http://koob.ru

ВИЛЬГЕЛЬМ РАЙХ
АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА

УДК 820(73)
ББК 84(7 США) Р 12
Р 12

Wilhelm REICH
CHARACTER-ANALYSIS
Перевод с английского Е. Поле
Под редакцией С. Бобко и В. Ряшиной
Разработка серийного оформления художника В. Щербакова
Серия основана в 1999 году

Райх Вильгельм
Анализ характера: Пер. с англ. Е. Поле. — М: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 528 с. (Серия «Психологическая коллекция»)

ISBN 5-04-004421-6

Вильгельм Райх (1897—1957) — одна из самых сложных и противоречивых фигур в истории психологии, отступник и приверженец в одном лице фрейдовского психоанализа. Его книга «Анализ характера», где подробно изложена созданная им психотерапевтическая техника характерных сопротивлений, принесла автору всемирную известность и открыли новую эпоху психоанализа. Работа повествует о том, как, определяя характерные установки, позы и характерологический «панцирь» человека, проникнуть и противоречивый и скрытый мир его психики.

УДК 820(73) ББК 84(7 США)
ISBN 5-04-004421-6

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

Второе издание этой книги (1945) было быстро распродано, и огромная потребность в ней в течение двух лет оставалась неудовлетворенной. Наше издательство было занято подготовкой к выходу в свет книги, посвященной новой оргонной биофизике («Открытие оргона», т. II: «Раковая биопатия», 1948). Более того, у меня были колебания по поводу нового издания «Анализа характера». Эта книга все еще включает в себя психоаналитическую терминологию и психологическое описание неврозов. За пятнадцать лет, со дня первой публикации, я пересмотрел картину эмоционального заболевания. С тех пор произошло много важных изменений: «характер» стал термином, обозначающим типичное биофизическое поведение. «Эмоции» все больше и больше обретали смысл проявлений ощущаемой биоэнергии, организмической оргонной энергии. Мы постепенно научились практически овладевать ею с помощью того, что теперь называется «медицинской оргонной терапией». В предисловии ко второму изданию я отмечал, что анализ характера все еще эффективен в области глубинной психологии, где он возник и которой все еще принадлежит. Мы больше не практикуем анализ характера так, как он описывается в этой книге. Однако в определенных ситуациях мы все еще пользуемся характерно-аналитическим методом; мы все еще исходим из характерных позиций и движемся к глубинам человеческого переживания. Но в оргонной терапии мы работаем биоэнер-гетически, а не психологически.

Почему же третье издание имеет то же содержание? Важной причиной является то, что читателю не так просто найти путь к пониманию оргономии и медицинской оргонной терапии, не ознакомившись с ее развитием, начало которому двадцать или двадцать пять лет назад положило исследование эмоциональной патологии человека.

И хотя анализ характера по-прежнему эффективен и используется в психиатрии, он далек от того, чтобы в достаточной степени справиться с биоэнергетическим ядром эмоционального функционирования. Для медицинских оргонных терапевтов, которые, не изучив психоанализ, в 1940-е годы направленно занялись оргонной биофизикой, он необходим. Психиатр, который не знаком с биоэнергетическим функционированием эмоций, может упустить из виду организм как таковой и завязнуть в психологии слов и ассоциаций. Он не найдет своего пути к биоэнергетическому фону и истоку любого типа эмоции. И, напротив, оргонный терапевт, умеющий рассматривать пациента прежде всего как биологический организм, может легко забыть, что, кроме мышечного панциря, телесных ощущений, оргонотических потоков, приступов аноргонии, диафрагмальных и тазовых блоков и т. д., существует обширное поле деятельности: это могут быть супружеские проблемы, специфические искаженные представления о генитальных функциях, характерных для подростков; некоторая социальная незащищенность и тревога; бессознательные интенции; рациональные социальные страхи и т. д.

«Психическая сфера» эмоций гораздо уже, чем их «биоэнергетическая сфера», однако определенные заболевания, такие, как вази-кулярный гипертонус, невозможно преодолеть психологическим путем. Несмотря на то что язык и мысленные ассоциации не могут проникнуть дальше уровня речевого развития, то есть второго года жизни, психологический аспект эмоционального заболевания по-прежнему важен и незаменим, но не является определяющим аспектом оргономической биопсихиатрии.

Третье издание «Анализа характера» значительно расширено и дополнено. Я добавил главу «Эмоциональная чума», которая до этого публиковалась в виде статьи в журнале* в 1945 году. Статья «Выразительный язык живого» прежде не публиковалась. Она затрагивает сферу биофизических эмоциональных проявлений, то есть главной сферы медицинской оргонной терапии. И наконец, подробно изложенный случай параноидной шизофрении введет исследователей человеческой природы в новое поле биопатологии,

* International Journal of Sex-economy and Orgone Research.

возникшее лишь несколько лет назад, когда была открыта организмическая оргонная энергия (биоэнергия). Эта история болезни расскажет читателю, что организмическая оргонная энергия является физической реальностью, соответствующей классической психологической концепции «психической энергии».

Старый термин «вегетотерапия» заменен термином «оргонная терапия». В остальном структура книги осталась прежней. Она отражает суть первого шага, предпринятого с 1928 по 1934 год, шага от психоанализа к биоэнергетическому изучению эмоций (оргонной биофизике), и заслуживает внимания.

Открытие атмосферной (космической) оргонной энергии форсировало пересмотр наших основных физических и психологических концепций. Данная книга не об этом. Понадобится много лет напряженной работы, чтобы разъяснить главные направления, которые сформировались после открытия оргона. Такие аспекты, как «идея психики», к примеру, предстают сегодня благодаря результатам оргономических экспериментов совсем в ином свете. Но это не отвлекает психотерапевтов и оргонных терапевтов от повседневной задачи работы с эмоционально больными людьми. В настоящее время важно то, что открытие универсальной первичной оргонной энергии бросило вызов естествоиспытателям и натурфилософам.

В. Р.
Декабрь, 1948

http://koob.ru

ПРЕДИСЛОВИЕ ПЕРЕВОДЧИКА ВТОРОГО ИЗДАНИЯ

Публикация в 1933 году «Анализ характера» Райха стала вехой в развитии психоанализа. В то время как психоанализ все больше и больше вовлекался в метапсихологические спекуляции, это была книга, основанная на психоаналитических принципах и скрупулезных клинических исследованиях. Она стала первым реальным шагом как теоретически, так и практически за пределы привычного симптома — интерпретационного анализа.

Теоретически она выделила концепцию «характера» из сферы философии морали и сделала его объектом научного исследования. В то время психоанализ лишь исследовал исторический фон некоторых индивидуальных черт характера. «Характер» как таковой считался нежелательным дополнением и рассматривался, скорее, как «плохой» или «хороший» в обычном смысле, нежели исследовался с научной точки зрения. Научной характерологии, которая могла бы ответить на вопросы об устройстве и функционировании характерной формации и условиях дифференциации характера, то есть развитии разных типов характера, еще не было.

С точки зрения практики новые проникновения в функцию характера, несомненно, привели к фундаментальным изменениям техники терапии. От материала бессознательного, получаемого путем «свободных ассоциаций», акцент сместился на характер пациента, то есть на «характерное»[*] поведение, которое служит защитой от аналитического инсайта и материала бессознательного. Важность такого технического изменения была признана только теми терапевтами, которые сами прошли анализ характера и использовали эту технику в собственной практике. Это позволило проводить лечение пациентов, которые прежде его не принимали. Это положило конец вялотекущим анализам, длящимся многие годы, в частности, анализам компульсивных неврозов, когда изобилие бессознательного материала выплескивалось, не принося никакого терапевтического результата, поскольку анализ не мог мобилизовать аффекты пациента, закованные в характерный панцирь, из которого их могла высвободить только характерно-аналитическая техника. Она устранила отговорку, что «пациент не хочет выздоравливать» из-за «присутствия бессознательной потребности быть наказанным» или из-за «инстинкта смерти», и т. д., поскольку теперь подобное явление можно было понять и преодолеть.

