос, который как-то задала мне одна пациентка: «Любовь при переносе — это любовь или нет?» Я надеюсь, вы найдете ответ.

Глава 3

БЕСПОРЯДОЧНЫЕ СВЯЗИ У ПОДРОСТКОВ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Представлено в Британском психоаналитическом обществе на симпозиуме «Агрессия и сексуальность», 17 марта 1976 г.

Целью настоящей статьи является демонстрация преобладания агрессивных импульсов, желаний и фантазий у восемнадцатилетней девушки и их тесной связи с ее сексуальными влечениями.

Ко времени обращения Мария вела чрезвычайно беспорядочную половую жизнь. Она обратилась за помощью по поводу нарушений сна, постоянного страха смерти и неспособности учиться, когда она представлена сама себе. Скрытыми причинами обращения были ее депрессия и низкая самооценка.

Мария была хорошенькой, холеной и производила впечатление многоопытной девицы, когда использовала свое взрослое тело, чтобы изобразить, что ей присущи свойственные восемнадцати годам гетеросексуальные потребности. И особенности ее характера, и ее внешне нормальная сексуальность оказались хрупкой скорлупкой, укрывающей уязвимого, перепуганного ребенка, боящегося собственной агрессивности и нападения извне.

Она была старшим ребенком в белой семье, проживавшей в Африке. Мать кормила ее грудью до пяти месяцев и говорила после, что одно время Марию рвало «просто кошмарно». С самого начала ее тело было подвержено соматическому напряжению после приема пищи и получало облегчение только через неистовые изгоняющие спазматические движения. За Марией и ее младшими братьями и сестрами присматривали вечно меняющиеся няньки, так что она мало получила последовательной материнской заботы. Ей рассказывали об ее отчаянном соперничестве с

младшими: она часто шлепала их, впрочем и своих тоже. Однажды, когда ей было три года, и нянька несла ее, как это принято в Африке — за спиной, на них напал пьяный, угрожая разбитой бутылкой. Ее детство было, кроме того, отмечено травмирующим заболеванием в возрасте шести лет: она перенесла жестокий приступ бульбарного полиомиелита. Когда ей было двенадцать, семья была вынуждена покинуть Африку по политическим причинам. Она обвиняла родителей за внезапный отъезд и непрерывно плакала и кричала. Раньше она прекрасно училась, но в английской школе у нее была низкая успеваемость. Она начала принимать наркотики. Первый сексуальный опыт она приобрела в шестнадцать лет.

Придя ко мне, Мария охотно согласилась лечиться, но с самого начала ее согласие было отмечено сильной потребностью контролировать меня и свои проявления чувств. Она сидела на стуле, непрерывно курила и говорила о своих проблемах, как будто о ком-то другом. Она идеализировала своих родителей и сестер, рисуя счастливую, дружную семью. Она ни в чем не упрекала мать, и я сочла, что детское соперничество с братьями и сестрами превратилось в возвратное материнство по отношению к ним. Только на своего соблазнительного отца она могла иногда выплеснуть гнев, впрочем часто замещаая этот гнев установлением власти над молодыми людьми. Она использовала свое привлекательное тело, чтобы подцепить себе какого-нибудь приятеля, когда ее охватывала сексуальная потребность, и так же легко давала ему отставку. Таким образом, она могла контролировать ситуацию и изгонять ненужного ей человека по своему усмотрению. С мужчинами постарше она разыгрывала Лолиту, предлагая свое тело, словно маленькая хорошенькая девочка. Она возбуждала их возней, а затем отказывалась дойти до конца, советуя мужчине держать себя в руках.

Сексуальная жизнь была для Марии основным средством дать выход своим агрессивным чувствам и желаниям. Она позволяла ей возбуждаться и ослаблять контроль над своим телом (хотя она и не достигала никогда полного оргазма) и своей речью, скандаля и ссорясь после очередного приключения. Только после этого ее самооценка восстанавливалась, и она ощущала мир и покой, так как не дала кастрировать себя, а, скорее уж, кастрировала партнера. Чувство любви и зрелые объектные отношения для нее не существовали.

Первый год анализа ушел на установление лечебного союза и частичную проработку ее полнейшего отрицания агрессивных чувств и желаний. Со временем она стала засыпать, используя мой голос как вспо-

могательное Эго (auxiliary ego). Она говорила себе: «Уснуть — не значит умереть». В конце первого года она впервые рассказала свой сон, в котором она пыталась управлять автомобилем. Отец бежал сбоку, пытаясь помочь ей. Она чувствовала себя страшно виноватой перед ним. Путем ассоциаций она вспомнила, как сердилась на отца за то, что он рассказал кому-то, как она плакала, увидев его в тюрьме. Ее мысли затем обратились к пережитому в больнице, когда она, намочив постель, и без того была перепугана, а няньки ее еще и отругали. В ее памяти воскресло, как они смывали с ее тела мочу и испражнения в стеклянные судна, отстраняясь с брезгливым отвращением, словно от страшной заразы, как будто ее тело было вместилищем только чего-то опасного и позорного. Она вспомнила себя сидящей на заднем сидении автомобиля, когда ее отец наехал на человека и сломал ему ногу; потом ей сказали, что тот человек умер. Накануне вечером она думала о том, чтобы лечь у меня на кушетку и о своем сопротивлении этому: лечь на кушетку — означает ослабить контроль над телом и над эмоциями; это опасно, это может заставить ее ощутить себя беспомощной.

После этого сновидения открылась масса материала о ее госпитализации с полиомиелитом, включая болезненный опыт с трубками, которые с силой зажимали в каждое отверстие ее тела, несмотря на ее сопротивление. Она заметила, что родителям позволяют приходить к детям в больницу только когда ребенок умирает, и поэтому испугалась, когда отец, переодевшись в белый докторский халат, прокрался ее навестить. К ее ужасу, в этот день умерла девочка на соседней кровати.

Мы начали понимать чувства Марии — сразу и радость, и вину: отец принадлежал ей одной, таким тайным, возбуждающим способом, но по пятам за этим шла смерть. Мать не могла прийти к ней — она была беременна и несколько месяцев спустя родила своего последнего ребенка. Мария видела в ее отсутствии только то, что мать ее бросила, а рождение малыша заставило ее испытать и горшее унижение: мать рождает отцу детей, а она сама может только болеть и чахнуть. Мы понимали теперь, как важно было для Марии отрицать свою беспомощность и вернуть себе контроль за своим телом и чувствами, обратить пассивность в активность.

Когда это сновидение было истолковано и проработано и установилось доверие к аналитику в качестве отца, Мария, в конце этого первого года, смогла, наконец, лечь на кушетку. Она все лучше находила вербальное выражение агрессивным чувствам, вместо того чтобы оборачи-

вать их против самой себя в виде депрессии и снижения самооценки. Вместе с тем заметно ослабела ее беспорядочность в связях. Тело больше не было для нее единственным средством выражения чувств, тревога теперь меньше руководила ею, и она смогла учиться. Она поступила в университет.

Мария смогла вербализовать фантазию, которая, очевидно, имела огромное влияние на ее жизнь. Она лежит парализованная в постели, из нее торчат эти трубки. Мать спокойно доказывает, что она умерла и трубки надо вынуть (отсоединить), а отец плачет и умоляет ее оставить Марию в живых. Эта фантазия, где мать наказывала ее лишением жизни, показывала, что Мария чувствует вину за нормальное детское желание: занять место матери в качестве сексуального партнера отца и матери его детей. Но эта фантазия высвечивала еще и ее желание идентифицироваться со спокойными логичными женщинами — ее матерью и аналитиком, — несмотря на страх, что они ее враги. Надо сказать, негативные чувства при переносе никогда не находили у нее вербального выражения, только телесно-материальное. Например, она отыгрывала свое негодование по поводу нашей разлуки на выходные тем, что не являлась перед ними и после. В то же время, ее страх смерти также усиливался перед выходными и после них. Эта фантазия, кроме того, содержала ее убеждение, что она должна оставаться маленькой девочкой, а не становиться взрослой женщиной, бросающей вызов матери и аналитику. Таким образом, мы увидели в ее промискуитете⁶ компромисс между желанием быть сексуально активной взрослой женщиной и страхом перед агрессивным состязанием, которое может навлечь на нее грозную месть матери. Мы также смогли понять, что полиомиелит казался ей наказанием за битие сестер, агрессивность со служанками и за эдипальные желания. Если трубки — это пуповина, значит ее мать никогда не хотела, чтобы она жила, так что ее псевдосексуальность можно рассматривать как тревожно-обусловленную. Она представляет собой компромисс между бегством от отца и нахождением похожего на него мужчины. Но более всего в этой ее фантазии представлено чувство Марии, что она никогда не сможет покинуть родителей, так как не имеет отдельного Собственного Я и никогда не сможет стать личностью или быть одной.

⁶ Промискуитет — предполагаемая стадия неупорядоченных половых отношений в первобытном обществе, существовавшая до появления моногамной семьи и брака. — Прим. науч. ред. М. Р.

Вслед за анализом этих защит и высвобождением ее агрессивных чувств и желаний, мы вошли во второй год и вторую фазу лечения. Жизнь Марии в корне переменялась. Она ходила на занятия в университет, хорошо училась и обнаружила, к своей радости, что может быть одна. В первый раз в жизни она влюбилась, в товарища-студента. Она смогла проявлять к Джону нежность и любовь, а не только агрессию, и это были ее первые зрелые объектные отношения. Она радовалась, что ей лучше, у нее исчезли страх и желание смерти. Она поняла, что ее ненависть к отцу началась с тех пор, когда ее взяли с собой навестить его в тюрьме и они оба плакали.

К несчастью для Марии, в это время я внезапно заболела, пришлось лечь в больницу и прекратить работу на два месяца. Она написала мне несколько нервных писем, а когда я вернулась к работе, оберегала меня от любых агрессивных чувств. Они отщепились; она отыгрывала их на Джоне, стала с ним требовательной, регрессировала. Кроме того, ее агрессия опять обратилась вовнутрь, так как к ней вернулся страх смерти, и на этот раз вышеупомянутые уговоры на ночь уже не помогали. У нее снизилась академическая успеваемость, но в первый раз она смогла высказать агрессивные чувства, упрекая аналитика, словно перед ней была ее мать. Теперь ее агрессивные фантазии сосредоточились на гениталиях. Она стала бояться полового акта с Джоном и требовать успокоения, от самого Джона, своей семьи и меня, как будто чувствовала, что не может больше контролировать свою агрессию. Она всхлипывала: «Я много раз мысленно Вас убивала, но никогда не желала Вам заболеть!» Она начала понимать, что от Джона ей всего-то было нужно, чтобы он ее погладил, прижал к себе, взял на ручки, а она бы свернулась клубочком. Этих радостей можно было добиться только через псевдовзрослую сексуальность, и она платила за них, позволяя в себя проникнуть, но от этого (и только от этого) она делалась холодной и испытывала ужас, потому что интормиссия вновь пробуждала ее страх перед вторжением в ее тело, кастрацией и дезинтеграцией. Она сказала: «От этого я словно полностью лишаясь рассудка и боюсь потерять контроль над своим телом, боюсь озвереть сама, и боюсь, что он озверееет, но если у меня нет мальчика, я ощущаю себя в пустоте». Здесь для нас опять стало проясняться, что ей трудно отличить — жертва она, или агрессор. В процессе регресса Марии оральные первоисточники ее сексуальности стали более отчетливыми. Она бранилась за едой с братьями и сестрами. Ее стало рвать перед сношением, она стала бояться, что ее тело очень

уязвимо, что Джон запросто там что-нибудь повредит. Снова ее мысли обратились к отцу в белом халате, времен ее болезни, и она сказала: «Теперь я понимаю, что этот парень может и спасти, и убить меня». После этой сессии ей стало много лучше, но вслед за очередным сношением она принялась плакать и с отчаянием кричала: «Я не знаю: или я фригидна, или какой-то импотент!» Она больше не могла отрицать, что ее тело содержит пустоту, скверные и опасные испражнения и мочу. Настало время скорбеть об утраченном пенисе. Она слегла в постель на неделю, словно тяжелобольная, много плакала и настаивала, чтобы Джон с нею нянчился. Когда они возобновили сексуальные отношения, слез у нее больше не было, а было ощущение покоя и примирения со своей женской сущностью. Она засмеялась и спросила Джона, перед тем как заняться любовью: «Ты ведь меня не убьешь?»

Теперь она смогла открыть мне некоторые свои садистские сексуальные фантазии. Например, она несколько недель испытывала боль где-то в глубине и внизу своего тела и ощущала его сгустком темноты, и если бы она дала себе волю и утратила контроль, большие острые куски стекла вырвались бы из нее и изранили бы ее и Джона. Страх перед пенисом содержал в себе проекцию: опасность исходит из глубин моего тела. Отношения с Джоном стали портиться, так как Мария поняла, что он в точности похож на ее отца и обращается с ней тем же самым соблазняющим образом, но заявляет, что хочет быть свободен и знакомиться с другими девушками. Она осознала свою ненависть к нему и временами ужасалась своим, почти не вытесненным, инцестуозным фантазиям. Она почувствовала, что больше не может выносить эти садомазохистские отношения или постоянный страх, что ее бросят, и решила расстаться с Джоном.

Мы вошли в третью фазу анализа. Мария никем не заменяла Джона, так как теперь она научилась быть одна, но бросив его, она быстро регрессировала и ее хрупкие защиты рушились с ужасающей быстротой. Лопнула оболочка спокойствия и многоопытности, и обнажилась страшная ярость. Она вела себя, как голодный, брошенный ребенок, бессонный, маниакальный и гонимый. Ее гнев выражался в упреках матери за недостаток материнского тепла, за то что та бросила ее, пойдя работать. Она негодовала на меня, за то, что я, заболев, тоже бросила ее, и металась при этом по комнате или громко и злобно кричала и плакала. Затем появились садистские фантазии, в которых она была крошечным ребенком, крадущимся к своему уснувшему отцу среди высокой африканской

травы. Подкравшись, она режет его с яростью острым куском стекла. Течет кровь, но он спокойно спит, она ничем не может повредить ему. Ни следа ни осталось от взрослой сексуальности, так как новыми объектами ее гнева стали мать и аналитик. И наконец, она обратила свою агрессию в полную силу против себя, лежа дома в постели и умоляя мать убить ее или угрожая ей уморить себя голодом. Она разбила в доме несколько окон. В конце концов ее суицидальные намерения и аутоагрессия стали столь сильны, что ее пришлось уложить в больницу, где она и пробыла несколько месяцев.

Когда она вышла из больницы, она отправилась в студенческое общежитие и отказалась встречаться с семьей. Мы встречались регулярно, пока она была в больнице, и теперь приступили к более интенсивному лечению. Живя в общежитии, она всегда спала с юношей, используя его как защиту, но в этом не было ничего сексуального, так как снова ее желанием было только обнимать и быть обнятой. Она сказала мне, что это началось, когда она вернулась домой после полиомиелита, и маленький мальчик обнимал ее и купал, а родителям в то время было не до нее. Ее первому соблазнению в шестнадцать лет фактически предшествовало то, что ее искупали. В желании быть обнятой содержалось еще и желание, чтобы ее защитили от ее собственного сильного желания совершить самоубийство.

Тем не менее, последовал еще один суицидально окрашенный поступок, а затем ее гнев стал проявляться в переносе: я чувствовала себя высосанной досуха; она извергала из себя мои интерпретации, точно так же, как младенцем извергала материнское молоко, как ее вагина позднее изгоняла из себя пенис. Многочисленные фантазии о ее собственном теле, источающем гной или полном заразы, переполняли ее, внушая ей омерзение, так что она не могла позволить ни одному мужчине находиться поблизости от нее. Временами ее попытки вызвать мой гнев были почти нестерпимы; а временами она обращала свою агрессию на себя в виде психосоматических симптомов. Иногда ей казалось недостаточным кидаться на меня словесно и ей страстно хотелось меня ударить.

После нескольких бурных месяцев, которые были похожи на битву за власть между нами, Мария стала выходить из регрессии. Она вместе с подругами переселилась в квартиру и вернулась в университет. Ее стало радовать ощущение собственной личности, отдельной от родителей, и она больше не отыгрывала фантазию о том, что она парализована. Она стала более самой собой, реальным человеком, чем я когда-либо ее зна-

ла. Новая приятная способность — быть внимательной к своей семье и друзьям и искренне заботиться о них — вдохновила ее на то, чтобы постараться понять корни и цели своего садизма и агрессивной злобы, против которых она так долго защищалась.

Наибольшую трудность для Марии по-прежнему представляла ее неспособность к отношениям с мужчиной, и это стало главным содержанием нашей работы в последующие несколько месяцев. Из-за тревоги, связанной с сексуальностью, она больше не могла заменять меня сексуальным партнером. Воровство в магазинах стало заменой промискуитету. Фрустрация и гнев выражались битьем посуды. Что поражало нас обеих, так это то, что она приходила бить посуду к себе домой, зная, что ее спокойная, логичная мать сумеет удержать ее там под контролем. Неожиданно Мария поняла, что была способна к половому акту, завершающемуся оргазмом, только дома, зная, что мать поблизости и может послужить вспомогательным Эго для контроля над ней. Теперь она знала, что избегать сексуального вообще и оргазма в частности ее заставлял страх перед собственной слепой, убийственной яростью.

Когда в анализ поступил новый материал о ее госпитализации, он прояснил защитную природу ее агрессии. Она вспомнила, как в больнице ее захлестывала ярость, но она не могла завопить — в носу у нее были те самые трубки. Она поняла то, что в ее фантазии лишь предполагалось: именно яростное стремление остаться в живых победило смерть. Ярость делала ее сильнее в моменты беспомощности, а при половом акте ярость просыпалась в ней в тот момент, когда она чувствовала, что ею управляет пенис партнера; это заставляло ее чувствовать себя парализованной, неспособной пошевелиться, как это было при полиомиелите. Она сказала: «Это ярость дает мне почувствовать, что я не просто тело, я живая внутри». И здесь зависть к отцу и гнев, что он может приходить в больницу и уходить, когда захочет, были спроецированы на сексуального партнера, чья эрекция управляла ходом полового акта независимо от ее действий. Зависть к отцу, кроме того, включала в себя фантазию, что отец может управлять всемогущественной, идеализируемой ею матерью и унизить ее посредством своего пениса, в то время как сама Мария, по ее ощущению, никогда не имела власти над ней: мать всегда бросала ее — ради работы, других детей и политики.

Пройдя этот этап анализа, Мария стала довольной и относительно спокойной. Она с удовольствием училась и нашла себе нового мальчика. Несмотря на то что он часто отправлялся за рубеж без нее, она не чувст-

вовала себя брошенной или под угрозой дезинтеграции. Она решила, что после окончания университета уедет в Штаты, так что мы назначили дату окончания лечения. В анализ вошло новое чувство — у нас мало времени. Когда она с тревогой ждала результатов экзаменов, у нее вновь появились садистские фантазии, но на этот раз они не отщеплялись и она не отыгрывала их с мужчиной, а выражала их в своем переносе на меня. Например, увидев пустые молочные бутылки за моей дверью, она страстно захотела разбить их о мою голову, чтобы раздался треск и потекла кровь; но, уже рассказывая об этом, она смеялась, зная что это лишь фантазия, и добавила: «Я скоро стану чемпионкой Лондона по битью бутылок». Снова агрессия оборачивалась против нее в депрессивных настроениях и против меня на аналитических сессиях. Так нам однажды удалось интерпретировать ее желание кричать (а кричала она ужасающим образом). На протяжении двух сессий на кушетке словно были два человека: один с низким, громким, сердитым голосом, а другой — с высоким, логичным и холодным. Мы обе страшно устали от напряжения.

Третья сессия была спокойной и мирной, как будто было достигнуто оргастическое облегчение. Мы поняли, что в перенос Марии косвенно входил оргазм, подобный взрывной анальной разрядке, к которой она была близка со своим любовником, но побоялась ему довериться. Тут хлынул поток воспоминаний о стимуляции и удовольствии при ректальном измерении температуры в больнице, приводившем к облегчению напряжения у парализованной девочки, которая не могла даже сосать свой палец. Во время сношения ее анус был столь же отзывчивым и возбужденным, как и влагалище. Я предположила, что она боялась потерять контроль не только над своими агрессивными мыслями и фантазиями, но и над своим кишечником, и испачкать или заразить весь объектный мир. К моему удивлению, она отвечала, что накануне, когда у нее был «отходняк», она отправилась в туалет, чтобы ее вырвало, и с ней случился неконтролируемый приступ поноса, она запачкала весь пол. К ее удивлению, в этот момент депрессия отпустила ее, как будто ей принесло огромное облегчение то, что она изгнала из тела все содержимое — и уцелела. После этого она закурила джойнт⁷, и, как она рассказывала: «Мне внезапно показалось, что он похож на пенис, и это было приятно. Я хотела поцеловать эту штуку, погладить ее, а когда сунула в рот,

⁷ На американском сленге «joint» — сигарета с марихуаной — грубое обозначение мужского полового члена в состоянии эрекции.— Прим. переводчика.

на мгновение ощутила панику, подумав: "А мне не будет больно?", но ответила себе: "Конечно нет, это замечательно, она накормит меня и согреет"».

Стало очевидным равенство: груди-пенис, молоко-сперма. Я представляла для нее при переносе не только хлопотливую еврейскую мать, которую она так страстно желала и которой никогда не имела, но и объект, стоящий за отцом и матерью — ее африканскую няньку. Это она кормила Марию, заботилась о ее теле, принимала ее мочу и испражнения, гонялась за ней с ножом, колотила ее, но и обнимала ее. Кричащая, сердитая, эмоциональная фигура, которую она всегда считала отцом, была еще и ее нянькой, любимой и неоплаканной. Она уже знала, что любовь и сексуальность могут вернуть ее к жизни, но она предпочитала эмоциональную смерть, ибо если она будет мертва, тогда ненависть и ярость, хотя и болезненные, защитят ее от худшей душевной боли из-за отделения от объекта любви и его утраты, и от неизбежного траура, скорби и слез.

Многие из психосоматических симптомов Марии вернулись в эти последние месяцы анализа и пугали ее. Она чувствовала, что ее горло охвачено параличом, у нее бывали сильнейшие боли в желудке,— поразительно точно повторялись физические симптомы ее младенческих рвот, голода и ее полиомиелита. Вернулся и страх смерти, но с ним пришло понимание того, как она защищается от чувства любви, потому что любовь угрожает ей дезинтеграцией и аннигиляцией. Ее псевдо-независимость, агрессия и «опытность» были Фальшивым Я, которое она взрастила в себе, потому что от нее ожидали взрослости слишком рано. Тем не менее, несмотря на ее понимание всего этого на уровне интеллекта, она снова отыгрывала свои ужасающую ярость и страх перед любовью во всех жизненных сферах, где была близка к успеху.

Я сказала Марии: «Такое впечатление, что ты боишься успеха в чем угодно — в работе, в любви, в анализе». Она вскочила с кушетки, яростно крича: «Я не хочу об этом слышать. Я не хочу ни кусочка этого мира, где все время за все драка. Я не хочу сражаться ни с матерью, ни с вами. Меня разобьют — и все». Я сказала, что она, кажется, боится разбиться на части, разорваться от ярости или при оргазме, так как у нее такое ощущение, что все должно кончаться дезинтеграцией и аннигиляцией, но ведь теперь столь многое в ней более интегрировано, чем когда-либо, она куда более цельная. Когда я сказала так, она села, глядя на меня, и горько заплакала. Она считала, что ее родители никогда не заботи-

лись о том, чтобы собрать ее из кусочков после полиомиелита. Она так хотела, чтобы к ней отнеслись, как положено относиться к больному ребенку, но никто не желал этого делать, ни у кого не было времени для нее, и она стала искать такого отношения к себе через секс.

После этой сессии был проработан материал, касающийся ее болезненных отношений с матерью. Она считала, что ее мать только производит своих детей на свет (роняет их, как какашки), а затем продолжает жить своей жизнью. Мария всегда чувствовала, что она лишняя в материнской жизни. Увиденный ею в это время сон подсказывал, что Мария считает, что это ее всемогущая ярость сокрушила материнскую заботу о ней, заставила мать бросить кормить свою дочку и сдать ее на руки отцу и африканским нянькам. Мы также смогли понять, как важно было то, что я смогла выдержать ее убийственную ярость и наскоки и выжить, и то, как моя болезнь укрепила ее тревогу о всемогуществе ее деструктивных желаний. После этого сновидения Мария пошла к себе домой, решив поговорить с матерью об их отношениях.

С этого времени между матерью и дочерью установились более близкие отношения, принесся с собой новые сновидения и фантазии. Марии приснились две фигуры и пенис, лежащий между ними на земле. Она подбирает пенис, но не знает, к какой фигуре его прикрепить. В другой раз ей снилось, что маленькая белая девочка Мария и маленький черный мальчик-Мария бегут по полю где-то в Африке и подбегают к широкой бурной реке. Белая девочка перепрыгивает реку и бежит дальше, а черный мальчик-Мария падает в поток и тонет. Мы поняли из этих сновидений, насколько не уверена была Мария в своей половой принадлежности. Она использовала маскулинные, кастрационные аспекты Собственного Я, чтобы защитить свою уязвимую женскую идентичность. Теперь мы могли понять ее рыдания: «Я не знаю: или я фригидна, или какой-то импотент», так как в половом акте ее страшило возбуждение, при котором она теряла контроль над границами тела и не знала уже, жертва она или агрессор, мужчина или женщина.

Мы также поняли: так сильно она боялась не того, что пенис войдет в ее тело, а того, что уйдет из него, оставив в нем уязвимое зияющее отверстие. Ее фригидность служила отрицанию того, что у партнера есть пенис, а у нее влагиалище. Вместо этого они оба оставались сексуально недифференцированными детьми. Сновидение указывало также на расщепление образа матери: вся агрессия была смещена на няньку, которую она ненавидела и презирала, хотя та заботилась о ее теле, в то время как

мать представляла рациональной, обучающей своих детей думать. Так что в фантазии сперва ее отец, а затем сексуальные партнеры мужского пола представляли собой для нее фигуру черной матери, к которой она страстно стремилась, но потом презрела и отвергла.

Но это сновидение имеет и другое значение, объясняющее еще один аспект ее беспорядочности в связях. Мария рассказала мне о том, что было вытеснено на протяжении всего анализа. Она думает, что у нее был старший брат, умерший до ее рождения, а значит похороненный и оставленный там, в Африке — отсюда маленький черный мальчик, утонувший в реке. Никто никогда о нем не говорил, и Марии казалось: она осталась в живых не только в больнице, где умирали другие дети, но и из них двоих с братом. Мы теперь смогли лучше понять ее раннюю фантазию (Мария лежит парализованная, а мать спокойно отсекает дающие жизнь трубки) и ее упреки, что ее мать — не настоящая мать, а, скорее, представительница смерти, поскольку она позволила своему сыну умереть. Мы также смогли понять промискуитет как отыгрывание вытесненных фантазий, связанных с существованием старшего брата; ее вину по этому поводу, словно ее соперничество с братьями и сестрами задним числом убило старшего брата; попытки загладить вину, вернув родителям сына, но и невозможность с подобным инцестуозным объектом достичь как оргазма, так и установить долговременные отношения. Чтобы жить самой, ей надлежало «убить» объект.

После того, как этот материал был проработан, Мария ощутила, что имеет право жить. Она была спокойна и прочувствовала, что смерть однажды придет, но ее визит будет кратким, а не затянется на годы.

* * *

Несмотря на болезненность анализа и предшествующий ему промискуитет, я должна подчеркнуть, что Мария была надежнейшей и упорнейшей пациенткой все четыре с половиной года лечения. Это указывает (как я думаю, оглядываясь назад) на то, что, несмотря на столь грубые нарушения, в ее развитии была базально здоровая сердцевина. Возможно, благодаря тому факту, что ее отец, как говорит нам ее первое сновидение, оставался постоянной фигурой среди груды ее проблем, а его любовь придавала сил ее Эго. Тем не менее, ее младенческие трудности с принятием пищи, видимо, заложили фундамент для паттерна

соматического реагирования, так что ее тело стало служить для выражения первичных агрессивных (изгоняющих) действий. Учась ходить, она в ситуации соперничества братьев и сестер или фрустрации, идущей от лица, заменяющего мать, шлепала малышей и нянек изо всех сил, так что и здесь ее тело служило для выражения аффекта; но так как нянька шлепала ее в ответ, она испытала в нормальных пределах, что значит причинять и испытывать боль. Поэтому она быстро продвинулась к фаллической стадии. Но здесь ее продвижение было менее удачным. Приятие интросиссии подразумевает, скорее, приятие побоев, чем их нанесение. В случае Марии сцена с нападением на женщину и побоями (как произошло с нянькой) не только дала новую пищу фантазиям вокруг первичной сцены, но и оставила травматичный телесный опыт идентификации с жертвой, а возможно и слияния с ней, так как девочка находилась в это время у жертвы за плечами. Однако в то же время она была и агрессором, так как сама колотила няньку, изливая отщепленную фрустрацию и агрессию, чтобы сохранить мать как положительный объект. Отсюда ее замешательство: какую же роль она играет?

Полиомиелитом она болела на гребне эдипального соперничества, когда ее агрессивные желания были направлены на мать, и потому ей казалось, что болезнь была наказанием за них. Поэтому, когда отец пришел навестить ее, она испытала чувство вины, присущее эдипальному триумфу. Ее опыт мускульного паралича был столь интенсивным (она не могла контролировать свою речь, свой рот, мочевой пузырь и анус, и хуже всего, не могла контролировать отца и мать), что оставил глубокий нарциссический шрам и заставил ее регрессировать. Вдобавок, как всякий обездвиженный ребенок, она не могла дать выход агрессии, которая поднималась в ней,— ведь она не могла даже сосать свой палец. Ее садистские фантазии были не только отдушиной для ее агрессии, но и заставляли ее ощущать себя не беспомощной и слабой, а всемогущей, несущей разрушение. Актуализация инфантильной сексуальной фантазии, что она, ее братья и сестры являются анальными детьми, подтвердила ее страх, что ее внутренний мир, как и глубины ее тела, наполнен исключительно позорными, грязными, опасными объектами, и ее унижение усилилось, когда ее мать несколько месяцев спустя произвела на свет здорового ребенка. Но хотя большая часть регресса в сексуальной сфере и ослабления силы Эго коренились в анальной фазе, они задним числом оживляли также вину за оральные жадность и зависть, которые, как она считала, заставили мать бросить ее в первые месяцы жизни; поэтому

жадность и голод, против которых она выстроила оральную защиту, получали сексуальное выражение через ее вагинальную жадность.

Желание иметь пенис затухает, поскольку факт обладания влагалищем приносит психическое и физическое наслаждение, если на каждой стадии развития либидо потери были возмещены альтернативными удовлетворяющими и приносящими удовлетворение другому приобретениями, так что не осталось места для зависти тому, что есть у другого пола. В случае Марии это отчасти прошло успешно, так как она была, в общем, в состоянии пользоваться своей сексуальностью, хотя и с оттенком противодействия собственной фобии. Главной травмой развития было ее заболевание и усиление агрессии из-за него, сопровождаемое ослаблением Эго и зависимостью. Страх сделал ее неспособной найти перманентное решение проблемы своей сексуальности или, другими словами, интегрировать ее, так как принять пассивность для нее означало принять смерть. Таким образом, каждый новый объект оживлял агрессию в ней и заставлял ее бежать от него и самой себя. Это было наиболее болезненной депривацией, потому что Мария, как и всякая молоденькая девушка, страстно стремилась к вечной любви.

Тяжелая болезнь в детстве ранила ее столь жестоко, что прервалось ее эмоциональное развитие в зрелого человека. Во время анализа фиксация на этой ранней стадии была проработана, что сделало возможным возобновление эмоционального роста пациентки.

Глава 4

БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАНТАЗИЙ И РЕАЛЬНОСТИ

По статье, представленной на отделение прикладного психоанализа Института 22 марта 1972 г. и опубликованной в British Journal of Medical Psychology (1972).

Для многих женщин беременность и деторождение становится колоссальным сдвигом к зрелости и повышению самооценки; однако другие не приходят к здоровому решению в этой сфере, а находят лишь патологический путь, кончающийся потенциально вредоносными и нагруженными виной отношениями мать-дитя. Ситуацию беременности у очень молодых женщин и особенности раннего периода отношений мать-дитя ярко обрисовали нам Бибринг и соавт. (1961), Бенедек (Энтони и Бенедек, 1970), Дейч (1944), Каплан (1961) и другие авторы. Изучив эти работы и соотнеся их с собственным опытом психоаналитического и психотерапевтического лечения беременных и молодых матерей, я пришла к предположению, что в ряде случаев возможно предвидеть патологический исход и, следовательно, своевременным вмешательством предотвратить послеродовую депрессию.

Первая беременность — время стресса, в особенности для молодой женщины, у которой психическое равновесие, необходимое для того, чтобы иметь дело с непрестанными требованиями беспомощного, зависимого человечка, еще не установилось надежно. Одна из наиболее выразительных черт, на которые надо обращать внимание во время анализа беременных, это возврат ранее вытесненных фантазий в предсознание и сознание и судьба этих фантазий после рождения реального ребенка. Нелегкие конфликты, принадлежащие прошедшим стадиям развития, оживают, как это бывает в любой кризисной точке человеческой жизни, и молодая женщина должна заново приспосабливаться к своему собственному внутреннему миру и к внешнему объектному миру. В это время

она нуждается в эмоциональной и физической поддержке и заботе, чтобы она, в свою очередь, могла помочь своему ребенку и облегчить ему вхождение в жизнь. Суть этой адаптации женщины на пути к зрелости состоит в достижении устойчивого и удовлетворительного баланса между бессознательными фантазиями, мечтами и надеждами и реальностью отношений с самой собой, мужем и ребенком.

Беременность, в особенности первая,— кризисная точка в поиске своей женской идентичности, ибо это точка, из которой нет возврата, независимо от того, рождается ли в должный срок ребенок, случается выкидыш, или делают аборт (Каплан, 1959; Эриксон, 1959). Беременность подразумевает конец существованию женщины как независимого отдельного существа и начало неперенных и бесповоротных отношений мать-дитя. Одна из обязательных внутриспсихических задач первобеременной включает внутреннее, физическое и ментальное принятие того, что можно назвать ее образом своего сексуального партнера (Дейч, 1944). Это влечет за собой слияние новых либидинозных и агрессивных чувств с теми, которые уже заложены в женщине опытом детства, в особенности ее отношениями с родителями и сиблингами и отношением к своему собственному телу (Бибринг и соавт., 1961; Дейч, 1944)⁸.

К счастью, беременность — не статичное состояние, а непрерывный физиологический и эмоциональный процесс, включающий в себя либидинозное заполнение образа (катексис) развивающегося и изменяющегося плода, который сперва является невидимой частью материнского тела и продолжением ее Собственного Я. Этот катексис плода должен позднее быть переведен на реального живого младенца, когда тот родится и станет отдельной частью объектного мира и продолжением как самой матери, так и ее сексуального партнера. Таким образом, от молодой матери требуется не только достичь этой ступени, но и доказать свою способность делить подобные эмоционально нагруженные отношения с отцом ребенка.

Для женщины, которая ожидает первенца, беременность доказывает ее половую принадлежность и видимым образом заявляет внешнему миру, что она состояла в сексуальных отношениях. Психологически это подтверждает, что она обладает сексуально зрелым телом, способным к репродукции, но это вовсе не означает, что она имеет равно зрелое эмо-

⁸ Следует, однако, отметить, что другие равно важные задачи, входящие в подготовку к рождению и вскармливанию ребенка, такие как изменение межличностных отношений, не обсуждаются в данной статье.

ционально Эго, способное к принятию ответственности и требований материнства. На женщину, а возможно и на ее окружающих, ложится дополнительное бремя: гормональные изменения, которые сопровождают беременность, приносят с собой непривычные колебания настроения и физический дискомфорт.

Для будущей матери такая огромная перемена, физическая и эмоциональная, является нормальной критической переходной фазой (Раппопорт, 1963) и, следовательно, сопровождается оживлением конфликтов и тревог прошлого, которые утяжеляют ее ношу. Как бы сильно ни идентифицировались ее муж и семья с ней в это время, изменение эмоциональной жизни матери семейства ведет также к перемене внутрисемейных отношений, так что каждая беременность и рождение ребенка должны неизбежно сопровождаться нормальным семейным кризисом и заканчиваться абсорбцией нового члена семьи.

Беременность — самое серьезное испытание отношений матери и дочери: беременная женщина должна играть роль матери для своего ребенка, оставаясь ребенком для своей матери. Ранняя детская идентификация беременной с матерью вновь пробуждается и сравнивается ею с реальностью отношений со своим ребенком. В то же время, вместе с новонайденным пониманием задач, которые ставит материнство, отношения беременной с ее матерью могут реально измениться и стать более зрелыми. Так жизнь может разрешить проблему старой амбивалентной идентификации, давая дорогу новому и более мирному отношению к матери.

Беременность доказывает и укрепляет успешное достижение женской сексуальной и полоролевой идентичности, тогда как процесс создания новой формы объектных отношений — материнство — может начаться только тогда, когда ребенок отделяется от материнского тела и вливается в объектный мир. Ребенок, таким образом, соединяет в себе часть материнских образов Собственного Я и ее сексуального партнера, но матери также предстоит увидеть в нем отдельного индивида. Этот сложный процесс внесения необходимых изменений в образ ребенка — одна из главных задач, с которыми должна справиться молодая мать.

Для целей настоящей статьи девять месяцев нормальной беременности разделены на три этапа (Каплан, 1959).

Первый этап

От зачатия до шевеления плода приблизительно четыре с половиной месяца.

Физиологию этого этапа отличает высокий уровень прогестерона, что ведет к физическому недомоганию и изменениям в телесном Эго беременной, таким как увеличение молочных желез, тем самым пробуждая у нее фантазии и ощущения, порожденные в свое время подростковыми телесными изменениями. Наблюдаются характерные быстрые колебания настроения и воскрешение прежних тревог. У некоторых женщин с самого начала этого этапа возрастает пассивность и появляется ощущение высшей удовлетворенности и наслаждения: либидинозное заполнение Собственного Я увеличивается за счет либидо, отобранного у внешнего мира. У других в это время наступает легкая депрессия и усиливается физическая активность — в связи с особыми женскими проблемами или потому, что беременная пытается отрицать новое ощущение собственной пассивности.

Некоторым женщинам, по-мужски активным в работе, бывает трудно принять усиление зависимости от мужа, неизбежное при беременности и вскармливании. Если при этом они фрустрированы в выбранной ими карьере или не могут следовать собственным интересам, они иногда чувствуют зависть к мужу из-за того, что он может свободно заниматься своими делами или интеллектуальной деятельностью. Другим бывает трудно принять свое тело, изменяющееся по мере увеличения срока беременности. По моему опыту, женщины, которые ощущали неприязнь к своей подростковой полноте и стыдились ее, испытывают особые трудности в адаптации к тому, что их «разнесло».

Для некоторых женщин плод является катексисом с момента подтверждения беременности, как ребенок, имеющий определенную внешность и даже определенный пол, тогда как для других—плод составляет часть их тела, от которой можно избавиться с той же легкостью, как от аппендикса. По моему мнению, этот фактор имеет диагностическую Ценность, когда встает вопрос о прерывании беременности, так как в первом случае есть вероятность при аборте по терапевтическим показаниям расплатиться за него патологической скорбью и депрессией.

К концу первого этапа часто наблюдается выраженный регресс к оральной стадии, включая тошноту, рвоту и стремление к специфическим видам пищи. Женщинам часто трудно в это время готовить на

семью, и у домашних и мужа появляется отличная возможность поддерживать жену и облегчить ей жизнь. В своих фантазиях беременные часто идентифицируются с плодом. Молодая женщина, радостно предвкушающая рождение первенца, вынесла на анализ ряд сновидений, в которых становилась все моложе, по мере увеличения срока беременности. В самом конце, незадолго до родов, она видела себя во сне младенцем, сосущим грудь, тем самым соединяя образ Собственного Я как матери и образ Собственного Я как новорожденного ребенка⁹.

Второй этап

Второй этап беременности с самого начала отмечен необходимостью взглянуть в глаза реальности, так как ребенок начинает шевелиться, тем самым заставляя признать, что его, хотя и скрытого в убежище материнского тела, следует признать отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью, которой мать управлять не может. Многие женщины пережили момент невыразимого вневременного погружения в свой внутренний мир, когда их дитя впервые пошевелилось; и однако даже самой желанной беременности сопутствует пробуждение тревоги. Когда до сознания матери доходит, что в конце концов ребенок станет частью внешнего мира, в ней просыпается страх перед отделением от объекта и страх кастрации. Самой примечательной чертой, наблюдаемой на этом этапе, является оживление регрессивных фантазий, которые были бы сильнейшим нарушением у других пациенток, но преобладают и обычны в аналитическом материале беременных. Такое впечатление, что брыкающийся малыш прибавляет Эго защищенности, так что ранее вытесненным первичным фантазиям позволено легко всплыть в сознание. Сексуальные теории детства сочетаются с сознательными и бессознательными фантазиями, где плод, например, представлен как прожорливое деструктивное создание внутри материнского тела. Позднее оживают анальные детские сексуальные теории, где плод — что-то гадкое и грязное, что матери необходимо изгнать из своего тела. Некоторых женщин беспокоит любое незначительное изменение самочувствия. Высокообразованная женщина, отлично зная о том, что носит ребенка, вынесла на анализ вытесненные воспоминания и фантазии, относящиеся к

⁹ По сообщению д-ра Малькольма Пайнза.

