**Страх распада**

**Д. В. Винникотт**

Предваряющее утверждение

        Мой клинический опыт привел меня недавно, как я полагаю, к новому пониманию значения страха распада.
        Моя цель – описать как можно проще это новое понимание, новое для меня и, возможно, для других, работающих в области психотерапии. Естественно, если в том, что я скажу, содержится истина, поэты уже имели с этим дело, но поэтические вспышки инсайта не освобождают нас от болезненной задачи продвижения от неведения к нашей цели шаг за шагом. Я считаю, что исследование этой ограниченной области ведет к пересмотру других проблем, которые озадачивают нас, когда мы не в состоянии работать клинически так, как нам хотелось бы. В конце я скажу, какие расширения этой теории я предлагаю для обсуждения.

Индивидуальные вариации

        Для одних пациентов страх распада имеет значение, для других – нет. Из этого наблюдения, если оно правильно, можно заключить, что страх распада имеет отношение к прошлому опыту и к причудам окружения. В то же время можно ожидать присутствия некоего общего знаменателя для такого страха, указывающего на наличие универсальных феноменов; они дают возможность каждому эмпатически знать, как это ощущается, когда один из наших пациентов показывает такой страх особенно сильно. (То же самое можно сказать о любой особенности сумасшествия сумасшедшего человека. Мы все знаем об этом, хотя эта конкретная особенность может и не беспокоить нас).

Возникновение симптома

        Не все наши пациенты, испытывающие такой страх, сообщают о нем в начале лечения. Некоторые это делают; у других защиты так хорошо организованы, что страх распада как доминирующий фактор выходит на передний план только после значительного прогресса в терапевтической работе.
        Например, у пациента могут быть различные фобии и сложно организованные способы обращения с этими фобиями, так что зависимость в переносе сначала не появляется. Со временем зависимость становится главной особенностью, и ошибки и неудачи аналитика становятся непосредственной причиной специфических фобий и, таким образом, прорыва страха распада.

Смысл “распада”

        Я целенаправленно употребил термин “распад” (срыв – breakdown), поскольку он размытый и может означать множество разных вещей. В общем, в данном контексте его можно понимать как неудачу защитной организации. Но мы тут же спрашиваем: против чего защита? Это приводит нас к более глубинному значению термина, т.к. нам необходимо использовать слово “распад”, чтобы описать немыслимое положение дел, существующее за этой защитной организацией.
        Заметим, что, хотя и полезно думать, что в области психоневрозов за защитами обнаруживается кастрационная тревога, в более психотических феноменах, которые мы и изучаем, наблюдается распад становления единого я (self). Эго организует защиты против распада эго-организации, и под угрозой находится именно эго-организация. Но эго не может организоваться против дефекта окружающей среды пока зависимость – жизненный факт.
        Другими словами, мы исследуем обращение индивидуального процесса созревания. Поэтому мне необходимо еще раз кратко описать ранние стадии эмоционального роста.

Эмоциональный рост, ранние стадии

        Индивид наследует процесс созревания. Он осуществляется постольку, поскольку существует поддерживающее окружение и настолько, насколько оно существует. Поддерживающее окружение – сложное явление и заслуживает специального изучения само по себе; его существенная особенность – то, что оно само развивается неким образом, адаптируясь к изменяющимся потребностям растущего индивида.
        Индивид переходит от абсолютной зависимости к относительной независимости и независимости. В норме развитие происходит со скоростью не превосходящей скорости нарастания сложности ментальных механизмов, связанной с нейрофизиологическим развитием.
        Поддерживающее окружение может быть описано как *холдинг* (“содержание”), развивающийся в *уход*, к которому добавляется *объектное присутствие*.
        В таком поддерживающем окружении индивид совершает развитие, которое можно классифицировать как *интеграцию*, к которой добавляется *проживание* (или *психосоматическое единство*) и, затем, *объектные отношения*.
        Это значительное упрощение, но в данном контексте этого достаточно.
        Можно будет увидеть, что при таком описании прогрессивное движение в развитии сопровождается угрозой ретроградного движения (и защитами от этой угрозы) при шизофреническом расстройстве.

Абсолютная зависимость

        Нужно помнить, что в период абсолютной зависимости, когда мать осуществляет функцию вспомогательного эго, ребенок еще не отделил “я” от “не-я”, - это не может произойти до установления “я”.