Книга была встречена многими терапевтами с энтузиазмом. Ее технические инструкции были названы одним из «самых четких и наиболее недвусмысленных вкладов, какие только встречались в психоаналитической литературе... лучшим и максимально зрелым, какой только можно сделать в психотерапию». «Судя по пылу, с которым книга и идеи Райха были восприняты молодыми немецкими аналитиками, это желание [технического совета] действительно было очень сильным». Тем не менее если вспомнить психоаналитические публикации и разговоры с психоаналитиками, то они указывают на слабое понимание реального анализа характера. Главная причина здесь в том, что невозможно — как это пытались сделать многие — принять и применить анализ характера, не приняв теорию оргазма. Кто-то, подобно многим психоаналитикам, может заявить: «Да, анализ характера хорош, а теория оргазма — несостоятельна». Поскольку терапевтическая цель анализа характера, несомненно состоит в установлении оргастической потенции, то это подразумевает неразделимость анализа характера и теории оргазма. Да, концепции «оргастической потенции» и «оргастической импотенции» до сих пор не отыскали себе путь в психоаналитическое мышление в достаточной степени, человек все еще считается «потентным», если он способен к эрекции и эякуляции.

---

[*] Далее в слове характерный — ударение на втором слоге. — Прим. пер.

Можно часто услышать высказывание, что теория и практика не обязательно неразделимы, что кто-то может придерживаться какой-то теоретической концепции и при этом пользоваться на практике чем-то другим. Это опасное заблуждение и самообман. Если кто-то не принимает теорию оргазма, если он не понимает, что основой невроза является застой энергии, вызывающий импотенцию, то это неизбежно отражается на практике. В этом случае практической целью терапии не становится установление оргастической потенции, и тогда высвобождаемой в ходе терапевтического процесса сексуальной энергии приходится искать себе иной выход. Это в свою очередь неизбежно влечет за собой формулировку соответствующей теории о «сублимации» и «отказе». Теория и практика столь же неразрывны, сколь неразрывна теория оргазма и анализ характера. Подобное «принятие» анализа характера заслуживает специального упоминания, поскольку, по сути дела, является использованием обозначения «анализ характера» применительно к технике, которая вообще не имеет к нему отношения. Это коварный способ обхождения с новыми открытиями. В истории науки известно множество подобных примеров*.

Эти заметки объясняют, почему данная книга стала вехой в развитии психоанализа. Кроме того, это еще и веха в развитии сексуальной экономики. Книга появилась в то время, когда в Европе окрепло национал-социалистическое движение. Как и многие прежние публикации Райха, она увидела свет в издательстве Международной психоаналитической ассоциации**. Книга уже была готова к печати, когда Гитлер пришел к власти. Ассоциация отказалась ее печатать под предлогом того, что Райх был достаточно известен как антифашист. В это же время ассоциация планировала исключение Райха из своих рядов, что и произошло в следующем, 1934 году. Первое издание его книги «Психология масс и фашизм» появилось в 1933 году, а второе — в 1934-м. Это же время стало поворотным моментом в сексуальной экономике, поскольку произошел прорыв от психологии к биологии. Теоретическая необходимость такого прорыва была сформулирована Фрейдом, а ее практическую реализацию Райх описал в книге «Функция оргазма» еще в 1927 году, впервые обозначив связь между сексуальностью и тревогой, с одной стороны, и вегетативной нервной системой — с другой. Таким образом, это было не внезапным изменением концепции, а результатом постепенного развития, которое после «Анализа характера» стало уже не психологическим, а биологическим, точнее говоря, биофизическим.

Развитие на протяжении последних десяти лет шло так быстро, что его темп зачастую был неудобен даже тем, кто пристально наблюдал за ним. Большинству людей, не следившему за шагами этого развития, могло даже показаться, что его не так легко понять. Данное затруднение было учтено, и издание дополнили переводом «Психологический контакт и вегетативный поток», монографии изданной в 1935 году. Основное содержание «Экспериментальные результаты исследований функции сексуальности и страха», монографии, которая увидела свет в 1937-м, можно будет найти в книге «Функция оргазма», которая должна выйти в 1942 году, а основные части «Оргастический рефлекс, мышечные позы и телесные проявления», тоже опубликованной в 1937 году, излагают технику характерно-аналитической вегетотерапии. Таким образом, с учетом прежних публикаций нашего журнала, у нас накопилось достаточно материала для издания на английском языке. Появился шанс предоставить серьезную возможность изучения, по крайней мере теоретически, тех шагов, которые привели от анализа характера 1933 года к сегодняшней оргонной терапии и оргонной биофизике.

Т. П. В.
Нью-Йорк, январь, 1945

---

* См. Character-analysis, Internal. Journal of Sex-economy and Orgone-Research, 1, 1942, 90ff.
** Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

За двенадцать лет, прошедшие со времени выхода в свет первого издания этой книги, анализ характера перерос в оргонную терапию. Несмотря на то что это означает основательные изменения как концепции, так и техники, книга, впервые представленная на английском языке, выходит без изменений. Для этого есть особая причина. В то время, когда выработалась характерно-аналитическая техника — в период между 1925 и 1933 гг., — сексуальная экономика только начала свое развитие. Затем прошло несколько лет, которые позволили понять индивидуальную и социальную значимость функции оргазма, что, безусловно, оказало огромное влияние на теорию и технику психоаналитической терапии. Анализ характера, как и двенадцать лет назад, все еще функционировал в рамках фрейдовского психоанализа, в этих же рамках написана данная книга, которая остается актуальной и по сей день. Поэтому я оставил все так, как было.

Однако понимание формирования характера, особенно характерного панциря, с 1933 года продвинулось достаточно далеко. Это стало отправной точкой современной оргонной биофизики и оргонной терапии. Об этом я пишу в своей книге «Функция оргазма»* и в специальных статьях об оргонной физике. Проблема формирования характера, исходно психиатрическая, позволила приблизиться к проблемам биологической энергии и биопатии. Оргонная биофизика не опровергала и не пересматривала открытий анализа характера, она, напротив, поместила их на фундамент естественной науки.

В данное издание в качестве приложения вошел перевод монографии «Психологический контакт и вегетативный поток», при написании которой я опирался на доклад, сделанный в Люцерне на XIII конгрессе Международной психоаналитической ассоциации в 1934 году и представляющий собой переход от фрейдовской глубинной психологии к биологии, а впоследствии — к оргонной биофизике. Проблемы оргона в этой книге не затрагиваются. Однако те, кто ознакомился с моими последними публикациями, без труда обнаружат места, где оргонная биофизика встречается со структурой характера. Я постарался обратить на это внимание в примечаниях.

Исключая сексуальную экономику и теорию оргазма из организации психоаналитиков, те ее представители, которые несут за это ответственность, сами следуют ошибочным и проистекающим из их собственного плохого состояния путем, о котором я говорю. Здесь важно однозначно подчеркнуть следующее: сексуальная экономика никогда не противоречила основным научным открытиям Фрейда. Скорее, психоаналитическое движение, мотивированное ошибочными социальными соображениями, которые утратили смысл в результате социальных революций последнего десятилетия, ополчилось против сексуальной экономики. Она не соперничает с кеплеровским законом гармонии, а продолжает фрейдовский психоанализ и обеспечивает его естественнонаучным фундаментом в области биофизики и социальной сексологии. В частности, сегодня сексуальная экономика может праздновать победу, поскольку совершено открытие биологической энергии, оргона, который, согласно определенным физическим законам, представляет собой основу сексуального функционирования, впервые описанного Фрейдом. Его «психоневроз», исследуемый психологическим методом, органически соотносится с «биопатиями», изучаемыми оргонно-физическим методом.