ее детскому стыду, отвращению и страху в период, когда она страдала глистами. Психотичная пациентка утверждала, что ее увеличившийся живот полон газов и кала в результате запора, а когда ей предъявили ребенка после родов, настаивала, что это ее экскремент. Подобные примитивные фантазии можно наблюдать и у пациенток, не страдающих психозом¹⁰.

Ближе к родам для матери нормально воображать плод в виде новорожденного, а когда срок разрешения становится еще ближе, она может воображать его неким идеальным малышом или ребенком постарше, часто тем самым идеальным существом, которым хотела быть сама (Дейч, 1944).

На этом этапе часто происходит вступление в «тайное общество женщин» с его ритуалами и старушечьими сказками, а мужчины иногда видятся непрошеными гостями, способными повредить ребенку. Многие женщины удерживаются от полового акта на этом этапе, хотя и остаются либидинозно активными, как будто старые фантазии о том, что секс нанесет ущерб их телу, оживают, подразумевая, что сексуальная активность так же потенциально повредит ребенку, как вредила в фантазии его матери.

Беременная женщина, чьи фантазии о половом акте были агрессивной садистической природы, позволяла своему мужу совершать анальный половой акт, хотя это и не входило в ее привычки, так как боялась, что трение пениса о стенки влагалища повредит мозг ребенка. Некоторые женщины боятся не только полового акта, но и акушерского осмотра, словно рука акушерки может повредить ребенку, как ранее они бессознательно боялись (из-за чувства вины), что мастурбация вредит их собственному телу. В аналитической ситуации этому соответствует подавление и отрицание материала, относящегося к беременности, словно представление ребенка аналитику также подразумевает опасность.

Фантазии о том, что плод — потенциально опасное, прожорливое создание, приходят в голову даже самым рассудочным пациенткам. Возможны и фобические страхи: например, что от клубники, съеденной матерью, у ребенка будут родимые пятна. Определенные виды пищи считаются полезными ребенку, а другие — вредными, без всяких разумных доказательств, даже вопреки медицинским свидетельствам противоположного. Доводы рассудка тут бесполезны, даже самые интеллектуальные из женщин в это время вновь по-детски верят в волшебство.

¹⁰ Согласно материалу одной из пациенток д-ра Лайонела Кригера.

Одна очень образованная, но недалекая женщина регулярно во время беременности ходила в музей созерцать прекрасные картины, чтобы родить красивого ребенка. Ее сознательная фантазия состояла в том, что поступая так, а также думая только о прекрасном, она сделает ребенка совершенным.

Испытывая толчки старых фантазий и неразрешенных конфликтов прошлого, Эго нуждается в дополнительной поддержке окружающих, особенно Эго первобеременной, для которой ее переживания новы и непривычны. В этом случае роль реальной матери женщины мне кажется очень важной, а ее поддержка — бесценной. Если реальной матери нет, муж может взять на себя поддерживающую материнскую роль, в дополнение к роли отца-защитника. Неоценимую помощь могут оказать прочие члены семьи и друзья. Какой бы ни была ситуация внешней поддержки, в ней, тем не менее, присутствует особая психическая реальность, основа которой — первичные, младенческие отношения будущей матери с ее матерью. Эти отношения могли быть конфликтными и тем самым предопределить конфликтность будущего материнства дочери. Таким образом, материнство — это опыт трех поколений. Вопрос состоит в том, будет ли беременная женщина во внутриспсихическом плане идентифицироваться со своей интроецированной матерью или же будет соперничать с ней и достигнет успеха в своем желании быть лучшей матерью для своего ребенка, чем была (по ее ощущениям) ее мать для нее самой.

Третий этап

Третий и последний этап беременности отличают телесный дискомфорт и усталость по мере приближения родов. Так как возрастает потребность беременной в материнском внимании, то, по моему опыту, у нее воскресают и воспоминания о соперничестве с сиблингами. В случае, если она является единственной дочерью, соперничество может сместиться на родственников или друзей. У молодой женщины, которая ожидала ребенка одновременно со своей золовкой, были повторяющиеся сновидения о том, что она родила крупного красивого мальчика, а золовка — безобразную девочку.

В этот же период имеют место характерные колебания настроения: от радости — потому что ребенок вот-вот станет реальностью, до различ-

ных сознательных и бессознательных тревог всех беременных (о возможности смерти от родов, о том, нормален ли ребенок и не повредят ли его во время родов). Как бы сильно ни успокаивал женщину внешний мир, страхи упорствуют, словно в игру вступило старое чувство вины и шепчет ей, что ничего хорошего из нее не выйдет. И однако она одновременно испытывает нетерпение, стремится завершить свою задачу и родить. На этом этапе превалируют фантазии об изгнании из тела, а некоторые женщины испытывают радостное возбуждение от того, что снова смогут играть активную роль при родах и оставить вынужденно пассивную роль беременной. Самые рационалистичные женщины могут утратить контроль во время родов и упиваться катарсической свободой выражения всяческих агрессивных чувств и порывов, им доступных, как бы в оргастическом состоянии. Однако чувство вины проявится снова в первом же вопросе, который неизменно задает после родов каждая мать: «Что с ребенком?»

Реальность ребенка входит в сознание матери и внешнего мира только когда появляется головка. По моему опыту, мать очень подбадривает к продолжению родов ответ внешнего мира (сестер и врачей) на реальность ребенка. Любопытство, касающееся его внешности, помогает преодолеть тревогу, которая в противном случае может вызвать вялость потуг.

После родов

После родов наступает период приспособления к чувству опустошенности и ощущению пустоты в том месте, где был ребенок. Матери опять требуется изменить образ своего тела, чтобы чувствовать себя целой и не пустой внутри, прежде чем произойдет сживание с реальным рождением ребенка и признание его как отдельного человека, и, кроме того, ей одновременно необходимо с этим реальным ребенком совместить того, который был столь сокровенной частью ее тела. Матерей нередко неприятно удивляет, что они не ощущают немедленного прилива всепоглощающей материнской любви к ребенку, которого им показывают. Таким образом, возбуждение и облегчение от родов часто сменяется периодом упадка и депрессии, как это бывает после долгожданного успеха. Однако с помощью и при поддержке мужа и семьи эти трудности можно преодолеть. Фантазии беременности и даже тяготы родов быстро

вытесняются и забываются, и, к счастью, отношения мать-дитя могут щедро вознаградить за все и удовлетворить их обоих.

* * *

Я бы хотела теперь обратиться к отклонениям от нормы у некоторых пациенток, к тем случаям, когда в ранних отношениях матери и младенца просматривались патологические черты, обязанные отчасти фантазиям, которые мать не вытеснила, но продолжала отыгрывать, а отчасти конфликтам ее прошлого, которые не были разрешены и, следовательно, влияли на настоящее. В ткань конфликта вплетались как позитивные, так и негативные образы Собственного Я и своего мужчины, а также продолжение амбивалентных отношений к родителям и сиблингам в раннем детстве.

В подростковом возрасте растущее осознание своей телесности стимулирует неодолимый порыв испытать ее, чтобы доказать себе свою ценность через физическую привлекательность или испытать возбуждение, потому что другой признает твоё тело источником наслаждения. Важным обстоятельством при этом является то, что телом пользуются для защитного отщепления и обхода мыслительного процесса (то есть происходит подмена обдумывания телесными ощущениями, будь то агрессия или удовольствие) или даже как средством избежать депрессии или вины. У пациенток такого рода поэтому налицо расщепление различных аспектов образа Собственного Я, напоминающее симптомы деперсонализации, наблюдаемые у некоторых больных. Одна молодая пациентка так отзывалась о себе: «Мое тело — гулящее, но в душе я девственна как первый снег». Изучая истории болезни молодых женщин, чей промискуитет имел компульсивный характер (Мехра и Пайнз, 1972), легко заметить, что желание иметь ребенка играет очень малую роль в их материале, хотя одна пациентка, у которой не наступала беременность в течение пяти лет при отсутствии контрацепции, беспокоилась о своей фертильности. Когда же она забеременела, тревога улеглась и самооценка восстановилась, она тут же приготовилась делать аборт. У этих девушек тело служит для поиска вымышленного объекта (который они никогда не обретают в актуальном опыте), поиска, основанного на фантазии, что он, этот объект, будет их опекать, баюкать и кормить. Генитальная сексуальность для них — расплата, и совершенно очевидно, что такие девушки отнюдь не наслаждаются проникновением в их тело,

но получают бесконечное удовольствие от предварительной игры, в которой оживают догенитальные переживания. В своем воображении они младенцы, и это может служить одной из причин того, что они вовсе не хотят забеременеть. Если же это происходит, им бывает чрезвычайно трудно дать ребенку ту любовь и заботу, которой они сами недополучили, как они считают. У этих девушек наблюдаются высоко агрессивные садистические наклонности, направленные против сексуального партнера, а если такая девушка становится матерью, эти наклонности начинают играть роль в ее адаптации к реальности младенца и могут сместиться на ребенка, особенно на мальчика.

Первую группу случаев составляют девушки, очень рано вступившие в половую жизнь и забеременевшие. В ответ на требования реальности материнства в их распоряжении имелись лишь неадекватные ресурсы подросткового, неустойчивого Эго. Мы знаем, что у нормального подростка повышены регрессивные тенденции и оживлены старые конфликты. Таким образом, в случае, если к этой норме добавляются нормальные фантазии беременности, мы получаем жесткую патологию.

Случай Терри

Терри, очень хорошенькая девушка, была приемной дочерью пожилой пары. Единственное, что ей рассказали о ее матери, это то, что мать была гулящей и родила Терри в семнадцать лет. Сама Терри была непослушным ребенком, испытывала терпение своих приемных родителей (ей нужно было проверить, сильно ли они ее любят), в шестнадцать лет сбежала из дому и загуляла. К семнадцати годам она забеременела и спокойно готовилась отправиться в дом незамужних матерей, где можно родить и оставить ребенка на усыновление. Во время беременности она была бодра и весела, достигнув своих главных Целей: она установила свою сексуальную принадлежность, идентифицировалась со своей матерью и обратила пассивность в активность, отдавая на усыновление своего будущего ребенка. Она отрицала, как во сне, реальность беременности и приготовилась отдать ребенка через несколько недель после родов. И никого не оказалось рядом, чтобы подготовить ее к материнству! После родов картина драматически переменялась. Терри ошеломила реальность хорошенькой маленькой дочки, с которой она сильнейшим обра-

зом отождествилась, она была глубоко ранена тем, что ей пришлось пойти на удочерение, потому что она никак не могла содержать ни себя, ни ребенка и не сделала к этому никаких приготовлений. Долгие годы она горевала о дочке, беспокоилась о ее судьбе, а в дни ее рождения и на Рождество погружалась в глубокую депрессию.

Случай Дженни

Дженни, студентка двадцати трех лет, страдала от жестокого невроза характера с истерическими и фобическими симптомами. Она была очень зависимой от мужа и требовательной, а он любил ее и старался удовлетворить ее требования, включая взрывы истерической ярости против него, служившие ей защитой против всепоглощающего страха, который охватывал ее всякий раз, когда он оставлял ее одну. Ее отношения с матерью складывались нелегко с самого раннего детства, и она полностью отвергла мать, оставив дом в семнадцать лет. За время лечения ее фобические симптомы значительно ослабели, улучшилась успеваемость, а ее муж смог сделать большой шаг в своей профессии, как только ее требования к нему изменились. В конце концов они решили завести ребенка и оба бурно радовались, когда Дженни забеременела. Ее беременность протекала спокойно, муж присутствовал при родах и значительно помог ей во всех отношениях. Они оба радовались новорожденной, и весь процесс способствовал взрослению Дженни, ее превращению в зрелую женщину, принимающую свою роль. Она стала преданной и понимающей матерью и женой и, в конце концов, примирилась с родителями.

Но к несчастью для себя она открыла, что беременность имеет для нее дополнительное преимущество — она ни на миг не остается одна. Ей захотелось быть беременной, но не нести ответственности за будущего ребенка. Вопреки советам врачей она вновь забеременела через несколько месяцев после рождения дочки, и вскоре исследование показало, что на этот раз у нее будет двойня. Несмотря на значительный телесный дискомфорт, она была бодрa и весела всю беременность и у нее установились хорошие отношения с ребенком, мужем и даже матерью. Однако когда жизнь потребовала кормить близнецов и старшую девочку, она стала впадать в депрессию под этим бременем. Муж не мог ей помогать, так как ему приходилось ради денег работать больше. Она стала бояться

своих маленьких и голодных близнецов, и вскоре стала полностью неспособна их кормить из-за оживления своих старых садистских фантазий. Требовательные прожорливые близнецы стали представлять собой для нее орально-садистские аспекты ее образа Собственного Я. В результате под грузом вины и тревоги у нее наступил психотический срыв, она была госпитализирована, но так и не оправилась и в итоге покончила с собой. Таким образом, в истории Дженни был зрелый шаг к укреплению Это во время ее первого материнства, но она оказалась неспособна закрепиться на этой позиции под грузом дополнительного бремени — выкармливания других детей.

Случай Рут

Рут, интеллигентная женщина двадцати пяти лет, с высшим образованием, пришла для прохождения анализа после года семейной жизни с ласковым, по-матерински внимательным мужем. Она искала помощи от истерической тревоги, которая проявлялась, в основном, в уверенности, что она заболит раком матки и умрет. Это заставляло ее бояться сношения, потому что она была убеждена, что сперма содержит канцерогены. Она придумывала разные магические ритуалы, чтобы избежать опасности, включая регулярные посещения гинеколога-мужчины, на приеме у которого, сопротивляясь введению зеркала, испытывала боль и оргастический спазм. Мать Рут страдала от астмы, у нее часто бывали ночные приступы болезни, и это провоцировало фантазию девочки о том, что матери по ночам причиняет ущерб половое сношение. Отец Рут, агрессивный, нетерпеливый человек, покончил с собой незадолго До смерти матери Рут. Рут вышла замуж уже после ее смерти. В курсе анализа ее чувства тревоги и вины перед родителями были проработаны, включая ее оральную фантазию о том, что она, находясь в утробе матери, пожирала ее изнутри и повредила матку. Она больше не была фригидной с мужем и в конце концов забеременела.

Во время беременности ожили ее старые бессознательные фантазии, центром которых была тревога, что ребенок будет пожирать ее и принесет ей вред, какой она, в своей фантазии, принесла матери. Первые три месяца беременности чувства торжества и удовлетворения (поскольку она доказала, что может, как и ее покойная мать, забеременеть и иметь

ребенка) поддерживали в ней мирное равновесие. Однако на втором этапе беременности, когда ребенок зашевелился, у нее снова появились, бок о бок с сильным чувством реальности, ранее подвергнутые анализу деструктивные фантазии: плод был для нее ее ребенком и продолжением ее реального Собственного Я, но был и продолжением ее фантазийной идентификации с плодом-пожирателем. Деструктивные фантазии не были всепоглощающими, как это было в начале анализа, когда она даже не осмеливалась размышлять о беременности и материнстве. На третьем этапе беременности она была в приподнятом настроении, не только от ожидаемого возобновления активности, которую подразумевает изгнание ребенка из тела, но и от агрессивного желания поскорее избавиться от этой вредоносной репрезентации ее садистских желаний по отношению к матери. Этот материал был успешно проработан, а с рождением ребенка фантазии претерпели вытеснение — Рут стала преданной, счастливой матерью, наслаждалась жизнью со своим мужем и высоко ценила его. Без помощи анализа у нее никогда бы не возникло намерения забеременеть и она, возможно, была бы в жестокой депрессии и кончила самоубийством, как ее отец.

Случай Евы

Ева обратилась за помощью по совету матери, которая много лет назад была моей пациенткой и получала поддерживающее лечение, когда по неосторожности забеременела в немолодом возрасте. Сперва она хотела сделать аборт, но потом передумала и при врачебной поддержке выносила и родила сына, к которому Ева ее страшно ревновала, хотя ей к тому моменту было уже десять лет и она, как могла, прятала ревность за маской материнской заботливости. У матери были проблемы при воспитании мальчика, но они были успешно преодолены, и сын доставлял ей много радости.

Ко времени обращения Ева была беременна в третий раз. Она вышла замуж в девятнадцать лет и, хотя была первое время фригидна, с помощью понимающего мужа сумела создать счастливую семью. От первого ребенка — девочки, она была в восторге, так как малышка представляла собой для нее образ красивой девочки, которой она была сама, да и оставалась. Поэтому она любила и ценила дочку как продолжение Собствен-

ного Я. Второй ребенок — мальчик, родился с мягкой формой младенческой экземы, и это отпугнуло ее. Хуже того, грудничком он был плаксивым и требовательным, а выучившись ходить, не отцеплялся от мамы и все равно был несчастным. К своему горю, Ева компульсивно отвергала этого ребенка, наказывая его за малейшую оплошность, и была не в состоянии ласкать его, несмотря на большие усилия следить за собой. Забеременев в третий раз, Ева испугалась, что если и третий ребенок будет мальчиком, это вынудит ее отвергнуть и его, и по совету матери обратилась ко мне. Интересно было видеть, как трудности матери в отношениях с сыном повторяются у дочери; действительно, по мере увеличения срока беременности у Евы нарастала неизбежная погруженность в процесс и влекла за собой уменьшение внимания к внешнему миру, а потому — нарастали требования сына, и ее тревожило, что к сыну она все больше испытывает неприязнь и раздражение, в то время как с дочкой она терпелива.

В курсе анализа было проработано соперничество с младшим братом, и отношения Евы с сыном улучшились. Чем больше она открыто проявляла любовь к нему, тем меньше он становился требователен и зависим, делая большие шаги к самостоятельности, что очень радовало маму и бабушку. Тогда стало ясно, что мальчик не только представлял собой образ соперника из детства: его экзема оживила более ранние ее фантазии о своем теле. Мать ее была тяжело больна язвенным колитом во времена раннего детства Евы, и это отразилось на фантазиях Евы о деторождении: она и ее брат — анальные, грязные и позорные продукты болезни матери. Экзема сына, которую она уравнивала с грязью, не только возродила в ней отвращение, которое она чувствовала к больному телу матери, но и породила тревогу, что болезнь матери повторилась у нее и сказалась на внешности ребенка.

Именно сильнейшая материнская забота о своем ребенке заставляла Еву чувствовать, что ее отвержение сына не согласуется ни с ее образом Собственного Я как женщины, ни с ее воспоминаниями о своей матери. Она поняла, что если не положит конец своей компульсивной агрессии, то может повредить и ему, и следующему ребенку, а она этого не хочет. Ее доверие к матери подвигнуло ее искать помощь там же, где в свое время получила эту помощь мать.

Заключение

Задача, которую предстоит выполнить беременной и молодой матери, это соединение реальности с бессознательными фантазиями, надеждами и мечтами. Кроме того, ей предстоит впервые встретиться с требованиями беспомощного зависимого создания, которое представляет собой для нее сильно катектированные области Собственного Я и не-Я, а также многие конфликтные отношения прошлого. Задача может оказаться непосильной, особенно для юной, неопытной женщины. В это время поддержка от окружения бесценна, особенно поддержка от мужа, матери или любого значимого и заинтересованного лица. Поскольку вмешательство врача в критический момент может быть именно такой ценнейшей помощью, особенно при отсутствии адекватной поддержки со стороны семьи, то, видимо, было бы полезно помнить об этом факторе не только в пренатальный и постнатальный период, но также и при оценке возможного воздействия аборта по медицинским показаниям, чтобы предупредить и смягчить последующую депрессию. Подобным вмешательством также можно избежать передачи следующему поколению нагруженных виной отношений мать-дитя, которые эмоционально депривируют младенца, лишая его надежного и приносящего удовлетворение жизненного фундамента. Следует, однако, подчеркнуть, что некоторые из рассмотренных случаев заставляют нас понять: какой бы адекватной ни была поддержка от окружения, тяжесть неразрешенных конфликтов требует иногда психоаналитического или психотерапевтического вмешательства для достижения успешного их разрешения.

Глава 5

ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И РАННЕЕ МАТЕРИНСТВО

Опубликовано в Psychoanalytic Inquiry, 1988 г.

Просто удивительно, что, несмотря на успехи контрацепции и доступность искусственного прерывания беременности, значительное число девушек-подростков все-таки беременеют и становятся малолетними матерями. Для многих из них нормальные кризисы развития подросткового и юношеского возраста, вслед за которыми наступает кризис первой беременности и материнства, способствуют дальнейшему психическому взрослению. Но для других эти кризисы, скорее всего, оживляют первичные тревоги и конфликты, принадлежащие предыдущим фазам развития, что приводит к регрессу. Для некоторых из этих молодых матерей рождение реального ребенка оказывается губительным. Физическая зрелость, наступающая в пубертате, предлагает им альтернативное средство для разрешения психических конфликтов и утверждения своей женственности. Хотя желание девушки испытать, что такое беременность, можно рассматривать как часть нормального девического развития, дальнейшее продвижение к зрелости — это желание принести миру нового человека и достичь зрелого Эго-идеала. Девушки-подростки, о которых я говорю, по всей видимости, делают только первую часть этого шага развития. В данной статье я остановлюсь на бессознательных конфликтах некоторых незрелых молодых женщин, которые не позволили им стать достаточно хорошими матерями (Винникотт, 1965).

Зрелое развитие и отношения с матерью

Этапы зрелости жизненного цикла описаны Эриксоном (1959). Из них основными вехами на пути становления зрелой женской личности являются: 1) уникальные изменения женского тела в пубертате, приводящие к психологическому рывку юности; 2) первая беременность и 3) рождение ребенка. Каждый шаг взросления, инициированный изменениями тела, неизбежно сопровождается нормальным эмоциональным кризисом постольку, поскольку во внутреннем и внешнем мире должны быть изменены либидинозные, агрессивные и нарциссические компоненты отношений к Собственному Я и к объекту. Каждый кризис может или облегчить психический рост, или выдвинуть на передний план фиксацию на ранней фазе развития. По моему мнению, решающую роль здесь играет то, какая у молодой женщины была мать (насколько она способна была быть матерью) и каким образом она относилась к своей женственности и к женственности своей дочери. Как мы уже знаем, развитие зрелой женской личности (базирующееся на доэдипальном развитии здорового ощущения Собственного Я и здоровых объектных отношений, а также на прочном ощущении полоролевой и сексуальной идентичности) включает в себя не только идентификацию с внутренним образом матери, но еще и противоположную задачу всей последующей жизни: отделение от матери и индивидуализацию.

Юность

М.Лафер и Э.Лафер (1984) считают главной функцией развития в юности установление окончательной сексуальной организации. Образ тела теперь должен включать физически зрелые гениталии. Они рассматривают различные юношеские задачи развития — изменение отношений к эдипальному объекту, к сверстникам и к своему телу — скорее как подразделы ведущей функции развития, а не как отдельные задачи. Девушка может пройти через трудные испытания в подростковом возрасте, если ее доэдипальные отношения с матерью не привели к прочному ощущению Собственного Я и своей половой принадлежности. Всплеск эмоциональных регрессивных тенденций и подъем на поверхность неразрешенных конфликтов прошлого могут затормозить продви-

жение к эмоциональной зрелости и психическому взрослению. В подростковом возрасте самооценка особенно зависит от внешности и образа Собственного Я, отраженных в позитивном и негативном ответе равных субъекту фигур. Однако, хотя только что обретенная зрелость и сексуальная отзывчивость тела молодой женщины вводит ее в мир взрослой сексуальности, она может также толкнуть ее к тому, чтобы начать использовать свое тело для защиты от неразрешенных эмоциональных конфликтов гораздо более раннего этапа жизни. Как мы увидим в следующей главе «Влияние особенностей психического развития в раннем детстве на течение беременности и преждевременные роды», секс может стать способом достижения душевного равновесия и понимания, идущим скорее от желания пережить вновь доэдипальное ощущение материнской ласки, чем от стремления к взрослым сексуальным отношениям.

У таких девушек наблюдаются сильные агрессивные и садистские чувства к матери — фактор, который усложняет нормальный подростковый процесс отделения от нее. Таким образом, амбивалентность по отношению к матери может разрешиться скорее негативным образом, чем позитивным (любовью к ней). Предшествующие конфликты детства, касающиеся идентификации с матерью, в пубертате оживают и получают подкрепление (Пайнз, 1982), усложняя последующий этап первой беременности, на котором впервые возможно достижение идентификации (физически и эмоционально) со взрослым Эго-идеалом (Блум, 1976).

Первая беременность

Первая беременность женщины — это опыт переживания глубокой биологической идентификации со своей матерью, что может реактивировать сильнейшие амбивалентные чувства. Для молодой женщины, чья мать была «достаточно хорошей», временная регрессия к первичной идентификации со щедрой жизнедающей матерью и с младенческим Собственным Я — приятная фаза развития, на которой достигаются дальнейшая зрелая интеграция, повышение самооценки и духовный рост.

Но для других, чьи амбивалентные чувства к матери не получили Разрешения, а по отношению к Собственному Я, к своему сексуальному партнеру или важнейшим фигурам прошлого доминируют негативные

чувства, неизбежная регрессия беременности облегчает выход на поверхность ранее неразрешенных конфликтов, против которых до сей поры существовала защита. Беременная женщина часто проецирует на плод амбивалентные или негативные стороны Собственного Я и свои внутриспсихические объекты, словно плод является их продолжением. Отсюда следует, что особое эмоциональное состояние при беременности, в котором молодая женщина может идентифицировать себя со своей матерью (и, следовательно, с желанием стать матерью младенцу), входит в конфликт с ее идентификацией с плодом, которая, естественно, усиливает универсальное инфантильное желание снова стать объектом материнской заботы. Новое появление в сознании беременной ранее вытесненных фантазий, которые я описывала более подробно в другом месте (Пайнз, 1972), тоже следует принять в расчет, так как женщине предстоит интегрировать их с реальностью ребенка, как только он появится на свет. Ибо новые объектные отношения, которые начнут развиваться только с рождением ребенка, будут зависеть не только от самого ребенка, его пола, внешности и поведения (влияющих, конечно, на мнение матери о Собственном Я и о своем умении заботиться о ребенке), но и от конкретных переживаний матери во время беременности и родов, этих важных этапов на пути материнского узнавания: ребенок вне меня и есть тот плод, который когда-то был столь сокровенной частью моего тела.

Адаптация к этому ребенку требует достижения устойчивого и достаточного баланса между тем, что пережила мать ранее в качестве объекта материнской заботы, ее бессознательными фантазиями, надеждами и мечтами о своем ребенке и реальностью ее отношения к Собственному Я, своему сексуальному партнеру и ребенку. Если психическое равновесие матери реорганизуется и кризис разрешается до того, как она столкнулась с реальностью новорожденного, то исходом временного регрессивного состояния беременности становится дальнейший шаг к зрелости, но если этого не происходит, нездоровым и даже патологическим решением проблемы становятся вредоносные и нагруженные виной отношения мать-дитя.

В случае девушки-подростка, чья амбивалентность по отношению к матери осложнила как эмоциональную идентификацию с ней, так и надлежащее отделение от нее и индивидуализацию, преждевременное использование (в попытках разрешить эту проблему) своего физиологически зрелого тела и присущей ему сексуальности может привести к формированию незрелых объектных отношений. Если этот кризис еще

более осложнен требованиями беременности и материнства, ею будет найдено, скорее, патологическое решение, и мы увидим не здоровое развитие в зрелую мать, а столкнемся с искажениями материнства.

Использование тела как альтернативного средства при отделении-индивидуализации и продвижение к психической зрелости

Желание маленькой девочки идентифицировать себя со своей матерью можно наблюдать в ее играх и фантазиях задолго до появления физической возможности иметь ребенка (Дейч, 1945; Бенедек, 1959). Чувство принадлежности к своему полу устанавливается в раннем детстве; сексуальная идентификация во многом выясняется к началу юности. Когда девушка-подросток взрослеет, она входит в важный новый этап отделения-индивидуализации. Сильнейшим образом оживает сексуальность и влечет ее к первому половому акту, который подтверждает ее право брать на себя ответственность за свою сексуальность и право на свое собственное взрослое тело, отдельное от материнского. Здесь, как и на каждой переходной фазе жизненного цикла, телесные изменения (изменения в нарциссизме, в объектных отношениях, в определяемых культурой образцах полоролевого поведения и в способах выражения своей сексуальности) непременно влияют на образ Собственного Я и изменяют его.

Винникотт (1965) подчеркивал важность роли воспитывающего окружения, которое обеспечивает ребенку мать, на первичных стадиях развития Эго. То, как именно мать физически и эмоционально обращается с телом младенца и его нарождающимся Собственным Я, входит в состав опыта этого ребенка и его сознательные и бессознательные фантазии. Внутренний образ матери, создающийся при этом, и есть тот образец, с которым дочь всю жизнь стремится как идентифицироваться, так и отойти от него. Только на этом раннем этапе маленькая девочка имеет возможность интроецировать ощущение их с матерью взаимного телесного удовлетворения (Э.Балинт, 1973). Если в младенчестве Девочка не получала удовлетворения от матери или не ощущала, что Удовлетворяет ее, она никогда не сможет восполнить этот базальный пробел (отсутствие первичных устойчивых ощущений телесного благополучия и благополучного образа своего тела), если она не жертвует своим нормальным

стремлением к позитивному эдипальному исходу (Пайнз, 1980). Более того, она может так и остаться с образом Собственного Я: «Я не приношу удовлетворения ни другим, ни себе», который сохраняется неизменным в Истинном Я, неважно, насколько сильно ее взрослый опыт не подтверждает этот образ. Ее продвижение к дифференцированной сексуальной идентичности, такой же, как у матери, и все же отдельной, также требует интернализации женского тела матери и идентификации с ним. В эдипальных желаниях родить отцу ребенка мы уже можем усмотреть отделение от матери и попытки маленькой девочки идентифицироваться с ней.

Биологический пубертат требует от девушки изменить образ своего тела: образ ребенка предстоит превратить в образ взрослой женщины, у которой есть груди и гениталии. Она должна признать в своем влагалище способность вмещать пенис мужчины (в фантазии — сексуального партнера матери) и согласиться с дальнейшей возможностью беременности.

По моему впечатлению, те девочки-подростки, которые не испытали в свое время достаточно хорошего материнства, могут использовать свое тело, пытаясь снова стать младенцем: они гоняются за миражом утраченного нарциссического состояния. Кроме того, они надеются, родив ребенка, обрести в нем свое Идеальное Я. У этих девочек, я полагаю, была мать, которая умела заботиться только о теле дочери и не могла вместить ее тревоги и аффекты. М.М.Р.Хан (1974) утверждает, что во взрослой жизни такие девушки используют в объектных отношениях сексуальную активность взамен возможностей Эго, — и я разделяю этот взгляд, ибо сексуальность в пубертате и ранней юности основана на опыте младенческих отношений с матерью.

Клинический материал

Случай г-жи Х.

Госпожа Х. первый раз стала матерью в шестнадцать лет. Она обратилась за помощью к аналитику после того, как ее младший ребенок попал на лечение в детскую воспитательную клинику (child guidance clinic).

Г-жа Х была в жестокой депрессии, говорила, что ее брак развалился, и чувствовала, что больше так жить не может. Она была первым ребенком и единственной девочкой в семье, у нее было три младших брата, за которыми она часто — с досадой — присматривала. Ее мать была жесткой и сердитой и не ценила женщину ни в себе, ни в дочери. Между ними не могло существовать ни отношений, где удовлетворение дается другому, ни отношений, где оно получается от другого, и девочка не могла любить ни материнское, ни свое тело. Отец г-жи Х., грубый и скандальный, больше любил своих приятелей, чем жену и маленькую дочь, так что она не могла обратиться и к нему за защитой и любовью. Девочку не подготовили к тому, что у нее будут менструации, и она сочла, что это ее экскременты, грязные и болезненные, а мать закрепила это впечатление, настаивая, чтобы девочка пользовалась старыми тряпками, вместо того, чтобы покупать гигиенические пакеты. Таким образом ее женственность, ее образ своего тела и ее сексуальность были с самого начала крепко привязаны к стыду и ненависти к себе. Мы можем предположить, что и мать не любила ни себя, ни свое тело. Г-жа Х. всегда чрезвычайно ревновала мать к своим младшим братьям, которых, как она чувствовала, мать любила больше просто потому, что они были мальчиками. Ненависть матери отделила г-жу Х. от нее на этом этапе жизни.

Приобретения пубертата позволили ей по-новому распорядиться своей жизнью. В четырнадцать лет она научилась пользоваться своим телом и сексуальностью. Для подъема самооценки и для того, чтобы ощущать себя любимой, она вступала в половые гетеросексуальные отношения, играя при этом всегда соблазняющую, активную роль. Физически зрелое тело г-жи Х. и ее возраст дали ей возможность прикрыть сексуальным возбуждением душевную пустоту и боль. Создавалось впечатление, что она адекватно взрослеет, выполняя нормальные задачи развития подростка. Она взяла на себя ответственность за свое зрелое тело и взрослую сексуальность и экспериментировала с этим новым отношением к мальчикам своей возрастной группы. Бессознательно она искала объект, который бы любил ее и поднял бы ее самооценку, так как сама она не умела любить ни себя, ни других. Она Плохо успевала в школе и все сильнее обращалась к промискуитету как средству обойти свои трудности в учебе и в осмыслении мира.

Когда г-жа Х. в шестнадцать лет забеременела, ее мать страшно рассердилась и велела делать аборт. Семнадцатилетний отец ребенка настаивал на свадьбе, но несмотря на это мать со злобой гнала дочь от себя. После венчания г-жа Х. и ее муж уехали. Беременность была труд-

ная, тревожная, но наконец родилась девочка. И здесь юный муж помогал и поддерживал ее, заменив ей тем самым ей мать, отвергшую дочь. Их взаимное сексуальное наслаждение сгладило ее неудовлетворенность своим телом и собой как женщиной. Поскольку муж нянчился с ней, она, в свою очередь, могла нянчить свою малышку — не только как свое дитя, но и как свое Идеальное Я, которое никогда не видело материнской ласки. Второй ребенок, мальчик, быстро последовал за первым, но семейная жизнь г-жи Х. ухудшилась, и она стала фригидной. Поскольку г-жа Х. всегда пользовалась своим телом, чтобы выразить сознательные и бессознательные чувства, ей было трудно одновременно быть матерью ребенку и оставаться сексуальным партнером мужа. В ответ на фригидность жены, которую он не мог ни понять, ни изменить, г-н Х., чувствуя себя эмоционально кастрированным, постоянно стремился доказать ей свою потенцию. Хуже того, поскольку его любовь к ней всегда выражалась через секс, она теперь отвечала на это злостью, считая, что он не понимает ее первичной потребности — в защите и любви, а не в сексе. Вытесненные проблемы, которые предшествовали ее первой беременности и сопровождали и ее, и рождение первенца, повторились и в этой беременности, поскольку не были решены и проработаны. Г-жа Х. радовалась телу своей дочурки, как если бы оно было ее собственным, и эта ситуация взаимного удовлетворения смягчила ее базальный взгляд на себя и свою мать как на неудовлетворительную пару. Так как она перестала ценить своего мужа и сердилась на него за непонимание ее потребности в поддержке, отношения с ним не могли больше поддерживать в ней предыдущее ощущение своей взрослой личности как привлекательной женщины. Она регрессировала к своему базальному взгляду на Собственное Я как на неудовлетворяющий и неудовтворенный объект. В этом плане ее брак повторил ее доэдипову ситуацию. Ее сын, который теперь был для нее живым доказательством ее греховной сексуальности, стал вместилищем для негативных сторон ее Собственного Я, маленьким жадным позорищем, которым она ощущала себя в детстве и продолжала ощущать в браке. Детская ревность к братьям и нежелательные аспекты мужа были смещены ею на ребенка, и мальчик стал объектом нелюбви и агрессии. Казалось, что она не видит в этом ребенке отдельной личности со своими правами, а ее Идеальным Я он не мог стать, как ее дочка, потому что был мальчиком, что ей самой было недоступно. Мы поняли в ходе нашей совместной работы, что поскольку мысль, символизация и фантазия были недоступны г-же Х., то, став матерью, она стала плохой матерью из своего собственного детского опыта, оставаясь

при этом эмоционально ребенком. Ее брак воспроизводил теперь ее доэдипову ситуацию, словно муж был той самой матерью, которая заботилась лишь о ее теле, но не о чувствах.

В курсе ее анализа стало ясно, что г-жа Х. не может почувствовать и принять ничего доброго, хорошего и приятного. Она постоянно критиковала мужа и сына, ради повышения своей очень низкой самооценки. Проецируя на них обоих все то, что ей не нравилось в самой себе, она могла позволить себе продолжать с ними жить. При переносе она видела аналитика как критикующую и наказывающую фигуру, и любая зависимость или достижение внутреннего озарения вели к постоянным угрозам бросить анализ, как если бы анализ и привязанность к аналитику тоже были чем-то слишком хорошим и приятным. Ее жизнью управляло чувство стыда, и главной чертой в переносе был тоже стыд. Стало видно, что ее агрессивные попытки пристыдить мужа и сына были попытками превратить пассивность в активность, поднять самооценку и тем самым избежать депрессии.

В курсе анализа взгляд г-жи Х. на Собственное Я начал изменяться. Ее зависть к аналитику и острая наблюдательность позволили ей научиться с большим уважением относиться к собственному телу. Это улучшение мнения о себе отразилось на ее внешнем виде и одежде, как и в ее попытках загладить свое предыдущее враждебное поведение с мужем и сыном. Как только повысилась ее самооценка, она смогла вынести на анализ как свою интенсивную мастурбацию, которая никогда не снижалась с раннего детства, так и отыгрывание своих мастурбационных фантазий, которые всегда возбуждали ее и приносили удовлетворение. В своих фантазиях в детстве, замужестве и в процессе анализа, она всегда была эксплуатируемой рабой. Кроме того, она отыгрывала тему депривации, воруя продукты в магазинах по дороге на аналитическую сессию. Ее очень возбуждала опасность: она вот-вот попадется, но все-таки оказывается хитрее продавщицы. Всплыло, что в раннем детстве она таскала молоко из кухонного буфета, пока мать кормила грудью младших братьев. При переносе она ощущала каждую интерпретацию, которая ей помогала, украденной у аналитика-матери и у других пациентов-сиблингов. Анализ зависти к матери в раннем детстве и (при переносе) к способности аналитика давать ей что-то ценное, помогли проработке некоторых из этих ее проблем.

Как только к г-же Х. вернулась способность думать, она вернулась к работе и хорошо с ней справлялась. Она теперь могла позволить себе ощущать аналитика заботливой фигурой, которая, не бросит и не выго-

нит ее за плохие поступки, как ее мать отвергла ее: в детстве ради братьев, и вновь — во время первой ее беременности, когда г-же Х. так нужна была забота и ласка, словно она опять стала младенцем. Забота, которую она получала в процессе анализа, помогла ей больше заботиться о своем ребенке. Она также смогла выразить свое удовольствие через вновь разрешенное себе желание наслаждаться своей женственностью и женской ролью, и произошли некоторые изменения в ее семейной жизни. Ее муж отвечал усилением ответственности за семью, а она смогла позволить себе насладиться заботой о себе и больше не чувствовала себя рабой. Она смогла также позволить своей матери участвовать в некоторых из вновь обретенных семейных радостей и к своему и моему удивлению обнаружила, что ее мать в свое время тоже забеременела в шестнадцать лет (моей будущей пациенткой) и ей тоже пришлось выйти замуж по этой причине.

По моему опыту, многие пациентки, входя в заключительную фазу анализа, высказывают сильное желание зачать ребенка, как бы заканчивая (в своей фантазии) анализ эквивалентом рождения менее конфликтного Собственного Я. К концу анализа и у г-жи Х. возникло сознательное желание зачать последнего ребенка, чтобы это стало исходом вновь обретенных удовлетворяющих и любовных отношений с мужем. Но тут она узнала, с яростью и болью, что теперь беременна ее дочь — в шестнадцать лет, как она сама. После многих конфликтов г-жа Х. решила удовлетвориться ролью молоденькой бабушки.

Случай г-жи А.

Г-жу А. удочерили в очень раннем возрасте, и у нее было счастливое детство, пока не умерла ее приемная мать. Девочка изо всех сил стремилась быть матерью для своей матери во время ее смертельной болезни. Ей было десять, когда она осталась одна с неадекватным отцом, находящимся в жестокой депрессии. В день смерти приемной матери она настояла, чтобы отец сводил ее к той, которая ее родила.

Эта женщина, к удивлению девочки, жила неподалеку и в то время нянчила ее брата. Все надежды девочки найти новую мать были разбиты — эта женщина очевидным образом не хотела иметь ничего общего с

дочерью. Итак, обе матери покинули ее, и она осталась одна, с болью и злобой на женщин. Социальные работники поместили ее в интернат, так как отец был неспособен ни воспитывать ребенка, ни вести хозяйство. Она часто сбегала домой к отцу, пока наконец не стала достаточно большой, чтобы уйти из интерната и вернуться к нему навсегда. Пубертат и юность дали ей новые возможности строить свою жизнь. Она натащила домой бездомных животных, словно они были утерянными сторонами ее Собственного Я.