Первичные агонии

        Исходя из этой карты можно составить список примитивных агоний (тревога здесь недостаточно сильное слово). Вот несколько примеров:

        (1) Возврат в неинтегрированное состояние. (Защита: дезинтеграция.)
        (2) Вечное падение. (Защита: сдерживание себя.)
        (3) Потеря психосоматического единства, неудача проживания. (Защита: деперсонализация.)
        (4) Потеря чувства реальности. (Защита: эксплуатация первичного нарциссизма и т.д.)
        (5) Потеря способности относиться к объектам. (Защита: аутистические состояния, отношение только к я-феноменам.)
         И так далее.

Психотическое расстройство как защита

        Мое намерение здесь – показать, что то, что мы наблюдаем клинически, всегда есть защитная организация даже в случае аутизма при детской шизофрении. Присутствующая за этим агония немыслима.
        Неверно думать о психотическом расстройстве как о распаде (срыве), это защитная организация по отношению к примитивной агонии, и она обычно эффективна (за исключением случаев, когда поддерживающее окружение было скорее (мучительно) избыточным, чем дефицитарным, – возможно, худшее, что может случиться с ребенком).

Утверждение главной темы

        Теперь я могу перейти к главному утверждению, которое оказывается весьма простым. Я утверждаю, что клинический страх распада – *это страх уже пережитого распада*. Это страх первоначальной агонии, которая явилась причиной организации защит, проявляемой у пациента в виде синдрома болезни.
        Эта идея может оказаться непосредственно полезной клиницисту, а может и нет. Мы не можем торопить наших пациентов. Однако мы можем сдерживать их прогресс действительным неведением; любой маленький кусочек понимания может помочь нам соответствовать потребностям клиента.
        Согласно моему опыту, существуют моменты, когда нужно прямо сказать пациенту, что распад, боязнь которого разрушает его или ее жизнь, *уже произошел*. Этот факт скрыт в бессознательном. Бессознательное здесь не есть в точности вытесненное бессознательное психоневроза или бессознательное, понимаемое Фрейдом как часть психики, тесно связанная с нейрофизиологическим функционированием. Это и не бессознательное Юнга, которое я бы описал как все то, что происходит в подземных пещерах или (другими словами) в мировой мифологии, в которой существует связь индивида и материнских внутренних психических реальностей. В этом особом контексте бессознательное означает, что интеграция эго не способна охватить все. Эго слишком незрело, чтобы собрать все явления в области личного всемогущества.
        Здесь нужно спросить: почему пациент продолжает беспокоиться о том, что принадлежит прошлому? Ответом должно быть, что переживание первичной агонии не может уйти в прошлое до того как эго сможет сначала собрать его в переживание в настоящем и в область всемогущего контроля теперь (допуская вспомогательную, поддерживающую эго, функцию матери (аналитика)).
        Другими словами, пациент продолжает искать деталь прошлого, которая *еще не пережита*. Такой поиск принимает форму поиска этой детали в будущем.
        Если терапевт не сможет успешно работать, принимая за основу то, что эта деталь – уже свершившийся факт, пациент будет продолжать бояться найти то, что он компульсивно искал в будущем.
        С другой стороны, если пациент готов для некоего принятия странного рода истины, что то, что еще не пережито, тем не менее случилось в прошлом, тогда ему открыт путь для переживания этой агонии в переносе, в реакции на неудачи и ошибки аналитика. Пациент может иметь с ними дело в дозах, которые не чрезмерны, и пациент может рассматривать каждую техническую неудачу аналитика как контрперенос. Другими словами, пациент постепенно собирает первоначальные неудачи поддерживающего окружения в область собственного всемогущества и опыт всемогущества, который принадлежит состоянию зависимости (факту переноса).
        Все это очень трудно, требует времени и болезненно, но, независимо от времени, не бесплодно. Бесплодна как раз альтернатива, и ее мы сейчас должны исследовать.