Анализ характера, как описано в этой книге, все еще вполне эффективен в рамках глубинно-психологического понимания и тех психотерапевтических техник, которые ему соответствуют. Он так же эффективен, как вспомогательная техника биофизической оргонной терапии. Но в результате развития, произошедшего за последнее десятилетие, специалист, занимающийся сексуальной экономикой, и современный оргонный терапевт в

* The Discovery of the Orgone, Vol. l, The Function of the Orgasm (1942)

значительной степени является биотерапевтом, а не только психотерапевтом.

В. Р.
Нью-Йорк, январь, 1945

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Предлагаемое вам исследование анализа характера имеет дело с проблемами, которые я попытался изложить девять лет назад в предисловии к моей книге «Инстинктивный характер». Тот, кто хорошо знаком с психоаналитическими исследованиями, не удивится, заметив, что между формулировкой проблемы и ее частичным разрешением прошло почти десятилетие. Я проводил лечение нескольких психопатов импульсивного типа в Венской психиатрической клинике и выяснил, что в подобного рода случаях возникали технические проблемы, для разрешения которых было вполне достаточно проникновения в эго-структуру. Но кроме этого, в противоположность импульсивным характерам существовали проблемы, которые казались важными с точки зрения теории и терапии сдерживающих инстинкт характерных неврозов. Речь идет о генетико-динамической теории характера, строгой дифференциации содержания и формы сопротивления и, наконец, клинически выявленной дифференциации типов характера.

Именно на Венском семинаре по психоаналитической терапии, который я возглавлял на протяжении шести лет и в котором принимали участие мои молодые коллеги-энтузиасты, возникли дискуссии по поводу техники и динамико-экономической концепции характера в его общем функционировании. Здесь я опять должен попросить читателя не ожидать ни исчерпывающих изложений насущных проблем, ни их полного разрешения. Сегодня, как и девять лет назад, мы все еще далеки от развернутой и систематизированной психоаналитической характерологии. Однако данная книга поможет значительно сократить эту дистанцию.

Разделы о технике писались зимой 1928/29 года и поэтому могли проходить проверку еще четыре года. Надо заметить, что никаких важных изменений в них внесено не было. Теоретические разделы, за исключением главы IX, представляют собой расширенные и частично дополненные статьи, которые за последние годы напечатал *Международный психоаналитический журнал*.

По ряду причин я все еще не смог исполнить пожелание многих коллег и написать большую книгу о психоаналитических техниках. Задача, которую я ставил перед собой, состояла только в изложении принципов техники, которые прояснились по мере применения анализа характера. Аналитической технике нельзя научиться по книгам, потому что практические вещи несравнимо сложнее; совершенно необходимо обучение в процессе семинаров и контрольных анализов.

Как правило, возникает возражение, которое необходимо упомянуть. Оно состоит в следующем: не является ли данная публикация огромной и однобокой переоценкой индивидуальной психотерапии и характерологии? В таких городах, как Берлин, есть миллионы людей, психическая структура которых представляет собой «невротические развалины», невроз разрушил их способность работать и наслаждаться жизнью; ежечасно существующая система воспитания и социальные условия создают тысячи новых невротиков. Есть ли смысл при таких обстоятельствах писать книгу, которая рассказывает об индивидуальной аналитической технике, структуре и динамике характера и тому подобных вещах. Какой от нее толк, если она не может предложить полезных направлений массовой терапии неврозов, пригодной для быстрого и надежного лечения? Долгое время на меня производила впечатление видимая правомерность такого рода заявлений. Но в конце концов я понял, что такая точка зрения недальновидна, она хуже, чем исключительная погруженность в вопросы индивидуальной психотерапии. Как ни парадоксально это звучит, но индивидуальную терапию рассматривают именно как социально бесполезную позицию, когда она возникает в результате социального массового продуцирования неврозов, что в свою очередь порождает еще большую озабоченность проблемами индивидуальной психотерапии. Я собирался показать, что неврозы возникают из-за патриархального, авторитарного воспитания, подавляющего сексуальность и провозглашающего при этом, что его цель — предупреждение неврозов.

В существующей на сегодняшний день социальной системе совершенно отсутствуют любые предпосылки для превентивной практики; их можно будет создать только на основе революционного преобразования социальных институтов и идеологии, изменений, которые будут зависеть от результатов политической борьбы нашего столетия. Нет сомнений, что предупреждения неврозов быть не может, пока теоретическая основа будет по-прежнему оставаться в самом неврозе. Непосредственное изучение динамических и экономических факторов человеческой структуры представляет собой самую главную предпосылку. Как же использовать технику индивидуальной терапии? Наша аналитическая техника вполне подходит для того, чтобы изучить человеческую структуру с точки зрения предупреждения неврозов. Данная презентация покажет, почему техники в ее прежнем состоянии не хватало для выполнения этой задачи. Первая предпосылка для будущего предупреждения неврозов состоит в теории техники и терапии, основанной на динамических и экономических процессах психического аппарата. Прежде всего, нам необходимы терапевты, которые знают, что нужно для изменения структуры или почему эта задача не находит своего решения. Если мы постараемся победить чуму в других ветвях медицины, мы будем использовать при лечении заболеваний самые лучшие методы, с помощью которых сможем обозначить путь эпидемиологам. Мы не концентрируемся на индивидуальной технике не потому, что переоцениваем важность индивидуальной терапии, а потому, что только хорошая техника может обеспечить нас теми знаниями, которые необходимы для понимания и изменения структуры.

Здесь обсуждается и другой аспект наших клинических исследований. В отличие от других отраслей медицины мы имеем дело не с бактерией или опухолью, а с человеческими реакциями и психическими заболеваниями. Возникнув из медицины, наша отрасль шагнула гораздо дальше. Если, как принято говорить, человек в зависимости от определенных экономических условий сам творит свою историю, если материалистическая[*] концепция истории должна вытекать из базовой предпосылки социологии, природной и психической организации человека, то ясно, что наши исследования в определенный момент обретут несомненную социальную значимость. Самая важная продуктивная сила, производительная сила, рабочая сила зависит от структуры психики. Ни так называемый «субъективный фактор» истории, ни производительную рабочую силу невозможно понять без естественнонаучной психологии. Это отвергается теми психоаналитическими концепциями, согласно которым культура и история человеческого общества объясняется инстинктами. Необходимо принять во внимание тот факт, что человеческие потребности оказываются под влиянием социальных условий и изменяются в этих условиях, причем это происходит раньше, чем измененные влечения и потребности начинают действовать как исторические факторы. Хорошо известные современные ученые, занимающиеся характерологией, пытаются понять мир с точки зрения «ценностей» и «характера», вместо того чтобы попытаться постичь характер и расположение определенных ценностей с точки зрения влияния на них социальных процессов.

Исходя из социальной функции формирования характера, нам необходимо усвоить тот факт, что определенные социальные законы создают определенную среднюю человеческую структуру, но если их дифференцировать, то каждое социальное устройство создает те формы характера, которые ему нужны для того, чтобы сохранить себя. В классовом обществе правящий класс сохраняет свои позиции с помощью воспитания и института семьи, путем создания идеологии, которая стала бы правилом для всех членов общества. Но дело не только в представленных идеологиях, позициях и концепциях членов общества. Дело, скорее, в глубинных процессах, затрагивающих каждое новое поколение, структуру психики, которая соответствует существующему устройству

[*] Примечание 1945 года. Сегодня мы сказали бы «функциональная» концепция.