Еще в интернате (где она не могла учиться, поскольку ее разум был заблокирован) она пользовалась своим телом, чтобы обрести любовь и поднять самооценку. Она сознательно желала, чтобы какой-нибудь мальчик любил и обнимал ее, что нормально для девочки-подростка, но кроме того, она бессознательно хотела воскресить все младенческие телесные удовольствия, словно мальчик был ее матерью. В то же время ей нужен был мужчина, чтобы удерживаться от угрожающей сексуальной привязанности к своему одинокому отцу. Позднее она говорила мне во время анализа, что использовала свое красивое юное тело, чтобы спровоцировать отца показать ей свой пенис. Как отец он провалился, и тогда она принялась опекать его, словно сильная мать, которая оберегает отца и маленькую девочку от отыгрывания их бессознательных инцестуозных желаний.

Физически зрелое тело г-жи А. и ее возраст способствовали тому, чтобы сексуальное возбуждение заполнило душевную пустоту и вытеснило боль. Казалось, что она адекватно продвигается к зрелости, выполняя нормальные задачи развития подростка. Она взяла на себя ответственность за свое зрелое тело и взрослую сексуальность, экспериментировала с новым отношением к мальчикам своей возрастной группы, и внешне освобождалась от инфантильных пут, привязывавших ее к отцу. Бессознательно ее эксперименты со своим телом были безнадежным поиском утраченной приемной матери, которую она не смогла никак замечать, и их ранних аффективных отношений. Каждого сексуального партнера она бросала столь же жестоко, как бросили ее обе ее матери. В конце концов, соблазнив одного молодого человека, она забеременела, и он, к ее удивлению, женился на ней. Теперь у нее был мужчина, который любил ее, и в ее фантазиях, представлял собой и покойную мать и ее сексуального партнера — здравствующего отца. Надо сказать, что моя пациентка искала кого-нибудь, кто бы любил ее, так как сама себя она любить не умела. Беременность заставила ее почувствовать, что она теперь зрелая женщина, как ее физическая мать, и пробудила в ней восхи-

тельные фантазии о возвращении в утробу, словно она сама была плодом внутри своего тела. Теперь ее пустующее тело заполнилось, и ее стремление к покойной матери несколько ослабло, так как она ожидала ребенка, который всегда будет с ней и будет ее любить. Когда дитя зашевелилось, она не могла больше отрицать, что надвигается отделение от него, неизбежное после его появления на свет, и слегла с депрессией. Она ощущала, что будет снова одна, так же, как она была одинока и заброшена после того, как смерть разделила ее с матерью, ибо рождение — это отделение, и смерть тоже, и потому они тесно связаны в нашем внутреннем мире. Таким образом, первая беременность Г-жи А., фаза дальнейшего развития в жизненном цикле женщины, стала для нее началом упадка.

Для г-жи А., чей сын родился, когда ей было семнадцать, материнство обернулось бедствием. Она часто катала сына в коляске мимо дома своей «настоящей» матери, надеясь, что та выйдет посмотреть на внука и поможет дочери стать матерью, но, чуда не случилось. Оставаясь с ребенком одна, г-жа А. принималась бить его, стоило ему заплакать, впадая в панику при его требованиях, которых она никогда не могла ни понять, ни удовлетворить. Чувство к ребенку, изначально амбивалентное, обернулось скорее ненавистью, чем любовью.

В ходе нашей совместной работы мы поняли, что теперь она как бы стала плохой матерью из своего прошлого, оставаясь при этом эмоционально ребенком. Для этого ребенка внутри нее собственный сын по многим причинам представлял собой соперника. Он, во-первых, представлял собой образ брата, о котором физическая мать заботилась, отвергнув дочь. Далее: поскольку муж был для нее фигурой матери, ей не нравился его интерес к ребенку, и она завидовала той безусловной любви, которую сын получал от отца. Любое агрессивное чувство, которое возникало в ней к мужу или отцу, она смещала на своего ребенка мужского пола. Она бросала сына при любой возможности. Она бросала его, поскольку ощущала себя дважды брошенной плохими матерями, ибо для десятилетнего ребенка смерть матери означала, что мать ее бросила. Но более всего сын представлял собой те стороны ее Собственного Я, которые она в себе не любила. Г-же А. случалось намочить постель вплоть до беременности, но тут подобные эксцессы прекратились, так как она ощущала, что мать должна быть чистоплотной. Став чистоплотной, она стала фригидной, потому что генитальная сексуальность ассоциировалась у нее с грязью и испражнениями. Ребенок, следовательно, был для нее конкретным доказательством ее грязной сексуальности, и, вдобавок,

лишил ее наслаждения сексуальностью. Рядом с ней, вне ее, был беспомощный младенец, плачущий, описанный и закаканный, прямо как ее внутренний ребенок, которого она ненавидела. Она очень старалась заботиться о сыне, но с самого начала она не только ненавидела в нем эти свои черты, но еще и ненавидела его за одиночество и изоляцию — домашний арест, под которым она оказалась из-за него. Рождение ребенка повторило тревожные хлопоты и изоляцию времен болезни приемной матери, а ребенок еще и представлял собой эту ее мать, приучившую ее к чистоплотности. Иногда эти чувства выходили из-под контроля, и она была ребенка. Но частью она была еще и идентифицирована со своей хорошей приемной матерью, так что чувствовала себя виноватой и подавленной, когда ее что-то толкало побить малыша. Муж г-жи А. настоял, чтобы она обратилась за помощью. В результате лечения она начала понимать, кого ребенок представляет собой для нее и что она проецирует на него. Это помогло ей увидеть сына самого по себе, увидеть в нем реального ребенка. Перенос г-жи А. был подчеркнута лишен аффектов. Она являлась с равнодушной улыбкой, одетая в черную кожаную мотоциклетную одежду, часто с каской на голове. Много раз я чувствовала сильный гнев, когда она рассказывала мне, на вид совершенно бесчувственно, о своем поведении, из-за которого маленький мальчик получал травмы. Он падал у нее с лестницы, она распахивала дверь у него перед носом, зная, что он к ней подползает. Однажды она принесла его с собой, и я была свидетельницей ее скверного обращения с ребенком. Мои сильнейшие контрперенесенные чувства — гнев на пациентку за ее бесстрастную жестокость и страх за ребенка — позволили мне осознать, что Для пациентки во мне воплотилась живая физическая мать пациентки, злая, отвергающая и жестокая и нашла внешнее воплощение эмоциональная смерть в душе г-жи А. ее доброй приемной матери, которая Могла бы смягчить эти ее нападки на сына. Г-жа А. словно утратила эту часть себя. Разобравшись в тяжелом положении пациентки, я научилась становиться для нее материнской фигурой, которая эмоционально «держит на ручках» ее перепуганное незрелое младенческое Собственное Я, тем самым давая ей возможность защитить сына от собственных же завистливых и садистских нападений. Моя тревога за ребенка отражала ее тревогу за него. Испытав эту тревогу, я смогла не только соприкоснуться с ее отчаянием и с бедственной безвыходностью ее ситуации, но и поняла, что никто другой не мог бы поддержать ее младенческое Собственное Я, как могла бы это сделать ее хорошая мать — в ее психике не было жизнеспособной альтернативы отвергающей злой матери и трав-

мированному ребенку. Когда мы проработали эти проблемы, которые привязывали ее настоящее к грузу прошлого, переменилась валентность ее отношения к ребенку. Она смогла сдерживать свою фрустрацию и ярость, и так как она больше не была беспомощно раздавлена собственной виной, то смогла установить более нежные отношения с ребенком. Оплакав приемную мать, она вновь обрела способность пользоваться своим разумом и вернулась в колледж закончить образование.

Заключение

Клинический материал моих пациенток, матерей-подростков, служит иллюстрацией к теме данной статьи. Я хочу подчеркнуть, что на первый взгляд поведение обеих этих молодых женщин было нормальным раннеюношеским поведением, но при пристальном рассмотрении нарушения оказывались куда глубже, чем казалось сначала. Обе они сломались психически на этапе беременности, и их ранние отношения мать-младенец были серьезно расстроены.

Проблемы переноса и контрпереноса, вошедшие в анализ этих пациенток, позволили увидеть, что в их душевной жизни не было жизнеспособной альтернативы отвергающей матери и отвергнутому ребенку. Обе пациентки экстернализовали грубую, карательную фигуру Супер-Эго (проецируя ее на аналитика) и отыгрывали ее же, отвергая и наказывая своих детей. И однако также необходимо понять, что тайное удовольствие от психического вмещения, объектом которого они обе ощущали себя в аналитической ситуации, вызывало у них сильную тревогу (остаться во вместилище, как в ловушке, навсегда), и в случае г-жи Х. эта тревога подсказывала ей сердитые угрозы и неоднократные уходы. Г-жа А. ушла, когда стали всплывать ее позитивные чувства. Мой контрперенос был важным орудием, позволившим мне понять эти проблемы. Сначала моим ответом было чувство гнева и возмущения жестокостью этих матерей к своим детям. Мне было очень неприятно, что я так сильно сержусь на своих пациенток и так сильно их осуждаю. Я осознавала, что мне очень хочется срочно восстановить душевное равновесие, наказав пациенток вербально. Но тщательное отслеживание собственных реакций и напряженные старания прорабатывать свои чувства,

дабы остаться на аналитических позициях, привели меня к убеждению, что в обоих случаях пациентки сильнеешим образом активизировали мои материнские чувства. Я была поставлена перед выбором линии поведения. Я могла повторить грубую установку карающей и отвергающей матери из внутреннего мира моих пациенток и садистски напасть на их уязвимое инфантильное Собственное Я. Или же я могла защитить их от того, что возбуждало во мне их поведение, и, поступая так, понять на собственном опыте, как трудно это было для них — защитить собственных детей от садистского повторения их собственной инфантильной ситуации (с плохой матерью). Так проблемы переноса и контрпереноса отражали трудные отношения пациенток с их матерями, отношения, в процессе которых инфантильные аспекты личности пациенток не были «растворены» (не получили разрешения) и успешно интегрированы в их взрослое Собственное Я.

И наконец, может быть не лишено интереса замечание, что обе пациентки имели опыт работы с психоаналитиками-мужчинами. Г-жа А. большую часть времени молчала, и терапия, по-видимому, никак на нее не повлияла, а г-жа Х. испытала сильнеешим образом эротизированный перенос, который напугал ее и заставил уйти. Мне кажется, важным фактором при проработке некоторых из их проблем был тот факт, что я — женщина. Я конкретно предоставляла им обеим более доброжелательную фигуру матери, которую они могли интроецировать и с которой они могли себя идентифицировать. Кроме того, мне кажется, что я как женщина-аналитик/мать могла также дать каждой из них позволение наслаждаться ее телом женщины и ее сексуальностью — позволение, которого им ни в коем случае не давали их враждебные матери.

Глава 6

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Представлено на XXXII Международный психоаналитический конгресс, Хельсинки, июль 1981 г. Опубликовано в International Journal of Psycho-Analysis (1982).

Вступление

Фрейд, человек и мужчина своего времени, верил, что наступление беременности исполняет основное желание каждой женщины. Мужчина дарит ей ребенка, и это возмещает ее неисполнимое желание иметь пенис. Мой опыт аналитика не подтверждает этот взгляд. Этот опыт привел меня к убеждению, что существует заметное различие между желанием забеременеть и желанием подарить миру нового человека и стать ему матерью. Ибо первичные тревоги и конфликты, произрастающие из пожизненной задачи женщины — достичь отделения от матери и индивидуализации — могут неожиданно быть обнажены опытом первой беременности и материнства.

Тема данной статьи — трудности, связанные с идентификацией женщины с внутренним образом своей матери, идентификацией, которой беременность дает телесное подкрепление. Я также собираюсь остановиться на оживлении у беременной инфантильных фантазий о себе как плоде в теле своей матери, которые активируются ее нарциссической идентификацией с конкретным плодом, реально зреющим в глубине ее тела. Физически симбиотическое состояние беременности параллельно эмоционально симбиотическому состоянию будущей матери, а присутствие последнему идентификации женщины с ее собственной матерью и с Собственным Я как с плодом могут реактивировать напряженно амбивалентные чувства. Если так, то беременность предоставляет будущей ма-

тери возможность решить: жить плоду или умереть. Анализ пациентки, которая неоднократно позволяла себе забеременеть, но затем прерывала беременность, послужит нам иллюстрацией к данной теме. Проблемы переноса и контрпереноса, с которыми я встретилась, проводя ее анализ, отражали трудные отношения пациентки с ее матерью, в процессе которых инфантильные аспекты ее Собственного Я не были успешно «растворены» (не получили разрешения) и не интегрировались в ее взрослое Собственное Я.

Первая беременность

Бибринг и соавт. (1961) пишут: «Особая задача, которую надлежит разрешить беременности и материнству, лежит в сфере распределения и сдвигов между катексисами представления о Собственном Я и представления об объекте». Для некоторых женщин беременность может стать одной из наиболее обогащающих стадий их жизненного цикла, ибо когда же еще человек чувствует себя Богом, как не тогда, когда создает новую жизнь? Понятно, что для молодой женщины, чья мать была «достаточно хорошей», временная регрессия как к первичной идентификации со всемогущей, плодovitой, жизнедающей матерью, так и к идентификации с младенческим Собственным Я (словно беременная становится собственным ребенком) — это приятная фаза развития, на которой возможны дальнейшее взросление и созревание Собственного Я. Для других женщин неизбежная при беременности и рождении ребенка регрессия может стать болезненным и пугающим переживанием. Оживают инфантильное желание слиться с матерью и страх перед этим желанием, которые и были причиной частичной неудачи дифференциации Собственное Я/объект. На этом пути фантазии о первичном единстве матери и младенца не могут быть успешно интегрированы со взрослой реальностью, где дифференциация Собственное Я/объект является первостепенной.

Инфантильное желание иметь ребенка

Детское желание идентифицировать себя с первичным объектом — могущественной доэдипальной матерью — намечается в игре и фантазии задолго до наступления реальной возможности стать матерью (Дейч,

1944, Бенедек, 1959). Знание о своей половой принадлежности устанавливается в раннем детстве, а сексуальная идентификация в основном заканчивается к концу подросткового возраста. Физиологическая зрелость тела вынуждает подростка вступить в важную стадию отделения-индивидуализации. Генитальная сексуальность влечет девушку к ее первому половому акту, который подтверждает ее права на собственное тело. Ей остается освоить более позднюю стадию родительства. Первая беременность позволяет женщине вступить в следующую стадию идентификации, укорененную в биологической почве. Она становится окончательно «как мама», физиологически зрелой женщиной, беременной от своего сексуального партнера (партнера матери, в ее фантазии) и достаточно могущественной, чтобы самой творить новую жизнь. Отсюда следует, что физические изменения во время беременности облегчают телесное переживание первичного единства беременной с ее матерью и в то же время позволяют приобрести опыт дифференциации от материнского тела, которое когда-то вмещало собственное тело беременной. Ее влечет к следующему этапу отделения-индивидуализации.

Подобные телесные изменения неизбежно сопровождаются воспроизведением инфантильного эмоционального развития. Молодая мать может осознать у себя первичные, ранее вытесненные фантазии и конфликты, выросшие из детских сексуальных теорий о своем зачатии, внутриутробной жизни и рождении (Пайнз, 1972). Отсюда следует, что позитивные и негативные аспекты Собственного Я и объекта могут быть спроецированы на недоступный взору плод, как если бы он был их продолжением.

Уникальное сочетание телесных и эмоциональных ощущений во время первой беременности предоставляет молодой женщине альтернативное средство для разрешения психических конфликтов. Плод можно физически поддерживать, оберегать и хранить его жизнь, но можно физически отвергать невынашиванием или абортom, когда мать отказывается плоду в жизни, а себе в материнстве. Таким образом, и на этом пути тело может быть использовано для выражения эмоциональных состояний сознания, как это было на ранних стадиях инфантильного развития. Фантазии маленькой девочки о жизни плода, касающиеся ее сиблингов или ее самой, могут усиливать либо ее ощущение всемогущества, либо беспомощности. Подобные реакции основаны не только на собственном раннедетском опыте (что такое младенец и что такое родители), но и на тех историях о деторождении, которые она слышит дома. Если девочка слышала об амбивалентных чувствах своей матери по отношению к ее

зачатию, это должно, по моему мнению, осложнить ее окончательную идентификацию и заставить, в свою очередь, относиться к беременности амбивалентно.

Тело как альтернативное средство достижения отделения-индивидуализации

Теперь я обращаюсь к отношению молодой женщины к своему телу, к Собственному Я, к своей матери как объекту и к ее опыту, физическому и эмоциональному, приобретенному в качестве объекта материнской заботы. Для своего ребенка мать — символ как взрослого человека, так и материнства. Ее физическое присутствие и эмоциональные установки по отношению к ребенку и его телу интегрируются с опытом ребенка и его сознательными и бессознательными фантазиями. Внутренний образ матери, созданный таким путем, является пожизненным образцом для ее дочери. С этим образцом она стремится идентифицироваться, но столь же сильно стремится отличаться от него.

Все, в общем, согласны с тем, что основа Собственного Я и отличие Собственного Я (самого себя) от объекта формируются путем интеграции телесного опыта с мысленным представлением (образом). Лишь в раннем детстве маленькая девочка может начать не только идентификацию с матерью, но также и интроецирование ощущения их с матерью взаимного телесного удовлетворения (Э.Балинт, 1973). Я бы добавила, что если девочка на доэдипальной стадии не ощущала ни себя удовлетворенной матерью, ни что она удовлетворяет ее, то ей никогда не восполнить этой базальной недостачи первичного устойчивого чувства телесного благополучия и благополучного образа своего тела, не жертвуя своим нормальным влечением к позитивному эдипальному исходу (Пайнз, 1980). Нарциссическая рана, дающая начало нарциссической уязвленности, зависти к матери и низкой самооценке, может быть болезненной и усиливать трудности отделения.

На отделение-индивидуализацию ребенка влияют способность матери радоваться своему взрослому телу женщины и ее отношения с отцом ребенка. Если мать удовлетворена своей жизнью, психологически симбиотическая стадия в жизни ее ребенка не будет неоправданно затянута. Атмосфера взаимного удовлетворения родителей друг другом и материнского наслаждения своим телом и Собственным Я не только предос-

твляет дочке удовлетворяющий объект для интернализации и идентификации, но и дает девочке надежду на такую же судьбу и для нее.

Отсюда следует, что матери, недовольной собой как женщиной, не умеющей принимать отца как мужчину, трудно отделить себя от ребенка, ибо она надеется жить в нем заново, наверстать все упущенное ею самой. Фантазии и реальность смешиваются для матери, если состояние слияния и симбиоза, в котором она находилась во время беременности, не прервано психологически. Фантазии и реальность смешиваются для ребенка, если поведение матери не дает ему опыта достаточно хорошего приспособляющего материнства, в котором хорошее и плохое интегрированы, а не расщеплены. Это приводит к трудности отделения как матери от ребенка, так и ребенка от матери. Чувствует ли девочка, что ее тело и, позднее, ее мысли — несомненно, ее собственные, или же они все еще слиты с материнскими, как это было с ее телом на первичных симбиотических стадиях, предшествующих дифференциации Собственного Я и объекта?

Биологический пубертат вынуждает девушку изменить образ своего тела: образ ребенка — на образ тела взрослой женщины, которая сама может родить. Девушка осознает свое развивающееся взрослое тело, и это не только оживляет предшествующие конфликты, касающиеся ее идентификации с матерью, но и усиливает телесные ощущения и возбуждение. Происходят взрыв эмоционально регрессивных тенденций и рывок к зрелости, и надо достичь компромисса между ними. Психологическая зрелость юной женщины и ее сексуально отзывчивое тело не только устанавливают для нее статус взрослого человека, но также позволяют ей отщеплять и отрицать эмоционально болезненные состояния путем их подмены телесными ощущениями. На этом пути могут быть конкретно выражены чувства любви или ненависти к Собственному Я или объекту, избегнута депрессия и повышена самооценка. Отсюда следует, что половой акт, который кажется внешнему миру актом взрослой, генитальной сексуальности, может бессознательно стать средством удовлетворения неисполненных догенитальных стремлений — к матери и к материнской заботе о себе.

По моему опыту, девушки-подростки, чересчур рано вступающие в гетеросексуальные связи, используют свое тело для того, чтобы вновь пережить первичный контакт матери и младенца. Им нравится прелюдия, но при интромиссии они обычно фригидны. Таким путем они пытаются установить объектные отношения, которые компенсировали бы им отсутствие ранней интернализации приносящих взаимное удовлетво-

ние отношений мать-младенец. Эти попытки обречены на неудачу, так как физическое проникновение или эмоциональное влечение к сексуальному партнеру реактивируют у девушки первичные страхи — перед поглощением или перед аннигиляцией Собственного Я, которые первоначально возбуждали у нее отношения мать-младенец. Эти девушки не движутся к более зрелой идентификации с материнским взрослым сексуально отзывчивым телом, способным к сексуальному ответу на интроемиссию, совершаемую отцом, и на беременность от него. Точно также неспособны они воспринимать своих сексуальных партнеров или другие объекты как реальных людей с эмоциональными потребностями, так как все, чего они ищут — это возврат к инфантильному всемогуществу младенца. Физическая зрелость, развитый интеллект и всемирный успех могут никак не сказаться и не повлиять на регрессивную фиксацию (на инфантильной стадии) этого аспекта эмоционального роста. Зрелая объектная любовь (как взаимное понимание и удовлетворение своих и объекта потребностей) так и не наступает, и рождение ребенка может стать катастрофой.

Клинический материал

Г-жа Х., тридцатилетняя белая преподавательница, обратилась за помощью по поводу жестокой депрессии. За спиной у нее остались обломки брака и многочисленных связей с чернокожими партнерами. В юности она страстно хотела быть писательницей, но ощутила в университете, что ее интеллект блокирован, и потому вместо этого стала преподавательницей и профессиональным литературным критиком. Она всегда интересовалась сном и сновидениями. На первых же сеансах анализа стало ясно, что ее депрессия началась через девять месяцев после ее последнего аборта, к которому ее привели отношения с очередным черным любовником. Она сознательно планировала этот аборт, без колебаний или видимого чувства вины, так как приехала из страны, где запрещены межрасовые половые отношения. Никто бы не потерпел черного ребенка, особенно ее мать. После этого события г-жа Х. бросила работу и приехала сюда, в Англию, со своим любовником, который заботился о ней и после аборта относился к ней особенно трепетно, словно она сама была утраченным ребенком. Г-жа Х. наслаждалась своей зависимостью

от него, словно и была его ребенком до того момента, когда должен был бы родиться настоящий ребенок, а ей предстояло принять на себя обязанности матери.

Г-жа Х. была старшей из двух детей — очень умных и красивых девочек. Когда г-же Х. было пятнадцать лет, ее отец, пассивный и замкнутый, умер от карциномы полового члена, долго пролежав перед этим в больнице. Ее мать, энергичная, красивая женщина, немедленно после смерти отца вышла замуж за своего любовника. Перед смертью отец г-жи Х. говорил девочке, что оставляет ей деньги на учебу в колледже, и она с горечью и виной осознавала в себе желание, чтобы отец умер поскорее, ибо продление его страданий разоряло семью. Но после его смерти мать объявила дочери, что на «ее колледж» денег у нее нет, хотя было совершенно очевидно, что она много тратит, покупая на деньги дочери (для нее и для себя) то, что улучшает физическую внешность: тряпки, побрякушки и косметику, считая, видимо, эти вещи более необходимыми.

Это был далеко не единственный случай за всю их жизнь, когда личные, отдельные от материнских, эмоциональные и духовные потребности дочери не получили признания у матери, хотя о теле дочери мать заботилась всегда. Г-жа Х. всегда чувствовала при этом, что ее красивое тело и внешность никогда не приносили матери удовлетворения, но как продолжение материнских тела и внешности служили той лишь приманкой для мужчин. Мать г-жи Х. часто говорила ей, что отец никогда не удовлетворял ее сексуально, и девочка улавливала подтекст — она тоже не удовлетворяет мать. Она знала, что мать продолжает тайно встречаться с любовниками, несмотря на болезнь отца, и сердилась на него за вялое смирение с положением вещей и надвигающейся смертью. Она никогда не высказывала свой гнев, а потому оставалась хорошей девочкой, вот только стала плохо учиться: мысли ее так путались, что она просто ничего не соображала, не могла думать.

Пубертат предоставил ей альтернативный путь выхода из болезненной ситуации. Пользуясь своим телом, она могла уйти от скорби по отцу и нарциссического гнева, который возбуждала в ней связь матери. Тело также позволяло ей вновь обрести регрессивное, первичное удовлетворение, присущее отношениям мать-дитя, в которых она искала утешения, так как мать никоим образом не успокаивала и не утешала ее. Мать г-жи Х. злилась на попытки дочери отделиться от нее и заставляла девочку чувствовать себя виноватой. Ситуация, в конце концов, стала настолько невыносимой, что г-жа Х. совершила попытку самоубийства.

Полицейский, который спас ее и отвел обратно к матери, грубо бранил ее, говоря, что до восемнадцати лет она — собственность матери и у нее нет права убивать себя. Это подтвердило убеждение девочки, что ее тело принадлежит не ей самой, а ее матери.

Одно сновидение и ассоциации на него в курсе анализа позволили нам понять ее дилемму. Г-же Х снилось, что она плачет и поворачивается за утешением к своему любовнику. В ответ он подходит к ней, стаскивает с себя фальшивую белую оболочку и предлагает ей свою черную грудь. Но грудь мужчины не дает молока, и г-жа Х. остается голодной и в отчаянии. Мы проработали это сновидение и сопутствующий материал, и тогда г-жа Х. осознала, что в каждом мужчине она искала себе мать, и отношения даже с тем, кто так был физически непохож на ее мать, в своей основе были повторением эмоционально неутешительных отношений с матерью, когда она ощущала, что цепляется за кого-то, кто может отказать ей в жизни и в еде (как это было в сновидении) в любую минуту. Сновидение обозначило момент внутреннего озарения, когда она не могла не увидеть ясно, что стремится к материнской груди, которую ей никогда не обрести вновь.

Отношения г-жи Х. с матерью, симбиотические и взаимно удовлетворяющие вначале, впоследствии, как только ребенок попытался начать эмоциональное отделение, резко изменились. При любой такой попытке мать приходила в ярость, требовала беспрекословного послушания, угрожала. Она неустанно расписывала дочери, какой она плохой ребенок, и со злостью повторяла, что с ней было не совладать, даже когда она была еще в животе, и что она фактически предпринимала попытку аборта. Г-жа Х. никогда не проявляла открытого гнева на мать, как бы та ни провоцировала ребенка, но выросла с образом Собственного Я как плохого ребенка и с образом матери как убийцы.

Отношения г-жи Х. с мужчинами строились по тому же образцу. Они всегда были бурными; г-жа Х. провоцировала мужчину на бешеный гнев, сама гнева не проявляя совершенно и оставаясь жертвой. Отношения всегда разваливались, в основном их рвала г-жа Х. Так она становилась (в фантазии) не только ребенком, который вынужден цепляться за мать-убийцу, чтобы остаться в живых, но также и матерью, в свою очередь вынужденной изгнать плод. Фантазия о цеплянии за жизнь, несмотря на попытки могущественной матери абортить ее, была основой нарциссической фантазии о всемогуществе, которую она отыгрывала, сама принимая решение жизнь/смерть для плода.

После работы со сновидением г-жа Х. призналась, что за свою жизнь

она сделала три заранее предусмотренных аборта, каждый раз от соблазненного ею мужчины. Никто из этих мужчин не хотел детей. Вскоре после прерывания беременности она рвала и с мужчинами, точно так, как она прервала две предыдущих попытки анализа. Еще в процессе анализа всплыло, что эмоциональная близость, в которой она искала и обретала первичное наслаждение от симбиотических, взаимно удовлетворяющих отношений с матерью, также оживляла в ней первичный страх быть поглощенной, ибо мать не соглашалась признавать ее как эмоционально отдельное существо со своими потребностями и позволить ей самой, в свою очередь, отделиться от нее. Следовательно, беременность для г-жи Х. была конкретным доказательством, что она обладает собственным телом и является самостоятельной женщиной, но эмоциональное отделение от матери так и не было достигнуто. Если бы плод развивался и превращался в младенца у ее груди, она бы никогда уже не смогла снова эмоционально стать младенцем, а это-то и было нестерпимо. Она страстно желала вернуться к инфантильному всемогуществу и слиянию с матерью. Как только беременность подтверждала ее сексуальную идентичность и отдельность от материнского тела, она могла аборттировать плод, будто ничего не значащую часть своего тела. И однако г-жа Х. помнила, когда должен был родиться каждый ребенок, и сколько ему теперь было бы лет.

В курсе анализа г-жа Х. пришла к мысли, что пользовалась своим телом, чтобы отомстить подавляющей ее матери. Она получала наслаждение от секса с мужчинами, которых ее мать не одобряла, и не дарила матери внуков на замену себе. Мы поняли это так: прерывая беременность, отношения и предыдущие попытки анализа, г-жа Х. чувствовала себя даже более грандиозной и всемогущественной, чем плохая мать — убийца и агрессор, с которой она себя идентифицировала. А плод представлял собой и ее как нежеланного, трудного ребенка (каким она была по словам матери), и саму мать — агрессора и убийцу. В ней не было жизнеспособной альтернативы идентификациям с плохой матерью и плохим ребенком.

Это нашло отражение и в ее переносе. Г-жу Х. направил ко мне ее соотечественник и мой коллега. Когда мы встретились, у меня не было вакансии для нее, и я хотела отослать ее к другому аналитику. Когда я сказала ей об этом, она, несмотря на свою депрессию, заявила, что сможет работать только со мной и подождет. Вскоре у меня образовалась неожиданная вакансия, и мы начали совместную работу. Г-жа Х. уловила на первой же встрече мой интерес к ее рассказу о ее первой беремен-

ности и аборте, так как беременность является особой областью моих профессиональных интересов. Ее ответ на мое затруднение в поиске вакансии для нее — она упорно этой вакансии дожидалась — был проявлением переноса на меня ее базисной фантазии: она цепляется за амбивалентную мать и улещивает-соблазняет ее на то, чтобы дать ей (г-же Х.) жизнь.

С самого начала г-жа Х. пыталась установить амбивалентный контрперенос, в котором мы бы воспроизводили садомазохистские отношения. Часто она задерживала плату и никогда не придерживалась установленных выходных. Это была попытка превратить меня в жадную, требовательную, злобную фигуру, которая заставит ее почувствовать себя виноватой за отдельное существование. Улечься на кушетку г-жа Х. не могла, но выносила на анализ множество сновидений, которые на этом этапе были богатыми и красочными. Она записывала их в тетрадку, которую приносила с собой на каждый сеанс, и читала их странно невыразительным голоском маленькой девочки. Она и толковала их очень умно, не оставляя места для моего собственного творчества. Моей ролью было смотреть с восхищением, какая она умненькая и как умеет держать под контролем ситуацию — быть пациентом и аналитиком сразу. Это было воспроизведением ее семейной легенды. Она была первым ребенком и внуком, которым все восхищались. Ее мать часто повторяла, что считала ее, ребенка, умнее самой себя. Так повторялась ситуация детского всемогущества и беспомощности. Умненький ребеночек в начале анализа служил прикрытием для чувства тревоги. Сновидения были полезным, плодотворным продуктом, но она не могла рискнуть выслушать мои интерпретации: они могли оказаться критическими нападками, от которых рассыпалось бы на части ее хрупкое Собственное Я.

Проверив мою способность быть терпеливой, выдерживать и выносить ситуацию, не превращаясь в деструктивную и контролирующую родительскую фигуру, чего она ожидала от меня, надеясь все же, что этого не произойдет, г-жа Х. смогла улечься на кушетку и позволить себе регресс в аналитической ситуации. Многочисленные случаи садизма ее любовника и его контроля над нею потекли передо мной. Она выкладывала их все тем же ровным голоском, а я молча кипела от гнева и жалости к ней, беспомощной жертве его жестокости, и удивлялась — как ей удалось выжить. Создавалось впечатление, что мы вместе заново проходим первичную психологически симбиотическую стадию отношений мать-младенец, в которых невербальные переживания ребенка опосредуются не только материнским ответом данному ребенку, но и ее

предшествующим жизненным опытом, и ее настоящим. С этой точки зрения мой контрперенос — в основе которого был мой ответ данной пациентке, а также и моя жизнь — должен был стать самым тонким инструментом, доступным мне для анализа г-жи Х.

Исходя из нашего понимания аналитической ситуации, большая часть последующей работы была сосредоточена на потребности г-жи Х. в эмоциональном слиянии с матерью, несмотря на противоположное желание — быть отдельной и свободной личностью. С детства она рассказывала о всех своих проблемах с родителями своим друзьям и поступала в соответствии с их суждениями, так как ей не оставили возможности научиться судить обо всем самой. «У меня такое чувство, будто во мне нет сердцевины меня самой», — сказала она. Мы поняли, что ее неспособность продолжать вынашивать свои беременности была симптомом глубинного ощущения потребности оставаться пустой и мертвой.

По мере того как развивался лечебный союз, г-жа Х. все сильнее приходила в соприкосновение со своими чувствами. Теперь она боялась собственных сновидений, так как позволила мне толковать их, чтобы я могла ей помочь; но утрата контроля и инфантильного всемогущества была трудно переносима для нее, равно как и углубление нашей близости. Ее депрессия и горе (не только из-за потери положения умного ребенка в аналитической ситуации и в отношениях с любовником, но также из-за утраты ее профессиональной идентичности как умного критика, своей критиканке-матери) были вербализованы и дали возможность горевать и о своей последней беременности. Но что любопытно, она не выражала никакой вины по этому поводу. Тем не менее, за каждой сессией, на которой мы понимали друг друга и углублялось ее самопонимание, следовала или негативная терапевтическая реакция, или усиление садомазохистских аспектов ее отношений с любовником.

Было похоже, что установление взаимно удовлетворяющих отношений между нами было слишком приятным и слишком целительным для нее.

Интерпретации, которые показывали ей, что я ее понимаю, возбуждали в г-же Х. страх перед слиянием со мной, и она опять использовала свое тело, чтобы отделиться, совершая сношение с любовником перед каждым аналитическим часом. Тем самым возбуждение от хорошей эмоциональной близости со мной и страх поглощения рассеивались путем физического переживания оргастического слияния с мужчиной. Мы поняли, что на глубинном уровне каждого мужчину история г-жи Х. провоцировала на ненависть к ее матери и желание вырвать г-жу Х. из ее

лап. Связи с чернокожими партнерами служили г-же Х. для того, чтобы, используя свое тело как продолжение материнского, утонченно унижить мать этим путем. Мать часто критиковала и упрекала ее, говоря: «Как может твое тело, которое когда-то было во мне, чувствовать что-нибудь к мужчине, которого я не выношу!» Мать г-жи Х. очевидным образом разделяла фантазию дочери о том, что мать владеет ее телом и нераздельна с ним. Выбирая себе таких незавидных мужчин, г-жа Х. избегала страха перед материнской завистью. На взрослую женщину давили последствия ее сильнейшей детской зависти к своей красивой матери. Эта зависть повторилась и в подростковом возрасте, а в переносе проявлялась в завистливых нападках на нашу совместную работу. Мы не должны были быть взаимно удовлетворены и возбуждены сотворением совместного живого опыта, переживания, но должны были зачать ребенка, которого г-жа Х. потом абортирует. Это отражалось и в творческих способностях г-жи Х.: она могла раздавать свежие, яркие, живые и будоражающие идеи своим студентам, но не могла развивать их сама. Ее неспособность писать лишь дополняла неспособность произвести на свет живого ребенка, так как она проецировала свои деструктивные желания на окружающий мир, где каждый читатель был критиканкой и садисткой матерью, с которой она ощущала себя слитой воедино.

Наша аналитическая работа была теперь сосредоточена на проецировании садистских импульсов: на мать — изначально, на аналитика — при переносе. Г-жа Х. теперь уже могла воспринимать свой собственный садизм. Сперва она говорила: «Я делала только то, чего хотела Мать». Позже она плакала: «Я убила этих детей». Интерпретация, что г-жа Х. неспособна признать хорошую мать в своем аналитике, в своей Матери или в самой себе, помогла ей рассказать о фантазии, которая тайно владычествовала над ней в детстве и никогда не была вытеснена. Согласно этой фантазии не было такого времени, когда ее не существовало. Она просто была Яйцом, сокрытым в материнской утробе и ожидающим оплодотворения спермой отца. Фантазия делала ее участницей родительского соития и собственного зачатия. Отсюда следует, что эта фантазия не только делала ее причиной рака полового члена, от которого скончался отец, поскольку она кусала его член при интромиссии (известное неразличение рта и вагины), но еще и поддерживала первичное единство матери и ребенка, так что становилось неясно: она — это она или собственная мать. Любая беременность г-жи Х., таким образом, угрожала выполнить эдипальное желание, которое не было вытеснено. Оплодотворенное яйцо, плод внутри ее тела, можно было реально изгнать, не ощу-

шая вины: плод представлял собой как опаснейший рак, убивший отца, так и садистские аспекты ее Собственного Я, слитые с теми, которые она проецировала на свою мать.

Теперь мы разглядели катастрофу, которая грозила, если ей станет лучше от анализа. Если она сможет принять своих родителей как хороших и способных приносить друг другу удовлетворение (аналогично тому, как ей нужно и невозможно было принять аналитика и себя как хороших и способных к взаимно удовлетворяющим отношениям), тогда ей придется столкнуться с глубочайшим чувством вины за всемогущественную фантазию, разрушившую их брак. Отсюда следует, что в своей всемогущественной фантазии она разрушала также свой собственный анализ. За эту садистскую фантазию, которую она никогда не подавляла, она платила своей жизнью. Сознательно желая достичь взрослых отношений, биологически зрелой женской идентичности, академических успехов, она могла бороться за выполнение своего желания, но сама себе отказывала в этих достижениях. Она еще могла оставаться в живых, но не позволяла себе ЖИТЬ, так как чувствовала, что и ее мать никогда ей этого не позволяла.

Стало ясно, что невытесненная инцестуозная сексуальная фантазия (принадлежащая доэдипальной и эдипальной фазе) владела и распоряжалась жизнью г-жи Х. Садистское наслаждение, содержащееся в этой могущественной фантазии и в удовольствии от того, что она вредила матери в утробе и причиняла ей боль, влекло ее к выбору чернокожих сексуальных партнеров, физически непохожих на отца, причем таких, которые не хотели детей. Этим путем она разрешала свои амбивалентные желания, возлагая ответственность на партнеров. Таким образом, она могла абортить нерожденного ребенка, который, кроме выше-названного, тайно представлял собой эдипального партнера — покойного отца, больного раком, которого она могла абортom разрушить вновь. Сновидение и ассоциации на него, следовавшие за анализом этого материала, открыли нам следующий аспект ее дилеммы. После нашего совместного решения завершить анализ за год (так как г-жа Х. должна была вернуться в свою страну) ей приснилось, что она решила сделать аборт. Это было тем более примечательно, что наяву она более не желала ни забеременеть, ни сделать аборт. И вот ей снилось, что после аборта врач показывает ей плод и дает его кровь для теста на родительство. Это выглядит ужасно, но врач делает это, чтобы помочь ей. В ее ассоциациях проявилось, что плод был раковой опухолью, внутренним представителем отца, которого она не могла оплакать и позво-

лить ему уйти, упокоиться с миром. Ни один сексуальный партнер не мог заменить его, так как эмоциональное отделение от отца подтвердило бы его разрушение, аналогично тому, как отделение от матери было бессознательно уравнено со смертью. Плод, который можно было разрушить абортom и заменить новым, был конкретным телесным представителем обоих родителей, которых она и любила, и ненавидела. Начиная с этой точки своего анализа, г-жа Х., размышляя о смерти своего отца, поняла, что раньше она думала: отец так никогда и не отделился от своей матери, и в ее фантазии его смерть равнялась возвращению в утробу матери. Таким образом, смерть и внутриутробная жизнь до рождения были бессознательно уравнены.

Анализ позволил г-же Х. оплакать покойного отца. Всплыли прежде вытесненные воспоминания о временах, когда все было хорошо между ее родителями и между нею и родителями. Она опять начала писать; в этом ей помогло ожившее воспоминание о покойном отце как о любящем родителе, который о ней заботился — для него она и писала. Она пришла к более взрослым отношениям с матерью и смогла сказать ей: «Если бы отец был жив, моя жизнь сложилась бы иначе». А мать тоже в первый раз позволила себе заплакать о своем первом муже. После этого они разделили и ее скорбь о покойном втором муже, оплакав его. Г-же Х. снятся до сих пор беременность и аборты, но у нее нет больше потребности отыгрывать их. Она думает о том, чтобы закончить не приносящие удовлетворения отношения со своим любовником и ощутить себя отдельной, самостоятельной личностью. Она встретила человека, с которым, как она считает, у нее сложатся более подходящие отношения. То, что она приняла свои садистские желания, так же, как и свои любовные чувства к отцу и скорбь о нем, позволило ей выбрать между выживанием и жизнью.