Бесплодность в анализе

        Я должен считать гарантированным понимание и принятие анализа психоневроза. На основе этого допущения я утверждаю, что в случаях, которые я здесь обсуждаю, анализ начинается хорошо, проходит с естественными колебаниями; однако, происходит так, что аналитик и пациент посвящают много времени анализу психоневроза тогда как, фактически, расстройство психотическое.
        Вновь и вновь аналитик и анализируемый довольны тем, что они вместе проделали. Это было убедительно, это было умно, это было удобно из-за неявного соглашения. Но каждое такое “преимущество” оборачивается провалом. Пациент прерывает и говорит: “Ну и что?” Фактически, преимущество не было преимуществом; это был новый пример того, как аналитик играет в игру пациента – откладывание главного вопроса. Да и кто может упрекнуть как пациента, так и аналитика (если, конечно, аналитик не играет, заменяя работу с психозом маневрами с психоневрозом, надеясь впоследствии избежать ловушки при помощи некоего фокуса судьбы, типа смерти одного из них или финансовой неудачи).
        Мы должны допускать, что и пациент, и аналитик на самом деле хотят завершить анализ, но, увы, окончания не будет, если не достигнуто дно пропасти, если *то, чего боишься*, не *было пережито*. И, действительно, один способ выхода для пациента – пережить распад, срыв (физический или психический), и это может замечательно сработать. Однако, это решение не достаточно хорошо, если не включает аналитическое понимание и инсайт со стороны пациента, и, к тому же, многие пациенты, которых я имею в виду, – люди значимые и не могут позволить себе такой срыв, в смысле прохождения психиатрической госпитализации.
        Цель этой статьи – привлечь внимание к возможности, что распад уже произошел в самом начале жизни индивида. Пациенту нужно “вспомнить” это, но невозможно вспомнить то, что еще не произошло, а это событие в прошлом еще не произошло потому, что пациента, с которым это произошло, там не было. В таком случае, единственный способ “вспомнить” для пациента – это пережить прошлое событие впервые в настоящем, то есть, скажем, в переносе. Тогда прошлое и будущее события случаются здесь-и-теперь и впервые переживаются пациентом. Это эквивалентно воспоминанию, и результат эквивалентен возвращению вытесненного, которое происходит в анализе психоневротического пациента (классический фрейдистский анализ).

Дальнейшие приложения этой теории

*Страх смерти*

        Нужна лишь небольшая модификация, чтобы распространить этот общий тезис относительно страха распада на специфический случай страха смерти. Возможно это более общий страх, тот, что включается в религиозные учения о жизни после смерти как будто для того, чтобы отрицать сам факт смерти.
        Когда страх смерти – очень значимый симптом, обещание жизни после смерти не приносит облегчения по причине того, что для пациента характерно неудержимое стремление к поиску смерти. И снова – он или она ищет смерти, которая произошла, но не была пережита.
        Когда Китс был “почти влюблен в успокоительную смерть”, он, согласно выдвигаемой идее, стремился к покою, что наступил бы, если б он мог “вспомнить” как умирал; но, чтобы вспомнить, он должен был бы пережить смерть теперь.
        Большинство моих идей инспирированы пациентами, нужно отдать им должное. Так одному из них я обязан фразой “феноменальная смерть”.То, что случилось в прошлом, было смертью в смысле феномена, но не в смысле наблюдаемых нами обычно фактов. Множество людей проводят свои жизни, надеясь найти решение при помощи самоубийства, то есть, посылая тело на смерть, уже случившуюся психически. Суицид, однако, не ответ, но жест отчаяния. Теперь я впервые понимаю, что имела в виду моя пациентка с шизофренией (покончившая с собой), говоря: “Все, что я вас прошу сделать, – это помочь мне совершить самоубийство по правильной причине вместо неправильной.” Я не преуспел, и она покончила с собой, отчаявшись найти решение. Ей нужно было (как я теперь понимаю), чтобы я сказал, что она умерла в младенчестве. На этой основе, я думаю, мы вместе помогли бы ей отложить телесную смерть до того, как старость взяла бы свое.
        Смерть, рассматриваемая как нечто, случившееся с пациентом в прошлом, но не пережитое им ввиду незрелости, понимается как аннигиляция. Таким образом, развивается паттерн, при котором протяженность бытия прерывается инфантильными реакциями пациента на вторжение, то есть на те факторы окружающей среды, к вторжению которых привели неудачи поддерживающего окружения. (В этом конкретном случае проблемы пациентки начались очень рано, в результате материнской паники преждевременное осознание пробудилось до рождения, к тому же рождение было осложнено недиагносцированным неправильным предлежанием плаценты.)