социума, всего населения. Естественнонаучная психология и характерология ставит перед собой следующую задачу: она призвана открыть смысл и механизмы, которые трансформируют существование социума в психическую структуру, а вместе с этим и в идеологию. Необходимо отличать социальную продукцию идеологии от ее репродукции в членах общества. Изучение первого — задача социологии и экономики, а последнего — психоаналитической характерологии. Она призвана изучить как эффекты существующей экономической ситуации (пища, жилье, одежда, рабочие процессы), так и эффекты так называемой социальной суперструктуры, то есть морали, законов и институтов, и выяснить, каково их воздействие на инстинктивный аппарат; она должна, насколько это возможно, определить взаимосвязь между «материальным базисом» и «идеологической надстройкой, суперструктурой». Как бы ни старалась психология с этой работой, ее невозможно выполнить без социологии, поскольку человек прежде всего является объектом своих потребностей и социальной системы, которая регулирует удовлетворение этих потребностей тем или иным путем. Но в то же самое время он является субъектом истории и социальных процессов, которые «сам творит», хотя не так, как хотелось бы, а в определенных экономических и культурных условиях, детерминирующих содержание и эффект его действий.

Всякое общество разделено на тех, кто владеет средствами производства, и тех, кто владеет товаром — рабочей силой; каждое социальное устройство установлено первыми против воли вторых. Поскольку это устройство формирует психическую структуру всех членов общества, оно воспроизводится в людях. Так как это делается путем использования и изменения инстинктивного аппарата, устройство социума аффективно зафиксировано в людях. Первое и самое важное место репродукции социального устройства — патриархальная семья, которая создает в детях характерную структуру, и они становятся податливыми к последующему влиянию авторитарного социума. Роль, которую играет сексуальное воспитание во всей воспитательной системе, показывает, что это — первичные либидинальные интересы и энергии, с помощью которых происходит фиксация авторитарного социального устройства. Структура характера человека принадлежит определенной эпохе или определенному социальному порядку, причем она не только отражает его, но, что гораздо важнее, представляет фиксацию этого порядка. Исследование изменений сексуальной морали при переходе от матриархата к патриархату (см. мою книгу «Взлом сексуальной морали») показывает, что такая фиксация путем адаптации структуры характера в новом социальном устройстве определяет консервативную природу того, что мы называем «традицией».

Эта характерологическая фиксация устройства социума объясняет толерантность угнетенных по отношению к законам высшего класса, толерантность, которая иногда доходит до подтверждения их собственной подчиненности. Это гораздо отчетливее видно на примере подавления сексуальности, чем на примере удовлетворения экономических или культурных потребностей. Однако фиксированность социального порядка, который сильно фрустрирует удовлетворение потребностей, связана с развитием психических факторов, имеющих тенденцию подрывать эту характерологическую фиксированность. По мере развития социальных процессов постепенно появляется и растет несоответствие между присутствующим отказом и возрастающим либидинальным напряжением; это несоответствие подрывает «традицию» и формирует психологическое ядро позиций, угрожающих фиксированности.

Консервативный элемент характерной структуры современного человека нельзя сравнить с тем, что принято называть «супер-эго». Правда, моральные запреты возникают из определенных запретов общества, представленного родителями. Но даже первые изменения эго и инстинктов, связанные с событием самой ранней фрустрации и идентификации, произошедшей задолго до формирования супер-эго, как показывают последние исследования, определяются экономической структурой общества; они уже представляют собой первые воспроизведения и фиксации социальной системы и

обусловливают первые противоречия. Если у ребенка развивается анальный характер, то у него появится и соответствующее упрямство. Значение супер-эго для этой фиксации состоит в том, что ее ядро — инфантильные кровосмесительные генитальные потребности; здесь наиболее жизненные энергии ограничены и детерминирована характерная формация.

Зависимость характерной формации от историко-экономической ситуации, в которой она возникает, яснее всего видна в изменениях, происходящих с членами примитивных сообществ в то время, когда они оказываются под иностранным экономическим и культурным влиянием или когда по существенным причинам они начинают создавать новое социальное устройство. Сообщения Малиновского* показывают, что, когда меняется социальная структура, меняется и характер. К примеру, он обнаружил, что жители Амфилетских островов недоверчивы, уклончивы и озлоблены, а их соседи — жители острова Тробриан — просты, естественны и открыты. У первых уже было патриархальное устройство с суровой семейной и сексуальной моралью, а вторые все еще наслаждались большинством свобод матриархата. Эти открытия подтвердили клинический вывод о том, что социально-экономическая структура общества оказывает влияние на формирование характера хоть и не директивно, но очень сложным косвенным образом: она создает определенные формы семейного уклада, которые не только предопределяют формы сексуальной жизни, но и продуцируют их путем определенного влияния на инстинктивную жизнь детей и подростков. Это выражается в различных установках и способах реагирования. В итоге структура характера представляет собой кристаллизацию социологического процесса данной эпохи. Общественная идеология может стать материальной силой только при условии, что она актуально влияет на структуру характера. Поэтому исследования характерной структуры — гораздо большее, нежели просто клинический интерес. Они рассматривают следующие вопросы: почему идеологии меняются гораздо медленнее, чем социально-экономический базис, почему человек, как правило, сильно отстает от того, что он создал и что может изменить его? Причина в том, что структура характера образуется в раннем детстве и мало меняется. Социально-экономическая ситуация, при которой он создавался, с развитием производительных сил меняется достаточно быстро. После того как она изменилась, возникают другие требования и появляется необходимость в других моделях адаптации. Правда, создаются новые позиции и модели реагирования, которые хоть и пронизывают старые модели, но не заменяют их. Две позиции соответственно в двух социологических ситуациях начинают конфликтовать друг с другом. К примеру, женщина, выросшая в семье 1900 года, будет вести себя в соответствии с социально-экономической ситуацией 1900 года; однако в 1925 году в связи с изменением способа производства поменялись и семейные условия, и, таким образом, эта женщина, несмотря на поверхностную адаптацию, обнаруживает в себе сильное противоречие. Ее характер требует, например, строгой моногамной сексуальной жизни, хотя компульсивная моногамия подорвана социально и идеологически. Интеллектуально женщина не может больше требовать моногамии ни от себя, ни от мужа, но структурно она оказывается в ситуации конфликта с новыми условиями и с требованиями своего собственного интеллекта.

Подобные проблемы возникли в советской России при попытке заменить индивидуальное хозяйство коллективным. Трудности были связаны не только с экономическими обстоятельствами, но и со структурой характера русского крестьянина, который формировался при царизме и в период индивидуального сельского хозяйства. Доклады показывают роль замещения семьи коллективом и, в частности, изменениями в сексуальной жизни. Старьте структуры не только отстают от нового развития, они зачастую яростно сопротивляются ему. Если бы старая идеология, которая соответствует

---

* Малиновский, Бронислав (1884 — 1942) — польско-английский антрополог, этнограф и социолог. Исследовал проблемы семьи у аборигенов Австралии. Проводил полевые этнографические исследования в Меланезии. — Прим. ред.

более ранней

социологической ситуации, не была бы с помощью либидинальной энергии зафиксирована в структуре характера как хроническая и автоматическая модель реагирования, адаптация к экономическим переменам прошла бы относительно легко. Нет сомнений, что знание механизмов, которые связывают экономическую ситуацию, инстинктивную жизнь, характерную формацию и идеологию, привело бы ко многим практическим подходам, особенно в воспитании, а возможно, и в практической психологии масс.