Заключение

Выводы, которыми я завершаю эту статью, покоятся не только на анализе г-жи Х., но и на моем клиническом опыте работы с другими пациентками. Первая беременность — важный этап продвижения в задаче, которую всю жизнь решает женщина: отделение от своей матери и ин-

индивидуализация. Беременность дает женщине возможность вступить на дальнейший, основанный на биологической почве этап эмоциональной идентификации с доэдипальной матерью. Ощущение от ребенка внутри ее собственного тела также позволяет женщине отличить свое тело от материнского, из которого она сама явилась на свет. Конкретное физическое переживание симбиоза матери и плода (теперь внутри ее взрослого тела) идет параллельно эмоциональному симбиозу. Мать и ребенок на этой стадии считают себя единым объектом — Собственным Я. Женщина, беременная в первый раз, должна достичь новых рубежей адаптации в своем внутреннем мире и во внешнем объектном. Внутренняя идентификация со своей матерью как объектом и нарциссическая идентификация с плодом как с Собственным Я усиливаются нормальной регрессией, которую испытывает беременная.

Если маленькой девочке становится известна амбивалентность матери по отношению к ее зачатию, это может впоследствии исказить ход первой беременности молодой женщины, так как в это время в первый раз достигается биологическое основание для идентификации со своей матерью. Плод внутри тела беременной теперь представляет собой хорошие и плохие стороны ее Собственного Я и объекта, и она может не дать ему позволения жить, если считает, что и ее мать этого ей не позволяла. Амбивалентность беременной к своему нерожденному ребенку может отражать ее более раннюю напряженную амбивалентность к своей матери, результатом которой явились трудности дифференциации Собственное Я/объект и дальнейшие трудности отделения-индивидуализации. Слабые отношения с отцом, никак себя не проявляющим, отнюдь не помогают девочке отделиться от матери и не способствуют взгляду на себя как желанного и любимого обоими родителями ребенка, одаренного своей собственной жизнью. Всепоглощающее чувство вины за выживание вопреки материнской амбивалентности к зачатию может породить у девочки проблему: решив, что ей дано право только оставаться в живых, как она сможет жить полной жизнью? Гордость за свое выживание вопреки могущественной матери — убийце и агрессору, может также стать у ребенка источником всемогущественных фантазий и оправданием для садистских фантазий, воплощаемых в более широких объектных отношениях. Отделение становится бессознательным эквивалентом смерти Собственного Я или объекта. Трудность вприятии матери как хорошей матери может привести к тому, что женщине будет трудно принять творческие и жизнедающие аспекты Собственного Я.

Глава 7

БЕРЕМЕННОСТЬ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И АБОРТ

Представлено на XXXVI Международный психоаналитический конгресс, Рим, август 1989 г., опубликовано в International Journal of Psycho-Analysis (1990).

Несмотря на растущий интерес к психоаналитическому пониманию беременности, все еще нет литературы по самопроизвольным выкидышам и недонашиванию, хотя абортам и уделяется некоторое внимание. Анализ пациенток, у которых был выкидыш¹¹, часто открывает — много лет спустя после этого события — чувство утраты, долгое горе и не нашедшую выхода скорбь (продолжительную депрессию), потерю самоуважения и ненависть к своему женскому телу, которое не родило живого ребенка, как родило тело их матери. Выкидыш наносит урон представлению о самой себе.

Здесь я буду говорить и о выкидыше, и об аборте, и об их психологических предпосылках и последствиях. В обеих ситуациях молодая женщина беременеет, вступает в нормальный этап дальнейшего развития жизненного цикла, но не способна выносить беременность и стать матерью, даровать миру живого ребенка. Таким образом, нормальной первой беременности нередко угрожает выкидыш. Причины этого врачу зачастую трудно бывает установить и устранить, и они вовсе не обязательно повторяются в последующих беременностях. Большинство выкидышей случается в первой трети беременности, когда женщина сознательно ощущает развивающийся плод как часть Собственного Я. Ее сновидения могут раскрыть другие стороны бессознательной фантазии и тревоги,

¹¹ Следует отметить, что каждая четвертая из первых беременностей заканчивается выкидышем.

например, о том, кого представляет собой плод и кто именно на эдипальной стадии девочки стал отцом ее ребенка в запретном, нагруженным виной половом акте.

При анализе женских сновидений на меня произвело сильное впечатление влияние физиологических телесных изменений на душевную жизнь. В сновидениях могут найти отражение даже гормональные изменения в теле женщины во время менструального цикла. Как в ежемесячном, так и в жизненном цикле развития женщины, психические и телесные изменения влияют друг на друга, и тесная связь между ними позволяет женщине бессознательно использовать свое тело в попытках избежать психического конфликта. Моя практика работы с пациентками, страдающими невынашиванием, заставила меня задуматься о возможности существования некоторых бессознательных причин для выкидыша. Психоанализ, при котором бессознательные причины невынашивания будут осознаны пациенткой, поможет ей сохранить беременность и родить живого ребенка.

Первая беременность, рывок от дочернего состояния к материнскому, — время эмоционального и психологического переворота. Однако, несмотря на эмоциональный кризис, который она провоцирует, это нормальная фаза развития и драгоценное время для эмоциональной подготовки к материнству. Во время беременности, особенно первой, оживают конфликты предыдущих этапов развития, и молодая женщина вынуждена разрешать их внутренне и внешне новым путем. Мы можем, таким образом, рассматривать первую беременность как кризисную точку в долгом поиске женской идентичности, как точку, из которой невозможен возврат.

Беременность — важный этап решения задачи отделения от матери и индивидуализации, задачи, которую женщина решает всю свою жизнь (Пайнз, 1982). Как мы это видели в главе 6 («Влияние особенностей психического развития в раннем детстве на течение беременности и преждевременные роды»), детское желание идентифицироваться с первичным объектом (могущественной доэдипальной матерью) можно наблюдать в играх и фантазиях девочки задолго до реальной возможности стать матерью.

Когда в юности девушка вступает в свою собственную сексуальную жизнь, она подтверждает тем самым свои права на свое тело и ответственность за него, отдельное от материнского. С этого времени слабеет власть матери над телом дочери. Однако беременность позволяет женщине вновь пережить первичное единство с матерью и одновременно

нарциссически идентифицироваться с собственным плодом как с Собственным Я в глубине материнского тела. Подобное сим биотическое состояние будущей матери может активировать у нее напряженно амбивалентные чувства как к своему плоду, так и к своей матери. Для молодой женщины, чья мать была достаточно хорошей временный регресс к первичной идентификации с щедрой жизнедающей матерью и к идентификации с Собственным Я в качестве собственного ребенка — это приятная фаза развития. Для других женщин, у которых амбивалентность к матери не получила разрешения или даже преобладают негативные чувства к Собственному Я, сексуальному партнеру или важнейшим фигурам прошлого, неизбежный регресс беременности облегчает проецирование этих негативных чувств на плод. Таким образом, ребенок задолго до своего появления на свет может обладать для матери негативной пренатальной идентичностью.

В период первой беременности перед молодой женщиной лежат два пути разрешения психического конфликта. Она может удерживать плод внутри себя, защищая его и позволяя ему месяц за месяцем расти и созревать, или же она может физически отвергнуть его выкидышем или абортом. Таким образом, мать может содействовать жизни плода и собственному материнству или разрушить и то и другое. Незавершенная беременность и отказ от рождения живого ребенка (по бессознательным мотивам или в силу сознательного решения сделать аборт) для каждой женщины имеют индивидуальное значение. На эмоциональный исход беременности влияет взаимодействие фантазии и реальности в сознании беременной. Некоторые женщины, как только узнают о своей беременности, начинают мечтать и фантазировать о своем ребенке, его образ возникает в их сновидениях или же в их бессознательных фантазиях, иногда даже с его собственной сексуальной идентичностью. Эти женщины предвкушают свое достаточно хорошее материнство, какое они пережили со своими матерями. Выкидыш для них — болезненная утрата, потеря полноценного ребенка, смерть которого требует оплакивания.

Другие женщины относятся к плоду как к части собственного тела, без которой легко можно обойтись. Их сознательное желание забеременеть вовсе не имеет своей конечной целью материнство. Беременность для них может быть бессознательным средством подтверждения женской сексуальной идентичности или взрослости, физической зрелости.

Плод представлен в фантазиях, сновидениях или реальности не как ребенок, а, скорее, как аспект плохого Собственного Я или как плохой внутренний объект, который следует изгнать. Анализ таких пациенток

открывает нам их раннедетские отношения с матерью: они до предела заполнены фрустрацией, гневом, разочарованием и виной. Утрата плода в результате выкидыша или аборта для них, скорее, облегчение, а не потеря. Внутри них словно продолжает сидеть плохая мать и не разрешает своей дочери самой стать матерью. Возможно, что бессознательная тревога беременной, связанная с фантазией о плоде как представителе плохих и опасных аспектов ее Собственного Я и ее партнера, вносит вклад в стимуляцию изгоняющих движений матки, которые и приводят к выкидышу. Аналитик в этих случаях воспринимается при переносе как злонамеренная внутренняя мать. Анализ этих аспектов душевной жизни может помочь женщине сохранить беременность и стать матерью.

Главенствующая установка Фрейда на материнство состояла в том, что первенец для матери служит продолжению ее нарциссизма; таким образом, ее амбивалентность к живому ребенку получает позитивное разрешение. Ребенок становится любимым и желанным. Любовь к ребенку вызывает у нее вину за негативные к нему чувства и желание эту вину загладить. Однако Фрейд также признавал материнскую амбивалентность и то, что матери трудно иметь выжившего, но нежеланного ребенка. «Как много матерей, нежно любящих своих детей, даже, может, чересчур нежно, неохотно зачали их и хотели иногда, чтобы живое существо внутри них не развивалось бы дальше?» (Фрейд, 1916—1917).

Клинический опыт заставляет нас признать, что амбивалентность, скрытая или явная, присутствует во всех отношениях ребенок-родитель и во многом зависит от отношений между самими биологическими родителями и их установкой на будущего ребенка. Библейский миф о Моисее, греческий миф об Эдипе и кельтская легенда о Мерлине — детях, выброшенных родителями после рождения, показывают нам универсальность этой темы. Клинический опыт подтверждает также универсальность искушения быть физически или эмоционально Жестоким к беспомощному, требовательному младенцу или трудному, растущему ребенку. На эту универсальную родительскую Дилемму могут пролить яркий свет наши чувства контрпереноса, возникающие, когда поведение пациента противоречит нашим личным нормам нравственности. В подобных обстоятельствах, особенно с пerversными пациентами или садистами, аналитику особенно трудно удерживаться на позиции нейтральности. Аналитику приходится отслеживать свою позицию, чтобы противостоять искушению принять на себя роль родителя-судьи, который устанавливает моральные нормы для упорствующего ребенка.

Я попытаюсь иллюстрировать мои взгляды на универсальность ди-

леммы материнской амбивалентности и различные пути ее разрешения, представив три клинических случая. Первая пациентка была жертвой концлагеря, и пережитые испытания привели к неоднократным выкидышам. У второй пациентки были чрезвычайно нелегкие отношения с матерью; анализ открыл ее бессознательную амбивалентность к плоду (несмотря на сознательное желание иметь ребенка) и помог выносить беременность. Третья пациентка прервала три беременности и почувствовала облегчение, когда приблизилась менопауза, и она больше не могла забеременеть.

Клиническая иллюстрация 1

Г-жа А. выжила в концлагере. Через неделю после начала ее первой менструации она была отправлена в Аушвиц. Ее родители там и погибли. После освобождения из лагеря г-жа А. эмигрировала в Англию и вышла замуж. Ее менструации были нерегулярны. Она страстно желала забеременеть и дать новую жизнь новому миру, где больше не царят садизм и смерть. Для нее, как для многих из уцелевших при Катастрофе, дети являли собой возвращение к нормальности из мира психоза и восстановление семейной жизни. Бессознательно будущие дети г-жи А. призваны были заменить ее погибших родителей. Г-жа А., которой так нужен был ребенок, с радостью беременела несколько раз, но каждый раз происходил выкидыш. Каждый раз это было нестерпимо физически. Ей требовалось много времени, чтобы поправиться, и она часто подолгу лежала съезжившись в своей постели в затемненной комнате.

Г-жа А. жила как в настоящем, так и в прошлой реальности Аушвица, где столько времени провела, прячась под тряпьем в кровати. Ее прошлое не было слито с настоящим, скорбь по убитым не излилась наружу. Ей необходимы были два жизненно важных аспекта эмоциональной идентификации при беременности: идентификация с собственной матерью и идентификация с плодом как с Собственным Я. Хотя г-жа А. видела тело своей погибшей матери, она не могла позволить ей умереть в своем сознании и потому не могла оплакать ее, ибо скорбь включала

вину дочери за то, что пережила мать, оставшись в живых. Идентификация с плодом, представляющим ее Собственное Я, была тоже невыносимо травматичной. Ее желание забеременеть включало бессознательное желание родиться вновь, с новым Собственным Я, но в ее сознании не было жизнеспособной альтернативы убитой матери и травмированному ребенку. Таким образом, в то время как беременность удовлетворяла ее желание стать матерью, невынашивание давало возможность избежать судьбы своей матери и уберегало нерожденное дитя от ее собственной участи. Анализ помог г-же А. начать оплакивать свое прошлое и бороться за право выжить эмоционально. Она приняла своего аналитика (при переносе) как сильную жизнедающую мать, и это дало ей силы подарить новую жизнь более безопасному миру. В конце концов в семье г-жи А. родилось трое детей, но она никогда не забывала, сколько лет было бы теперь ее утраченным детям, если бы им удалось выжить.

Клиническая иллюстрация 2

Г-жа В. вышла замуж поздно и сознательно стремилась осуществить желание своего детства — иметь ребенка — в то короткое время, которое еще оставалось у нее до менопаузы. Она была дочерью женщины, которая прежде всего ценила свою профессию, а не свою женственность или женственность своей дочурки. Своих двоих сыновей (старше девочки) она обожала и постоянно хвалила их физические качества и достижения в учебе, тогда как достижения г-жи В. оставались, казалось ей, незамеченными. Отец г-жи В. был болезненным и замкнутым, так что идентификация матери с сыновьями сказалась на разрешении Эдипова конфликта у ее дочери. Г-жа В. помнила, что в детстве все время хотела быть мальчиком, чтобы добиться материнской любви, как ее братья. Ее способности позволили ей завоевать высокие награды за академическую успеваемость, которые и вызвали, в конце концов, восхищение матери, но г-жа В не была счастливой женщиной и не получала удовольствия от своего тела, так как мать никогда не ценила ни собственной, ни дочкиной женственности. Однако в детстве в течение нескольких лет тайные отношения с младшим братом (взаимная мастурбация) позволили ей на-

слаждаться тем, что она приносила сексуальное удовольствие и получала его от лица мужского пола, и это подняло ее самооценку. Тем не менее, оставляющие более глубокий след младенческие отношения с матерью, в которых (в данном случае) удовлетворение не приносилось и не получалось ни одной из сторон, привели к непрочности, нестабильности базального ощущения благополучия и к нарциссическим проблемам, которые г-жа В. пыталась разрешить в ряде гетеросексуальных отношений. Они были физически удовлетворительными, но эмоционально болезненными. Ее первый возлюбленный был немолодым и мягким человеком, как ее отец; те, кто последовал за ним, были моложе и обращались с ней плохо и пренебрежительно, как ее братья.

В начале анализа я видела, что г-жа В. проецирует на меня ужасную могущественную мать ее внутреннего мира, которая ни дает, ни принимает любви, но в курсе анализа чувства, которые пациентка переносила на меня, женщину-аналитика, очень изменились. Из этого проистекли более теплые и легкие отношения с матерью и с аналитиком. Г-жа В., став способной давать и принимать любовь, нашла ласкового и внимательного партнера, вышла за него замуж и забеременела. Сознательно она была в восторге, однако по мере увеличения срока беременности, становилось ясно, что она осталась бессознательно амбивалентной к будущему ребенку. Она не следила ни за своим здоровьем, ни за здоровьем плода (УЗИ показало, что это мальчик). Всплыли старые конфликты и проблемы, которые, казалось, были уже проработаны в курсе анализа, словно новая идентичность пациентки (будущая мать) угрожала старой. Мать не обрадовалась беременности дочери. У г-жи В. бывали кровотечения, но она не желала лежать, как следовало бы, чтобы сохранить ребенка. Ее конфликты обнажило сновидение, которое посетило ее после того, как я отменила три сессии. Ей приснилось, что она гуляет с матерью и чувствует, что ей угрожает выкидыш. Мать говорит, что ничего, мол, не поделаешь, но г-жа В. понимает, что немедленно должна попасть в больницу, а там уж врач поможет спасти ребенка. Мать говорит, что это ни к чему, и никак не помогает ей — не позволяет ей родить живого ребенка. Г-жа В. толковала свое сновидение так: врач — это аналитик, чей позитивный ответ на ее беременность подкрепил подтверждение ее женственности со стороны мужа.

Анализ показал ей, что с прошлым можно все-таки многое сделать, и она с нетерпением ждет возвращения аналитика. Выкидыша и на самом деле не случилось.

Когда ребенок зашевелился и подтолкнул ее к новой идентификации,

серия сновидений обнажила новое, непреодолимое возвращение тем ее анализа. В первом сновидении она обзаводилась новым паспортом; во втором она была в плавательном бассейне, где большие мальчишки грубо обращались с маленьким, сталкивали его в воду, топили. Какая-то женщина прыгнула в воду и спасла малыша, и г-жа В. с облегчением увидела, что он жив. В своих ассоциациях на это сновидение г-жа В. вспомнила, как ее когда-то вот так же топили братья, а наблюдавшая сцену женщина прикрикнула на них и заставила прекратить это. Г-жа В. была напугана, что даже в ее сновидениях ее ребенка спасает аналитик, а не она сама, словно она идентифицирует себя с матерью, которая не спасла ее самое. Она почувствовала облегчение от того, что аналитик может спокойно принять ее амбивалентность; ее бессознательное чувство вины вошло в сознание, и она нормально доносила беременность. В других сновидениях на первый план выступала детская зависть г-жи В. к братьям. Ей снилось, что она гермафродит, и она позволила себе вспомнить, что когда была маленькой, думала о себе, как о слабоумном маленьком мальчике. Этот новый материал помог дальнейшей проработке ее амбивалентности по отношению к мальчикам вообще и к нерожденному еще сыну в частности. Наконец стало ясно, что для нее он — эдипальный ребенок, и тем самым свидетельствует о ее вымышленных инцестуозных отношениях с братом. Избавление от столь тяжелого груза бессознательной вины во время беременности помогло впоследствии г-же В. стать хорошей матерью своему мальчику, с которым она тесно идентифицировалась.

Клиническая иллюстрация 3

Мой последний случай — молодая женщина, которая не смогла преодолеть во всем объеме трудности развития при переходе от отрочества к юности. Несмотря на брак с молодым человеком, которого она любила, г-же С. было трудно эмоционально отделиться от матери и взять на себя ответственность за свое отдельное существование, тело и сексуальность. Анализ вскрыл, что ее проблемы настоящего времени начались еще в

детстве, когда ей трудно было принять свою женственность и свое женское тело. Поскольку мышление г-жи С. было заблокировано давней инфантильной фрустрацией и застарелым гневом на родителей, которые ей возбранялось выражать, а также виной за свою инфантильную сексуальность с ее вытесненным телесным возбуждением и сексуальными фантазиями, то она бессознательно отыгрывала свои эмоциональные проблемы — посредством своего тела. До замужества г-жа С. сделала три аборта и предпринимала попытку начать анализ. Но эта попытка тоже была прервана — неожиданным необходимым переездом мужа (в связи с его профессией) в Лондон, где она и появилась на приеме у меня.

Г-жа С. происходила из южноамериканской католической семьи, получила образование в строго католической школе у монахинь. Там ей вдолбили, что сексуальность — не для удовольствия, а для деторождения. Из-за подобной «науки», даже став взрослой женщиной, она не могла пользоваться контрацептивами. Семейная легенда о том, что родители полюбили друг друга с первого взгляда и с тех пор жили исключительно счастливо, тоже оказала свое воздействие. В фантазии маленькой девочки их сексуальная жизнь началась после брака, в котором они и зачали четверых детей. Мать твердила ей, что они хотели, чтобы дети увенчали их счастье. Г-жа С. была младшей и единственной девочкой, и ее тело подвергалось строжайшему материнскому контролю. Когда она была грудной, ее кормили строго по часам, а не по ее потребностям, приучение к горшку тоже было очень жестким, навязывалось ребенку.

Она была угрюмой, непокорной девочкой, пока ее рассерженные родители не пригрозили, в конце концов, отослать ее в интернат. С тех пор она сделалась шелковой. Часть своего гнева ей удавалось выражать, приводя свою комнату в ужасный беспорядок. Отец сердился на это поведение, которое мы поняли во время анализа как провокацию виноватой девочки, желавшей, чтобы отец наказал ее за вытесненный гнев. Однако многочисленные служанки быстро все убрали перед его приходом, так что бессознательное желание наказания вечно поддерживалось, но никогда не осуществлялось. Беспорядок в комнате был для г-жи С. символом беспорядка в ее сознании, где должны были находиться только мысли ее матери и не было места для собственных мыслей, которые приходилось отщеплять и вытеснять.

Мать г-жи С. продолжала контролировать тело и внешний вид дочери, одевая ее так, как считала нужным, и забывая ей голову строжайшими правилами поведения. А вот к началу месячных она дочь не

подготовила. Первая менструация стала шоком для девочки, чем-то грязным и постыдным, словно она снова не смогла проконтролировать свой сфинктер, как это случалось с ней в детстве в постели.

В пубертате ее тело развилось гораздо раньше, чем у подруг. Увеличивающиеся груди, чей рост она не могла контролировать, и появление вторичных половых признаков развивающегося тела заставляли ее стыдиться. Она прятала их; она не носила купального костюма, а находясь на пляже с семьей по выходным — заворачивалась в полотенце. Она стала упрямо молчаливой с матерью, чтобы не дать выплеснуться своему гневу и не позволить проникнуть в себя словам матери. Она стала плохо учиться и ее образ Собственного Я стал скверным во всех отношениях. Возрождение сексуальности (на этот раз во взрослом теле), которое обусловил пубертат, предоставило г-же С. альтернативный способ восстановить самооценку — ее ценность отражалась в глазах настойчивого поклонника, не дававшего ей прохода. Через него она смогла увидеть себя как красивую девушку, а не грязную девчонку, которой она ощущала себя. Так как она была неспособна сама думать за себя, а католическое воспитание не позволяло ей предохраняться, то она ответила взаимностью на страсть молодого человека, ни о чем не задумываясь и не осознавая риска, которому подвергается. Бессознательно она ожидала, что взрослым будет он и возьмет на себя ответственность за нее и ее тело, как это всегда делала ее мать. Беременность и последовавший аборт повергли ее в отчаяние, так как она ожидала, что он будет любить ее так, как ей говорили, отец любил ее мать, и они заживут счастливо, как гласила семейная сказка. Сексуальная страсть дозволялась только при условии романтической любви.

Хотя г-жа С. неосознанно чувствовала, что ее любовник не намерен брать на себя ответственность за нее или жениться на ней, она возобновила отношения с ним, и опять никто из них не соблюдал предосторожности. Она снова забеременела и снова прервала беременность. Позднее, в курсе анализа, мы поняли, что ее вторая беременность была компульсивным трагическим возмещением за прерывание первой беременности, а не следствием желания иметь ребенка. Она также была символом глубинной душевной проблемы — принятия на себя взрослой ответственности за себя и свое тело, так как она ничего не думала о том как будет отвечать за реального ребенка. Нормальная нарциссическая идентификация женщины со своей матерью толкала ее к беременности — завершающей стадии телесной идентификации с нею. Ее собственное состояние эмоционального развития, однако же, оставалось на уровне

зависимого ребенка. Она не могла доверить себе вырасти во взрослую женщину, которая станет матерью и примет на себя ответственность за беспомощного зависимого младенца.

Любовник г-жи С. бросил ее, как только узнал, что она опять беременна, и у нее не было выбора — ей пришлось сделать второй аборт. Последовала глубокая депрессия, с которой ее уложили в больницу, где в состоянии глубокого регресса она лежала не вставая, так что ее приходилось мыть и кормить как ребенка. Она поправилась, когда прошел срок, в который мог бы родиться ребенок. Она была красавицей, но ощущала себя уродиной, которую никто не сможет полюбить, пока не встретила молодого человека, который влюбился в нее и выразил желание жениться на ней. Отражаясь в его любящем взоре, она ощутила, что ею восхищаются и она достойна любви. Был назначен день для пышной свадьбы в ее родном городе.

И опять она предалась страсти со своим будущим мужем не предохраняясь, забеременела и abortировала плод. Ее словно что-то толкало, причем не только к беременности, но и к аборту. С этого времени г-жа С. опять впала в депрессию, и после пышного венчания ее брак оказался асексуальным, так как она не могла позволить мужу проникнуть в нее. И так продолжалось несколько лет. Она наказывала себя и мужа, не позволяя ни себе, ни ему испытать взаимное сексуальное удовлетворение. Было похоже, что она не могла определить себя ни как взрослую сексуальную женщину, ни как хорошую девочку. В ее душевной жизни не было жизнеспособной альтернативы abortированию ее зависимого плохого младенческого Собственного Я, но избавляясь от него, она теряла и хорошие стороны Собственного Я.

Мы начали анализ, сознавая, что новый переезд за рубеж -мужа г-жи С, в связи с его работой, может прервать нашу совместную работу. Весьма возможно, что бессознательно г-же С, чтобы она рискнула начать анализ и войти в новые отношения, нужно было знать — она не будет поймана навеки в эту ловушку. Это, несомненно, отражало ее дилемму в деторождении, так как она боялась, что будет чувствовать себя пойманной в ловушку новыми отношениями с ребенком, как она это чувствовала в своих отношениях с матерью, мужем и аналитиком.

Сперва г-жа С. была так же молчалива со мной, как с матерью и мужем. Моя интерпретация, что она не может позволить мне проникнуть в ее сознание, как мужу — в ее тело, помогла ей заговорить. Она утешала себя за стыд и унижение от того, что раскрывает передо мной свои мысли, напоминая себе, что платит мне за анализ. Таким образом, при пере-

носе я стала одной из служанок, которым в ее детстве платили, чтобы они убирали ее комнату. Она заговорила о своем стыде за то, что ее тело осквернено добрачными абортами, после того как ее сновидения открыли нам ее страх: муж бросит ее, как угрожали сделать родители в детстве. И это тоже было бы наказанием, так как она любила мужа и чувствовала себя зависимой от него. Когда этот материал был проработан, депрессия г-жи С. стала спадать, и они с мужем принялись отделять свою спальню (до той поры это дело было брошено на полдороге). Тем не менее, сновидения продолжали раскрывать ее вину за то, что ее жизнь улучшилась, и ее постоянную потребность в наказании. Они обнажали и ее тревогу о том, что, возможно, им с мужем придется переехать в Европу, а это прервет ее анализ.

Одно сновидение отразило и ее взросление в процессе анализа, и ее страх, что наступит регресс, если придется прерваться. Ей приснилось, что ее новую мебель увозят в ее старую комнату в доме родителей. Она боялась, что если вернется обратно с свою страну, ловушка родительского дома опять захлопнется и не отпустит ее строить собственную жизнь с мужем. Она боялась, что депрессивные мысли матери о женской жизни и ее гнев против мужчин снова начнут управлять ее рассудком. Однако она считала, что повзрослела за время анализа, и может теперь жить своим умом, а не магушкиным. Она чувствовала себя виноватой за то, что стала гораздо счастливей, несмотря на то, что знает теперь о глубокой депрессии матери.

Г-жа С. признала, что они стали гораздо ближе с мужем и что она отходит от образца своих отношений с матерью, где она всегда чувствовала себя зависимым ребенком. Это продвижение отразилось на переносе — она начала говорить со мной по-английски, а не на родном языке, как мы говорили с ней до того. Тем самым, ее чувства и мысли получали выражение на новом языке, который она делила со мной, а не с матерью. Теперь, кроме конфликтной идентификации со слабой и депрессивной матерью у нее появилась возможность идентифицироваться со мной, какой она меня видела, уверенной и независимой женщиной.

Г-жа С. снова почувствовала сексуальное влечение к мужу и на этот раз позволила себе подумать о необходимости контрацепции. Она сходила к гинекологу. Однако ее старый страх потери контроля над телом примешивался к ее сексуальности, и она опять не смогла позволить партнеру интросмиссию. Было похоже, что ее взрослое Собственное Я опять подвергается атакам зависимого Собственного Я, которое наказывали за утерю контроля над сфинктером. Г-жа С. вспомнила, что ей слу-

чалось в детстве испачкать постель (о чем я уже говорила выше) но служанки помогали ей избежать наказания, которому родители непременно бы ее подвергли. В таком виде у взрослого человека ожили детские трудности контроля над сфинктером. В этот момент муж г-жи С. получил назначение в Европу. Это прерывало курс лечения, но г-жа С. подумав о своем положении и о том, что она теряет, решила для продолжения анализа остаться одна в Лондоне еще на несколько месяцев. Она боялась жить одна в квартире, но, несмотря на это, не прекращала нашей совместной работы, а к мужу ездила по выходным.

Г-жа С. мучительно переживала свои аборты за то, что была не в состоянии позволить своим детям вырасти. Она увидела, что переживала первичное всемогущество, принимая решение о жизни или смерти плода. Казалось, она ощущала, что мать абортировала ее Реальное Я, и она продолжала как-то функционировать посредством соглашательского Фальшивого Я, которое заняло собой все ее внутреннее пространство, откуда было изгнано ее Реальное Я. Всю свою жизнь г-жа С. переедала, ибо ей всегда было «так пусто внутри». Кроме того, г-жа С. поняла, что во время полового акта, не давая партнеру проникнуть в свое тело, она контролировала тем самым его сексуальность. Она боялась, что интросмиссия сделает ее беспомощной. Контролируя сексуальность мужа, она сохраняла контроль над собой.

Мы договорились о сроке окончания анализа. День этот приближался, г-жа С. горько плакала, и ей приснилось, что она беременна, но не может сохранить ребенка. Она боялась, что новое младенческое Собственное Я, которое зародилось в ней в курсе анализа, будет абортировано, когда произойдет отделение от аналитика. Прорабатывая фазу окончания анализа, она поняла, что беременела не для того, чтобы родить живого ребенка, а для того, чтобы утвердиться в своей телесной отдельности от матери; плод представлял собой ненавистную мать, контролирующую ее тело, которую она и изгоняла из себя (в фантазии), делая аборт. Она призналась, что наслаждалась после каждого аборта тем, что ее тело опять принадлежит ей самой, зная, на другом уровне, что любит мужа и хочет от него ребенка.

Через несколько месяцев после отъезда из Англии г-жа С. написала мне, что они с мужем возобновили сексуальные отношения и она подумывает о беременности. Было похоже, что только реально покинув плохую мать своего внутреннего мира и ту хорошую мать, которую она обрела в аналитике, побудившей ее расти и отделяться, она смогла наконец войти в новый физический и эмоциональный статус взрослого.

Заключение

Женщины, страдающие невынашиванием или сознательно прибегающие к аборту, возможно, бессознательно затрудняются идентифицироваться с образом щедрой матери, способной к материнству, потому что вскормившая их мать — для них двуличная фигура: могущественный, щедрый, питающий и жизнедающий объект и полная его противоположность — злая ведьма, убийца, несущая возмездие дочери. Трудность объединения этих двух полярных аспектов матери и ее материнства в одну достаточно хорошую мать может привести, скорее, к негативно амбивалентным отношениям между матерью и дочерью, к трудностям в эмоциональном отделении от матери, к идентификации с матерью-убийцей и инфантициду, чем к идентификации с надежной матерью-кормилицей, которая дает жизнь своему ребенку. Часто у таких женщин отец умер, отсутствует или эмоционально далек от дочери и неспособен вмешаться в трудные отношения матери и дочери.

Видимо, эти женщины бессознательно соматизируют эмоциональные трудности своего детства, используя свое тело так, чтобы избежать осознания аффектов и фантазий, которых Эго маленького ребенка не выдерживало. Для некоторых женщин, следовательно, раннедетское желание родить ребенка (идентифицируясь со своей фертильной матерью) становится трудновыполнимым, так как ее ранние сексуальные желания и фантазии относятся к запретному объекту — сексуальному партнеру матери. В психической реальности данного ребенка эдипальные желания оказываются столь травматичными и нагруженными виной, что остаются бессознательными, непонятыми и неразрешенными в дальнейшей взрослой жизни. Они, следовательно, не выполняются и во взрослых гетеросексуальных отношениях, хотя всепроницающее, нездоровое чувство вины за них может привести к бессознательной потребности в наказании, таком, как, например, мазохистское подчинение партнеру-садисту или самонаказание невынашиванием страстно желанной беременности. Нормальная амбивалентность беременной к плоду и к тому, кого он собой представляет, усиливается неосознанными и неразрешенными желаниями маленькой девочки направленными на запретный сексуальный

объект — сексуального партнера матери. Выкидыш как отказ плоду в жизни может послужить психосоматическим решением этого психического конфликта. Если пациентка проходит психоанализ во время беременности, то в некоторых случаях анализ ее конфликтов поможет ей сохранить беременность и родить живого ребенка.

Глава 8

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Опубликовано в International Journal of Psycho-Analysis, 1990 г.

За мою долгую профессиональную жизнь, сперва — врача в лондонской больнице для женщин, потом — психоаналитика, работающего с пациентами обоих полов, мои бесплодные пациенты заставили меня понять, какое глубокое душевное страдание они испытывают. В прошлом бездетные пары могли выбирать только из двух возможностей: постепенно смириться со своей бездетностью (хотя мой клинический опыт говорит, что к этому смирению так никто и не приходит) или же усыновить чужого ребенка. Доступность аборта резко уменьшила число подобных детей, и потому пары с огромным облегчением устремились лечиться от бесплодия — этот выход становится все доступнее в течение последних десяти лет. Лечение приносит как надежду, так и разочарование многим парам, так как уровень успешного излечения еще сравнительно низок¹².

Однако даже если процедура искусственного оплодотворения оказывается успешной, паре еще предстоит примириться со своей неудачей

¹² Новые процедуры, способствующие зачатию, следующие: 1) ИОМ — искусственное осеменение спермой мужа, если он импотентен или количество активных сперматозоидов слишком низкое; 2) ИОД — искусственное осеменение спермой донора, если сексуальный партнер стерилен или отсутствует; 3) оплодотворение *in vitro*, при котором женскую яйцеклетку хирургически изымают, оплодотворяют *in vitro* и возвращают в матку, где, как ожидается, беременность будет продолжаться и закончится рождением здорового ребенка; 4) считается, что в новой разработке под названием «подарок» яйцеклетка, подвергшаяся смешению со спермой и возвращенная в фаллопиеву трубу, оплодотворяется лучше, чем *in vitro*.

зачать ребенка так же, как их родители. Они должны изжить скорбь об утрате их изначальной надежды и ожиданий, что нормальная гетеросексуальная половая жизнь физически здоровых взрослых людей приведет к зачатию и рождению ребенка, как это было в предшествующем поколении. Так как бесплодие — это неудача, которую пара не может отрицать, стыд и вина — неизбежная часть их эмоционального настроения: стыд, что они не смогли зачать, как смогли многие их друзья, и вина за то, что они не могут подарить внуков своим родителям, продлить род и укрепить родство своих семей.

Мой клинический опыт убедил меня, что депривация бесплодия особенно больно ударяет по женщине. Мы знаем из наблюдений над детьми, что у обоих полов идентификация с первичным объектом, могущественной доэдипальной матерью, ярко проявляется в детских играх и фантазиях (Кестенберг, 1974, с. 156). Идентификация по полу устанавливается в раннем детстве и закрепляется родительской установкой в качестве сердцевины полоролевой идентичности (Столлер, 1968). Сексуальная идентичность во многом определяется отрочеством. В пубертате физическое созревание впервые делает возможным для обоих полов исполнение их детских желаний и фантазий. Мальчик-подросток может уже оплодотворить девушку, а она может заполнить внутреннее пространство своего тела живым и растущим плодом. Сложно переплетенные физиологические и психологические влияния раннего детства вносят вклад в основание и развитие индивидуальности ребенка и в установление у него или у нее образа своего тела и представления о Собственном Я; этим последним и надлежит измениться: я был ребенком с детским телом, а теперь я физически зрелый человек с половыми органами, способными к репродукции. Это означает, что для мужчин и женщин осознание своей репродуктивной способности и уверенность в ней являются частью их образа Собственного Я. Перед женщиной стоит дополнительная задача взросления, ибо тело зрелой женщины повторяет тело ее матери, и женщина оказывается перед двойственной и противоречивой необходимостью: идентифицироваться с возможностями матери-женщины и отделиться от нее эмоционально, принять на себя ответственность за свою сексуальность и свое тело. Беременность — заключительная стадия идентификации с матерью, укорененная в телесной идентификации с ней — участвует в достижении Эго-Идеала девочки, который включает ее взрослое Собственное Я, идентифицированное с фертильной матерью. Таким образом, можно видеть, что для маленькой девочки вера в свою будущую способность родить ребенка, как родила ее мать, является ре-

шающей для уверенного развития ощущения своей женственности, ценности и сексуальной идентичности. Когда ее тело достигнет физической зрелости, придет время для рождения ребенка. Фантазии о беременности и желание ее можно, таким образом, рассматривать как нормальную часть будущей идентичности маленькой девочки, цель, которую предстоит достичь во взрослой жизни (Пайнз, 1982).

Сегодня многие женщины, заботящиеся о том, чтобы сделать карьеру, откладывают беременность и деторождение «на потом», уверенные в своей способности к репродукции. Столкнувшись с болезненной реальностью (если зачатия так и не происходит), они чувствуют себя потерпевшими бедствие, особенно если на глазах уходит физиологическое время, когда беременность еще возможна. Отсутствие контроля за репродуктивной способностью собственного тела — чудовищный личный кризис, убийственный удар по нарциссизму, по гордости образом своего взрослого тела, по отношению к Собственному Я и по сексуальным отношениям, так как они начинают казаться механическими, особенно если техника зачатия накладывает ограничения на их спонтанность. Дело даже не столько в технике, сколько в том, что ее предписывают врачи-специалисты, разрешая или запрещая половой акт. Важным лицом в самой сокровенной сфере жизни пары становится посторонний. В постель укладываются трое, да еще аналитик за ними присматривает, и эмоциональная жизнь пары, у которой и так уже упало ощущение собственной зрелости, осложняется, вдобавок, осознаваемым или бессознательным регрессивным переносом на врача-жизнедателя и аналитика — могущественных родителей прошлого.

Работа с бесплодными женщинами позволила мне понять, с какой силой стремятся женщины к выполнению своего детского желания зачать и носить ребенка в своем теле, чтобы достичь тем самым своего Эго-Идеала для взрослого Собственного Я. С моей точки зрения, кризис бесплодия усиливает фиксацию на самой ранней стадии развития. То, что женщина получила от своей матери, от ее способности быть матерью и женщиной — самое важное в установлении зрелой женской идентичности у дочери. Винникотт (1975) подчеркивает важную роль воспитывающего окружения, которое создает ребенку мать (или ее заместитель) на первичных стадиях развития его Эго. Если потребности ребенка не встречают адекватно, тогда чувство ярости, разочарования в матери, ненависти к ней приводит к порочности и опустошению его внутреннего мира, к базальному неверию в добро. Продолжительная депривация на этом этапе, когда ребенок ощущает, что не получает и не приносит

удовлетворения, может привести к низкой самооценке и к тому, что ему в дальнейшем будет трудно проявлять и принимать любовь и заботу. Как я отмечала в других статьях, если первый опыт отношений с доэдипальной матерью не позволил девочке интернализировать чувство их с матерью взаимного телесного удовлетворения, тогда только с большим трудом сможет она на позднейших этапах жизни восполнить это базальной отсуствие первичного устойчивого ощущения телесного благополучия и образа своего тела, приносящего удовлетворение другому.

У большинства бесплодных женщин, которых я наблюдала, были трудные, конфликтные и фрустрирующие отношения с матерью. Многие из них добились в жизни многого — сознательно или бессознательно в пику матери. И однако большинство этих матерей, легко и естественно зачали и родили детей, что не удалось их бесплодным дочерям. Мой клинический опыт работы с бесплодными пациентками убедил меня, что они глубоко страдают от этой нарциссической раны и регрессируют к базальному образу тела и состоянию сознания, ощущая себя при этом неудовлетворенными и неудовлетворяющими своих сексуальных партнеров, как ощущали в младенчестве в связи с матерью. Они кажутся бессознательно фиксированными на ранней стадии их женского развития, на которой они ощущали, что им еще не дано материнского позволения родить собственного ребенка. Отчаяние и зависть к фертильной матери бессознательно толкает их на новые и новые безнадежные попытки зачать, несмотря на предыдущие неудачи. Из-за напряженного стремления забеременеть, центром их внимания становятся превратности менструального цикла. Это обедняет другие сферы жизни. Приняв тот факт, что они не могут зачать, они смогли бы оплакать свои разбитые надежды и вернуться к жизни, но эта задача, видимо, им не по силам, пока физиологические изменения менопаузы не положат неизбежный конец надеждам на материнство.