*Пустота*

         Снова мои пациенты показывают мне, что концепцию пустоты можно тоже рассматривать через те же очки.
        Некоторым пациентам нужно пережить пустоту, и эта пустота принадлежит прошлому, времени до того, как была достигнута степень зрелости, необходимая, чтобы эту пустоту пережить.
        Чтобы понять это, нужно думать не о травме, а о том, что ничего не происходит, когда может произойти что-то значительное.
        Пациенту легче вспомнить травму, чем то, что ничего не случилось, когда могло сучиться. В то время пациент не знал, что могло произойти, таким образом, не мог пережить что-либо, мог лишь заметить, что могло быть что-то.

*Пример*

        Одна фаза в лечении пациентки иллюстрирует сказанное. Эта молодая женщина, бесполезно лежа на кушетке, могла сказать только: “В этом анализе ничего не происходит!”
        На той стадии, что я описываю, пациентка обеспечивала косвенный материал, так что я мог понять, что, возможно, она что-то чувствовала. Я был способен сказать, что она чувствовала некие чувства, она переживала их как постепенно ускользающие, в соответствии с обычным паттерном, который приводил ее в отчаяние. Чувства были сексуальными и женскими. Они не проявлялись клинически.
        Здесь-и-сейчас в переносе я (практически) был причиной того, что ее женская сексуальность выдыхалась; когда это было целенаправленно проговорено, у нас в настоящем оказался пример того, что с ней происходило множество раз. В данном случае (упрощая для краткости описания) у нее был отец, который сначала практически отсутствовал, а затем, придя в дом, когда она была маленькой девочкой, не желал женского я (самости) своей дочери и не обеспечивал мужских стимулов.
        Далее, пустота – это условие для желания вобрать. Первичная пустота означает просто: до начала заполнения. Чтобы это состояние было осмысленным, нужна значительная зрелость.
        Пустота, встречающаяся в лечении, – это состояние, которое пациент пытается пережить, прошлое состояние, которое нельзя вспомнить, а только пережить впервые теперь.
        На практике трудность состоит в том, что пациент боится ужасов пустоты и в качестве защиты организует контролируемую пустоту, отказываясь от еды, не обучаясь или, наоборот, заполняясь с навязчивой жадностью, которая кажется патологической. Когда пациент может сам достичь пустоты и выдержать это состояние, пользуясь зависимостью от вспомогательного эго аналитика, тогда вбирание может начать становиться функцией удовольствия; принятие пищи не как функция диссоциированная (или отщепленная) как часть личности; таким же образом некоторые наши пациенты, неспособные учиться, могут начать учиться с удовольствием.
        Основа всего обучения (так же как принятия пищи) – пустота. Но если пустоту не пережить как таковую вначале, она оборачивается состоянием, которого боишься, но, в то же время, навязчиво ищешь.

*Несуществование*

        Таким же образом можно рассмотреть поиск личного несуществования. Можно обнаружить, что несуществование здесь – часть защиты. Личное существование тогда представлено элементами проекции, и человек пытается проецировать все, что может быть личным. Это может быть относительно изощренной защитой, цель ее – избегнуть ответственности (в депрессивной позиции) или избежать преследования (в том, что я бы назвал стадией самоутверждения, то есть стадией *Я есть* с непременным следствием *Я отвергаю все, что не я*). В качестве иллюстрации здесь удобно использовать детскую игру “Я – король замка, ты – грязный мошенник”.
        В религиях эта идея может проявляться в концепциях единства с Богом или вселенной. Можно увидеть как эта защита отрицается в экзистенциалистских работах и учениях, где существование превращается в культ, в попытку преодолеть личную тенденцию к несуществованию, которая является частью организованной защиты.
        Во всем этом может быть позитивный элемент, не являющийся защитой. Можно сказать, что *только из несуществования возникает существование*. Удивительно, как рано (еще даже до рождения и, определенно, во время процесса рождения) может быть мобилизовано осознание преждевременного эго. Но индивид не может развиваться из корня эго, если тот не связан с психосоматическим опытом и первичным нарциссизмом. Именно здесь начинается интеллектуализация эго-функций. Нужно заметить, что все это происходит на значительном расстоянии во времени до установления чего-либо, что можно осмысленно назвать Я.

Резюме

        Я попытался показать, что страх распада может быть страхом прошлого события, которое еще не было пережито. Потребность пережить его эквивалентна потребности вспомнить в терминах анализа психоневроза.
        Эту идею можно приложить к другим соответствующим страхам, я упомянул страх смерти и поиск пустоты.