Все это ждет своей проработки. Психоаналитическая наука, однако, не может рассчитывать на практическое и теоретическое принятие в масштабе общества, пока не овладеет полем, на котором сможет показать свою ценность и где продемонстрирует, что у нее нет больше желания стоять в стороне от исторических событий нашего столетия. Через некоторое время психоаналитическая характерология ограничится клиническим полем. Исследования, описанные во второй части, показывают отношение к самым заметным социологическим проблемам, которые необходимо рассмотреть. Они обсуждаются повсеместно.

В. Р.

Берлин, январь, 1933

http://koob.ru

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ
ТЕХНИКА

ГЛАВА 1
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Практикующий психоаналитик ежедневно сталкивается с затруднениями, которые не удается разрешить, используя только теоретические знания или только практические навыки. Все сложности возникают из-за одной главной проблемы: как и насколько техника аналитической терапии связана с теорией неврозов, каковы возможности применения теории на практике и в чем здесь состоят ограничения. Ответы на данные вопросы следует искать, обратившись к теории психических процессов. Необходимо проследить путь от чисто эмпирических исследований, через теоретические выкладки, к теоретически прочно обоснованной практике. Обширный опыт Венского технического семинара[*] и курсы контрольного анализа показали, как трудно приступить к решению этой задачи.

Фундаментальные труды о технических азах психоанализа принадлежат Зигмунду Фрейду. Кроме того, существуют другие многочисленные исследования по этому вопросу, как, например, труды Ференци[**] и ряда других аналитиков, позволяющие ознакомиться с индивидуальными подходами к техническим проблемам психоанализа. В целом же обнаруживается, что существует так много индивидуальных техник, сколько и самих психоаналитиков, не считая технических правил, установленных Фрейдом, которые имеют слабое отношение к обилию проблем, возникающих в повседневной практике.

Заложенные в основу курса анализа правила выстроены в соответствии с базовой теоретической концепцией невротического процесса. Каждый невроз порожден конфликтом между вытесненными инстинктивными потребностями, которые всегда включают раннее детское сексуальное влечение, и подавляющими силами эго. Неразрешенный конфликт выражается в виде невротического симптома или невротической черты характера. Поэтому техника устранения конфликта требует «разрешить то, что вытеснено», другими словами, вывести бессознательный конфликт в сознание.

Однако следует заметить, что определенные психические силы выступают в качестве строгого цензора, который требует от пациента владеть своими мыслями и желаниями и таким образом удерживать их от выхода в сознание. Поэтому следует устранить «отбор» материала, который неизбежен при обычном мышлении, и позволить мыслям бродить свободно, не допуская этого критического отсева

Среди «всплывающего» материала отыскиваются все более и более вытесненные бессознательные и инфантильные элементы, которые с помощью аналитика необходимо перевести на язык сознания. Непременной предпосылкой аналитической техники является так называемое **«основное правило»**[***], то есть «свободное ассоциирование» в условиях отсутствия критического отбора материала. Этому процессу способствуют бессознательные влечения, которые стремятся к выражению в сознании и действии. С

---

[*] Венский технический семинар — основан в Вене в 1922 г. В. Райхом при поддержке молодых аналитиков с целью изучения и совершенствования психоаналитических техник. Позднее семинар был одобрен Фрейдом и получил официальный статус. — Прим. ред.

[**] Ференци, Шандор (1873—1933) — венгерский психиатр, психоаналитик. Соорганизатор и пионер психоаналитического движения. — Прим. ред.

[***] С определениями некоторых терминов, в тексте, можно ознакомиться в глоссарии в конце книги. — Прим. ред.

другой стороны, этому мешает бессознательная защита эго, затрудняющая или не позволяющая пациенту следовать основному правилу. Эта сила проявляется как «сопротивление», не позволяющее разрешить то, что вытеснено.

Данный теоретический вывод определяет следующее практическое правило: выведение в сознание бессознательного материала должно происходить не прямо, но через преодоление сопротивления, т. е. опосредованно. Итак, пациенту необходимо, во-первых, отыскать, что он защищает, затем — каким способом он выстраивает свои защиты, и, наконец, — от чего он защищается.

Работа по выведению в сознание называется «интерпретация». Ее суть — либо раскрытие замаскированных выражений бессознательного, либо восстановление связей, которые были утрачены из-за вытеснения. Вытесненные желания и страхи пациента постоянно требуют разрядки, то есть имеют тенденцию проявляться в отношениях к реальным людям или в конкретных ситуациях. Наиболее существенной причиной этого является отсутствие либидинального удовлетворения. Пациент «приписывает» свои бессознательные требования и страхи аналитику и ситуации анализа. При этом возникает **«трансфер»** (перенос), то есть установление с аналитиком специфических отношений, в которых может переплетаться любовь, ненависть и тревога. Такие отношения — не что иное, как воспроизведение более ранних, преимущественно детских отношений со взрослыми людьми, входившими в значимое окружение ребенка, отношения, ставшие позже бессознательными. Сам по себе перенос нуждается в лечении, его необходимо «разрешить», раскрыв его смысл на основе детских отношений. Поскольку любой невроз основан на неразрешенных конфликтах, возникших в первые четыре года жизни, и поскольку эти конфликты начинают проявляться заново при переносе, его анализ, вместе с прохождением сопротивления, составляет наиболее важный аспект аналитической работы.

Далее, посредством переноса пациент пытается подменить процесс интерпретирования удовлетворением своих старых неразрешившихся импульсов любви или ненависти и, кроме того, защитить себя от признания таких отношений. Когда это происходит, трансфер становится сопротивлением, которое препятствует продвижению. В результате отрицательный перенос импульсов ненависти понимается как сопротивление, в то время как перенос импульсов любви становится сопротивлением лишь в случае разочарования, оборачиваясь отрицательным переносом или тревогой.

Обсуждение техники анализа, хотя и незначительное и несистематическое, давало надежду, что аналитики, опираясь на фундамент общепринятой техники, разработают некие технические подходы, пригодные для любых случаев. В этом можно убедиться на примере обсуждения такого понятия, как «аналитическая пассивность», которое интерпретировалось по-разному. Крайняя и, пожалуй, наиболее ошибочная интерпретация состояла в том, что пациенту необходимо лишь молчать, а остальное придет само собой. Если рассуждать о том, какова роль аналитика в данном процессе, то несложно заметить, что этот вопрос был и остается самым запутанным. Действительно, человек может знать, что должен ликвидировать сопротивление и «разрушить» трансфер, но как и в какой момент это происходит, как ему действовать в различных случаях и ситуациях, никогда подробно не обсуждалось.

Итак, налицо широкий разброс мнений о том, чего требуют ежедневные проблемы аналитической практики. Если, к примеру, на семинаре был приведен случай сильного сопротивления пациента, то каждый из аналитиков предлагает свой способ решения этой проблемы. И если терапевт, вооружившись всеми этими советами, вновь обращался к своему пациенту, то обнаруживал бесчисленное количество возможностей, и положение дел часто становилось еще более запутанным, чем прежде. Можно предположить, что в одной определенной аналитической ситуации — заданной конкретными условиями — целесообразно использовать только одну оптимальную техническую процедуру, которая является наиболее подходящей в данной ситуации и лучше каких бы то ни было других.

Это относится не только к отдельным ситуациям, но и к аналитической терапии в целом. Поэтому нам необходимо выяснить, чем же характеризуется эта единственная точная техника и как к ней прийти.