Новые методики оплодотворения могут помочь многим женщинам. Однако эти новые методики, а также перенос на донора спермы и врачей, несколько осложняют (как до зачатия, так и в период беременности) нормальное взаимодействие фантазии и реальности, которое стимулируется взрослым желанием иметь ребенка (Пайнз, 1972).

Первый случай, который я выбрала как иллюстрацию к моей теме, это случай молодой незрелой женщины, чей муж был стерилен, так что она предприняла попытку оплодотворения донорской спермой, но потерпела неудачу.

Второй случай, на котором я остановлюсь более подробно,— это

случай женщины постарше и более зрелой. У ее мужа было низкое количество активных сперматозоидов, которое, как и ее собственную фертильность, удалось повысить с помощью новых методов. Поскольку отец был известен, то проблема анонимности донора не осложняла зачатие, но техника фертилизации и перенос на акушера на каждой стадии осложняли эмоциональные аспекты беременности.

Клинический случай 1

В первый раз г-жа А. обратилась ко мне семнадцатилетним подростком. Она была подавлена и печальна: умерла ее мать и оставила ее и сестру (девятнадцати лет) одних бороться с судьбой. Родители их расстались, когда младшей девочке было пять лет. Мать с детьми вернулась в Лондон, в бедный район, где жила ее семья. Отец г-жи А. был неудачником и слабым человеком, но она помнила, каким он был ласковым. Она была его любимым ребенком, и он всякий раз обращался к ней, когда его обижала жена. Г-жа А. чувствовала себя глубоко виноватой за свое детское придуманное эдипальное «торжество» над матерью и не хотела видеть отца, когда он пытался встретиться с дочерью после развода.

Г-жа А. была способной девочкой—она прекрасно училась в школе и затем поступила в университет. Ее успехи в учебе, а также их с сестрой всесторонняя взаимная поддержка и любовь были для девушки главной отрадой и источником высокой самооценки. Г-жа А. вновь обратилась ко мне за консультацией несколько лет спустя. Она засомневалась — выходить ли ей за своего жениха — за несколько недель до свадьбы. Жених привлекал ее по нарциссическим соображениям. Он происходил из среды интеллектуалов, к которой г-жа А. всегда хотела принадлежать, а главное, у него была утонченная, интеллигентная мать, и г-жа А. любила ее и восхищалась ею, а та, в свою очередь, ценила г-жу А. за ум и успехи. Г-жа А. всегда стыдилась своей бедной и необразованной семьи. Она скоропалительно решила выйти замуж за этого молодого человека, после того как ее сестра вышла замуж за иностранца и уехала за рубеж. Однако уже перед самой свадьбой г-жа А. не смогла больше закрывать глаза на многочисленные эмоциональные задержки своего жениха, в частности

на его недостаток уверенности в себе и слабые успехи в работе, несмотря на блестящую образованность, которой г-жа А. всегда завидовала. Это и привело ее ко мне за советом.

Несмотря на все сомнения, она вышла замуж и несколько лет спустя обратилась ко мне опять. На этот раз она была очень расстроена тем, что лишена возможности забеременеть и родить ребенка, который будет ее любить и которого сможет любить она сама, так как она понимала, что в ее браке и в ее жизни любви нет, хотя дружбы и общения хватает. Она горько плакала о том, что ее муж — незрелый человек, и о том, что он стерилен, как это только что выяснилось, и она лишена возможности сделать следующий шаг к зрелой женственности, чего она страстно желала с раннего детства. «Даже когда мы занимаемся любовью, мы, как дети, мы не можем сами сделать ребенка», — сказала она. На бессознательном уровне беременность должна была показать ее и мужа физическую зрелость. А в глазах общества г-жа А. и ее муж были взрослыми, высокообразованными людьми, каждый из которых выполнял важную, ответственную работу. Самооценка г-на А. мучительно страдала от того, что он узнал о своей стерильности. Он потерял веру в себя и почувствовал себя импотентом — и в работе, и с женой. Однако он охотно согласился с решением жены — забеременеть и родить собственного ребенка. Несмотря на ее естественную тревогу о том, чьего ребенка ей придется носить, они сознательно планировали эту процедуру. Муж каждый раз провожал жену к специалисту, который проводил искусственное осеменение, и ждал, когда она от него выйдет. Ночью он пытался заниматься с ней любовью, словно и был (в фантазии) тем мужчиной, от которого ей предстояло понести, но она слабо отвечала ему, и он, чем дальше, тем глубже, погружался в депрессию и импотенцию.

К моему удивлению, несмотря на печальное положение дел, г-жа А. оставалась веселой и уверенной в себе. В конце концов она сказала мне, что соблазнила своего гинеколога. Он не только осеменял ее донорской спермой, но занимался с ней после этого любовью. Так г-жа А. вносила нечто теплое, человеческое в строго научную процедуру и избегала нагруженных виной фантазий о том, кто же этот анонимный донор. На сознательном уровне отцом ее будущего ребенка должен был стать гинеколог. От всего этого я ощутила себя ребенком, который подсматривает в спальне за родителями. Гинеколог все время спрашивал г-жу А.: «А что же думает твой аналитик?» — как будто знал о ситуации, в которой оказались мы вчетвером. Я была в трудном положении. Мой гнев на коллегу, который предал доверие пациентки, был так силен, как если бы это

это был отец, уступивший заигрыванию маленькой дочери. Много раз я чувствовала искушение позвонить ему, как мать, запрещающая отцу издеваться над ребенком. Но я не могла предать доверие пациентки. Я была осуждена на бессилие, импотенцию, как г-н А.

Я стала подозревать и в конце концов интерпретировала, что отыгрывание г-жи А. было связано с ее детскими заигрываниями с отцом и с бессознательной тревогой за эдипальный триумф (в фантазии) над своей матерью, который должен был закончиться зачатием запретного эдипального ребенка. Ибо в желании маленькой девочки забеременеть всегда присутствует порыв «украсть» отца у матери, как г-жа А. краля гинеколога у его жены. Таким образом, естественное любопытство и тревога г-жи А. по поводу анонимного донора, от которого ей предстояло зачать, оживляли ее детское желание иметь ребенка от отца, украв это у матери. Зачать г-же А. так и не удалось, словно для ее бессознательного любой ребенок, зачатый ею, свидетельствовал о запретном, нагруженном виной половом акте: в текущей реальности — с гинекологом, в детской фантазии — с отцом. Интерпретация ее трудного положения в прошлом и в настоящем (при переносе) помогла ей оплакать утрату обоих родителей и ребенка, которого она так хотела. Анализ помог ей бросить бесполезное осеменение, которое не приводило к беременности.

Клинический случай 2

Вторая пациентка, г-жа В., уже несколько лет проходила у меня анализ. Она не предохранялась много лет, но беременность не наступала. Большая часть нашей совместной работы была направлена на ее ощущение своей неадекватности, зависти к мужу и презрению к нему, если ему случалось не дотянуться до тех стандартов, которые она установила для него, идеализируя своего отца. Ее муж был симпатичным, интеллигентным, но пассивным; он был глубоко привязан к жене и по-матерински нянчился с ней.

Зависть г-жи В. к нему выражалась в том, что она исподволь порочила все, что бы он ни делал. Она бессознательно повторяла мать — та тоже чернила отца в ее детстве. Г-н В. был potentен, как и отец г-жи В., но

был в глубоко подавленном состоянии и сам искал аналитической помощи. Наша работа с г-жой В. в основном сосредоточилась на ее скверном образе Собственного Я, и на том, что она не получала удовольствия от своей женственности и женского тела. В детстве она носила специальные очки от косоглазия и аппарат для исправления прикуса. Ее хорошенькая мать мало сочувствовала бедам дочери, заставляла ее делать необходимые операции, но никогда не водила ее в больницу сама и не сидела с ней, когда отходила анестезия. Это ее отец оказывался рядом, когда она нуждалась в нем. Тем не менее, г-жа В., уже взрослым человеком, считала, что у нее развились бы фобии, если бы она не боялась до такой степени своей матери. Лучше было сражаться с любой задачей, несмотря на страхи, чем предстать перед яростью матери. За дерзости мать лупила ее ремнем, а если сопротивление девочки контролю матери выражалось в форме запора, мать ставила ей клизму. Во внутреннем мире г-жи В. пребывали злая и черствая мать, идеализированный отец и ребенок с ущербным образом своего тела.

В нашей совместной работе г-же В. пришлось испытать много душевных страданий, особенно в том, что касалось ее стыда за себя и своего мужа. Ее самооценка повысилась, она завела близких друзей, сделала большие успехи в работе и стала менее агрессивной с мужем. Она поняла, что приближается к сорока и ее время рожать детей уходит. Исследование показало, что количество активных сперматозоидов у мужа низко и им следует использовать новую методику оплодотворения, так как время поджимает. На подготовительном этапе г-жа В. испытывала глубокий стыд, словно оттого, что, несмотря на все ее достижения, которые так разительно превосходили материнские, ей не удалось то, что у матери произошло просто и естественно, без посторонней помощи. Ожили все нарциссические разочарования, стыд за повязку на глазу, проволочку во рту. Она регрессировала к убогому образу Собственного Я. В ее сновидениях ничего не происходило в ее собственной постели. Вся сексуальная активность протекала в родительской кровати, а она могла только смотреть. Это повторяло ситуацию ее детства, когда она спала с родителями в одной комнате и тайно приходила в возбуждение, слыша звуки и запахи родительского соития. Так как муж не мог оплодотворить ее, единственным потентным мужчиной в ее сознании оставался ее отец. Поэтому она жаловалась, что пенис партнера слишком велик для ее влагалища, словно регрессировала к смутному ощущению маленькой девочки, влагалище которой слишком мало для пениса сексуального партнера матери — ее отца.

Регресс повторялся и при переносе — ей казалось, что мы не отделены телесно, поскольку она бессознательно чувствовала себя не отделенной от матери. Чьим будет ее будущий ребенок? Если не беременна она, значит беременна я (раз тело общее), и я неизбежно объявлю ребенка своим. За этим следовали тревожные фантазии: когда анализ закончится, ей придется оставить ребенка мне. Очень многое было проработано из того, что касалось ее трудностей в отделении от матери, и когда г-жа В. забеременела и увидела первый УЗИ-снимок плода, она почувствовала облегчение: ребенок зримо, реально находился в глубине ее тела, а не моего. Крошечный плод был виден уже через несколько недель беременности, и потому это не был тот вымышленный ребенок обычной беременности, который присутствует в сознании беременной, пока не зашевелится реальный. Беременность, таким образом, помогла ей достичь заключительного этапа биологической идентификации с матерью и укрепила взрослое ощущение отдельности от матери. Однако, хотя она никогда не сомневалась в том, что носит ребенка от своего мужа, техника оплодотворения, исключая половой акт, подтвердила ее несправедливо низкое мнение о потенции мужа. Отцом ребенка (в фантазии) стал ее акушер, богоподобный папочка ее детства. Так она столкнулась с другой задачей беременности — интеграцией представления о сексуальном партнере как отце плода. Она продолжала клеветать на мужа, так как он не был в настоящем ее сексуальным партнером, и отказывалась признать его долю участия в зачатии ребенка. Плод был как бы ее куклой, а куклами она никогда с сестрой не делилась. Ее беременность словно наступила от того, что волшебным образом скрытый в ней пенис, крошечный мужчина внутри нее (полученный в фантазии от отца) всемогущественно помог ей зачать собственного ребенка. Она все сделала одна, сама, как многое в своей жизни, — эта фантазия позволяла ей отрицать болезненную реальность: она не в состоянии контролировать функции своего тела.

Исследование амниотической жидкости показало, что г-жа В. носит здорового мальчика, и материал нескольких следующих месяцев анализа позволил нам проработать ее ненависть к мужчинам и злобу на них. Свойственная беременности регрессия к идентификации с плодом выявила ее детские тревоги, которые не были поняты и рассеяны ее родителями. Это помогло ей оценить материнскую заботливость мужа и надежность акушера и аналитика, как будто в ее фантазии мы стали всемогущественными, едиными, преданными родителями, которых у нее не было в детстве. Г-жа В. чувствовала нашу надежную поддержку Моей за-

дачей было отслеживать и анализировать амбивалентность г-жи В. к Собственному Я, своей женственности, плоду и важнейшим фигурам в ее жизни, таким способом помогая ей достигать позитивной стороны амбивалентности. Так мы приблизились ко второй фазе нормальной беременности, когда фантазии о плоде, начавшем шевелиться в теле женщины, расшевеливают регрессивные фантазии о телесном содержимом.

Теперь г-жа В., как и все беременные женщины, вновь переживала отчаянную нужду в материнской ласке и повторное появление ранее вытесненных фантазий, что позволяло проработать их в курсе анализа. В частности, анализ ранних отношений мать-дитя г-жи В. с ее собственной матерью помог ей избежать идентификации с конфликтной интроецированной матерью ее внутреннего мира и сделать другой выбор. Когда родился сын, она стала ему преданной матерью. Следует отметить, что частое УЗИ плода, позволяющее видеть конкретные детали, также помогало г-же В. избежать нормальных тревог беременной о плоде, ибо, в соответствии с детскими сексуальными теориями, беременные иногда боятся, что плод будет деструктивным созданием, пожирающим их тело изнутри, или же, что это позорный грязный объект, который мать должна изгнать из своего тела, как девочкой она изгоняла экскременты. Реальная внешность плода и его видимый рост и развитие также помогали г-же В. привязаться к своему ребенку во время беременности. Таким образом, новые объектные отношения с ребенком начались много раньше обычного, поскольку для большинства матерей они начинаются только тогда, когда ребенок отделится от материнского тела и выйдет в объектный мир. Парадоксально, но и для г-жи В., и для меня ее беременность казалась много длительней обычного срока, так как организация времени беременности была нарушена — привязанность к плоду сильно сместилась к ее началу.

Вторая беременность г-жи В. тоже наступила с помощью новой техники оплодотворения. На этот раз количество активных сперматозоидов у мужа было выше, но зато на жизнеспособности яйцеклеток самой г-жи В. уже сказывался ее возраст. Это опять ударило по ее самооценке, но так как многое из внутреннего мира ее детства уже было проработано анализом во время ее первой беременности, и она была теперь счастливой матерью и взрослым человеком, то она спокойно приняла необходимость нового медицинского вмешательства. Три яйцеклетки были извлечены и оплодотворены, но на этот раз казалось, что ее связь с плодом началась уже с обнаружения яйцеклетки. Г-н и г-жа В. были так восхищены, словно она уже забеременела. Две яйцеклетки оплодотворить не

удалось, и в своих сновидениях г-жа В. скорбела о них, как о двух умерших детях. Наконец г-жа В. опять забеременела, но тревожилась из-за возможности выкидыша на раннем сроке. Плод был сканирован очень рано, но на этот раз г-же В. было трудно поверить, что он внутри нее, так как она еще не чувствовала никаких перемен в своем теле, как это было при ее первой беременности. Хотя у нее были кровотечения, и ей велено было лежать, она не делала этого, пока я не рассердилась — мой гнев, казалось, подкрепил взрослую часть ее Собственного Я и победил регрессивные аспекты беременности. Но в конце концов обнаружился ее сильный страх: ей за сорок, и ребенок, возможно, ненормальный, так что пока у нее не будет результатов исследования амниотической жидкости, она не может позволить себе привязаться к плоду, ведь ей, возможно, придется его убить. На этот раз возможность видеть плод стала дополнительным бременем. Г-жа В. была озабочена конкретным механизмом ее оплодотворения, и поэтому эмоциональные его аспекты остались в стороне. По мере увеличения срока беременности она все сильнее уставала и все более регрессировала. Она жаловалась, что ей нечего вспомнить о взрослом страстном акте любви при зачатии, чтобы она могла успокоиться и вспомнить, что она взрослая. Она позволяла себе выражать свой гнев за то, что муж, акушер и аналитик заставили ее почувствовать себя каким-то инкубатором. У нее отняли главную роль, механически управляя ее зачатием и беременностью. Поэтому шевеление ребенка, которое так радует большинство беременных, не стало событием для нас обеих при переносе и для нее, и мужа в реальности — она все еще слишком тревожилась о судьбе ребенка. Мы сосредоточили внимание на внешней помощи и наблюдении, а не на ее сознании и языке тела. Она чувствовала себя ограбленной по сравнению с другими женщинами. Но несмотря на технические подробности зачатия, о которых врач аккуратно сообщал ей, г-жа В. успокаивала себя фантазиями и воскресшими детскими сексуальными теориями. Зная точно обо всех деталях лечения, она рисовала себе яйцеклетку и сперму лежащими рядышком и оплодотворяющими друг друга в уютном уголке е матки — символические мать и отец под одеялом в их спальне, которую она с ними делила, и где мать зачала ее.

Одно сновидение раскрыло и ее внутренние затруднения, и то, как она повзрослела. Она стоит на заднем дворе дома ее детства. Детей там наказывали, и ей очень неприятно снова там оказаться. Везде грязь, родители ссорятся, как обычно, а вокруг странные растения: они выглядят как отрезанные половые члены. Она смотрит за ограду и видит тропинку

к новому дому, вокруг которого зеленеет трава. По ассоциациям г-жи В. было видно, что она повзрослела в ходе анализа и признает: ее теперешняя жизнь гораздо лучше, чем в детстве. Ее акушер и аналитик стали могущественными родителями-помощниками, едиными в своем понимании ее и поддержке. Между ними не было раскола или ссор, как между родителями ее детства. Ребенок, который уже рос в семье г-жи В., сблизил и объединил своих родителей, а зеленая трава символизировала вновь обретенную надежду, что все хорошо со вторым мальчиком, растущим в теле матери. Она боялась, что отрезанные половые члены — то препятствие, которое может заставить ее сделать аборт. Эта деталь, кроме того, указывала на ее идентификацию с плодом, так как в начале анализа она вела себя, как кастрированный мальчик. Нерожденный мальчик представлял собой ее внутренние препятствия и означал, что во время ее второй беременности все еще нужно прорабатывать некоторые вещи. Она напонила себе, как любит своего первого сына. В конце сеанса она воскликнула с радостью, что чувствует облегчение, и плод, который уже несколько часов был неподвижен, пошевелился опять. Она поверила, что все будет хорошо.

В конечном итоге задача, которую каждой женщине предстоит решить, чтобы исполнить свое детское желание зачать и родить ребенка, это задача соединения реальности с бессознательными фантазиями, надеждами и мечтами. Переход от бездетности к материнству, этот заключительный этап биологической и эмоциональной идентификации с матерью, оживляет конфликты ранней стадии развития, и молодая женщина должна по-новому освоиться в своем внутреннем мире, а также в мире внешнем, объектном. Положение может осложняться еще более, если к обычному, сопутствующему беременности оживлению бессознательных эдипальных и доэдипальных конфликтов и фантазии добавляется то обстоятельство, что реальный сексуальный партнер взрослой женщины не смог оплодотворить ее. Неудавшееся естественным путем зачатие, реалии техники фертилизации и перенос на богородного, жизнедающего акушера навязывают дополнительную задачу соединения действительности с сознательными и бессознательными фантазиями, надеждами и мечтами прошлого. С моей точки зрения, психоанализ предоставляет женщине ценнейшую эмоциональную поддержку в прорабатывании источников осложнений, с которыми ей придется встретиться при данном типе беременности.

Внешнее обстоятельство — огорчительная неудача, которая заставляет бесплодную женщину повторить попытку оплодотворения, отража-

ет ее внутреннее отчаяние из-за невозможности контроля над своим телом. Часто такие женщины ждут от анализа, что он поможет им вновь встать на позицию всемогущества: они узнают больше о своем теле, и это позволит им вновь обрести над ним контроль. Повторные безуспешные попытки оплодотворения могут стать способом избежать окончательного расставания с желаниями детства и взрослыми надеждами на рождение ребенка. В этом случае пары поглощены ежемесячной тревогой: удастся зачатие на этот раз или опять нет. В результате у них пропадает интерес ко всему прочему в жизни.

Одной из задач аналитика может стать помощь таким женщинам — оставить надежду и примириться с грубой реальностью, что они не могут зачать. Хотя, по моему опыту, печаль не исчезает никогда и надежда не покидает пациентку вплоть до менопаузы, она может, если ей помочь выплакаться, восстановить свою самооценку за счет других сторон жизни и найти в них удовлетворение.

Глава 9

МЕНОПАУЗА

Последние несколько лет ко мне все чаще обращаются женщины старше пятидесяти и шестидесяти лет. О менопаузе не существует обширной литературы, и я благодарна моим пациенткам, которые делились со мной своими горем и радостью на разных стадиях этого периода жизни женщины. Они научили меня понимать и уважать борьбу каждой личности за гармонию на позднем этапе жизненного цикла, которому сопутствуют неизбежная утрата молодости, способности к деторождению и предчувствия грядущей утраты важнейших фигур в человеческой жизни.

Так как успехи медицины и врачебный уход улучшили качество последней трети жизни женщины, менопауза может стать началом новой и плодотворной фазы, в основном неизвестной прежним поколениям; ожидаемая продолжительность жизни женщины теперь на тридцать лет больше, чем пятьдесят лет назад. Несмотря на это, перед женщиной встают все те же эмоциональные проблемы отделения и утраты: расставание с детьми, покидающими дом, грядущая потеря стареющих родителей (которые, кроме того, нередко нуждаются в уходе) и неизбежный собственный конец или, прежде, кончина супруга. Так как жизнь в этом возрасте уже не кажется бесконечной, как это бывает на ранних фазах жизненного цикла, понимание, что все межчеловеческие отношения обязательно имеют конец, может придать особую терпкую прелесть годам, идущим за менопаузой. Жизнь делится на две половины: подъем на пик кризиса середины жизни и спуск к старости и смерти. Задачи раннего периода взрослой жизни (рождение и воспитание детей) уже решены, и

теперь надо решать, чем заполнить свою непривычную свободу, делая то, чего хочется тебе самой, а не исполняя потребности других.

Чувство утраты неизбежно испытывают оба пола, и печалью о детстве, прошедшей юности и молодости устлан путь к новой жизненной фазе. Для женщины особенно тяжелы телесные признаки и симптомы старения — приливы, высыхание кожи и слизистых оболочек, которое может привести к сухости влагалища и диспареунии, осложняя половую жизнь. Следовательно, старение ассоциируется с завершением репродуктивного периода. Некоторые женщины, у которых продолжаются менструации после наступления заведомого бесплодия, радуются им как знаку того, что они все еще молоды и желанны. Использование гормональной заместительной терапии позволяет женщинам удерживать внешнюю видимость молодости, эффективно влияя на кожу и создавая общее ощущение физического благополучия. Опасность остеопороза (поскольку хрупкость костной структуры может привести к переломам и стать помехой в жизни) вполне преодолима. Многие из моих пожилых пациенток наслаждаются жизнью вовсю и являются активными, ценными членами общества и своих семей.

Однако несмотря на возможность отсрочки видимого старения, окончательное прекращение менструаций неизбежно отмечает конец детородного возраста женщины. Плодоносная творческая фаза, начавшаяся в подростковом возрасте, теперь закончилась. Некоторые женщины, не родившие детей или все собиравшиеся их завести до тех пор, пока это не стало слишком поздно, иногда глубоко скорбят об ушедшей возможности забеременеть, как это было с их матерями. Ведь желание забеременеть — это еще не желание иметь ребенка. Для других женщин, чьим наивысшим наслаждением были беременность, рождение ребенка и материнство, примирение с утратой всего этого может стать одной из труднейших жизненных задач. Больше не понесет она плода, заполняющего ее чрево, и никогда больше не сможет родить ребенка, который так заполняет жизнь матери. Х. Дейч (1944) описывает это время как переживание частичной смерти — смерти женской репродуктивной функции, но на меня (почти пятьдесят лет спустя) большее впечатление производит следующий за менопаузой новый прилив энергии, который испытывают многие женщины, стоит им миновать трудную переходную фазу.

Мой клинический опыт заставляет меня верить, что хотя женщина, возможно, приняла решение больше не иметь детей много лет назад, в ее сознании всегда остается возможность появления нового ребенка до тех

пор, пока постепенное начало менопаузы и неизбежные физические изменения, которые она приносит с собой, не разрушают обнадеживающую фантазию и ощущение вечной молодости. Одна пациентка сказала мне, что когда она смотрится в зеркало, то ей кажется: она не может так выглядеть, она не чувствует себя такой. Да, случается, что субъективный образ молодого тела расходится с объективным образом немолодого. Некоторые женщины начинают очень позднего ребенка лишь бы продлить свою молодость и отсрочить конец фертильности.

Мой клинический опыт также позволил мне понять, что желание иметь ребенка не универсально и что для многих женщин, не получающих радости от своей сексуальности, рождения или воспитания детей, менопауза становится иногда облегчением, позволяя им обратиться к другому виду творчества, отдаваться своим увлечениям и заниматься чем хочется, заполняя этим свою жизнь. Они становятся более свободными в своей сексуальности, она доставляет им больше радости, если беременность более невозможна. Этим женщинам, следовательно, менопауза может предоставить новые стимулы к дальнейшему зрелому развитию и душевному росту. Большинство пожилых женщин, с которыми я работала, имели профессию, и их самооценка зависела не только от их молодости и женской привлекательности, но и от их профессионального уровня и достижений, которые вместе с опытом только растут. Развитие личности в период после менопаузы, свобода от зачатия в сексуальной жизни могут вознаградить таких женщин за утраты, так как, по моему мнению, психологический рост взрослого человека продолжается всю жизнь и не связан ни с биологическим расцветом, ни с увяданием. Следовательно, опыт потерь и скорби по ранним фазам развития может, в конечном счете, быть освобождающим опытом. Однако женщины, чья профессиональная жизнь зависит от телесной молодости и привлекательности, чаще реагируют на неизбежные физические признаки перемен глубокой депрессией и злобой (Эльза Хелль-ман, личное сообщение, 1992).

Хотя теме менопаузы уделялось мало внимания, некоторые женщины-аналитики все же писали о ней. Х.Дейч (1945) утверждает, что «климактерий — нарциссическое умерщвление, которое трудно преодолеть». Она напоминает нам, что «женщина обладает сложной эмоциональной жизнью, которая не ограничивается материнством, следовательно, она может преуспеть, активно ища свой путь вне сферы биологии».

Однако «все, чего женщина достигла в пубертате, она теперь утрачивает, часть за частью, и психологический упадок ощущается ею как при-

ближение к смерти». Бенедек (1950) подходит к предмету оптимистичнее. На ее взгляд, «борьба между сексуальными влечениями и Эго, которая начинается в пубертате, с наступлением климакса ослабевает или заканчивается. Это освобождает женщину от конфликтов, связанных с сексуальностью, и дает ей дополнительную энергию, подталкивая к общественной жизни и учебе». Лаке (1982) описывает менопаузу как «психический кризис, который женщина переживает в этот период в таких аспектах, как чувство своей телесной целостности, ощущения от функционирования своего тела, образ Собственного Я и свои жизненные задачи и Эго-интересы». Нотман (1982) также разделяет более оптимистичную точку зрения и заключает, что возможности раскрытия личности в период пост-менопаузы реально существуют: «Потенциал, имеющийся для достижения большей автономности, изменений в отношениях, развития профессионального мастерства и расширения образа Собственного Я, может получить главный толчок к реализации после того, как заканчивается детородный период». Однако она утверждает также, что «депрессия связана с менопаузой, и она важна в клинике менопаузы».

По моему опыту, у женщин, имеющих детей, депрессия может быть связана не с менопаузой самой по себе, а, скорее, с превращением «малышей» в юношей и девушек, их борьбой за отделение от родителей, которая в конце концов и приводит к тому, что они покидают родное гнездо. Родителям предстоит соединиться вновь, чтобы стать просто парой, как это было вначале. Эта задача иногда требует большой работы, так как проблемы, которые оттесняла семейная жизнь, теперь стремятся вернуться. Мать теряет живую связь с детьми и их друзьями, которые раньше заполняли дом. Жизнь может показаться ей одинокой и пустой. Это, бывает, приводит к печали об ушедшем времени, к тоске, к депрессии. Кроме того, иногда в это время возрождаются к жизни воспоминания о детях, которых мать в молодости абортировала — из своего тела, но не из своего сознания. Эти дети никогда уже не родятся, и мать скорбит о них, ибо у нее больше не может быть детей. Как и на каждой фазе жизненного цикла, скорбь неизбежна, пока не откроются перспективы новой фазы. Для женщины, у которой не было детей и теперь уже больше нет надежды на это, чувство утраты и пустоты может быть особенно болезненным.

Лакс в работе «Ожидаемая депрессивная климактерическая реакция» (1982) предоставляет нам наиболее практически полезный и широкий обзор текущей литературы по менопаузе и заключает, что «женщина может использовать свои ресурсы в период климакса, проработать нар-

циссическую травму и восстановить для себя осмысленность жизни». Успех исхода зависит в значительной степени от способности женщины к адаптации, ее либидинозных ресурсов и ее профессионального мастерства, а также и от культуры, в которой она живет. В культурах, где старение связывают с мудростью и почитают, бабушка становится матриархальным центром семьи.

«Перемены в жизни», как это часто называют, очень подходящий термин для этого этапа жизни женщины, на котором столь многое должно измениться в ее взглядах на Собственное Я, на образ своего тела и самооценку, которая во многих случаях была результатом восхищения людей внешностью молодой женщины. Таким образом, тревоги девочки-подростка оживают в тревогах женщины во время менопаузы и после нее: снова образ тела и собственная привлекательность становятся важными факторами во мнении женщины о себе.

* * *

Я отобрала четыре клинических случая для того, чтобы проиллюстрировать мою тему. Первый — женщина, которой предстояло выбрать: вернуться ли ей к образцам несчастливой жизни доэдипального периода или двинуться вперед к новому виду творчества.

* * *

Г-жа А., давно разведенная с мужем, знала, что приближается к менопаузе. Месячные стали нерегулярными и она поняла, что они скоро прекратятся. У нее была хорошая, интересная работа, и она была в теплых, дружеских отношениях с двумя своими взрослыми детьми. Позади были несколько романов с мужчинами, но так как она боялась повторения несчастливого замужества, жить одной и быть самой себе хозяйкой ее вполне устраивало. Она знала, что все еще привлекательна, и надеялась на встречу с мужчиной, с которым будет счастлива.

Ей приснилось, что она стоит на перекрестке. Она вспоминает, что здесь раньше была прекрасная клумба, но теперь это место заасфальтировано. Одна дорога ведет вверх на холм, к дому, где она жила в детстве — несчастливым единственным ребенком. Про другую дорогу она не знает ничего, знает только, что должна по ней идти, эта дорога — для

нее. Ассоциации г-жи А. на сновидение показывали, что она жалеет об окончании детородного периода (прекрасная клумба заасфальтирована), но понимает, что ей больше нет нужды регрессировать к несчастливому доэдипальному ребенку, которым она была когда-то. Ей ясно, что теперь у нее есть взрослое Собственное Я, на которое она может опереться. Детородные годы были самыми счастливыми в ее жизни. Она знает, что привлекательна и умна, у нее есть профессия и место в мире, а значит — выбор, которого не было у несчастного ребенка. Множество других видов творчества лежат перед ней неизведанной дорогой взрослой жизни.

* * *

Моим вторым примером послужит пациентка, возраст которой приближался к пятидесяти. Менопауза стала для нее жестоким личностным кризисом, так как вынесла с собой на поверхность проблемы, которые сопровождали ее всю жизнь и касались смерти ее отца, случившейся, когда она была маленькой девочкой. Г-жа В. приехала в Лондон из Шотландии в семнадцать лет. Она была живой, хорошенькой девушкой с приятным шотландским выговором, который сохранился у нее и по сей день. Своей теплотой и искренностью она завоевала много друзей, а через два года встретила и своего будущего мужа. Это был сильный мужчина старше ее, и она чувствовала, что он защитит ее и будет о ней заботиться, как заботился бы отец, останься он жив.

Отец г-жи В. был убит на войне, когда ей было три года. Единственным зрительным воспоминанием о нем, которое у нее сохранилось, были его ярко-голубые глаза, с нежностью глядящие на нее, и еще чувство крепкой поддержки и защищенности, когда он нес ее на широких плечах через лес, окружавший их деревню. Сперва она с легкостью приняла рассказ матери, что папа ушел в лес и не вернулся. Когда позднее мать рассказала ей правду о его смерти, девочка слабо реагировала, потому что вряд ли могла оплакивать человека, которого едва знала. Брак и сме-на идентичности (одинокая женщина/замужняя женщина), казалось, не доставили ей затруднений. Фактически же, она жила теперь в двойной реальности, ибо (как и у многих травмировании людей) часть ее продолжала жить жизнью маленькой девочки, которой она была, когда был убит отец, и время с той поры как будто остановилось для нее. Другая ее часть, однако, продолжала расти и взрослеть. Таким образом, она жила одновременно в реальностях настоящего и прошедшего. Эту двойствен-

ность усугубляла мать г-жи В., от которой дочь не смогла отделиться и взяла с собой в собственную семью. Муж г-жи В. согласился с этим и, со своей стороны, углублял зависимость обеих женщин от него.

В сознании г-жи В. муж занял место сильного отца, которого она едва знала. В фантазии муж был не только ее собственным, но и материнским сексуальным партнером, то есть ее отцом. Таким образом бессознательно дело обстояло так, словно ее сексуальное наслаждение было запретным торжеством над матерью, и трое ее детей были детьми ее отца. Эту фантазию поддерживала жизнь: мать заботилась о ее детях вместе с ней — они обе были для них матерями. Так что в фантазии дети г-жи В. были ее братьями и сестрой. Когда дети достигли подросткового возраста, она прошла через сходные ощущения и стала находить установки своего мужа чересчур давящими, стесняющими свободу, словно тоже была его дочерью-подростком. Она проходила через подростковую фазу, которую не пережила в своем собственном развитии: стала дичиться, замкнулась. Ей разонравилось материнское присутствие в доме, она отказалась от половой жизни с мужем. И муж и жена впали в депрессию, и г-жа В. обратилась за лечением. Когда мы проработали путаницу, которая существовала в ее сознании (она ведь путала себя с детьми, а мужа — с отцом), г-жа В. постепенно смирилась со смертью своего реального отца и утратой фантазии о том, что муж его заменил. Она оказалась способной оставить двойную реальность, в которой жила, и ощутить себя женой и матерью.

К окончанию своего анализа г-жа В. увидела сон, особенно важный для приведения путаницы в порядок. Ей снилось, что у нее, в ее возрасте, все еще продолжают менструации, и она будто бы около месяца все время носит с собой белую сумку. В сумке у нее младенец, и его кожа слегка сморщена. Она приходит к доктору и открывает сумку. Кожа у ребенка загорелая, как всегда была у самой г-жи В., и она говорит врачу: «Правда, чудесный ребенок?» — «Да, но он мертв», — отвечает доктор. — «Но он двигается!» — в ужасе кричит моя пациентка. «Но он мертв», — снова отвечает доктор. Г-жа В. просыпается в тоске. Раздумывая над своим сновидением, она сказала мне, что всегда хотела еще ребенка, но муж стал стерилен после перенесенного заболевания. Желание иметь последнего ребенка на сознательном уровне было тогда оплакано и оставлено. Сновидение говорило, что это страстное желание продолжало жить в ее бессознательном, пока у нее еще были менструации, а теперь она уже точно знает, что не сможет больше зачать. Гинекологическое исследование подтвердило тот факт, который сообщил ей в дан-

ном сновидении язык ее тела—у нее больше не может быть детей. Г-жа В. горько плакала, скорбя о конце репродуктивного периода своей жизни, и осознала признаки старения в самой себе — ребенке с морщинистой кожей. Сновидение, кроме того, показывало, что частью своего сознания г-жа В. все еще не может отделить себя от матери, она все еще ребенок в материнской утробе; следовательно, в сновидении ее собственная мать представляла еще молодой, в далеком от смерти возрасте.

Г-жа В. утешала себя мыслью, что когда-то и у ее дочери будут дети, и она, в идентификации с ней, будет снова наслаждаться беременностью и воспитанием ребенка. Она успокаивала и свою боль от того, что сама уже не способна забеременеть. В сновидении ей было неясно, чья это сумка — дочери или ее собственная; таким образом, оплакивая окончание своих детородных лет, она нашла, что может принять «перемены в жизни» и надеется продолжить эмоциональное материнство, эмоциональную способность быть матерью, так как на эти способности не влияют физические телесные перемены.

* * *

Г-жу С. направили ко мне в состоянии глубокого потрясения и отчаяния. Она была привлекательной, интеллигентной женщиной сорока семи лет. Мир рухнул для нее, когда после двадцати пяти лет брака ее муж сказал ей, что у него давно есть любовница в другой части страны и их ребенку уже пять лет. Г-жа С. думала, что ее брак счастливый и удачный, и никогда ничего не подозревала. Она сама была верна мужу и наслаждалась их семейной жизнью. Они встретились еще студентами, поженились, как только смогли себе это позволить, и с течением времени у них появились три дочери и два сына. Так как бизнес мужа процветал, г-жа С. постепенно оставила свою работу архитектора и посвятила себя семье и ее богатой общественной жизни. Оглядываясь назад, она поняла, что постепенно стала меньше интересоваться сексом, так как в их совместной жизни было так много разного другого, чему можно было радоваться.

Г-жа С. была удовлетворена своей большой семьей, больше не хотела иметь детей, и окончание детородного периода не было для нее проблемой. Однако для ее мужа дело, видимо, обстояло иначе. Он был единственным ребенком, и для него собственные дети были источником великой радости и наслаждения; он всегда делил с женой все заботы о них,

так что ее менопауза стала для него кризисом. Г-н С. всегда боролся с сексуальным влечением к своим красивым дочерям, возрастающем в нем по мере того, как слабела и исчезала для него сексуальная привлекательность жены после ее менопаузы. У дочерей его внимание вызывало замешательство, а бурные отцовские объятия заставляли их чувствовать себя неловко. Г-н С. совершенно не осознавал свою зависть к более молодым мужчинам, сыновьям и друзьям дочерей. Не удивительно, что чувствуя себя виноватым за сексуальную потребность в молодой женщине, у которой он вызывал бы желание и которая могла бы рожать детей, он перенес свои желания с дочерей на одну из их юных подруг. Он чувствовал, что с юной партнершей, у которой могли быть дети, к нему вернулась юность. Они оба хотели своего ребенка, радовались ему, и в конце концов любовь г-на С. к этому ребенку и чувство вины за свою двойную жизнь побудили его во всем признаться жене.

Г-жа С. была потрясена, удар свалил ее. Словно с грохотом разверзлась пропасть там, где была твердая основа ее жизни. Однако ей оказали дружную поддержку дети, платя любовью за ее верность материнству, когда она так в этом нуждалась. В ее детстве мать всей душой любила ее и гордилась своей умной дочерью, так что у нее сохранилось здоровое ощущение своей ценности, несмотря на сокрушительный удар, который нанес ей муж. Тем не менее, она чувствовала, что часть ее Собственного Я была погублена предательством мужа. Она лежала в постели ко всему безразличная и появлялась на сеансах с величайшим трудом: обычно ее привозил кто-нибудь из детей.

Постепенно г-жа С. вернулась к жизни и позволила себе выразить свой гнев и желание отомстить. Но в то же время ее взрослое Собственное Я чувствовало жалость к внебрачной дочери мужа. Мы прорабатывали ее болезненные чувства, и она ощущала прилив новых сил. Она вернулась к своей профессии, и успехи в работе укрепили ее самооценку. Постепенно она поняла, что ее брак уже не склеишь, она никогда уже не будет чувствовать себя в безопасности со своим мужем. Она торопила его с разводом, чтобы он узаконил своего ребенка, и дети поддерживали ее решение.

Несколько лет спустя после окончания лечения г-жа С. снова попросила меня о встрече. Она рассказала мне, что профессиональная жизнь у нее складывается очень хорошо, и она встретила коллегу, вдовца, который страстно влюбился в нее и с радостью принял в свою жизнь ее детей, поскольку у него не было своих. Они собираются пожениться. Она сказала, что хочет поделиться со мной радостью после того, как я разде-

лила с нею столько горя. Я, видя, что она поправилась и заново расцвела после того, как была совершенно разбита, очень обрадовалась. А г-н С. и вторую свою жену оставил, когда она стала старше, ради следующей юной женщины. Он глубоко сожалел о потере первой жены, пытался вернуться к ней, но было уже поздно.

* * *

Г-жа Д. вступала в каждую фазу жизненного цикла женщины, когда было уже почти поздно. Месячные у нее начались в восемнадцать лет, жила она всегда дома с родителями и умудрилась отделиться от них и выйти замуж, когда ей было уже под сорок. Анализ внутреннего мира г-жи Д. показывал, что она ощущает себя более мужчиной, чем женщиной, и сильнее идентифицирует себя с отцом, чем с матерью. Каждую фазу женской телесной идентичности ей трудно было принять, так как каждый раз возобновлялся конфликт маскулинности и феминности. Принять феминность — означало оставить маскулинную идентификацию с отцом. Таким образом, как ее первые месячные были надолго отсрочены, так и ее осознание того, что ей хочется иметь ребенка, было подавлено в ее сознании.

Менструации у нее все еще были регулярными, чем она была очень довольна, так как это давало ей ощущение юности и плодовитости. Но она не знала на уровне сознания о том, что овуляция у нее уже происходит нерегулярно, и время фертильности подходит к концу. Однако ее сновидение заставляло предполагать, что бессознательно она все же знала о гормональных изменениях в своем теле. Ей приснилось, что она Меряет жакет, а у него — белая подкладка с лицевой стороны. Она говорит себе: «Надо бежать домой и содрать ее, пока не явилась полиция»¹³. Бессознательно она отметила, что месячные стали короче и выделения менее густыми; следовательно, маточная подкладка (выстилающая ее изнутри ткань) стала бледнее, чем была в юности. Она поняла что теперь отчаянно хочет иметь ребенка, настолько, что ей хочется украсть фертильность своей подруги, матери или мою (при переносе) так как в ее фантазии я была чрезвычайно плодотворной женщиной со множеством детей. Муж амбивалентно относился к ее желанию иметь ребенка, так

¹³ Надеть вещь наизнанку — идиоматическое выражение, означающее в английском языке: «выдать себя», «выдать свою тайну». — Прим. переводчика.

как он был значительно старше, но в тот момент он был вроде бы, позитивно настроен, и она чувствовала, что должна украсть у него ребенка немедленно.

В должное время г-жа Д. забеременела, но не смогла доносить беременность. Ей посоветовали подождать несколько месяцев после выкидыша, но так как времени оставалось мало, этот период стал периодом глубокой фрустрации. Ей снилось, что гинеколог поставил ей диагноз — карцинома шейки матки. В сновидении ей не было страшно, что у нее рак, ужасная болезнь, угрожающая ее жизни. Она лишь была в ярости оттого, что не может попытаться завести ребенка в этом месяце. Она ощущала в себе смерть, идентифицируя себя с мертвым плодом, и возвращалась к жизни только после полового акта, когда возобновлялась ее надежда на то, что она снова будет беременна и на этот раз ребенок выживет. Половой акт подтверждал ее женскую сексуальную идентичность, а беременность, как она чувствовала, подтвердила бы ее молодость и способность к деторождению. Она боялась старости, боялась стать похожей на свою болезненную, опустившуюся мать. То, что она не беременела, несмотря на все старания, было для нее ужасным ударом, так как невозможность контролировать свое тело заставляла ее ощущать себя вновь беспомощным ребенком. В своих сновидениях она всегда была беременна маленькой девочкой, то есть идентифицировала себя с младенческим Собственным Я, для которого она была матерью, так как ощущала, что ее собственная мать матерью ей не была. Каждый раз в сновидении беременность заканчивалась выкидышем, как будто он стал травмой, которую она не смогла пережить, а именно — неудачей в том, чтобы самой стать лучшей матерью, чем была для нее ее мать. Она чувствовала глубокую неутешную боль оттого, что у нее не будет ребенка, который ходил бы за ней в старости, как она сама ходила теперь за своей матерью.

Время прошло, из попыток забеременеть так ничего и не вышло, и г-жа Д. стала бояться своего сознательного желания украсть ребенка из коляски. Она смотрела на сестер мужа и подруг завистливыми глазами, и ей приснилось, что самая младшая из ее золовок успокаивает плачущего младенца. Следовательно, г-жа Д. бессознательно знала, что золовка беременна, прежде чем ей об этом сказали. Г-жа Д. была страшно расстроена, когда об этой беременности стало известно в семье. Она было в ярости на всех женщин в семье и на меня при переносе, так как мы все достигли того, что не удалось ей. Она горько плакала о своем позоре, чувствовала отчаяние и пустоту. Как сможет она заполнить необозри-

мую пропасть в своей жизни? Ее переполняли фрустрация, зависть и гнев, когда рождался новый ребенок, и она могла заставить себя навесить мать и дитя только страшным усилием воли. Когда собиралась семья, и женщины толковали о своих абортах и родах, г-жа Д. печально говорила себе: «Я бесплодная женщина».

Сновидения об одиночестве подтверждали ее глубокую печаль. Во множестве сновидений она путешествовала: на кораблях, поездах, самолетах, долго-долго и всегда одна. Она мрачно говорила, что родители стареют, а у нее нет детей, которые путешествовали бы с ней, как она со своими родителями. Ее бездетность мучила ее постоянно, и ничто не могло утешить ее. В других сновидениях окончание детородных лет было трагичным. В одном из них она видела себя лежащей на мраморной плите, как в гробу — словно она пережила смерть части Собственного Я, поскольку закончился ее детородный период. В другом — она приходила в парикмахерскую, чтобы остричь свои длинные волосы, так как ее прическа теперь слишком молодежная для нее. Потом она снимала с себя парик, и ее длинные волосы оставались при ней по-прежнему. Мы поняли это так: ее немолодой возраст кажется ей маскарадом. Под маской стареющего лица и тела все еще была молодая женщина с ранним образом своего тела. Она страстно желала вернуться в молодость и обрести возможность иметь ребенка, так как ощущала себя пустой оболочкой от женщины. В других сновидениях, которые посещали ее всякий раз, когда ее постигала неудача в работе (не сбывались ее честолюбивые планы), ей снилось, что у нее кровотечение Следствие выкидыша или аборта. Она словно ощущала, что из нее вырезали ее женственность.

Однажды в сознательной страшной фантазии во время сессии я будто бы стояла над ней с ножом и что-то хирургическим путем удаляла из ее грудной клетки. По ее ассоциациям мы поняли, что она переживает свое бесплодие, словно я, в моей приемной, стала матерью-садисткой отрицающей ее фертильность. Анализ г-жи Д. был болезненным для нас обоих, так как мы чувствовали себя бессильными перед лицом неотменимой физиологической реальности. Однако постепенно у нее проявились новые возможности для творчества и сублимации, и глубокая боль и скорбь подошли к концу. Г-жа Д. приняла болезненную реальность, и это помогло ей ощутить, что она, несмотря на свою бездетность, все еще женщина, и зажить новыми интересами.

* * *

Менопауза, которая отмечает конец детородных лет, может оказаться облегчением для женщины в культуре, где невозможна контрацепция, и дети рождаются ежегодно, хочет мать или нет. В нашей культуре, если беременность и деторождение были трудной фазой в жизни женщины и часто сопровождалась послеродовой депрессией, то окончание детородных лет тоже может принести облегчение и покой. Сексуальность иногда приносит больше радости обоим партнерам, если больше нет опасности нежелательной беременности.

Однако женщина, у которой не были разрешены проблемы сексуальной идентичности, может неожиданно испытать отчаянную потребность забеременеть. На бессознательном уровне она, может быть, желает показать своей матери, что могла бы воспитывать ребенка лучше, чем это делала мать. Фрустрация этого переполняющего ее желания может привести к мучительной боли и глубокой депрессии, из которых иногда так и не удастся выбраться полностью. Даже женщина, которая родила ребенка и наслаждалась этим, может, тем не менее, скорбеть об окончании этой творческой фазы жизненного цикла, которая начинается в пубертате и заканчивается с менопаузой. Если эту скорбь удастся проработать и завершить, то пережитое, бывает, выводит в новые области творчества.

Глава 10

СТАРОСТЬ

В Древней Греции верили, что «те, кого любят боги, умирают молодыми». В те времена юность и физическая красота ценились очень высоко, и смерть (теоретически) была предпочтительней постепенного физического упадка, который приходит с годами и который стареющие обречены видеть в себе и других, видеть и примиряться с ним. Большинство из нас смотрит иначе: выживание и жизнь следует лелеять и наслаждаться ими как можно дольше. Для женщины многое здесь зависит от ее предыдущего опыта на прошлых фазах жизненного цикла и от того, приятны или неприятны ее воспоминания. Ибо теперь нам всем предстоит встретиться с новой и непривычной фазой жизни — старостью и смертью, на которой окончание нашей жизни и жизни наших любимых — неизбежный факт. Тем не менее, эти последние годы жизни женщины тоже могут быть временем дальнейшего эмоционального созревания и нового осмысления конфликтов прошлого. Многие очень немолодые пациентки обращаются за лечением по поводу эмоциональных проблем, длящихся всю их жизнь, желая, наконец, понять себя и других в надежде обрести мудрость и покой. Старость может быть временем роста и развития, а не просто временем потерь и исчезающих возможностей.

В старости, как и в отрочестве, важнейшую роль в жизни женщины играет ее тело. Здоровье, до той поры принимаемое как должное, перемещается в центр внимания, тем более что кончились заботы о детях —

они давно покинули дом. Бессознательные конфликты и безотчетные мысли заставляют иногда тело прибегать к отыгрыванию, как это бывало в прошлом. В малых отклонениях от физического благополучия уже мерещатся иногда грядущие фатальные недуги. Большую часть времени житейская суэта отгоняет от нас идею смерти, но чем старше мы становимся, тем труднее ее отрицать. Тень смерти теперь идет рядом с нами, как на средневековых полотнах, изображающих «пляску смерти», и присутствует на любом празднестве жизни. Даже в гуще жизни старение и смерть присутствуют незримой тенью: в конце отпуска уже нет уверенности, что на следующий год мы снова встретимся с друзьями. Это больше не само собой разумеющиеся вещи, а подарок. Физическое старение, таким образом, подтачивает ощущение всемогущества. У очень немолодых пациенток при анализе нередко быстро возникает эротический перенос на аналитика, словно их откровенно старческая внешность — театральная маска, за которой скрывается жаркий живой пульс сознания и тела, невостребованный, неистраченный в должное время, в молодости. Как будто малость оставшегося ей времени освобождает женщину от страха перед возможностью унижения и стыда, который запрещал ей обнаружить свои чувства раньше, а теперь у нее остался последний шанс заполнить брешь в своей жизни. Бывает, оживают эдипальные конфликты, и бисексуальные решения могут быть приняты гораздо легче, если строгость Супер Эго и защитных механизмов, созданных на ранних фазах жизни, теперь ослабели, и близость неминуемой смерти женщина пытается отрицать жизнью, увлечениями и сексуальностью. Трогать и ощущать прикосновение по-прежнему очень важно в старости. Предварительная любовная игра оживляет первичное наслаждение от отношений мать-младенец, которые многим приносили глубокое удовлетворение; приносит его и прикосновение участливого доктора или медсестры, чего иногда как раз и ищут пациентки, часто посещающие медиков для успокоения своей ипохондрии. Нежное прикосновение подтверждает, что ты существуешь, тебя любят и о тебе заботятся, и это подтверждение так же важно в старости, как и в начале жизни.

* * *

В курсе своего анализа пожилая пациентка г-жа Л., которая в юности была красавицей и все еще была прекрасна в поздние годы своей жизни, стала осознавать сексуальные чувства, которых не позволяла себе ранее

в жизни. Она в свое время вышла замуж, у нее были дети, и казалось, она достигла зрелой женской идентичности. Однако ее сексуальность была только телесным ответом телу мужа; ее эмоции и более глубокие чувства были заморожены и недоступны ей. После проработки части этого материала г-же Л. приснилось, что она видит свой дом, полный детей, ею рожденных, и слышит басистый голос мужа, заполняющий собою пространство. Однако в другой части дома она видит себя: она горько и безнадежно плачет, лежа на кушетке аналитика. Дети и муж замолкают, услышав ее рыдания. Чувствуя, что я слушаю ее внимательно и участливо, она могла теперь взглянуть на те стороны Собственного Я, которые до этого не обнажала ни перед кем, даже перед собой. Приближалась старость, и она оплакивала утрату юного и страстного Собственного Я, которое отщепилось в подростковом возрасте, так что более глубокие аспекты сексуальности не были и теперь уже не могли быть интегрированы во взрослую жизнь.

* * *

Несмотря на то что женщины чутко подмечают физические признаки старения, они, видимо, сохраняют более явный телесный нарциссизм, чем мужчины. Пожилые женщины часто более заботливы о своей физической внешности: их волосы старательно уложены, на лице тщательный грим; неизбежное воздействие старения как будто не ограничивает женские эротические фантазии и желания. В то же время их желанность в качестве сексуальной женщины требует подтверждения в виде внешнего восхищения, неважно — от мужчин или от других женщин. Субъективный образ своего тела очень важен для женщины, и зеркало — величайший враг нарциссичных женщин.

Г-жа М., пожилая женщина (впрочем, очень привлекательная в молодости), говорила с яростью о морщинах на лице и увядшей груди. Она сказала мне, что когда видит свое отражение в витрине магазина, то чувствует, что ее тело заняла неизвестная чужая старуха. Несмотря на всю свою ярость, она бессильна вытолкать ее прочь. Сходство со своей матерью в старости не приносило ей успокоения, так как столь же нарциссичная мать не приносила дочери успокоения в детстве, когда та в этом нуждалась. Г-жа М. проецировала свой гнев на мужчин-ровесников, которые, заявляла она, ненавидят ее; а вот более молодые мужчины все еще привлекали ее. Она, несомненно, не имела понятия о мифе об Эдипе

и его преломлении в психике человека, но инстинктивно, как и все привлекательные немолодые женщины, знала, что молодой Эдип сын может возбудить в своей матери-Иокасте сексуальный ответ, который та может отыгрывать или вытеснять.

* * *

Часто пожилой женщине образ собственного тела напоминает об образе ее матери в старости. Потрясающее подтверждение тому дает нам один документальный фильм о жертвах ГУЛАГа, в котором они (после освобождения) рассказывают о своих переживаниях. Старая женщина вспоминает, как готовилась к высылке в Сибирь, когда забрали ее мужа. Мать была самым близким для нее человеком, и она успела отдать ей своих детей, прежде чем была арестована. Она, как и ее сокамерницы, покорила своей ужасной участи и оставила все надежды. Даже воспоминания о лучших временах не выводили ее из апатии и депрессии. Но как-то раз, при пересылке из одного лагпункта в другой, на пересылочном пункте оказалось зеркало, первое за двадцать лет лагерей. Женщины толпились вокруг него, и она тоже, но не могла найти свое отражение, пока вдруг не увидела лицо своей матери; тогда она поняла, что это она и есть, и так узнала о том, что состарилась. Но это принесло покой, облегчение, потому что собственное лицо стало теперь для нее связующей нитью со счастливым прошлым и с доброй мамой, которая любила ее и ее детей. Она знала, что мать, скорее всего, уже умерла, но память о лучших временах, ожившая теперь для нее, дала ей силы вынести все ужасы лагеря.

* * *

В старости все мы должны готовиться к потерям — как определенных сторон Собственного Я, так и к потерям спутников, с которыми шли по жизни. Даже если нам повезло, и мы в добром здравии, все равно приходится смириться с тем, что силы уходят, что мы все легче устаем физически и психически. Мы должны смириться с тем, что у нас все меньше сил для независимой жизни, и потому мы все больше зависим от других. Все это еще терпимо, но вот потеря супруга, смерть друзей, одного за другим, может привести к уже невыносимому ощущению одино-

чества. С кем мы поделимся новыми мыслями и посмеемся над старыми воспоминаниями? К счастью для многих женщин, их дети, внуки и более молодые друзья помогают им заполнить эту пустоту. Как и на других этапах жизни, в старости многое зависит от предшествующей истории человека, от пути, которым он шел к счастью и свершениям или, напротив, к несчастьям и обидам. На всех нас влияет, кроме того, насколько мы способны тосковать о минувшем и оставлять его, чтобы найти новые источники удовлетворения.

Мы все знаем старых женщин, которым удалось сохранить умение смотреть на мир удивленно открытыми глазами ребенка и способность узнавать новое и радоваться ему так же, как и счастливым воспоминаниям детства, юности и зрелости. Этих женщин часто очень ценит их семья. Они сумели найти новые пути к своим детям, когда те стали взрослыми и покинули дом, и остаться для них великодушной матерью. Большинство стариков испытывает естественную зависть к юности, молодым силам, но это чувство может уравнивать удовольствие быть бабушкой или дедушкой, повторяющее радости родительства и имеющее в старости дополнительное измерение: жизнь и семья продолжатся, когда меня уже не будет. Между счастливыми прародителями и их внуками существуют особые отношения, в которых удачно отвечают друг другу потребности обоих поколений. Бабушки и дедушки нередко обладают достоинством мудрых старейшин, которые удерживают связь семьи с предыдущими поколениями, помня и сохраняя прошлое и настоящее семьи. Нередко старики видят в своих внуках часть Собственного Я (а те, со своей стороны, тоже могут идентифицировать себя с ними), ту часть, что останется жить после их смерти, и это приносит мир в их душу. Так что прародительство может быть ценнейшей поддержкой самой сердцевины ощущения своей идентичности. Внук или внучка могут стать нежданной радостью, заполняя в душе место, предназначавшееся для сына или дочери, которые так и не родились. Отсутствие профессиональной занятости в старости восполняется увеличением свободного времени и места в жизни для внуков и близости с семьей и друзьями.

* * *

Г-жа Н., элегантная дама восьмидесяти лет, говорила о том, как важно для нее оставаться интеллектуально загруженной в ее возрасте, когда физические силы становятся все более ограниченными. История ее дет-

ства была тяжелой: в возрасте десяти лет она перенесла травму — разгневанный отец разлучил ее с матерью, погруженной в депрессию, и отправил на десять лет за рубеж. Он не мог простить жене семейную трагедию, причиной которой та невольно послужила. Мать г-жи Н. как-то кормила сливами своего первого ребенка, тщательно вынимая из них косточки. У нее сидела подруга; она проводила гостью до дверей и там еще немного побеседовала с ней. Вернувшись назад, она в ужасе увидела, что малыш со своего детского стульчика сумел дотянуться до слив на столе и насмерть подавился косточкой.

Г-жа Н. рвалась к матери из ссылки и горько плакала о своей потере. Постепенно она преодолела эту боль, загрузив себя интеллектуальными занятиями, учебой, подготовкой к будущей профессии. Так она научилась поступать с болезненными утратами взрослой жизни (как поступила со своей болью в детстве совсем еще ребенком). Она могла прибегнуть к своему интеллекту, и это приносило успокоение. Дети г-жи Н., оставив свою страну, поселились за рубежом, хотя постоянно поддерживали связь с матерью. Когда она овдовела, то погрузилась в изучение новой научной дисциплины, и вскоре начала ее преподавать. Одиночеству, боли и неудовлетворенным желаниям были противопоставлены новые интеллектуальные достижения, а благодаря им у нее появился новый круг друзей, и среди них был один ее ровесник, который ухаживал за ней и давал почувствовать, что она все еще желанна. Когда г-жа Н. оставалась одна, она с нежностью вспоминала о муже. Память о счастливых временах с ним вдвоем помогла ей преодолеть травматическое детское отделение от любимой матери, а собственное материнство заполняло ее жизнь. Идентификация со своими детьми, достигшими в жизни успеха, также помогала ей компенсировать ограничения старости. Молодых влекла к ней теплота ее души, ее материнское начало, и у нее не оставалось времени на то, чтобы чувствовать себя одинокой или отчужденной.

* * *

Старость, которую я описала, это старость счастливой женщины, удачная адаптация к болезненным утратам и естественным кризисам нормального жизненного цикла. Г-жа Н. пришла к мысли, что несмотря на то что жизнь не выполнила мечты ее юности, она все же была достаточно хорошей жизнью и позволила ей теперь умиротворенно встретить старость.

Но старость женщины может стать для нее временем злобы и бес- сильного гнева на прошлое из-за того, что не сбылось прежде и уже не сбудется. Мучительное «больше никогда» вороном Эдгара По каркает у них в душе, отнимая мир и покой, ибо они чувствуют, что врата жизни смыкаются у них за спиной, отсекая надежды. Но даже и на этой поздней стадии терапия может помочь женщине выйти на волю из темницы бесплодных мечтаний и снов, активно возобновить жизнь в качестве сильной личности определенного пола.

* * *

Г-жа О. обратилась за лечением, приближаясь к шестидесяти, после смерти мужа. С этой смертью ее жизнь опустела, не только потому, что она осталась одинокой вдовой, но и потому, что с его смертью она утратила высокий профессиональный статус, который приносила ей его работа. Эта утрата была последней в долгой цепи утрат, тянувшейся через всю ее жизнь. Во время Войны ее (тогда девочку) эвакуировали в Америку, и по возвращении их эмоциональную связь с матерью уже не удалось восстановить. Она испытывала к матери неприязнь и чувствовала, что и мать не привязана к ней как прежде, потому что в ее отсутствие родился еще ребенок. Твердые правила матери относительно женской сексуальности, места и роли женщины никак не совпадали с мнением дочери. Мать приводила ее в ярость, и она не могла успешно учиться: гнев блокировал ее неплохие способности. Она уехала из Англии, чтобы жить и работать за рубежом. Вдали от матери и ее страны она достигла профессиональных успехов и наслаждалась сексуальной жизнью, чего, как она считала, мать никогда бы ей не позволила. В положенный срок она вышла замуж и родила детей, которых очень любила, но брак оказался несчастным: муж сбежал в свою страну, забрав с собой детей. Г-жа О. была убита этим — и так и осталась отчасти психически мертва: потеря детей словно была наказанием за сексуальность, запрещенную матерью. Она чувствовала, что от этого не оправится никогда. В ходе лечения г-жа О. все же проработала ранние тяготы отделения от матери, ярость и фрустрацию, которые переполняли их отношения и их любовь. Они постепенно восстановили между собой более теплые отношения времен детства г-жи О. Большая часть этого восстановительного труда была проделана благодаря аналитической проработке проблем в их отношениях. К установлению более зрелых отношений между матерью и

дочерью привело тщательное отслеживание переноса и контрпереноса, отражавших смятенный внутренний мир пациентки. Терапия помогла г-же О. восстановить ощущение собственной ценности и привлекательности. Она встретила мужчину, они понравились друг другу. Их связь помогла ей вновь утвердить свою идентичность — и желанной сексуальной женщины, и нежно любимого ребенка,— подорванную расставаниями, утратами и неразрешенными трагедиями ее предшествующей жизни.

* * *

Маргарет Малер, чья основополагающая работа об отделении от матери и индивидуализации ребенка помогла нам понять психологическое рождение личности, пишет: «Ход нашей жизни характеризуется одновременным и непрерывным отдалением от всеблаготворительной симбиотической матери, которая представляет собой наши желания, ибо все, о чем мы мечтаем, было изначально восхитительным состоянием единства с нею». Для многих старых людей смерть в воображении становится психологическим воссоединением с матерью, возвращением в безопасное убежище ее чрева. Рождение и смерть тесно связаны в бессознательном, ибо мы не в состоянии охватить мыслью идею несуществования. Эмоциональное отделение от матери казалось Марселю Прусту невосполнимой потерей до тех пор, пока он (как он пишет в своей последней книге) к концу своей жизни не осознал: все то, что он искал, к чему стремился всегда, было тем, что он имел в самом начале. Это страстное стремление к всемогущей, защищающей и любящей фигуре есть нечто, из чего мы никогда не вырастаем и бессознательно ищем во взрослых отношениях.

* * *

Г-жа П., дама далеко за семьдесят, всегда жила полной жизнью, идентифицируясь со своей красивой матерью не только в том, что вышла замуж и родила детей, но и в том, что поощряла бесчисленных воздыхателей толпиться вокруг нее. Она обратилась за помощью, ощущая внутренний конфликт из-за того, что ее последнему любовнику был намного меньше лет, чем ей. Это смущало ее, потому что его тел выглядело намного моложе, чем ее собственное. По мере того продвигалась на-

ша работа, становилось ясно, что в их занятиях любовью играла роль не только потентность любовника, который приносил глубокое удовлетворение ее взрослому Собственному Я и помогал отрицать старение и смерть, но и нежная прелюдия к любви, которая бессознательно воскрешала для нее наслаждение ее матери тельцем своей крошечной дочурки. Таким образом, доэдипальное удовлетворение от любовных телесных отношений между нею и матерью было вновь обретено ею в этих последних взрослых сексуальных отношениях. Колесо описало круг: бессознательно г-жа П. вновь получала младенческое телесное удовольствие от матери, на сознательном уровне давно забытое.

* * *

Возможно, многим женщинам, у которых была более спокойная и приятная жизнь, трудно будет идентифицировать себя с пациентками, чьи истории я здесь привела. Ну что ж, им повезло. Мои же выводы основаны на внимательном выслушивании моих немолодых пациенток, которые видели в жизни много тяжелого и пришли к психоаналитику за помощью, в надежде облегчить свою боль и зажечь полноценной жизнью. Женщина остается женщиной, даже если ее юность и детородный период уже миновали.

Глава 11

РАБОТА С ЖЕНЩИНАМИ, ВЫЖИВШИМИ В ЛАГЕРЯХ УНИЧТОЖЕНИЯ: АФФЕКТИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПРИ ПЕРЕНОСЕ И КОНТРПЕРЕНОСЕ

Представлено на XXXIVМеждународный психоаналитический конгресс, Гамбург, июль 1985 г., опубликовано в «International Journal of Psycho-Analysis» (1986 г).

Стремление выживших в концлагере молодых женщин забеременеть и подарить новую жизнь миру, где больше не правят садизм и психическая смерть, было всепоглощающим. Новорожденные для них являлись важным конкретным доказательством возрождения разрушенной семейной жизни, восстановления нормы после мира психоза. Бесплодие, как ни болезненно оно для большинства женщин, для них было совсем нестерпимо, поскольку им, чтобы избежать осознания потери близких и скорби по ним, необходимо было конкретно заместить следующим поколением тех, кому выжить не удалось.

Состоянию безнадежности и психической капитуляции в невыносимой ситуации концлагеря противостояла надежда дать жизнь здоровому ребенку и, нянча его, обрести хотя бы часть естественных радостей жизни, вырванных из жизни матери. Беременность позволяла этим молодым женщинам бессознательно осуществить два аспекта эмоциональной идентификации: на биологической основе — со всемогущей, жизнедающей доэдипальной матерью, которую они утратили, и с плодом, как если бы он представлял собой их самих, их младенческое и детское Собственное Я (Пайнз, 1982).

Однако одна из задач материнства — облегчить здоровое стремление ребенка к отделению и индивидуализации. Подростковый возраст, когда здоровый ребенок должен наконец отделиться от родителей, принять на себя ответственность за свое тело и сексуальность, а часто и физически

покинуть родительский дом, чтобы зажить собственной жизнью — важная стадия его жизненного цикла и столь же важная стадия жизненного цикла его родителей. Большинство аналитиков знакомо с болью и скорбью, которые на этой стадии испытывают матери, особенно тесно связанные с ребенком и очень многое в него вложившие. Чем более психологически здорова дочь, тем сильнее будет ее бунт, тем больнее будет для матери временная потеря любовной близости с ребенком. Но как ни болезненна бывает эта утрата, она может привести к позитивным сдвигам: мать станет более свободна психологически, и в ее жизни начнется новый этап развития.

В данной статье я намерена описать влияние этого нормального кризиса переходного периода на двух женщин, одну из которых я знала почти тридцать лет, сперва как терапевт, потом как аналитик. Обе женщины выжили в Аушвитце. Могло показаться, что обе они оправились от тяжелой психотравмирующей ситуации: они работали, вышли замуж и вырастили детей, которых без памяти любили. И вот тут-то сказала пережитая трагедия, вышла на передний план, все заслонила собой и заставила обратиться за психотерапевтической помощью. Словно вся их адаптация к жизни после войны растаяла при распадении безопасного мира матери и ребенка, когда их дети отделились от них. Они больше не могли идентифицировать себя со своими детьми, жить ими и для них и заменять ими тех, кто ушел навсегда. Они вынуждены были встать лицом к лицу с крушением их предыдущего мира, попытаться смириться с ужасной насильственной смертью важнейших фигур этого мира, оплакать их и столкнуться с чувством вины за то, что удалось выжить им самим.

Психоанализ травмы выживших и ее последствие

В фокусе психоаналитических исследований (главным образом, Кристал и соавт., 1968), Кристал и Нидерланд (1971), Кристал (1971, 1974, 1975, 1977)) в основном находилась травма, причиненная Катастрофой тем, кто ее пережил. Воздействие Катастрофы на следующее поколение изучала группа специалистов, которую возглавляли Джокови и Кестенберг (1982). Грюбрих-Симитис в двух замечательных статьях описана затруднения одной из выживших и ее детей, у которых конкретность

мышления является результатом блокировки эмоций и отрицания переживаний и приводит к неспособности использовать метафору (1984).

Это согласуется с «психической отгороженностью» (Лифтон, 1967) выживших, многие из которых пережили в лагере стадию «мусульманина», когда эмоциональные и физические силы жертвы истощены практически полностью. Такое состояние соответствует определению травмы, которое дала Анна Фрейд (1967): «сокрушительный удар, опустошение, вызывающее внутренний распад выключением опосредующей функции Эго». Кристал (1974) заключает, что обыкновенно завершает травматизацию развитие всепоглощающих аффектов, как изначально указывал Фрейд. Кристал описывает, во-первых, проявления непрерывного состояния сужения психических функций и эпизодического «замораживания», при котором индивид становится бездейственным в присутствии доминирующей персоны, — так сказать, повторение позиции капитуляции; во-вторых, непрекращающуюся способность фрагментов памяти возбуждать сильные аффекты, регрессию когнитивных и экспрессивных аффектов, ведущую к психосоматическим нарушениям, и общее ослабление воображения (*fantasy life*), соответствующего операционному мышлению (*pensee operateire*), описанному Марта и де М'Юзан (1963).

Грюбрих-Симитис (1984) описывает эмоциональное напряжение аналитика при работе с детьми родителей, выживших в Катастрофе. По ее мнению, «решающим для пациента на этой стадии анализа является, видимо, эмоциональное восприятие им чувств аналитика». Она называет это «фазой совместного переживания реалий Катастрофы». (См. также Джиомрой, 1963.)

Клинический материал

Эти *sequelae*¹⁴ были представлены в различной степени у обеих пациенток. Я остановлюсь, однако, на конкретной природе материала: на том, как пациентки соматизировали душевную боль с целью избежать всеохватывающих и нестерпимых аффектов, и на том, как я использовала реальные отношения с пациентками и аффективные переживания

¹⁴ Последствия болезни, осложнения (лат.) — Прим. переводчика.

контрпереноса с целью продвижения аналитической работы. Контрперенос стал одним из самых эффективных аналитических инструментов в их анализе, поскольку этим пациенткам было невыносимо видеть сны — из-за страха перед тем, что может во сне вспомниться или быть аффективно оживлено. Пациентки или не ложились спать, пока не валились с ног, или пользовались сильным снотворным, что лишало их способности вспомнить сновидение.

Впервые я встретила г-жу В., когда была еще молодым врачом. В те времена очень мало было известно об эмоциональном воздействии Катастрофы на выживших. У г-жи В. был весьма положительный перенос на меня, так как моя забота об ее теле позволяла ей спокойно регрессировать и вновь испытывать первичную форму материнской заботы.

Когда мы впервые встретились, г-жа В. была удивительно красивой молодой белокурой женщиной. Ее подростковый период пришелся на Аушвитц, а в Англии она оказалась после освобождения. Она вышла замуж за милого, хотя и совершенно пассивного мужчину, но его относительная импотентность не беспокоила ее, так как она сама была фригидна. Она отчаянно хотела иметь детей, у нее было уже несколько беременностей, но каждый раз случался выкидыш. Каждый выкидыш был почти нестерпимо душевно болезненен, поскольку ей мучительно хотелось иметь ребенка. После каждого выкидыша она долго не поправлялась физически, лежала съежившись в постели за занавесками в затемненной комнате; без всяких физических причин для такого состояния. Я была озадачена, но в ту пору не могла ничего понять. Ее семья, вся состоявшая из выживших, встревоженно наблюдала за ней и всячески старалась поддержать ее. Это было повторением ситуации ее детства, когда она была хорошенькое, но больное дитя всей семьи. В тот период ее хрупкость заставляла отца, братьев и сестру всячески оберегать ее, а болезнь была единственным, что вынуждало ее холодную, но послушную долгу мать оказывать ей хоть немного физической ласки. Болезнь приносила ей вторичную выгоду, так как она могла регрессировать к состоянию детства и позволять другой женщине дотрагиваться до нее и успокаивать ее боль. На мой взгляд, она избегала безнадежного отчаяния, найдя психосоматическое решение для душевной боли, и при этом получала самую первичную форму материнского утешения. Так она повторяла свои инфантильные переживания, поскольку ее мать заботилась в свое время о ее теле, но не о ее чувствах (Пайнз, 1980).

В конце концов г-же В. удалось родить нескольких девочек. Первая была названа в честь погибшей матери г-жи В. и стала объектом ее ам-

бивалентности. О девочке тщательно заботились физически и одевали как куклу. Однако когда она проявляла обычное детское непослушание, г-жа В. проявляла либо выходящую из границ ярость, либо усаживалась к ней на колени, словно сама была ребенком, а дочка — ее матерью. Это вовсе не было обычным поведением г-жи В.: она была неизменно добра и щедра с каждым, кто сталкивался с ней. Девочка реагировала признаками чрезвычайной тревожности, но после курса психотерапии, проведенного моей коллегой, стала послушной, хорошей дочерью, которая и теперь заботится о матери, когда та болеет, словно о своей дочери. Сейчас эта дочь г-жи В. замужем, у нее четверо детей. В доме нет ни одного пластикового пакета, так как она постоянно тревожится, что ребенок может, играя, надеть пакет на голову и задохнуться. Ни она, ни ее мать не осознают, что привнесло в жизнь дочери пережитое матерью в концлагере.

Младшая дочь г-жи В. всегда была не особенно послушной, и во многих отношениях мать ее даже распустила, словно через свою дочь могла переживать гнев и возмущаться (что в лагере могло привести только к смерти). Девочка выросла в своевольного и требовательного подростка. Свою интеллектуальную и сексуальную фрустрацию (в их строгом и чопорном доме не допускалось даже обычное кокетство) она отыгрывала в яростных вербальных нападках на мать, и та их мазохистски терпела. Большая часть гнева дочери была обусловлена потрясающей красотой матери, с которой не могла сравниться ни одна из дочерей. Бессознательно ее гнев был также попыткой отделиться эмоционально от матери, которая жила через нее. Тем самым эта девочка стала наводящим страх агрессором, которому мать пассивно и молча подчинялась. В конце концов для девушки нашли подходящего молодого мужа, и она по уши влюбилась в него.

После венчания г-жа В. впала в состояние безнадежности. Она внезапно лишилась своего последнего ребенка и стала свидетельницей очевидного сексуального удовлетворения дочери в замужестве, что переполняло ее завистью и яростью. Муж г-жи В. был импотентным и пассивным. Она всегда сопротивлялась ухаживаниям других мужчин, но тут неожиданно уступила старому другу, который всегда добивался ее. Мучимая виной и завистью к дочери, она поняла, что находится на грани нервного расстройства, а ее сексуальное отыгрывание не приносит ей облегчения, и обратилась ко мне за помощью.

Именно на основе прочного и длительного чувства базального доверия ко мне г-жа В. нашла силы пройти анализ и была готова к тяжелой

задаче — вновь пережить аффективно и разделить со мной свое трагическое прошлое, с которым не могла справиться сама. Равным образом, именно на основе столь долгих отношений с г-жой В., я чувствовала, что не имею права подвести ее, хотя и не знала тогда, каким аффективным эмоциональным напряжением будет мой контрперенос.

Когда мы начали анализ, г-жа В. обнаружила совершенно иные грани своей личности. Мягкую, добрую женщину, которую я знала, сменила неумолимо жестокая, авторитарная фигура; она мерила огромными шагами мой кабинет, нависала надо мной в моем кресле, убивая мое ощущение аналитического Собственного Я. Я стала жертвой беспощадного преследователя в лице человека, которого до сей поры считала хорошо знакомым и дружески расположенным. Меня переполняло беспомощное отчаяние, от которого, я понимала, мне не убежать¹⁵. Позже я поняла, что это было обратной стороной пережитого г-жой В. в концлагере и насильственным внедрением (проецированием) в меня аффектов, которые были у нее отщеплены и отрицались ею ценой психического здоровья. Это было также первым открытым проявлением скрытой идентификации с агрессором, которая поднималась в сознание по мере продвижения анализа. Г-жа В. росла в деревне, где евреи и неевреи жили бок о бок много поколений. Когда ее страна была оккупирована, знакомые с детства друзья превратились в преследователей и донесли на нее и ее семью эсэсовцам, хотя по их внешности они и сошли бы за неевреев: высокие, светловолосые и голубоглазые.

Г-жа В. говорила мне, что отец очень тепло относился к ней в детстве, а холодная мать только исполняла обязанности и могла физически приласкать ее, только когда она болела; следовательно, в предшествующем переносе на меня в качестве лечащего врача она проходила через единственное в ее жизни переживание, когда мать выражала ей свою любовь физически, прикосновением. Г-жа В. часто делила с родителями постель, когда болела, и жалась к отцу, хотя он всегда настаивал, чтобы она ложилась к нему спиной. Хотя у нее не было сознательных воспоминаний о половой жизни родителей, анализ показывал, что материал первичной сцены повлиял на ее инфантильную сексуальность и фантазии. Например, когда она во время болезни спала в собственной постели, ей часто случалось намочить ее. Следовательно, она бессознательно

¹⁵ Я не видела тогда, что это было возбуждающим отыгрыванием в рамках переноса ее бессознательных садомазохистских фантазий, в котором мое контрпереносимое чувство беспомощности было существенной частью драмы.

принимала в первичной сцене отцовскую роль.

Первый менструальный цикл начался у нее за неделю до того, как их семью отправили в Аушвиц. В лагере, перед лицом смерти, у нее не было ни месячных, ни ночного недержания. Г-жа В. вспоминала, как отец обнимал ее, прижав к себе, пока поезд шел к Аушвицу. Под его защитой она была как в чудесном сне, и страх за себя и за других не касался ее чувств. По прибытии ее вырвали из рук отца, и больше она его не видела. Ее поволокли в комнату, набитую женщинами, среди которых были ее мать и сестра. Неожиданно она увидела красивого темноволосого мужчину, безукоризненно одетого, который отобрал ее мать, сестру и ее самое для работы, а не для отправки на смерть. Позднее она узнала, что это был доктор Менгеле, Ангел Смерти Аушвица. Хотя она больше никогда его не видела, его красивое лицо осталось в ее полудетской памяти. В лагере г-жа В., переполненная физической и эмоциональной беспомощностью и отчаянием, почти дошла до состояния психической смерти. Поддерживаемая физически и эмоционально матерью, пока та не умерла, и сестрой, г-жа В. все-таки выжила, благодаря преданной заботе сестры.

Первая стадия анализа г-жи В. была проверкой для нас обеих. Г-же В. необходимо было проверить не только мою способность понять ее и помочь ей жить, как это сделала ее сестра, она нуждалась еще и в проверке моей способности выражать за нее ее аффекты, пока она не будет достаточно сильна, чтобы испытывать их самой. Мой контрперенос был эмоционально напряженным, временами почти невыносимым, но меня поддерживали наши многолетние отношения с г-жой В. и знание других сторон ее личности. Это была фаза совместного приятия реалий концлагеря, описанная Грюбрих-Симитис (1984). Испытав меня достаточно и оценив мою способность понимать ее при переносе, как понимали ее мать и сестра в Аушвице, г-жа В. смогла лечь на кушетку, войти в анализ полностью и принять удар аффективных реакций, с которыми она прежде не входила в соприкосновение. Много раз она высказывала мое собственное чувство, что все это так больно, что лучше бы мы и не начинали, но, помимо того, она знала, что ей никогда не будет хорошо, если мы не будем продолжать. Когда окрепло ее Эго, у нее восстановились ее собственные аффективные реакции, напряженность моего контрпереноса уменьшилась, и пошел более классический анализ.

Стало ясно, что г-жа В. всегда жила в двойной реальности (Кестенберг, 1982): лагеря и своего настоящего. Лежание в постели с задернутыми занавесками конкретно воспроизводило ее жизнь в лагере. Ей были

недоступны ни сновидения, ни фантазия, чтобы справиться с прошлым или принести облегчение. Она глядела на своих дочек, голышом бегущих в ванную, а у нее перед глазами вставали другие дети, бегущие в газовую камеру Аушвитца. Обширная травматизация, которую она перенесла подростком, нарушила функции ее Эго, аффективную и символизирующую, а кроме того — восприятие прохождения времени. Теперь перерыв на выходные, включающий отделение («разлуку»), стал для нее трудновыносимым; она аффективно проживала заново часть своего травматического прошлого. По временам она вынуждена была выбегать из людных магазинов, чувствуя, что задыхается, что ей хочется карабкаться вверх по стене, как это было с людьми в газовой камере. Г-жу В. один раз на самом деле вытащила из барачной газовой камеры одна из капо, которую умолили мать и сестра. В выходные словно вновь прокручивалась ее фантазия о газовой камере, из которой я должна спасти ее, но могу и отправить туда, как преследовательница-капо. Спать г-жа В. могла только с помощью сильнодействующих снотворных.

Наша работа шла вперед, и к г-же В. возвращалась ее красота и уверенность в своей сексуальной привлекательности. Она стала откровенно враждебно и презрительно относиться к своему темноволосому психиатру (который и направил ее ко мне), когда он уменьшил частоту ее посещений, потому что ей стало лучше. Ее перенос на него словно повторял ее чувство унижения: каким бы красивым ни было ее тело девушки-подростка, она не могла отрицать ни реальность родительской постели, ни того, что Ангел Смерти не предпочел ее матери и сестре. Оговорившись, она назвала своего психиатра «доктор Менгеле».