Понадобилось немало времени, чтобы выяснить, что главное — это *выделение способов воздействия на пациента из каждой засвидетельствованной аналитической ситуации при помощи тщательного анализа ее деталей.* Этот метод развития аналитической техники был серьезно проработан на Венском семинаре и получил высокую оценку. Вместо того чтобы давать советы, участник семинара обсуждал существующие трудности, например, ситуацию сопротивления, пока обсуждение само не приводило к тому, что обнаруживался необходимый способ действия; затем рождалось ощущение, что именно такой способ будет верным и никакой другой. Таким образом, мы открыли метод приложения конкретного аналитического материала к аналитической технике. Наш метод не является руководством, основанным на фиксированных процедурах; он построен на определенных базовых теоретических принципах, но на практике зависит от каждого конкретного случая и отдельной ситуации. К примеру, основной его принцип состоит в том, что все проявления бессознательного должны быть выведены в сознание путем интерпретации. Но значит ли это, что необходимо немедленно интерпретировать материал бессознательного, как только он проявится, пусть даже он ясен только лишь отчасти? Или этот основной принцип заключается в том, что феномен трансфера необходимо редуцировать к его инфантильным истокам. Тогда возникает вопрос: когда и как это сделать? Феномен переноса одновременно содержит и негативное, и позитивное. В принципе он должен быть устранен, но как узнать, что необходимо устранить в первую очередь и чем, собственно, обусловлен этот выбор?

Легко возразить, что попытка отделить последовательность, акценты и глубину интерпретации от ситуации в целом означает интерпретирование всего, что бы ни выявлялось. Но когда бесконечный поток переживаний и последующий теоретический анализ показывает, что интерпретация материала по мере его возникновения, как правило, не выполняет терапевтическую функцию, то можно спросить: при каких же условиях интерпретация становится эффективной? Эти условия различны для каждого случая, и, хотя приводят к определенным обоснованным техническим обобщениям, их смысл мало напоминает основной принцип, который гласит, что применение той или иной техники зависит от конкретного случая и конкретной ситуации, при этом не упускается из виду аналитический процесс в целом. Отрывочные рекомендации, состоящие в том, что то или иное явление необходимо «проанализировать должным образом», — только слова, а не принципы техники. Они показывают, что собственно «анализа» не происходит. Не утешает и продолжительность лечения. С помощью только одного времени осуществить анализ невозможно. Испытывать чье-то доверие длительным лечением имеет смысл в случае, если анализ развивается, то есть когда человек понимает сопротивление и может соответствующим образом вести анализ. Тогда, конечно, время не должно беспокоить, но его трата бесполезна, если уходит только на ожидание успеха.

Необходимо показать, насколько важным для логического развития лечения является точное понимание и проработка первого трансферентного сопротивления. Очень важно то, насколько подробно и на каком уровне **трансферентный невроз** впервые подвергнется аналитической атаке; будет ли выбран обширный материал или только его часть; что интерпретировать в первую очередь: материал бессознательного или сопротивление, и т. д. Если кто-то интерпретирует материал в том порядке, в котором он проявляется, он исходит из предвзятой идеи, что «материал» всегда пригоден для анализа, то есть всегда эффективен с точки зрения терапии. Вместе с тем следует отметить динамическую ценность материала. Мои усилия, направленные на создание теории техники и терапии, имеют точную цель: установить критерии последовательного применения материала при технической проработке каждого случая, то есть выработке тех критериев, которые позволят точно знать, зачем осуществляется каждая

интерпретация и какой эффект она дает, а не заниматься интерпретированием наудачу.

Если аналитик интерпретирует материал в том порядке, в котором тот возникает, то не имеет значения, обманывает ли его пациент, скрывает ли он свою ненависть, прячет ли насмешку, блокирует ли аффекты и т. д., а вот безнадежные ситуации при этом неизбежно будут возникать. Действуя таким образом, аналитик работает по схеме, выстраивая каждый случай определенным образом и не принимая во внимание проявлений *индивидуальности*, с учетом которой появляется необходимость дифференцировать интерпретации по времени и по глубине. Только строго придерживаясь правила выстраивать техническую сторону в зависимости от каждой ситуации, аналитик может хотя бы приблизительно определить причину удачи или неудачи в лечении пациента в данном случае. Пока он не может сделать этого, по крайней мере в обычном случае, наша терапия не имеет права называться научной, **каузальной терапией**. Спросив себя самого о причинах неудавшегося анализа, аналитик не должен заявлять, что это произошло потому, что «пациент не захотел выздороветь», или потому, что он скрытен. Правильнее будет поставить вопрос так: почему пациент не захотел выздороветь или почему он был скрытен?

У меня нет намерения представлять систему «техники» анализа, которая подходила бы для всех случаев. Скорее, моей целью является возведение фундамента для понимания нашей терапевтической задачи, построение определенного каркаса с достаточными интервалами для индивидуального приложения фундаментальных принципов.

Мне нечего добавить к фрейдовским принципам интерпретации бессознательного или к его генеральной формуле о том, что аналитическая работа состоит в устранении сопротивления и проработке трансфера. Ниже сказанное, однако, следует воспринимать как последовательное применение базовых психоаналитических принципов, позволяющее открыть новые горизонты аналитической работы. Если бы наши пациенты с начала лечения следовали основному правилу хотя бы в некоторой степени, не было бы смысла писать эту книгу. К сожалению, лишь некоторые люди изначально принимают анализ, большая часть пациентов не способна следовать основному правилу, пока не добьется успеха в преодолении своего сопротивления. Таким образом, мы имеем дело только с вводной фазой анализа, доходящей до того этапа, когда процесс анализа может быть признан с точки зрения пациента безопасным.

Первая задача данной книги — аналитическое обучение анализу, вторая связана с прекращением анализа, устранением переноса и научением пациента способам функционирования в сиуациях реальной действительности. Средняя часть анализа будет занимать нас только потому, что она развивается из вводной фазы и переходит в окончательную.

Остановимся на кратком теоретическом обсуждении той основы аналитической терапии, которую составляет экономика либидо.

ГЛАВА II
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕОРИИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Отказавшись от использования катартической терапии и гипноза как вспомогательных средств анализа и предположив, что то, что пациент может рассказать терапевту во сне, он смог бы также поведать ему и в состоянии бодрствования, Фрейд некоторое время пытался заставить пациента понять бессознательный смысл его симптомов, директивно интерпретируя производные бессознательного. Вскоре он обнаружил, что успех этого метода зависит от степени готовности пациента принять интерпретацию. Выяснив, что пациент, как правило, бессознательно сопротивляется ей, Фрейд соответственно изменил технику. Он отказался от директивных интерпретаций и старался вместо этого выводить в сознание содержание бессознательного, устраняя сопротивление, которое восставало против вытесненного материала.

Это фундаментальное изменение теоретической концепции и техники стало той поворотной точкой в истории аналитической терапии, с которой началось развитие современного психоанализа. Этого не смогли принять ученики Фрейда, которые отвернулись от него. Даже Ранк* вернулся к старому методу директивных интерпретаций симптомов. Данная работа — не что иное, как последовательное применение нового метода анализа сопротивления к анализу характера, которое способствует продвижению аналитической терапии от анализа симптомов к анализу личности в целом.