Анализ данного материала позволил нам понять, что первичный мужской объект — ее отец, расщепился на доброго, который ласково обнимает, защищает и оберегает ее (как ее муж), и ужасного отца первичной сцены, который унижает женщин и садистски накидывается на их тело (представленного доктором Менгеле). Г-же В. приснилось, что женщина, очень похожая на нее, дает ей книжку под названием «Радости секса», и этот сон принес ей громадное облегчение. Это случилось, когда она побывала в гостях у жены старшего брата, которая непрерывно болела после освобождения из Аушвитца. Г-жа В. описывала, как, поглядев на больное лицо невестки, она немедленно почувствовала себя вновь психически мертвой, как это было в лагере. Эта «смерть» маскировала окончательный триумф ее выживания — над отвергающей матерью, который повторялся со мной в начале анализа и защищал ее от осознания собственных инфантильных садистских импульсов по отношению к ма-

тери, которые в Аушвитце так страшно воплотили в жизнь другие. Укрепившееся Эго г-жи В. и лечебный союз между нами помогли ей принять эти интерпретации ее конфликтов и избежать соскальзывания в психическую смерть или мазохистское самонаказание. Несколько сновидений, последовавших за этой проработкой, обнажили оживление неразрешенной эдипальной драмы г-жи В., которое наступило в связи с началом юношеской сексуальности ее дочери. В каждом сновидении она торжествовала над дочерью, представая сексуальной женщиной, которую предпочитали молодые поклонники дочери; и в каждом сновидении молодой человек походил на ее отца, психиатра или доктора Менгеле. Стало ясно, что в детстве г-жа В. использовала свои болезни, чтобы помешать половому акту родителей, и чувствовала торжество при своем тайном успехе.

На этой стадии г-жа В. стала испытывать острую сексуальную фрустрацию в отношениях с мужем. Несколько раз ей снилось, что в нее входит громадный половой член, и она просыпалась от острых оргазмических ощущений. Произошло новое удивительное событие. Чернокожий шофер, который отвозил ее на аналитические сеансы, стал ее тайным любовником. Наемная квартира стала их тайным домом, где г-жа В. готовила для него и была ему сексуальным партнером. Его сексуальные возможности приносили глубокое удовлетворение г-же В., а я молча тревожилась по поводу возможного садизма и жестокости с его стороны, но г-жа В., видимо, не испытывала того же аффекта, несмотря на некоторые черты поведения любовника по отношению к ней. И постепенно весы стали склоняться в другую сторону. Становилось ясно, что вытесненные фантазии о Черном Ангеле Аушвитца прорвались в сознание моей пациентки и она их компульсивно отыгрывает. Любовник теперь стал ее беспомощной жертвой, а она — терзающей стороной. Ее садистский триумф отыгрывался в виде перемены ролей, когда она раз за разом сексуально возбуждала его любовной игрой, но отказывала ему в интромиссии, тем самым распоряжаясь его оргазмической реакцией и кастрируя его. Она укрощала его неистовство обдуманной ласковостью и физической заботой о нем — тем самым защищаясь и против своих собственных, отрицаемых ею, агрессивных садистских желаний.

Стало ясно, что сексуальная игра, в которую она компульсивно играла с потенциальным насилием и смертью, была еще и попыткой управлять физической опасностью и держать спасение своей жизни в собственных руках. Так она пыталась встать над своей катастрофической беспомощностью в лагере. Это поведение (идентификация с агрессором) не

могло вписаться в рамки переноса, поскольку телесная опасность и телесное удовлетворение являлись существенными компонентами ее драмы. С моей точки зрения, конкретное ролевое воплощение ее сексуальных фантазий было не сопротивлением анализу, а весьма важной проработкой ее травматического прошлого, которой содействовал анализ.

Из этого следует, что при переносе наши роли были обратными, поскольку я молча испытывала аффект тревоги о возможном насилии над г-жой В. и о возможной физической опасности, которой она подвергается, словно я была беспомощным ребенком, как была г-жа В. в постели своих родителей, «анонимным зрителем» (МакДугал, 1972). Опасная игра была не только попыткой актуализировать и отыграть подростковые фантазии о Черном Ангеле Аушвица и одолеть лагерную беспомощность, но и содержала глубже лежащие переживания и фантазии о первичной сцене. Это было психологически предпочтительнее, чем состояние афаназиса и психической смерти, в котором она существовала столь долго. В дополнение мне пришлось аффективно пережить ужасающие аспекты садизма г-жи В., которые она должна была или отщепить, или спроецировать, чтобы отыграть некоторые из ее перверсных употреблений своего сексуального партнера. Извращения и садизм так свирепствовали в психотическом мире концлагеря, что для г-жи В. было невозможно признать эти аспекты своей личности.

Связь г-жи В. оборвалась так же внезапно, как и началась. В сексуальном отыгрывании словно не только реактивировались, но и были проработаны запретные желания и фантазии ее детства. Игра восстановила ее ощущение своей взрослой идентичности. Она смогла оплакать смерть своей семьи и применить свою вновь обретенную способность к творчеству. Скорбя по своим погибшим родным, г-жа В., которая никогда прежде не занималась литературным трудом, написала трогательную книгу о своем детстве, счастливой жизни в родной деревне и о пережитом во время Катастрофы, где погибли столь многие любимые ею. Скорбь о них словно помогла ей возродить их к жизни в своей книге. Г-жа В. и сейчас ведет жизнь жены, матери и бабушки, но больше ничего не пишет. Она больше не существует в двойной реальности, но ее страшное прошлое никогда не будет забыто, несмотря на анализ ее внутренних конфликтов.

* * *

Вторую пациентку, г-жу С, направили ко мне после серьезной суицидной попытки, после которой она была госпитализирована и находилась на лечении в психиатрической клинике.

Детство г-жи С. было трудным. Она родилась через несколько месяцев после смерти отца. Мать немедленно вышла замуж снова. Отчим оказался психически неуравновешенным человеком, подверженным взрывам иррациональной ярости, но всегда был любящим и добрым к своей маленькой падчерице. Ее строгая, беззубая бабушка (по материнской линии) ухаживала за ней и вырастила ее, требуя, чтобы она была очень хорошей, послушной, чистенькой девочкой. Мать г-жи С. была портнихой и прилежно трудилась, чтобы им хватало на жизнь. Она не выражала открытой физической привязанности к дочке, но шила ей красивые платья, в которых та кокетливо вертелась перед восхищенной публикой — мамой, бабушкой и девушками-подмастерьями. Красивая умная девочка хорошо училась в школе и была артистически одаренной: пела, развлекала окружающих. Однако когда ее переполняли фрустрация, гнев, отчаяние (чувства, которых она не смела показывать матери и бабушке, обязанная оставаться для них красивой и красиво одетой куклой), г-жа С. бежала на кладбище и рыдала на могиле отца. В ее фантазии отец был теперь у Бога и смотрел на нее с небес, понимая ее чувства, которых не поняли бы дома, защищая и оберегая ее. Она вышла замуж очень рано и уехала, чтобы избавиться от родительских ссор и стыда за все более очевидную болезнь отчима.

Несмотря на то что весь быстро пролетевший год короткого брака им с мужем пришлось делить спальню с его матерью, г-жа С. позволяла своему юному мужу наслаждаться ее телом и однажды испытала оргазм. Когда мужа забрали, г-же С, которая была прилежной и ценной работницей, было позволено остаться на своем рабочем месте до тех пор, пока евреев не собрали в гетто. Следовательно, у нее было время научиться рассчитывать свои силы, прежде чем ее отправили в Аушвитц. Она научилась еще и жить уединенно, скрытно и действовать независимо. Может быть, это трудное детство помогло ей стать сильной, когда на нее обрушился сокрушительный удар бедствий. До него г-жа В. не достигала еще этой стадии независимости в своем жизненном цикле.

Когда великодушный наниматель г-жи С. уже не осмеливался держать ее, она вернулась к родителям в гетто. Не в силах вынести психоз отчима и постоянные ссоры родителей, она отправилась жить к тетке. Впоследствии она не могла простить себе, что не отправилась в Аушвитц с матерью, чтобы умереть вместе с ней, хотя прекрасно знала, что

по прибытии в концлагерь стариков отделяли от молодых и убивали. Когда г-жа С. сама оказалась в Аушвитце, один из охранников ударил ее в челюсть, и с тех пор ее часто мучила зубная боль. Рентген показывал, что у нее была там незначительная трещина, но терапия обнажила более глубокое, психическое значение ее физической боли. В Аушвитце г-же С. удалось удержать часть ее наблюдающего Эго, что позволило ей избежать психической смерти, жертвой которой стала г-жа В. Она сохраняла свое ощущение Собственного Я, продолжая быть прилежно работающей молодой женщиной, покорной любому начальству, и имея единственную близкую подругу, с которой они друг о друге по-матерински заботились. Кроме того, она оставалась чистой и аккуратной, обменивая драгоценный кусок хлеба на чистую арестантскую одежду. И все-таки она чувствовала себя мертвой. Так можно было аффективно избежать страха, отчаяния и мук, хотя иногда она и обращалась с молитвой к своему отцу, когда ей случалось поглядеть на небо. Но теперь она должна была признать смерть своих детских фантазий о том, что он или сам Бог придут к ней на выручку.

Так г-жа С. и выжила в Аушвитце, где погибли ее родители и большинство родных и друзей. После освобождения она добралась до родного города, надеясь найти там любимого мужа. Но постепенно вернулись все, кто уцелел, и рассудком г-жа С. должна была принять свою утрату и то, что ей надо найти другого мужчину, отца для ребенка, которого она безумно хотела. Она была чрезвычайно красива, пользовалась успехом и в конце концов вышла замуж — за мужчину, который потерял свою первую жену и ребенка. Она выбрала его за надежность и физическую смелость, а более всего — за способность быть сильной патерналистской фигурой. У них родился только один ребенок, сын. «Я потеряла себя в Аушвитце», — сказала она мне позднее, и это действительно было психологически истинно, так как она продолжала существовать как прилежная, честолюбивая жена и мать, но аффективно жила только жизнью лелеемого единственного ребенка. Ее сын родился недоношенным и был болезненным, хрупким созданием, с которым г-жа С. нянчилась бесконечно, словно символически возвращая к жизни мертвого. Можно заключить, что бессознательно сын стал для нее заменой идеализированного первого мужа.

Когда в ее стране после очередного вторжения произошла революция, г-жа С. с семьей спаслась бегством в Англию. Она продолжала выполнять функции прилежной работницы, которая всех веселит и развлекает, а дома посвящает себя мужу и сыну, содержа все и всех в неверо-

ятной чистоте. В частности, каждый день все одевались во все чистое, словно это было конкретным доказательством, что они не в концлагере.

Г-жа С. сломалась, когда ее сын решил жениться, причем очень рано, и не на еврейской, а английской девушке. Она ощущала это как нарушение собственного долга перед убитой семьей, словно она не может теперь, через своего сына, заместить погибших. У нее началась жестокая депрессия, она страдала от нестерпимой боли в челюсти и в верхних зубах. Некомпетентный зубной врач удалил ей большую часть ее здоровых зубов, но боль не уменьшалась. Г-жа С. подчинялась без слова протеста грубому лечению и пыталась носить протез, который тоже причинял ей острую боль. Позднее, при анализе, мы поняли, какие эмоциональные переживания лежали в основе ее зубной боли. Вслед за тем г-жа С. совершила серьезную суицидную попытку, была госпитализирована и лечилась у психиатра. Потом ее направили ко мне.

Наша совместная работа не была основана на житейских взаимоотношениях, в которых базальное доверие установилось много лет назад, и потому начало ее анализа было совершенно иным, чем в случае г-жи В. Г-жа С, миниатюрная, чрезвычайно привлекательная и очень следящая за собой женщина, выглядела много моложе своих лет и всегда являлась на сеанс в сопровождении друга, который оставлял ее у меня, а потом заходил за ней. Прошло несколько месяцев, прежде чем она почувствовала себя в безопасности в лечебном союзе со мной настолько, чтобы приходить на сеансы без сопровождения. Между ней и ее другом не могло быть сексуальных отношений, он был импотентен, но он оберегал ее и был добрым. Мужу г-жи С. не было позволено привозить и забирать ее. Позднее в ходе анализа мы поняли значение этого конкретного, телесного воплощения второго мужчины.

Г-жа С. не могла лечь на кушетку и все время сидела напротив меня, напряженно глядя мне в лицо, следя за моей реакцией на ее рассказ. Тогда-то я и поняла, что читать документы, касающиеся Аушвица, и говорить с живым свидетелем — аффективно совершенно разные вещи. Мое естественное сочувствие к женщине, проявившей столько силы, к женщине, чья жизнь в то же время вместила столько боли, помогло мне принять то, как г-жа С. структурировала анализ, и не относить это к сопротивлению, которое следует преодолеть в интересах проработки проблем пациентки. Мой аффективный ответ на ее историю, которую она рассказывала так спокойно, словно все это происходило с кем-то другим, был мучительным. Я чувствовала то горе и жалость, то ужас и гнев на бессмысленную лагерную жестокость, бесчеловечность и унижения. Но я не

была всецело или беспомощно переполнена моими переживаниями, как это произошло при анализе г-жи В., я смогла сохранить мое аналитическое Собственное Я, как и г-жа С. сохранила в лагере часть своего наблюдающего Эго.

Позже мы совместно признали, что г-же С. было необходимо сперва проверить мою способность аффективно выражать то, что она не могла позволить себе выразить, и увидеть конкретно мою аффективную реакцию, а также мою способность выносить (терпеть) складывающуюся ситуацию. Только после этого мог продолжиться наш анализ. То, что могло показаться сопротивлением, было, в действительности, начальной фазой лечения. Классическая аналитическая работа с интерпретацией бессознательного материала, желаний и фантазий, как и работа с переносом, в это время была невозможна. Существенным было то, что я приняла реальность концлагеря: это было необходимым условием, прежде чем мог установиться какой-либо лечебный союз или сделаны какие-либо попытки интерпретировать и прорабатывать конфликты пациентки.

Г-жа С. избегала сновидений. Она либо не спала всю ночь, приводя в порядок содержимое ящиков в спальне или играя с украшениями, как маленькая девочка, либо принимала сильное снотворное и проваливалась в сон без сновидений. Сновидения, воспоминания и сопровождающий их аффект раздирали ей душу, и их следовало избегать любой ценой. Однако поскольку терапия требует переживания аффектов заново (при переносе), то наша главная работа на этой стадии протекала через аффективное переживание контрпереноса. Г-жа С, словно вновь проходила через самый ранний опыт отношений мать-младенец, когда сочувствующая (эмпатичная) мать вбирает в себя аффективное страдание младенца и осмысливает его, прежде чем оно переполнит младенца. Следовательно, именно материнский аспект моего контрпереноса привлекал г-жу С.

Стало ясно, что бессознательно некоторые из аспектов ее травматического лагерного прошлого повторились в ее втором замужестве. Мужу отводилась роль нациста-хозяина, тогда как она оставалась его трудолюбивой, покорной рабой. Г-жа С. приняла мою интерпретацию проекции ее травматической внутренней реальности на внешнюю реальность и объектные отношения. Психически она все еще оставалась в лагере с сопутствующей этому регрессией аффективных переживаний, соматизацией и вневременными, сиюсекундными конкретными мыслями. При всем том, она оставалась замечательно хорошенькой, хорошо одетой и следящей за собой женщиной, неважно, насколько сильно она

страдала психически. Мы согласились, что она заботится о своем теле так же, как заботилась о нем мать девочки. Ее тело словно все еще принадлежало матери и бессознательно служило тщательно сберегаемым мемориалом ей, так как у дочери не осталось ничего конкретного в память о матери, даже могилы, куда можно было бы прийти. А поскольку ее тело бессознательно принадлежало матери, то после рождения сына г-жа С. стала фригидной.

Когда был проработан этот материал, Это г-жи С. значительно укрепилось. Она уже могла спокойно позволить себе переживать самой свой гнев (в особенности на сына, за предательство), так как я была наготове, чтобы понять ее аналитически. Она больше не боялась, что будет беспомощно захлестнута и психически разрушена своим гневом. Проецирование на мужа и сына ослабело, так как они больше не представляли собой преследователей-охранников Аушвица. Как только она приняла свой гнев на них, она смогла также получить доступ к своей естественной щедрости и любви к ним и любить их как отдельные объекты, а не жить через них. Уменьшилась и соматизация ее душевной боли, и она позволила себе найти нового зубного врача, который принес ей значительное облегчение и зубов не удалял. Принятие факта безвестной смерти родителей включало в себя оплакивание этих фигур, принадлежащих прошлому, и принятие факта движения времени (того, что время проходит). Наша работа подошла к назначенной заранее дате ее окончания, и на последней сессии г-жа С. рассказала свое первое сновидение, которое посетило ее прошлой ночью. Она снова была в лагере, стояла в шеренге заключенных, одетая в лагерную форму. Эсэсовец проходит перед строем и говорит ей: «Если ты можешь терпеть боль, ты можешь жить». Другой эсэсовец подходит к ней, приказывает открыть рот, сует туда огромные щипцы и грубо выдергивает зуб. Боль невыносима, но она выносит ее без звука, и ее оставляют в живых. Это была наша последняя сессия, и сновидение невозможно было хорошо проработать, но стало ясно, что за выживание она считала необходимым платить телесным ущербом и болью¹⁶.

В течение следующих пяти лет г-жа С. время от времени посещала меня; к ее великой радости у нее родились две внучки и обещали стать прехорошенькими, какой была она сама. Она успешно работала в процветающем бизнесе мужа, хорошо спала, протез ей не мешал, и она поч-

¹⁶ На суде над доктором Менгеле в Иерусалиме свидетели показывали, что частью его опытов над людьми было выдергивание здоровых зубов.

ти не испытывала болезненных ощущений. Г-н и г-жа С. вели активную общественную жизнь и ездили в отпуск за границу, включая несколько поездок в свою прежнюю страну. Г-жа С, которая всегда так хотела вернуться к своим корням, теперь признала, что ее жизнь протекает в Англии, и чувствовала ее домом, где живет ее новая семья.

Неожиданно г-жа С. пришла ко мне в отчаянии. На нее обрушились два новых удара. Сын вдруг решил бросить жену и детей и развестись — у жены будто бы трудный характер. Маленькая семья г-жи С, только-только отстроенная заново, вновь рушилась. Ее душил гнев на сына, словно он был не только разрушителем ее нового мира, но и представлял собою изначальных его разрушителей. Его развод она ощущала как позор, словно он повторял ее детский стыд за позорное психотическое поведение отчима. Но она понимала также, что сын несчастен, и не могла ругать его. У нее снова началась тяжелая депрессия, суицидные и аутоагрессивные настроения, словно она пыталась уберечь сына, обращая свой гнев против себя. Вторым горем была неожиданная смерть ее второго зубного врача, которому она доверяла. Г-жа С. была в ярости (он бросил ее), но оставалась ему верна и не позволяла никакому другому зубному врачу помочь ей.

Наша предыдущая работа и прочный лечебный союз, который сформировался между нами, помогли ей открыться мне, не испытывая стыда. На этот раз г-жа С. была в контакте с собственными аффектами, которые испытывала во время сеанса. Мой контрперенос, хотя и сочувственный к ее новым утратам и боли, уже не был таким болезненно напряженным, как пять лет назад, и я могла вернуться к более отстраненной аналитической позиции. Г-жа С. больше не всматривалась в мое лицо в поисках ответа и не нуждалась в том, чтобы я испытывала ее аффекты вместо нее. Она могла теперь сама проговаривать свои чувства и получать некоторое утешение от моего ответа, так как я больше не была ни молчащим, мертвым, карающим отцом, к которому она обращалась прежде, ни молчащим Богом, который бросил ее в Аушвице.

Когда темы отвержения, позора и унижения были проработаны, несколько восстановилось душевное равновесие г-жи С, в частности, повысилась ее самоуважение. В это время ей была предписана небольшая операция. Она находилась под сильным воздействием успокаивающего когда больничная сестра отворила дверь и спросила: «Номер двадцатый, таблетки приняли?» Разгневанная и униженная таким обращением словно она опять была безымянным номером в лагере, г-жа С. вскочила с кровати и, шатаясь, поднялась по лестнице к дежурному посту где стоя-

ла ее обидчица. Она сказала ей с достоинством. «Я не как-то номер. У меня есть имя - меня зовут г-жа С». Этот эпизод говорит о том, что ее самооценка и ощущение хода времени восстановились, и лагерь остался уже до известной степени в прошлом, а не был реальностью ее настоящего.

Вслед за этим событием мы вошли в новую фазу ее лечения. Г-жа С. ощущала тесную идентификацию со своими внуками, оставшимися без отца и прилагала большие усилия, чтобы восстановить связь с ними. Несмотря на горечь невестки и ее гнев на свекровь, г-жа С. оставалась тверда и не сдавалась, как это однажды произошло. Нам стало ясно что желание г-жи С. прийти на помощь своим внукам включало в себя ее детское желание, чтобы пришли на помощь ей. Тут она впервые вспомнила что когда помогала матери успокоить отчима во время одного из его припадков ярости, кладя на него, лежащего на кровати, мокрые простыни, у нее возник почти непреодолимый импульс засунуть эти простыни ему в рот и задушить его, чтобы он перестал орать. Таким образом, ее детское желание убить его, отщепленное и вытесненное, исполнилось — в газовой камере.

Вслед за этим воспоминанием г-жа С. начала оплакивать гибель своих родителей и своего мира. Тогда-то и приснился ей сон, второй за все время лечения. Она сидит на придорожном камушке, у себя на родине. Лет ей столько же, сколько наяву. Она видит мужчину, одетого в довоенный костюм. Он идет в ее сторону с узелком за плечами. Проходя мимо нее, он оборачивается, и она видит, что это ее первый муж и ему столько же лет, сколько и ей. Она вскакивает и бежит к нему, но он со злостью наносит ей удар в челюсть, по ее больному месту, и уходит. Она бежит за ним, не обращая внимания на боль, зовет его по имени. Г-жа С. была так счастлива повидать любимого мужа, что всю ночь просидела на кухне, словно восстановила его внутри себя. Так мы увидели, что потеря первого мужа была для нее, как злобный, болезненный удар, и из ее внутреннего мира муж нигде не уходил, стараясь вместе с нею. Тело и сексуальность г-жи С. все еще бессознательно принадлежали ему — подтверждений его смерти она ведь никогда не получала. Теперь она могла начать оплакивать эту утрату.

Г-жа С. была вынуждена обратиться к новому зубному врачу. В первое посещение, стоило ему прикоснуться к ней, она почувствовала невыносимую боль и, крича, стала звать мать. Ее душили чувства утраты, боли, обобранности, и г-жа С. непрерывно плакала несколько дней, чего никогда до сих пор себе не позволяла. Она с горечью всматривалась в

свою жизнь и думала, что была лишена самого обычного счастья, хотя всегда старалась быть хорошей и исполнять свой долг.

Лечение г-жи С. вызывало сильнейшее эмоциональное напряжение и у нее, и у аналитика. Очень хотелось бы сообщить поэтому, что проработка проблем принесла ей большое облегчение. Но так не получилось. Постарев, г-жа С. все еще остается на людях оживленной красивой женщиной — она умеет ею быть. Она заботится о своем теле, следит за собой и хорошо одевается. Но она избегает общества, и к ней вернулась соматизация душевной боли. Она больше не работает и не путешествует, а при эмоциональном напряжении у нее вновь вспыхивает зубная боль. Она приходит ко мне время от времени, но старается избежать повторения сильных переживаний. Я считаю, что помогла ей только существовать, а не жить опять, и мы делим ощущение покорности судьбе¹⁷.

Заключение

Я описала некоторые долговременные последствия обширной травматизации двух женщин, выживших в концлагере. Казалось, что у них жизненные функции не были разрушены безвозвратно, и обе женщины функционировали относительно неплохо, пока не выросли и не отделились от них их дети. Эта, по своей сути естественная, стадия жизненного цикла привела к расстройству их видимой адаптации к жизни, поскольку скорбь об отделении детей вынудила их открыть глаза на разрушение их предыдущего мира, на отделение от важнейших фигур, убитых и неоплаканых, на вину за собственное выживание. Нарушения аффективной и когнитивной функций (использование конкретного мышления в противоположности метафоре, регрессия в выражении аффекта, отсутствие дифференциации душевной и телесной боли) описывают нам Кристал и многие другие исследователи. Все эти симптомы присутствовали у обеих моих пациенток в различных степенях. Ни одна из них не делилась опытом пережитого в концлагере со своими детьми и даже не говорила об этом ни с кем.

¹⁷ Шесть месяцев спустя г-жа С. сообщила мне, что вышла из депрессии и способна теперь (когда чувствует, что ее не ценят) скорее выразить гнев на семью, чем продолжать мазохистское рабство, навязанное ей Аушвитцем. Ее способность понимать и выражать собственный гнев позволила ей чувствовать себя в безопасности и вне дома, так что она планирует свой первый за много лет отпуск. Но Аушвитц все еще преследует ее.

Отрицание, вытеснение и отщепление имели результатом конкретность мышления, сильнейшее обеднение воображения и фантазии и возвращение к состоянию психической смерти, дабы избежать душных и нестерпимо болезненных чувств. Этот возврат к конкретному мышлению также сказался в начале анализа — метафора использована быть не могла. Задача проработки невыносимых переживаний пациентки и восстановление аффектов в аналитической обстановке возбудили столь же невыносимый контрперенос. Однако то, что обоим пациенткам необходимо было проверить силы аналитика и ее способность выдержать преследующий постоянно ужас (которого сами они избегали, отрицая его и отщепляя), представляется мне неизбежной и необходимой частью подготовки пациенток к психоаналитической работе. И пациенткам и аналитику было трудно в начале анализа остаться в рамках классической психоаналитической техники из-за глубинного чувства незащищенности и разрушения базального доверия у пациенток, порожденных пережитым в концлагере. Действительно, болезненные контрпереносные чувства шока и глубокого отчаяния при свидетельствах людской бесчеловечности вызвали сильнейшее желание отдалиться от пациентки эмоционально и избежать аналитической эмпатии и понимания, необходимых для проработки проблем пациентки. Однако при отсутствии сновидений и фантазий в материале пациенток я могла разделить с ними неотступно преследующую их двойную реальность и помочь им прекратить отрицание их собственных аффектов только через принятие и тщательное отслеживание моего контрпереноса.

Преимуществом г-жи В. было ее базальное доверие к моей способности успокоить ее душевную боль, основанное на успешных отношениях врач-пациент. Столь долгие отношения, как я считаю, обычно служат противопоказанием к аналитической работе, поскольку искажают и перенос и контрперенос. Тем не менее, ее доверие ко мне с давних пор и ответственность за нее, которую я давно взяла на себя, помогли нам обоим погрузиться немедленно в ту конкретную реальность, которую она не могла больше вытеснять после замужества последней дочери. Анализ, с моей точки зрения, позволил г-же В. осознать ее сильнейшую сексуальную фрустрацию, ввести в сознание долго вытесняемые компульсивные сексуальные фантазии, которые могли быть проработаны только после того, как они были экстернализованы, а сексуальная фрустрация снята непосредственным телесным удовлетворением. Я вижу в этом не сопротивление переносу, а невербальное сообщение, которое я должна была понять и отнести к нему терпимо. Это был путь к оплакиванию по-

гибших и творческому подъему.

Подобный сексуальный эпизод, по всей видимости, больше не повторялся в жизни г-жи В. Хотя ее сексуальная фантазия и содержала элементы садомазохистских фантазий вокруг первичной сцены, силу этим элементам придала юность, проведенная в мире, где сцены из самых буйных садомазохистских фантазий были обыденностью. Процесс, происходящий в подростковом возрасте (стимулирующий генитальную сексуальность), подтолкнул г-жу В. к дальнейшей идентификации с могущественным лагерным агрессором-садистом, которому ее мать, сестра и она сама вынуждены были беспомощно покоряться. Превращение пассивности в активность послужило средством «вывернуть наизнанку» ее унижение, находясь в безопасности понимающего окружения, предоставляемого анализом. Г-жа В., по-видимому, примирилась, насколько это по-человечески возможно, со своим прошлым, с тяжестью пережитого и использует свою углубившуюся идентификацию с аналитиком для того, чтобы быть надежным другом для тех, кто в этом нуждается. Но я не знаю ответа на вопрос: изменились ли ее садомазохистские идентификации и удалось ли их проработать, или же они опять отщепились и были вытеснены, и существует опасность их проявления под гнетом последующих жизненных событий-

Г-жа С, вторая пациентка, прошла подростковый период и вступила в следующую за ним фазу супружества и удовлетворенной сексуальности до Катастрофы. Трудное детство, в котором она научилась следить за собой, помогло ей сохранить себя и в лагере, а после освобождения выжить во время революции и в эмиграции. Тем не менее, за свое выживание она платила соматизацией душевной боли и мазохистским подчинением невежественному зубному врачу. За мазохистским подчинением соматической боли, от которого она не могла отказаться, таились отчаяние и вина перед мужем и родителями за свое выживание. Гнева следовало избегать любой ценой, ибо в лагере он неизбежно вел к смерти. Г-жа С. оберегала других от своего гнева конкретно — сделав свой «укус» безвредным буквально и обращая свой гнев против себя; или же она проецировала свой садизм на других, вместо того, чтобы признать его в себе как идентификацию с лагерным агрессором. Однако садизм г-жи С. бессознательно был могущественным средством причинять страдания тем, кто о ней заботился (включая врачей и аналитика), заставляя их чувствовать себя виноватыми за то, что не могут принести ей облегчение. Тем не менее, через некоторое время, когда установилось базальное доверие к зубному врачу и аналитику, г-жа С. смогла осознать свою бе-

шеную ярость на тех, кто убил ее любимых и отнял у нее молодость. Она наслаждалась семьей, работой и жизнью, пока не последовали новые удары судьбы: развал новой семьи и смерть любимого зубного врача. С возрастом, после всей боли и потерь до и после лагеря, г-жа С. словно не могла больше поверить в то, что жизнь может быть щедрой, не могла создать новую семью взамен утраченной. И все-таки теперь она может выражать гнев и не находится в полной депрессии.

Мой опыт работы со столь обширной травматизацией привел меня, в конце концов, к убеждению, что желание аналитика всемогущественно спасти и излечить тех, чья жизнь была так искорежена, может содержать в себе еще и вину за свое выживание и потребность оплакать реальность Катастрофы и всех, кого он в ней потерял. Когда эти бессознательные потребности проработаны аналитиком, напряженность контрпереноса, который столь открыто вбирает в себя проекции пациента, уже не может сохраниться. Естественная защита против принятия в себя чужой боли выступает вперед и неизбежно отдаляет аналитика от пациента. И все-таки внутренние озарения в рамках психоанализа могут помочь выжившим принять, что убийство утраченных объектов не было исполнением их инфантильных желаний. Бессознательная идентификация пациента с агрессором (убийцей) может быть изменена аналитической проработкой, если врачу хватает сил принять на себя при переносе эти мучительные роли — жертвы и агрессора. Согласившись разделить с пациентом страдания, в надежде смягчить его отчаяние, аналитик облегчает ему оплакивание Катастрофы и ее жертв. Тем не менее, исход, на мой взгляд, зависит от истории жизни пациента до лагеря и после него. И аналитик и пациент должны понимать ограниченность воздействия инсайта при столь обширной травматизации.

Глава 12

УДАР КАТАСТРОФЫ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ПОКОЛЕНИЮ

Представлено на XXXVII Международный психоаналитический конгресс, Буэнос-Айрес, июль 1991 г.

Тема моей статьи — влияние травмы, полученной родителями при Катастрофе, на следующее поколение. В некоторых семьях родители делятся пережитым с детьми, в других же — родители отрекаются от пережитого (знают и не знают о своей травме), что приводит к определенному замешательству у детей¹⁸. Это может повториться при анализе таких детей, когда в замешательство приходит аналитик: нельзя работать с тем, чего не знаешь, до тех пор, пока секрет не раскрыт.

Хотя многие европейские коллеги, спасшиеся бегством, приносили в Великобританию предупреждение о нависающей беде, никто из них не мог предвидеть размеров геноцида, разразившегося в Европе в двадцатом столетии. Приток европейских коллег обогатил Британское психоаналитическое общество: среди них был сам Зигмунд Фрейд со своей дочерью Анной. Еще раньше из Берлина приехали Мелани Кляйн, Паула Хайманн и дочь Карла Абрахама. Позднее к ним присоединились другие члены Германского Общества, и среди них — Барбара Лантос, Хильда Маас и Эдит Людовик. Из Вены приехала Эльза Хелльман. Следовательно, европейские коллеги, влившиеся в Британское Общество, могли на основании своего личного опыта знать о терроре против евреев и понимать весь ужас торжества Адольфа Гитлера. Они могли быть сочувст-

¹⁸ Они знают и не знают о родительской тайне, и у них путаница с идентификациями.—
Прим. переводчика.

вующими слушателями для беглецов и выживших. Тем не менее, эта часть аналитиков опубликовала только две статьи, касающиеся проблем выживших детей. Анна Фрейд сообщила о наблюдениях, проведенных ее сотрудниками над группой детей, заключенных в один из концлагерей и после их спасения вывезенных в Англию всей группой (А.Фрейд, 1951). Несмотря на то что некоторые дети проходили анализ у членов Хампстедской Клиники, была опубликована только одна статья Эдит Людовик Джиомрой (1963) с описанием анализа одного из них. И тем более теперь, когда представители старшего поколения давно скончались, второе поколение аналитиков (к которому я принадлежу) не обнаруживает интереса к проблемам выживших и их детей. Словно молчание, которое окутывало старшее поколение выживших и удерживало их от рассказов детям о своем прошлом, отразилось в молчании второго поколения аналитиков, которые не слышат того, о чем выжившие и их дети не могут сказать открыто. Следовательно, скорбь о шести миллионах умерших и о муках родных и близких не подвергается аналитической проработке, так как эти лица остаются тайной прошлого пациентов и их родителей.

Чудовищная травма и трагедия Катастрофы, страдания европейских евреев сказались на моем поколении — мы жили в это время. Многие выжившие, освобожденные из лагерей или прошедшие подполье, обнаружив, что их семьи больше нет, были вынуждены покинуть родную страну, где им не было места, и эмигрировать. Многие уехали в Израиль, где трагическая реальность их прошлого могла быть постепенно принята их друзьями-евреями, а их позор и потеря достоинства могли быть проработаны в идентификации с молодой и сильной нацией. Скорбь о потерях мог с ними разделить весь народ, который учредил День Памяти Холокоста, организовал музеи, архивы и воздвиг Мемориал шести миллионам замученных. Открытое признание и пациентом и врачом реальности пережитого Холокоста, эмпатия израильских аналитиков помогли многим жить вновь. Сочувствие и открытый контрперенос аналитика помогают пациенту вновь прожить травму в аналитическом пространстве с целью получить доступ к инфантильным конфликтам и эмоциям, которые им предшествовали, и достичь облегчения.

Подобной атмосферы не существовало в Великобритании, где нашли убежище многие выжившие. Не было общественного признания их трагедии; многие из уцелевших прятались и молчали. Таким образом, выжившим, их детям и психотерапевтам, к которым они обращались, не надо было прилагать особых стараний, чтобы достичь состояния созна-

ния, описанного Фрейдом (1925) как «слепота зрячего, когда он знает и в то же время не знает определенных вещей». Фрейд назвал это состояние сознания (непсихотическую форму отрицания) отречением (*die Verleugnung*). В 1939 году он писал о нем, как о полумере, в силу того, что «отречение всегда сопровождается знанием. Поэтому две противоположные и независимые установки приводят к расщеплению Эго». Баш (1983) предполагает, что при отречении, в отличие от психиатрического отрицания, забывается только значение вещей, но не их восприятие. В области между расщепленными частями сознания может развиваться состояние, близкое к психозу, откуда произрастают тайные умопостроения, фантастичные и нереальные, которые придают смысл жизни пациента. По моему мнению, это дилемма выживших. Такое состояние сознания в художественной форме описано Эли Визелем: «Начни мы говорить, мы поняли бы, что это невозможно. Пролит хоть слезу, мы всех утопили бы в ней. Люди отказывались слушать, понимать, сочувствовать. Пропать легла между нами и ими, между теми, кто выстрадал все, и теми, кто об этом читал».

Как показал мой клинический опыт, отречение препятствует общению выживших с их детьми. Ребенок выжившего может ощущать, что у родителей есть тайна, о которой никогда не говорят, но она чувствуется. Это может породить сильно сексуализированные садомазохистские фантазии, которые воплощаются в воображении во время мастурбации и разыгрываются во взрослых взаимоотношениях и в переносе и контрпереносе в аналитических отношениях. С другой стороны, многие дети выживших, любящие своих родителей, страстно желают спасти и исцелить их от боли и тоски, возместив им утрату любимых объектов. Они, следовательно, бессознательно идентифицируют себя с этими утраченными объектами или даже превращаются в них ценой собственной идентичности. Многие такие дети, не зная о тайне, все же чувствуют, что они замещают собой тех, кто погиб при Катастрофе. Бессознательно их тяготит бремя болезненного чувства долга перед родителями, чье счастье зависит от них. Они могут принять эту задачу или отвергнуть ее. Так или иначе, отделение и индивидуализация в положенное время жизненного цикла становятся труднодостижимыми.

Аналитическая работа с выжившими при Катастрофе привела меня к убеждению, что завершению горького траура (когда утраченные объекты не забыты, но о них уже не вспоминают ежедневно) мешает именно чувство вины выживших. Многие выжившие живут в двойной реальности, в которую новые объекты ассимилируются, не замещая старых. Для

этих выживших замена убитых объектов или их забывание бессознательно возбуждают чувство вины не только за то, что они убивали и хоронили их в своей фантазии, но и за то, что пережили их. Многие из выживших, чьи родные погибли при Катастрофе, страстно желали подарить здоровых детей миру, в котором больше не царят смерть, бесчеловечность, террор и садизм. Те, которые потеряли свою первую семью, вновь вступили в брак и завели других детей, испытывают особенно мучительную дилемму. Первая семья по-прежнему жива в душе уцелевшего. Вторая семья и дети только замещают первую, так как те не были оплаканы и забыты. Такие родители, следовательно, не способны обеспечить вторым детям в ранних объектных отношениях надежный фундамент безопасности и защищенности. Пережитое матерью во время Катастрофы может сказаться на ее способности сочувствовать и быть эмоционально доступной для своего ребенка. Это в особенности верно для женщин, потерявших в Катастрофе детей. Мы знаем из анализа женских сновидений, что умерший ребенок никуда не уходит из глубин сознания матери. По моему опыту, на вторых детях менее сказывается трагический опыт отца, чем матери (именно она осуществляет первичный уход за ребенком), и если при Катастрофе пострадал отец, то мать все же может обеспечить ребенку базальную защищенность.

Однако многие выжившие успешно ведут активную жизнь, несмотря на лагерное прошлое, их дети вовсе не обязательно несут на себе отпечаток трагедии родителей, и мы мало о них слышим. Психическое развитие ребенка и исход инфантильного невроза зависят не только от его психической конституции, но и от воспитывающего окружения, обеспеченного ему родителями и предыдущими поколениями. Отсюда следует, что родители, которые столько страдали — и в концлагерях, и в трудные времена после освобождения (например в тяжелых условиях лагерей для перемещенных лиц) — не только передают своим детям депрессию и вину выживших, но и ждут от них подтверждения, что все эти страдания были не напрасны (Левин, 1982). От этих детей иногда ждут исполнения всех несбывшихся родительских надежд и мечтаний, словно у детей нет отдельной личности. Большой вред наносят им патологические идентификации родителей, передаваемые детям (Барокас и Барокас, 1979). Тем самым жизнь прародителей и то, какой смертью они умерли, так же как и участь родительских братьев и сестер, формирует специфическую атмосферу раннего детства ребенка, если родители не проработали свою скорбь. Слишком многое остается невысказанным.

Живя через своих детей, родители надеются восстановить, вернуть

свою разрушенную семью и хоть как-то возместить себе ту часть жизненного цикла, которую у них отняли. Естественно, многие такие дети становятся для родителей сверхценными и их сверхопекают независимо от того, скрывают в семье тайну Катастрофы или нет. От многих детей ожидают жизни в состоянии непрерывного счастья, чтобы и родители могли быть счастливы. Нормальные колебания детского настроения, агрессия и боль детей часто не приемлются родителями. Таким образом, сильно затрудняются рост и развитие ребенка на прегенитальных фазах жизни: в силу указанных причин для него оказываются невозможными любовь и ненависть к одному и тому же объекту, враждебность и заглаживание вины, которые в конце концов приводят к формированию целостного объекта. У ребенка не создается той амбивалентности к объекту, при которой понимают и хорошие, и плохие его стороны. В тяжелых случаях эти дети могут вырасти во взрослых, которым трудно признавать собственные аффекты и контролировать их. Они прибегают для этого к первичным способам защиты, таким как отщепление и проекция на других собственных нестерпимых эмоций. Следовательно, опыт родителей осложняет ребенку дифференциацию Собственного Я и объекта, а также нормальные состояния отделения и индивидуализации, независимо от того, делились ли родители этим опытом с детьми открыто или не делились вообще. В последнем случае травма Катастрофы оказывается известной и в то же время неизвестной им. По моему впечатлению, вышеуказанные проблемы не встают у детей так остро, когда родители открыто говорят о своей жизни. Клинический опыт привел меня к убеждению, что опыт Катастрофы может остаться такой же тайной в аналитическом пространстве, как и в семье, и что обнажения столь невыносимого материала могут избегать по негласному соглашению и пациент и аналитик в совместном состоянии отречения. Вот здесь я и хотела бы обратиться к этой теме: как получается, что определенные моменты остаются невоскретыми при анализе, или же о них сознательно не рассказывают аналитику. Такой материал может быть выявлен и освобожден от искажений с пользой для пациентки, если только аналитик позволит себе услышать в материале пациентки то, в чем она не отдает себе сознательного отчета, а именно — какой удар нанесла Катастрофа ее развитию. Ценой, которую платит аналитик за попытку взяться за работу с невыносимыми для пациентки и ее семьи переживаниями, может быть столь же невыносимый контрперенос. Аналитик рискует временным расстройством собственного человеческого понимания, рискует лично испытать негативную эмпатию, какую испытывают некоторые дети вы-

живших по отношению к трагедии родителей. Может быть, аналитику придется даже пережить (и признать) нечто совсем необычное и шокирующее — она поймет, что бессознательно унижает пациентку, ибо унизить другого нам всем очень легко.