В период применения катарсиса концепция была такова: симптом можно убрать, если человек преуспеет в «высвобождении вытесненного аффекта». Позже, в период анализа сопротивления, концепция, возможно по причине пережитков периода прямой интерпретации смысла симптома, гласила, что симптом обязательно снимется, если соответствующая вытесненная мысль выйдет в сознание. Еще позже, когда несостоятельность этой концепции стала очевидной, поскольку обнаружилось, что симптом часто сохраняется, несмотря на сознавание прежде вытесненной идеи, Фрейд на заседании Венского психоаналитического общества изменил прежнюю формулировку. Он сказал, что после того, как бессознательное содержание симптома выйдет в сознание, он либо исчезает, либо нет. Таким образом, возникла новая сложная проблема. Если с помощью одного только осознания причины заболевания добиться исцеления нельзя, то встает вопрос, чего же не хватает, какие обстоятельства определяют, даст ли положительный результат выведение в сознание вытесненной мысли или этого не случится? Действительно, осознание вытесненного составляло несомненные предпосылки для выздоровления, но не определяло его. Теперь стоит задуматься, а не были ли правы противники психоанализа, которые всегда говорили, что анализ должен идти вслед за «синтезом». Разумеется, это была всего лишь фраза, и Фрейд уже ответил на это утверждение на Будапештском конгрессе, особо подчеркивая, что анализ одновременно является и синтезом, поскольку каждый импульс, освободившись от одной связи, немедленно устанавливает другую. Может быть, именно здесь скрывался ответ на вопрос? Какой импульс и что за новые связи принимаются здесь во внимание? Разве неважно, с каким видом структуры либидо пациент заканчивает курс анализа? Восприняв аналитическую концепцию, человек должен отказаться от совершенствования и удовлетвориться тем, что нашел решение, которое соответствует требованиям сред-. него индивида. Пренебрегая как примитивной биологической, так и социологической основой, представляющей собой так называемые «высшие вещи», любая терапия потерпит неудачу. И снова фрейдовская теория либидо, которой пренебрегли, обозначила путь к исследованию. Многие вопросы остались без ответа. Давайте разберем их с

---

* Ранк, Отто (1884—1939) — австро-американский психоаналитик. Один из первых последователей 3. Фрейда. — Прим. ред.

метапсихологической точки зрения.

Топическая точка зрения не внесла ясности. Более того, такой подход оказался неудачным: для исцеления недостаточно осознать бессознательную мысль. Несколько больше надежд возлагалось на **динамическую** точку зрения. Но этот подход тоже оказался недостаточным, несмотря на усилия Ференци и Ранка с их «Развитием психоанализа». Высвобождение аффекта связано с идеей; это действительно почти всегда приносит улучшение, но оно, как правило, бывает только временным. Кроме того, не считая определенных форм истерии, такое высвобождение редко бывает достаточно интенсивным, чтобы привести к желаемому результату. Итак, единственная оставшаяся точка зрения — **экономическая**: пациент страдает из-за нарушенной экономики либидо; биологические функции его сексуальности отчасти претерпели патологические искажения, отчасти — вытеснены. Нормальна или искажена экономика либидо человека, зависит от структуры его либидо. Другими словами, необходимо выявить фундаментальное различие между либидинальными структурами, которые позволяют существовать нормальной экономике либидо, и теми, которые делают такое существование невозможным. Наша последняя дифференциация «генитального» и «невротического» характера сформулировала это различие.

Топический и динамический подход было достаточно легко использовать в повседневной практике: здесь мы имели дело с осознанием или с бессознательной идеей или с интенсивностью аффективного прорыва вытесненного. И гораздо менее понятно было, каким способом могла бы найти повседневное применение на практике экономическая точка зрения. Здесь мы имели бы дело с количественным фактором психической жизни, с количеством либидо, которое перекрыто или разряжено. Как же быть с тем, что трудно определить количественно, имея в виду тот факт, что в анализе, с которым мы непосредственно имеем дело, фигурируют только качественные понятия? Прежде всего необходимо выяснить, почему в нашей теории неврозов мы сдерживаем возникновение количественного фактора и почему качественного фактора недостаточно для объяснения психического феномена. Тогда как практика и теоретические рассуждения по поводу аналитической терапии вынуждены были возвращаться к вопросу о количестве, клинический опыт неожиданно пролил свет на эту проблему.

Практический опыт показал, что во многих случаях, несмотря на экстенсивный и интенсивный анализ, пациент с трудом поддавался лечению. В некоторых же случаях, несмотря на неполное исследование бессознательного, могло наступать стойкое выздоровление. При сравнении двух этих групп обнаружилось, что пациенты, плохо поддававшиеся лечению, или те, у которых через короткое время наступал рецидив прежнего состояния, после анализа были не способны установить нормальную половую жизнь или продолжали жить в сексуальной **абстиненции**. Другие же, пройдя лишь частичный анализ, вскоре установили удовлетворяющую половую жизнь. Изучение прогноза в типичных случаях показало, что существует некая закономерность: прогноз бывает тем лучше, чем полнее установившееся в детстве и отрочестве примат генитальности, и соответственно хуже, если в детстве к генитальности было прикреплено меньше либидо. В той или иной степени «безнадежными» оказались те случаи, в которых установление генитальности в раннем детстве происходило безуспешно и в которых использование гениталий сопровождалось исключительно ощущениями орального, анального и уретрального эротизма*

Генитальность стала очень важным критерием прогноза — пациентов обязательно надо обследовать на предмет генитальности и потенции. Эта проверка выявляет тот факт, что женщин без нарушения вагинальной потенции не бывает вообще и что почти нет мужчин без нарушений эрективной и эякулятивной потенции. Получается, что пациенты, у которых отсутствует нарушение потенции в обычном смысле, то есть небольшое

* Сейчас появилась возможность проведения успешной терапии и для этих пациентов.

количество эректив но потентных невротиков, делают недействительной важность генитальности при осмыслении экономического фактора терапии.

В конце концов можно прийти к заключению, что не так уж важно, имеет место эректив ная потенция или нет, — по отношению к *экономике* либидо это особой роли не играет. Мы имеем дело вот с чем: имеет ли место *способность к адекватному сексуальному удовлетворению*. В случае женской вагинальной нечувствительности бывает ясно, откуда берет энергию симптом (другими словами, что удерживает застой либидо), т. е. становится понятен специфический исток энергии невроза. Экономическая концепция оргастической импотенции, то есть неспособности разрядить накопленную сексуальную энергию, которая вызывает сексуальное напряжение, появилась только после тщательного исследования эректив ной потенции пациентов-мужчин. О кардинальной важности генитальности и об оргастической импотенции в этиологии неврозов я говорил в своей книге «Функция оргазма».

Это теоретически значимо и для характерологических исследований, поскольку связано с теорией **«актуального невроза»**. Таким образом, вдруг становится ясно, в чем проблема количества: это не может быть ничем иным, кроме как соматической основой, «соматическим ядром невроза», актуальным неврозом (невротическим застоем), который возникает из сдерживаемого либидо. Итак, экономическая проблема невроза так же, как терапия невроза, в большей степени связана со сферой соматики и недоступна, если исключить из концепции либидо соматическое содержание[*].

Теперь мы лучше подготовлены к тому, чтобы приступить к обсуждению вопроса: что надо добавить к осознаванию бессознательного для того, чтобы устранить симптом. Осознается только «смысл», смысловое содержание симптома. С точки зрения динамики процесс осознания сам по себе приносит определенное облегчение, поскольку связан с высвобождением эмоций и поскольку снимает необходимость вытеснения какого-то количества материала. Но эти процессы мало что изменяют, пока *источник* энергии симптома или невротическая характерная черта остается неизменной; несмотря на осознание смысла симптома, застой либидо продолжает существовать. Правда, давление сдерживаемого либидо можно облегчить путем интенсивной работы, но окончательное освобождение от сексуального напряжения требует *генитального* сексуального удовлетворения; **прегенитальность** не может обеспечить оргазм. Только установление оргастической потенции будет результатом решающего изменения, если вести рассуждение в экономических терминах. Я однажды сформулировал это так: анализ, исследуя вытесненную сексуальность, создает возможность *спонтанной органотерапии* (spontaneous organotherapy) неврозов. То есть в заключительном анализе терапевтическим фактором становится переживаемый организмом процесс сексуального метаболизма. Он основан на сексуальном удовлетворении, которое человек получает в процессе генитального оргазма. Устраняя актуальный невроз (невротический застой), то есть соматическое ядро неврозов, мы одновременно устраняем психоневротическую суперструктуру. Изначально при развитии невроза происходит следующий процесс: внешний запрет, который потом становится внутренним, вызывает застой либидо; это, в свою очередь, инвестирует энергию в переживания эдипова периода; застой либидо, продолжая существовать в результате сексуального вытеснения, постоянно обеспечивает энергией психоневроз; возникает порочный круг. Терапия возвращает этот процесс к его началу: работая над психоневрозом, она выводит в сознание материал бессознательного, связанный с запретом и фиксацией, создавая возможность устранения застоя либидо; если работа продвигается успешно, вытеснение и психоневроз становятся ненужными; более того, они становятся невозможными.