Обращаясь к клиническому материалу, иллюстрирующему избранную мной тему, я бы хотела процитировать Георга Штайнера: «Черная тайна происшедшего в Европе для меня неотделима от моей собственной личности. Именно потому, что меня там не было». Никого из моих пациентов, чьи истории я здесь привожу, «там не было». Все они родились после окончания войны. В интересной статье Надин Фреско (Фреско, 1984) приведено восемь интервью с детьми выживших. Многие из тем, затронутых ею (молчание семьи о Катастрофе, фантазии детей, незавершенная задача оплакивания), фигурировали также в материале моих пациенток и нуждались в аналитической проработке. Две мои пациентки были детьми, рожденными на замену погибшим. Все пациентки несли непосильное бремя — возместить родителям их невозместимые утраты. Неудивительно поэтому, что некоторые из них страдали от чувства вины выживших, так как они были живыми детьми, которые никогда не могли занять в родительском сознании места умерших детей и лишь напоминали им прежний объект любви. Они страдали и от не поддающегося объяснению чувства, что они самозванцы, подмена умершим детям, а между тем у них есть собственная личность и собственная жизнь. Многие чувствовали вину за свой гнев на родителей, которые столько перестрадали, и в то же время отказывались признавать своего ребенка за отдельную личность.

Клинический материал

Г-жа А. обратилась ко мне в тридцать восемь лет, хорошо понимая, что до менопаузы осталось не так уж много, а между тем у нее существует конфликт, связанный с желанием иметь ребенка. Она осознавала в себе сильное желание зачать и родить ребенка (отношения с текущим партнером были вполне удовлетворительными), но чувствовала и сильное сопротивление этому. После войны ее мать, активная участница пар-

тизанского движения, открыто рассказывала об их героическом сопротивлении нацистам и гордилась своим прошлым. Таким образом, с самых ранних лет г-жи А. Катастрофа была частью жизни семьи. Ее отец, потерявший в ней свою первую жену и четырехлетнего сына, был всегда мрачным и подавленным. Он открыто говорил, что его «настоящая жизнь» была «до Холокоста», и оба ребенка чувствовали, что он только наполовину присутствует в семье. Он говорил, что «до Холокоста» все было «как надо», и его ныне живущие дети ничего не могли сделать, чтобы все было снова «как надо». Призраки жены и ребенка всегда были рядом — он жил в двойной реальности, как многие выжившие, ибо оплакать погибших было для него все равно что убить их своими руками. Это сильно сказалось на самооценке маленькой девочки, ее сексуальном развитии и фантазиях. Однако в идентификации со своей сильной матерью она боролась за достижение профессиональных успехов. Несмотря на годы анализа в родной стране, удар Катастрофы был не понят и даже не затронут. На консультации со мной выяснилось, что она никогда не была уверена в своей женской сексуальной идентичности, а это-то и осложняло ее желание иметь ребенка. В своих фантазиях она всегда заменяла собой умершего маленького светловолосого мальчика, который делал отца счастливым. Только так могла быть восстановлена «настоящая жизнь» отца, и он опять стал бы счастлив здесь и сейчас. Эта сознательная фантазия существовала с раннего детства, но тут г-жа А. открыла ее продолжение: отец умрет, если у нее будет ребенок. Постепенно мы поняли, что если бы она позволила себе зачать ребенка и подтвердила свою женскую сексуальную идентичность, она-мальчик и часть ее отца должны были бы умереть снова. Она не могла допустить этого, так как она тогда стала бы (в фантазии) нацистом, убийцей маленького мальчика, которого она в себе берегла ради отца. Г-же А. стало легче, когда этот скрытый материал был обнаружен в аналитическом пространстве консультации. Так как она жила не в Англии, мы не смогли продолжить анализ.

* * *

У моей второй пациентки, молодой девушки Джуди, было, казалось бы, вполне счастливое детство. Ее отец эмигрировал в Америку из Восточной Европы еще до войны, а мать в Америке и родилась. Брак родителей был спокойным, но по временам отец замыкался в себе, как бы

отсутствовал. В подростковом возрасте у Джуди были значительные нарушения, и ей помог длительный анализ, в котором был проработан эдипальный и доэдипальный материал. Ее предыдущий аналитик направил ее ко мне, поскольку она собиралась в Лондон. Она была коренастой девушкой с неуклюжим телом и невыразительным лицом, и я изумилась, услышав, что она приехала в Англию учиться на балерину. Мне показалось, что у нее несколько нарушено чувство реальности в самовосприятии, и я не удивилась, узнав о ее неудаче. Тем не менее, она упорно добивалась своего. Когда образовался лечебный союз, Джуди доверилась мне в достаточной мере, чтобы поведать о некоторых странных своих действиях. В частности, живя в студенческом общежитии, где хорошо кормили, она каждую ночь, когда выключали свет, кралась вниз, во двор, где стояли помойные бачки. Она рылась в них в поисках объедков, подбирая хлебные корки и прочие огрызки, которые так же воровски, прячась в темноте, съедала. Это поведение было настолько странно, что я заподозрила психотическое отыгрывание и решила, что Джуди гораздо серьезнее больна, чем я думала вначале. Сеансы продолжались, и я начала осознавать, что про себя разговариваю не только с Джуди, но и с кем-то еще, кто проник в ее тело и ее сознание.

Это была проекция на меня собственного состояния сознания Джуди. Я не могла уже не спросить, нет ли у нее второго имени. Да, ее зовут еще Эльза, в честь молодой тети, папиной сестры, которую замучили в концлагере. Она училась на балерину и погибла в девятнадцать лет, в том самом возрасте, когда Джуди отправилась в Европу, чтобы стать балериной. Это ее мать все ей рассказала, а отец никогда не упоминал сестру или мать, участи которых он избежал, эмигрировав.

Тогда мы обе поняли, что Джуди жила в двойной реальности — своей собственной жизнью и (в фантазии) жизнью Эльзы в концлагере. Оказалось, ее принцип реальности был так же нарушен, как и ее образ своего тела, что я и отметила вначале. Странный симптом исчез после того как бессознательная фантазия была осознана и мы смогли ее проработать. Я рада сообщить, что она бросила безуспешные попытки стать балериной. То, что показалось психозом, было локальной неудачей в оценке разницы между реальностью и фантазией.

Наученная анализом своего контрпереноса, я заинтересовалась, не могла ли неудача Джуди в оценке разницы между реальностью и фантазией быть отчасти обязана вытесненной скорби ее отца о сестре, о которой он никогда не говорил. Через свой контрперенос я словно увидела приезд девятнадцатилетней Джуди в Европу глазами ее отца: как одно

целое возвращались туда его дочь и девятнадцатилетняя Эльза его фантазии. Те же явления я наблюдала у девушки, чья старшая сестра погибла в концлагере задолго до рождения младшей.

Работа с Джуди привлекла мое внимание к тому, каким ударом может стать возвращение в Европу для некоторых детей, чьи родители отсюда эмигрировали. Те же паттерны я обнаруживала и у других пациентов, чьи родители или прародители пережили Катастрофу. Их возвращение в Европу, казалось, вывело на передний план скрытые прежде аспекты их идентификации. Как указывает Блюм, ранняя идентификация основана на процессе внутренней селекции и интернализации, и на нее отчасти влияют намеки окружения (Блюм, 1986). На идентификации этих детей видимо повлияло окружение, в котором жили их родители в то время, когда они (дети) были совсем маленькими, а сами родители только недавно вышли на свободу. Они все еще были в состоянии травмы от всего вынесенного и утрат близких. Многие были в депрессии и не могли обеспечить своим детям надежные ранние объектные отношения, в которых те чувствовали бы себя в безопасности. Достаточно хорошее родительство, необходимое для здорового процесса интернализации и идентификации, было совершенно им недоступно. Когда позднее они наладили свою жизнь, то создали детям другое воспитывающее окружение, и дети смогли интернализировать более сильное ощущение идентичности. Однако, по моему опыту, архаические объектные отношения остаются скрытыми под этими верхними и более рациональными Эго-процессами и вновь проявляются в форме слабости Эго или фиксаций пациента на определенных этапах развития идентичности.

Эмоциональные шрамы Катастрофы болят не только у детей жертв и их аналитиков, но и у детей преследователей и их аналитиков. Экштедт (1986) подчеркивает важность сочувствия реальности травмы, полученной детьми преследователей. Как я описывала в другом месте (Пайнз, 1986), работа с жертвами Катастрофы и детьми выживших привела меня к тому же убеждению. Айке Хинце (1986) описала влияние реальных исторических событий на жизнь ее немецкого пациента. Экштедт (1986) пишет о воздействии на структуру личности двух молодых немцев второго поколения сильнейшей веры их отцов в нацистский «Третий рейх». Мой собственный опыт работы с пациенткой из Германии (нееврейкой), принадлежащей к моему поколению, произвел на меня большое впечатление той силой запретов и молчания, которые царят в Германии относительно событий в «Третьем рейхе», и тем, насколько трудно некоторым аналитикам услышать сообщения пациента на столь невыносимую

тому.

* * *

Г-жа Д., немка, прошла у меня короткий, но интенсивный курс психоаналитического лечения. Характерно, что она не обратилась непосредственно ко мне, а попросила мою коллегу узнать, смогу ли я принять ее. Она спряталась за чужую спину и тем самым еще до встречи со мной уже отыгрывала свою центральную тему: молчи и прячься. Г-жа Д. очень жалела (на сознательном уровне) о том, что достигла менопаузы, так и не родив детей. Она читала разные мои статьи и считала, что я смогу помочь ей оплакать детородный период ее жизни, который теперь закончился. Мы договорились, что она приедет в Лондон и мы будем встречаться дважды в день три недели. Я вначале была не очень расположена работать с этой пациенткой — у нас было разное историческое прошлое: я была внучкой жертв, а она ребенком преследователей. Я задумывалась о том, насколько сильно повлияет это прошлое на перенос и контрперенос.

Г-жа Д. оказалась высокой, крупной женщиной с чудесным музыкальным голосом. Она всегда принимала участие в любительских музыкальных представлениях и с успехом работала музыкальным терапевтом с детьми, у которых были тяжелые нарушения. Она считала, что всегда опаздывала во всем. Вот и теперь: ей хочется иметь детей, когда она уже не может забеременеть. Так как мы встречались дважды в день, лечебный союз установился быстро, и развернулась печальная повесть г-жи Д.

Она родилась в маленькой фермерской деревне в Северной Германии, где жило несколько поколений ее предков. Отец и его мать очень радовались ее рождению, но ее мать, страдавшая анорексией, проявила амбивалентность. Как узнала гораздо позже г-жа Д., ее мать отрицала свою беременность и не делала никаких приготовлений к рождению ребенка. Для бабушки же она была замещающим ребенком — у нее умерла трехлетняя дочка. Таким образом, отец и бабушка окружили ее любовью в начале жизни, компенсируя частые отлучки матери — периодически она подолгу находилась в больнице по поводу анорексии. Отца забрали в армию и отправили в Россию, когда ей было полтора года. Бабушка и мать остались на ферме. Все мужчины деревни служили в СС, но ее отец попросил о переводе в обычные войска. Девочка диктовала бабушке

письма отцу и радовалась рисункам, которые он присылал ей в ответ. Она всегда помнила о нем, именно благодаря его матери; ее собственная мать оставалась холодной и отчужденной. Когда девочке было три года, ее отца направили в местный городок, и она жила там с ним несколько месяцев, пока его не отправили в Россию. Г-же Д. всегда рассказывали, как хорошо ему в России и как русские добры к нему. Г-жа Д. повторяла это с таким жаром (как наивное дитя), что я удивилась — вроде бы в истории дела обстояли несколько иначе. Следовательно, я тоже знала, но и не знала, таким образом отрекаясь от своего знания.

Ее бабушка не ходила за покупками в магазины, конфискованные у евреев, и все они — мама, бабушка и девочка — старались быть добрыми к *Fremdarbeiter* — иностранным рабочим, то есть захваченным на войне рабам, которых посылали работать к ним на ферму. Мать предупредила ее, что она не должна никому рассказывать о том, что заключенные едят с ними за одним столом и с ними хорошо обращаются. Она не рассказывала, так же точно, как никому не говорила о жестоком ритуале, который ежедневно совершала над ней мать. В одиннадцать часов, когда все работали в поле, мать задергивала занавески и молча била ее. Девочка никогда не плакала, с молчаливым вызовом перенося страдание.

Однажды девочку сбила машина, и у нее серьезно пострадала голова. Ее увезли в больницу. Ей накладывали швы на раны без анестезии, а ее мать не сделала ничего, даже не попыталась обнять и утешить, когда дочь кричала от страха и боли. С моей точки зрения, это было началом идентификации г-жи Д. со страдающей стороной, которая не может избегнуть жестокости преследователя. Она видела, с какой жестокостью забивали животных в деревне, хотя война, бушевавшая вокруг, не доказалась до маленькой, изолированной общины. Пленные были добры к ней, делали ей игрушки, и она подружилась с маленькой дочкой одной польки, угнанной на работы в Германию. Часто они сидели вместе на крыльчке и плакали о своих отсутствующих отцах.

Все это время я не могла понять, не только куда исчезла тема бездетности, но и кого я представляю собой при переносе. Мне казалось, что я, должно быть, *Fremdarbeiter* — кто-то из пленных, или подружка, с которой они делили горе. Мы в аналитическом пространстве словно стали двумя маленькими девочками, которые знают и не знают что происходит. Вслед за этой интерпретацией г-жа Д. удивила меня, открыв тайну, которую сознательно не раскрывала до сих пор. Впервые она увидела меня во время моего доклада на крупной конференции в Германии

и с тех пор молчаливо следила за мной почти пятнадцать лет. Она больше не ездила на конференции, но разузнавала через своих друзей, куда собираюсь я, и просила их добыть для нее мой доклад. Таким образом, она отыгрывала свое детство, того ребенка, который за всеми следил, все видел и знал, но молчал. Человек, за которым она наблюдала, совершенно не знал о происходящем.

Начиная с этого момента г-жа Д. стала раскрывать и другие секреты ее детства. Она чувствовала себя очень виноватой за сознательное желание смерти матери. Когда отец вернулся из России, она рассказала ему о материнской жестокости. Он прекратил выходки жены и сказал дочке, что не раз всерьез думал о том, чтобы развестись, но остался ради нее. Начиная с этого времени она спала между родителями в их супружеской постели. Отец г-жи Д. наказывал таким способом жену, фрустрируя ее, возбуждал дочь и никому не приносил удовлетворения. У него были жуткие ночные кошмары, и часто его измученная жена по ночам уходила и бродила вокруг дома, и тогда г-жа Д. вставала и утешала ее. Так она стала матерью своей матери. Несмотря на распрю родителей, она прекрасно училась в университете, на каникулы всегда возвращаясь домой, чтобы снова лечь спать между отцом и матерью. Интеллектуально она отделилась от них, но инцестуозные чувства между нею и отцом влекли ее назад. Позднее, в своей взрослой жизни, г-жа Д. идентифицировалась со своим сердитым и причиняющим боль отцом. Несмотря на то что ее муж был утонченным человеком и любил ее, она открыто и часто заводила любовников: тем самым она спала с двумя, но переворачивала ситуацию детства, фрустрируя мужа. Подобно отцу, который путал свои идентификации в качестве отца и в качестве мужа, она путала свои. Одевалась она всегда как маленькая девочка.

Г-жа Д. снова вернулась к тому, как хорошо обращались в ее семье с пленными, как те приезжали после войны поблагодарить. Она сама ездила в гости к одному из них во Францию. Постепенно она перешла к жестокости других крестьян, не только при убое скота, но и к пленным. Потом она заговорила, как тронул ее фильм о Катастрофе, который шел в Германии тогда, когда она проходила свой первый анализ, но она не смогла поделиться своими чувствами с немецким аналитиком. Молчание обеих женщин с их общим прошлым не позволило им разделить общую боль, скорбь, стыд и вину. Я специально спросила ее, выносила ли она эту тему на анализ в Германии. Она ответила, что заводила разговор, но аналитик не поддержала его; следовательно, предмет был известен и не известен обоим.

Мне кажется, что при этом нечто было скорее отыграно, чем проговорено. Я думаю, что при переносе на немецкого аналитика повторились амбивалентные чувства, которые она испытывала к своей жестокой и садистической матери до возвращения отца: смесь вызова, гнева и страха возмездия при полном отсутствии взаимного разделения боли. Была ли польская женщина, *Fremdarbeiterin*, в тайне тем, к кому она могла обратиться за материнской лаской и утешением? Жила ли она в глубине ее души, подобно тому, как и я все эти годы присутствовала где-то на краю ее сознания, прежде чем стала нужна ей? Г-жа Д. приняла мою интерпретацию и печально сказала, что эту женщину и ее дочь услали на какую-то фабрику, и неожиданно закричала в ужасе: «Это же был Аушвиц!» Оглушенное молчание застыло в комнате, никто из нас не мог заговорить. Так всплыло тайное детское знание об Аушвице, и отщепление аффекта было пережито на сессии. Теперь она могла открыто плакать о своих погибших любимых, как я о своих. Мы поняли, что она не могла оплакивать свою бездетность, пока в глубине души таилась нескончаемая скорбь по жертвам Катастрофы, которых она знала и любила.

Заключение

На пациенток второго поколения, чьи случаи я привела в данной статье, повлиял родительский опыт Катастрофы несмотря на то, что никто из их родителей не прошел через концлагерь. Винникотт как-то написал, что «нет такой вещи, как ребенок» (Винникотт, 1965). Он имел в виду, что там, где мы видим дитя, мы видим, материнское воспитание. Следовательно, пациентки, проходившие у меня анализ, выносили в аналитическое пространство не только их собственную психопатологию, но и отцовскую и материнскую. Развитие и интеграция Эго ребенка зависели не столько от самой матери, сколько от ее причастности к Катастрофе и от того, как она справилась с этой трагедией. Тайна, вынесенная в аналитическое пространство, была аспектом идентичности пациентки, неизвестным ей самой.

Мать г-жи А. героически сражалась вместе с еврейскими партизанами. Поэтому она могла использовать свою агрессию для сопротивле-

ния бесчеловечности, для отмщения за убитых. Она, по-видимому, адекватно оплакала утрату старого мира и радовалась, создавая новый и интересный мир для себя и семьи. Но на пути полоролевой и сексуальной идентификации ее дочери встала тень ее убитого сводного брата, хотя у дочери была возможность в остальном идентифицироваться со своей сильной матерью. Мать Джуди родилась в Америке, и Катастрофа не затронула ее лично. Хотя у Джуди были и другие проблемы, нуждавшиеся в дальнейшем анализе, удар Катастрофы был очевиден в истории ее первой поездки в Европу, словно в этой поездке она прошла через драму, о которой никогда не говорили в семье. Симптом исчез после его распознавания и проработки.

Г-жа Д., пациентка из Германии, хранила тайну своей жизни, не раскрытую в предыдущем анализе, и нуждалась в том, чтобы эту тайну услышали. Увидев и услышав меня много лет назад в Германии, она, кроме того, нуждалась в том, чтобы именно со мной (в силу слабого внешнего сходства) разделить горе и боль утраты польской матери и ее дочери: ведь все это время она ждала, что они вернуться. То, что она приняла их ужасную участь и назвала ее вслух — Аушвиц, показывает, что она знала и не знала о ней. Теперь она могла оплакать их и жить дальше. Ибо пока мы отказываемся увидеть и назвать свою травму, открыть ее людям и разделить с ними свое горе, оно лежит камнем глубоко внутри нас и не может найти облегчения.

Если мы хотим добиться в результате психоанализа психологических перемен, травматические факторы жизни пациента должны оказаться в психоаналитическом пространстве тем способом, который выбирает пациент, и в рамках всемогущества пациента (Винникотт, 1975). На мой взгляд, аналитик, работая с подобными травмированными пациентами, должен работать на доверии и эмпатии не только для того, чтобы слышать, что пациент говорит, но и для того, чтобы слышать и понимать то, что выражено невербально. Так можно взрослому в пациенте научить справляться с тем, чего не сумел одолеть ребенок, поскольку родители не могли ему помочь. Идя этим путем, травму Катастрофы можно до некоторой степени обнажить и проработать при анализе. В этом случае найдет выход скорбь о потере, и тайная идентификация пациента с погибшим может быть похоронена. Тогда может идти дальше, с того места, где был задержан процесс отделения и индивидуализации. Психоанализ принес облегчение г-же А., Джуди и г-же Д.

Готовя эту статью о воздействии Катастрофы на второе поколение, я пришла, в конце концов, к выводу: здесь, больше, чем в любой другой

моей предыдущей статье, я занималась не только тем, что открывала заново историю причастности моих пациенток к Катастрофе и ее влияние на их жизнь, но и тем, что заново открывала мою собственную историю Катастрофы, как все аналитики моего поколения. Да, я тоже глубоко пронизана чувством вины выживших. Ощущение психической ответственности, важное для всех нас, было жестоко прервано не только в жизни моих пациенток, но и, в какой-то степени, в моей жизни. Убитые обычным трауром и слезами дыру в семье, прорванную историей Европы двадцатого столетия. Баш доказывает, что смысл отречения — защиты против опасностей внешней реальности и экстремальной травмы. Катастрофа была невысказана, пока не разразилась на самом деле. Истинному значению того, что было воспринято, точно зарегистрировано, было запрещено появляться в сознании обоих — и врача и пациента, по взаимному молчаливому соглашению.

Я думала, что у меня должны быть записи о пациентках, о которых шла речь в этой статье, и была удивлена, обнаружив, что их у меня нет. Поэтому то, о чем я пишу, реконструировано по воспоминаниям, более живым, чем мои воспоминания о большинстве других пациентов, так что и здесь та же ситуация — я знаю и не знаю. Интенсивные проекции на меня со стороны этих пациенток, часто вызывали у меня сильнейшее желание уйти от темы, прекратить думать и вспоминать, сбить самое себя с пути. Слово идентификация с агрессором, с которой мы так часто сталкиваемся в выживших (и так часто наследуемая), вынуждала меня попытаться убежать из душастого мира пыток и садизма, в котором они страдали сами и потом бессознательно навязали своим детям. Теперь я могу понять, почему дочери одной моей пациентки из выживших постоянно желали родиться заново: в своих фантазиях, в церемониале нового рождения; и очень неудачно вышли замуж за неевреев: тем самым они бессознательно пытались уберечь своих детей неевреев от участи семьи их матери. Ибо они знали, по страданиям своих родителей, что цена, которую мы платим за еврейскую идентификацию, включает в себя то, что мы знаем и не можем вынести — мы принадлежим к народу с долгой историей гонений и мученичества.

Катастрофа в двадцатом столетии подтвердила реальность этого риска. Если мы, в качестве аналитика, работаем с детьми выживших, мы должны также принять сильные эмоции, всегда проецируемые на нас пациентом, особенно когда молчание о Катастрофе нарушено и травма обнажена. Мы должны иметь душевную силу вынести невыносимый

контрперенос, который отражает самое что ни на есть невыносимое и тайное в каждом из нас — мучительное знание о хрупкости слоя цивилизации в человеке, того тонкого слоя, который пытается защитить нас от глубинного зла: человеческой бесчеловечности.

СЛОВАРЬ

Афаназис (aphanasis) — термин, введенный Эрнестом Джонсом для описания первичного страха утратить все сексуальные желания и способности к наслаждению.

Аффект (affect) — термин, означающий любое аффективное состояние, «сильные чувства», болезненные или приятные, неясные или четкие, проявляются ли они в форме мощной разрядки, или же в виде общего настроя человека. Аффект — качественное выражение количества энергии инстинкта или ее флюктуации.

Возмещение или репарация (reparation) — механизм, посредством которого субъект стремится исправить последствия своих деструктивных фантазий, которые у него были относительно объекта любви.

Доздипальный (pre-oedipal) — относящийся к периоду психосексуального развития, предшествующего формированию Эдипова комплекса или стадии треугольника. В доэдипальный период у обоих полов доминирует привязанность к матери.

Заполнение, захват, а также катексис (cathect (англ.), Besetzung (нем.)) — этот термин Фрейд использовал для описания количества энергии, связанной с каким-либо представительством объекта или с психической структурой.

Идеальное Я (Эго-Идеал) (ego-ideal) — инстанция личности, образующаяся из слияния нарциссизма и идентификации с родителями, их замещающими лицами или с общественными идеалами. В качестве отдельной инстанции Идеальное Я создает образец, которому субъект пытается соответствовать.

Конкретизм (concretism) — термин, означающий отсутствие метафоры в рассказе пациента — ему недоступны фантазия и мысль.

Контрперенос (counter-transference) — совокупность бессознательных реакций аналитика на анализируемого, в особенности на его перенос.

Либидо (libido) — энергия, питающая сексуальный инстинкт в соответствии с его объектом, целью и источником сексуального возбужде-

ния.

Объект (object) — психоанализ рассматривает понятие объекта с трех основных точек зрения: как то, на что направлено действие или желание; как то, что требуется субъекту для удовлетворения влечения; как то (то лицо), с чем (кем) субъект устанавливает отношения.

Объектное отношение (object-relationship) — термин, определяющий стереотип отношения субъекта к его миру. Объектное отношение может быть как ко внешнему, так и ко внутреннему объекту.

Отщепление (splitting) — термин, означающий сосуществование в глубине Эго двух установок психики по отношению к внешней реальности, в той степени, в которой это становится на пути требований инстинкта.

Отыгрывание (acting-out) — действия, в которых субъект, находясь в тисках своих бессознательных желаний и фантазий, воплощает их в жизнь с чувством, что это необходимо, нужно, и именно сию минуту, которое усиливается отказом субъекта признать источник своих действий и их повторяемость. (В отечественной литературе нередко встречается перевод термина как «отреагирование», который представляется менее адекватным, т.к. при описанных выше действиях субъект может достичь лишь временного снижения внутреннего напряжения, побуждающего его в определенных обстоятельствах вновь и вновь «играть» все тот же «спектакль». — Прим. переводчика.)

Первичная сцена (primal scene) — половой акт между родителями, который ребенок наблюдает или представляет себе на основании имеющихся у него данных и с помощью фантазии. В основном интерпретируется ребенком как акт насилия со стороны отца.

Перенос (transference) — процесс, посредством которого пациент перемещает на своего аналитика чувства, идеи и т. п., относящиеся к другим лицам своего прошлого.

Догенитальный (pre-genital) — характеризующий фазы развития либидо ребенка, предшествующие генитальной фазе, а также импульсы и фантазии идущие из этого периода.

Проекция (projection) — операция, посредством которой качества, чувства, желания и даже «объекты», которые субъект отказывается признать или отвергает у себя, исключаются субъектом у себя и приписываются им другому человеку или вещи.

Проработка (working-through) — процесс, посредством которого анализ продвигается вглубь и преодолевает порождаемое им сопротивление. Проработку следует считать родом психической деятельности

(душевной работы), которая позволяет пациенту принять определенные вытесненные элементы и освободиться от тисков механизма повтора.

Соматический (somatic) — термин, характеризующий телесные реакции субъекта.

Целостный объект (whole object) — личность, которую субъект признает за таковую и признает, что у нее такие же права, чувства и потребности, как и у него самого.

Эдипальный (oedipal) — термин, которым объединяется группа (синдромо-комплекс) во многом бессознательных идей и чувств, сосредоточенных вокруг инцестуозных фантазий, направленных на родителя противоположного пола, и конкурирующих отношений с родителем своего пола.

ЛИТЕРАТУРА

Сокращения

Annual Psychoanal.	The Annual of Psycho-Analysis
Int. J. Psycho-Anal.	International Journal of Psycho-Analysis
Int. Rev. Psycho-Anal.	International Review of Psycho-Analysis
J.Amer. Psychoanal. Assn.	Journal of American Psychoanalytic
Psychoanal. Quart.	Assotiation
Psychoanal. Study Child	Psychoanalytic Quarterly
	Psychoanalytic Study of the Child

Antony, E.J. and Benedek, T. (1970). Parenthood: Its Psychology and Psychopa-thology (Родительство: психология и психопатология). Boston, MA: Little, Brown.

Balint, E. (1973). Technical problems found in the analysis of a woman by a woman analyst (Технические проблемы анализа женщин женщиной-аналитиком). Int.J. Psycho-Anal. 54: 195 — 201.

Balint, M. (1950). Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis (Изменение лечебных целей и технических приемов в психоанализе). Int. J. Psycho-Anal. 34: 117 — 24.

Barocds, H. and Barocas C. (1979). Wounds of the fathers: the next generation of Holocaust victims (Раны отцов: следующее поколение жертв Катастрофы). Int. Rev. Psycho-Anal. 3: 331 — 41.

Basch, M. (1983). The Perception of Reality and the Disavowal of Meaning (Восприятие реальности и отречение от ее значения). Annual Psychoanal. 11: 125 — 54.

Benedek, T. (1950). Climacterium: a developmental phase (Климакс как стадия развития). Psychoanal. Quart. 19: 1 — 27.

Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase (Родительство как стадия развития). *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 7: 389 — 417.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. and Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship (Очерк психологического процесса беременности и первичных отношений мать-дитя). *Psychoanal. Study Child.* 16: 9 — 72.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations (Ощущения кожи в первичных объектных отношениях). *Int. J. Psychoanal.* 49: 484 — 6.

Blum, H. (1976). Masochism, the ego ideal and the psychology of women (Мазохизм, Идеальное Я и женская психология). *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 24 (suppl.): 157 — 91.

Blum, H. (1986). On identification and its vicissitudes (Об идентификации и ее изменениях). *Int. J. Psychoanal.* 67: 267.

Caplan, G. (1959). Concept of Mental Health and Consultation (Концепция душевного здоровья и ее обсуждение). Washington, DC: US Children Bureau.— (1961) An Approach to Community Mental Health. (Подход к душевному здоровью общества). London, Tavistock.

Deutch, H. (1944). The Psychology of Women (Психология женщины). New York: Grune & Straton.

Deutch, H. (1945). Epilogue: the climacterium, in «The Psychology of Women» (Эпилог: климакс, «Психология женщины»). New York: Grune & Straton.

Eckstaedt, A. (1986). Two complementary cases of identification (Два дополнительных случая идентификации). *Int. J. Psychoanal.* 67: 317.

Erikson, E. H. (1959). Identity and the Life Cycle (Идентичность и жизненный цикл). Issues, Monogr 1. New York: International Universities Press.

Fresco, N. (1984). Remembering the Unknown (Вспоминая незнаемое). *Int. Rev. Psychoanal.* 11: 417.

Freud, A. (1967). Comments on Trauma (Замечания по вопросу травмы), in S. Furst (ed.), *Psychic Trauma*. New York: Basic Books, pp. 235 — 45.

Freud, A. and Dann, S. (1951). An experiment in group upbringing (Опыт воспитания группы). *Psychoanal. Study Child* 6: 127 — 68; 22: 126.

Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. Postscript (Фрагмент анализа одного случая истерии. Постскрипtum). In James Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vols. London: Hogarth, 1953 — 73, vol. 7.

Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old-boy (Анализ фобии пятилетнего мальчика). S.E. 3: 148.

Freud, S. (1912). The dynamics of transference (Динамика переноса). S. E. 12: 97—108.

Freud, S. (1916—1917). The archaic features and infantilism of dreams (Архаические черты и инфантилизм сновидения). S. E. 15: 202.

Freud, S. (1925). Negation (Отрицание). S. E. 19: 235.— (1935) An Autobiographical Study. (Очерк автобиографии). S. E. 20.

Freud, S. (1939). Complementary Series (Дополнительные ряды). S. E. 23: 73.

Gampel, Y. (1982). A metapsychological assessment based on an analysis of a survivor's child», in «Generations of the Holocaust» (Метапсихологическая оценка, базирующаяся на анализе ребенка выжившей. «Поколения Катастрофы»), New York: Basic Books.

Greenacre, P. (1954). The role of transference (Роль переноса). J. Amer. Psychoanal. Assn. 2: 671 — 84.

Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis (Рабочий союз и невроз перенесения). Psychoanal. Quart. 34: 155 — 81.

Grubrich-Simitis, I. (1984). From concretization to metaphor (От конкретизации к метафоре). Psychoanal. Study Child 39: 301 — 19.

Gyomroi, E. L. (1963). The analysis of a young concentration camp victim (Анализ юной жертвы концлагеря). Psychoanal. Study Child 18: 484 — 510.

Heimann, P. (1950). On counter-transference (О контрпереносе). Int. J. Psycho-Anal. 31: 81 — 4.

Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretation (Динамика интерпретаций переноса). Int. J. Psycho-Anal. 37: 303 — 10.

Hinze, E. (1986). The influence of historical events on psychoanalysis (Влияние исторических событий на психоанализ). Int. J. Psycho-Anal. 67, 4, 459.

Hoffer, W. (1956). Transference and transference neuroses (Перенос и неврозы перенесения). Int. J. Psycho-Anal. 37: 377 — 9.

James, M. (1978). Psychosomatic symptoms as failed defence (Психосоматический симптом как неудавшаяся защита. Неопубликованная статья, представленная на Английское Совещание.)

Joseph, B. (1975). The patient who is difficult to reach, in P.Giovacchini (ed.), Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy, («Тактика и технические приемы психоаналитической терапии». Замкнутый пациент),

vol. 2 New York: Aronson.

Kestenberg, J. (1974). Notes on parenthood as a developmental phase (Заметки о родительстве как стадии развития. (Дискуссия о родительстве)) *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 23: 154 — 65. (Panel on parenthood, reported by H. Parens.)

Kestenberg, J. (1982). A metapsychological assessment based on analysis of a survivor's child, in M. Bergmann and M. Jucovy (eds), *Generations of the Holocaust*. (Метапсихологическая оценка, базирующаяся на анализе ребенка выжившей. «Поколения Катастрофы»). New York: Basic Books.

Knan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma (Концепция кумулятивной травмы). *Psychoanal. Study Child* 18.

Knan, M. M. R. (1974). La rancune de l'hystérique (Злопамятность истеричных больных). *Nouvelle Revue Psychoanalytique* 10: 151 — 8.

Knan, M.M.R. (1974). *The Privacy of the Self*. (Глубинная тайна личности). London: Hogarth.

King, P. B. (1978). Affective response of the analyst to the patient's communication (Аффективный ответ аналитика на сообщение пациента). *Int. J. Psycho-Anal.* 59: 329 — 34.

Kogan, I. (1990). Working through the vicissitudes of trauma in the psychoanalysis of Holocaust survivors' offspring (Проработка последствий травмы при психоанализе потомков выживших при Катастрофе). *Psyche* 6: 533 — 45.

Kogut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis (Самоанализ, эмпатия и психоанализ). *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 7: 459 — 83.

Krystal, H. (ed.) (1968). *Massive Psychic Trauma* (Обширная психотравма). New York: International Universities Press.

Krystal, H. (1971). Trauma (Травма), in H. Krystal and W. G. Niederland (eds), *Psychic Traumatization*. Boston, MA: Little, Brown.

Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression (Генезис и регрессия аффектов). *Annual Psychoanal.* 2: 98 — 126.

Krystal, H. (1975). Affect tolerance (Терпимость к аффекту). *Annual Psychoanal.* 3: 179 — 219.

Krystal, H. (1977). Aspects of affect theory (Некоторые аспекты теории аффектов). *Bulletin of Menniger Clinic* 41: 1 — 26.

Krystal, H. and Niederland, W.G. (1968). Clinical observations of the survivor syndrome (Клиническое наблюдение синдрома выживших), in

Krystal, H. (ed.). *Massive Psychic Trauma*.

Laufer, M. and Laufer, E. (1984). *Adolescent Developmental Breakdown*.

(Нарушение развития в подростковом возрасте). New Haven, CT: Yale University Press.

Lax, R. (1982). The expectable depressive climacteric reaction (Ожидаемая депрессивная климактерическая реакция). *Bulletin of Menniger Clinic* 46: 151 — 67.

Leboyer, F. (1974). *A Child is Born* (film) (Ребенок родился (фильм)).

Levine, B. (1982). Children of survivors of the Holocaust (Дети выживших при Катастрофе). *Psychoanal. Quart.* 52: 70.

Lifton, R.J. (1967). *Death in Life: Survivors of Hiroshima* (Смерть при жизни: выжившие Хиросимы). New York: Random House.

Limentani, A. (1977). Affects and the psychoanalytic situation (Аффекты и психоаналитическая ситуация). *Int. J. Psycho-Anal.* 58: 171 — 82.

Mahler, M. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant* (Психологическое рождение ребенка). London: Hutchinson.

Marty, P. and M'Usan, M. de (1963). *La 'pensee operateire'* (Операционное мышление). *Revue Francaise Psychoanalytique* 27: 1345 — 56.

McDougall, J. (1972). Primal scene and sexual perversion (Первичная сцена и сексуальная перверсия). *Int. J. Psycho-Anal.* 53: 371 — 84.

McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process (Психосоматика и психоаналитический процесс). *Int.Rev.Psycho-Anal.* 1: 437 — 59.

Mehra, B. and Pines, D. (1972). Study of promiscuous girls under the auspices of the Center for Adolescent Research (unpublished) (Работа с девушками, ведущими беспорядочную половую жизнь, в Центре исследований подростков (неопубликовано)).

Moses, R. (1984). An Israeli Psychoanalyst looks back in 1983, in *Psychoanalytic Reflections of the Holocaust* (Психоаналитические размышления о Холокосте. Взгляд израильского психоаналитика из 1983 в прошлое). Israel: Ktav.

Niederland, W. G. (1961). The problem of survivor (Проблема выжившего). *Journal of Hillside Hospital* 10: 233 — 47.

Notman, M. (1982). The midlife years and after (В середине жизни и после). *Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 173 — 91.

Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality (Беременность и материнство: взаимодействие фантазий и реальности). *British Journal of Medical Psychiatry* 45: 333 — 43.

Pines, D. (1980). Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference (Общение кожей: ранние кожные заболевания и их влияние на перенос и контрперенос). *Int. J.*

Psycho-Anal. 61: 315 — 23. Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion (Влияние особенностей психического развития в раннем детстве на течение беременности и преждевременные роды). Int. J. Psycho-Anal. 63: 311 — 19.

Pines, D. (1986). Working with Women Survivors of the Holocaust: Affective Experiences in Transference and Countertransference (Работа с женщинами, выжившими в лагерях уничтожения: аффективные переживания при переносе и контрпереносе). Int. J. Psycho-Anal. 67: 295 — 306.

Rapoport, R. (1963). Normal crises: Family struture and mental health (Нормальные кризисы: структура семьи и психическое здоровье). Family Process 2: 68 — 80.

Stoller, R. J. (1968). Sex and Gender (Пол и род). London: Hogarth.

Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self, in The Maturational Process and the Facilitating Enviroment (Процесс взросления в благоприятствующем окружении. Нарушения Эго в понятиях Истинного и Фальшивого Я). London: Hogarth.

Winnicott, D. W. (1975). Primary maternal pre-occupation, in Through Peadiatrics to Psychoanalysis (К психоанализу через педиатрию. Первичная материнская забота). London: Hogarth.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВСТУПЛЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЩЕНИЕ КОЖЕЙ: РАННИЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС.....	11
ГЛАВА 2. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ДИАЛОГ: ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС	27
ГЛАВА 3. БЕСПОРЯДОЧНЫЕ СВЯЗИ У ПОДРОСТКОВ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	39
ГЛАВА 4. БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАНТАЗИЙ И РЕАЛЬНОСТИ	53
ГЛАВА 5. ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И РАННЕЕ МАТЕРИНСТВО	68
ГЛАВА 6. ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.....	83
ГЛАВА 7. БЕРЕМЕННОСТЬ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И АБОРТ.....	98
ГЛАВА 8. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ	113
ГЛАВА 9. МЕНОПАУЗА.....	126
ГЛАВА 10. СТАРОСТЬ	139
ГЛАВА 11. РАБОТА С ЖЕНЩИНАМИ, ВЫЖИВШИМИ В ЛАГЕРЯХ УНИЧТОЖЕНИЯ: АФФЕКТИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПРИ ПЕРЕНОСЕ И КОНТРПЕРЕНОСЕ.....	148
ГЛАВА 12. УДАР КАТАСТРОФЫ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ПОКОЛЕНИЮ.....	169
СЛОВАРЬ	185
ЛИТЕРАТУРА	188
ОГЛАВЛЕНИЕ	194