Такова при первом рассмотрении роль соматического ядра неврозов, о котором я говорил в предыдущей книге. Она позволяет придать анализу определенную

[*] См. Reich, Die Rolle der Genitalitat in der Neuroseniherapie. Allg. arztl. Zeitschr. f. Psychotherapie, 1.

терапевтическую цель: если пациент хочет улучшить самочувствие и сохранить хорошее состояние, ему необходимо установить *удовлетворяющую генитальную сексуальную жизнь*. Независимо от того, насколько близко к желаемому во многих случаях остановится человек, динамика застоя либидо отчетливо показывает, что именно в этом состоит реальная цель терапии. Было бы опасно считать, что эффективное сексуальное удовлетворение представляет собой менее строгое терапевтическое требование, чем сублимация, хотя бы потому, что способность сублимировать — все еще не совсем понятный дар, в то время как способность к сексуальному удовлетворению, пусть даже значительно ограниченному социальными факторами, в обычном случае установить можно. Нет сомнений в том, что смещение акцента с сублимации на прямое сексуальное удовлетворение как цель терапии значительно расширяет поле наших терапевтических возможностей. С другой стороны, это смещение сталкивает нас лицом к лицу с социальными затруднениями, которые нельзя недооценивать.

Нижеследующее обсуждение техник покажет, что этой цели нельзя достичь путем воспитания, «синтеза» или внушения; к ней можно прийти только путем анализа сексуальных запретов или сдерживаний, «наследивших» в *характере*. Несколько первых замечаний о теории психоаналитической терапии представлено в книге Нанберга *«Общий курс неврозов»*. Он утверждает, что первая терапевтическая задача состоит в оказании «помощи инстинктам, чтобы они могли разрядиться и получить доступ в сознание». Дальше он рассуждает о том, что очень важно, чтобы «между двумя частями личности, между эго и ид, установился мир, то есть чтобы инстинкты не существовали отдельно, вне организации эго и чтобы эго вернуло свою синтезирующую силу». Это хотя и не очень полно, но в основном изложено верно. Но Нанберг придерживался старой концепции, ошибочность которой доказывает практический опыт: при вспоминании происходит разрядка психической энергии, она «исчерпывается». Таким образом, объясняя динамику терапии, он остановился, чуть-чуть не дойдя до осознания вытесненного, не задавшись вопросом, достаточно ли разрядки небольшого количества аффекта в процессе терапии, чтобы разрядить общий объем сдерживаемого либидо и для того, чтобы создать хорошо отрегулированную энергетическую экономику. Столкнувшись с таким затруднением, он мог бы заявить, что вся энергия разряжается в ходе бесчисленных актов осознавания. Однако клинический опыт показывает, что при осознавании разряжается только малая часть аффекта, связанного с вытесненной идеей; другая часть, более существенная, очень быстро перемещается в иную бессознательную активность, или аффект вовсе не разряжается, если, к примеру, он помещается в характерную установку. В этом случае выход в сознание бессознательного материала не сопровождается терапевтическим эффектом. Таким образом, только из процесса осознавания невозможно вывести динамику терапии.

Все это ведет к еще одному критическому замечанию по поводу формулировок Нанберга. Он утверждает, что **навязчивое повторение** работает независимо от переноса и что оно базируется на притягательной силе вытесненных ранних детских впечатлений. Это было бы так, если бы навязчивое повторение было первичным фактом. Клинический опыт свидетельствует, однако, что притягательность бессознательных и детских впечатлений основывается на могучей силе неудовлетворенных сексуальных потребностей и что оно сохраняет свой компульсивный и повторяющийся характер только до тех пор, пока блокирован путь для зрелого сексуального удовлетворения. То есть невротическое навязчивое повторение зависит от либидинально-экономической ситуации. Мир между эго и ид, который Нанберг постулирует, может установиться только на сексуально-экономической основе: во-первых, путем замещения прегёнитального влечения генитальным, а во-вторых, путем эффективного удовлетворения генитальных потребностей, которое обязательно разрешает проблему застоя.

Теоретическая концепция Нанберга ведет к техническому подходу, который мы не можем считать истинно аналитическим. Нанберг утверждает, что сопротивление нельзя

атаковать директивно. Вместо этого аналитик должен мобилизовать против сопротивления положительный перенос, «прокравшись», таким образом, в эго пациента, и из этой позиции разрушить его сопротивление. По мнению Нанберга, при этом установится такая же ситуация, как между гипнотизируемым человеком и гипнотизером. «Поскольку аналитик в эго теперь со всех сторон окружен либидо, он каким-то образом нейтрализует строгость супер-эго». Нанберг считает, что таким путем аналитик обретает способность осуществлять примирение двух разобщенных частей невротической личности. На это у меня есть следующие возражения:

а) Именно данное «прокрадывание в эго» во многих случаях в начале лечения бывает опасным, поскольку положительного переноса не существует. Он всегда связан с нарциссическими позициями, такими, как детская зависимость, которая может быстро превратиться в ненависть, потому что реакция разочарования сильнее, чем позитивные **объектные отношения**. Это «прокрадывание», нацеленное на то, чтобы обойти сопротивление и «разрушить его изнутри», опасно, поскольку оно позволяет сопротивлению замаскироваться. Но гораздо важнее то, что прежнее состояние или тяжелая злобная реакция разочарования будет удерживаться по мере того, как непрочные объектные взаимоотношения ослабнут еще больше или их заменит другой тип переноса. Это именно та процедура, которая вызывает наиболее тяжелые проявления отрицательного переноса, проявления, которые появятся слишком поздно и в беспорядочном виде. В этих случаях пациент часто внезапно прекращает лечение или дело кончается суицидом. Скорее всего это может случиться как раз тогда, когда особенно успешно произошло установление такой искусственно позитивной, гипнотизирущей позиции, тогда как открытая и честная проработка деструктивных и нарциссических реакций может предупредить и прекращение лечения, и суицид.

б) Искусственное установление положительного переноса — вместо того чтобы позволить ему выкристаллизоваться из инфантильной фиксации, создает опасность поверхностного принятия интерпретаций, которое может обманывать и пациента, и аналитика, скрывая истинное состояние дел до тех пор, пока исправлять ситуацию не станет слишком поздно. К сожалению, еще довольно часто устанавливается разновидность гипнотической ситуации; ее необходимо разоблачить как сопротивление и снять.

в) Если в начале лечения тревога ослабевает, это указывает только на то, что пациент инвестировал часть либидо в перенос, включая негативный компонент, а вовсе не то, что он разрешил свою тревогу. По ходу лечения время от времени необходимо снижать остроту тревоги, но в целом терапевт должен дать пациенту понять, что тот может обрести хорошее самочувствие, только когда максимально активизирует собственные деструктивность и тревогу.

Мне приходилось сталкиваться со случаями, подобными описанному Нанбергом. Могу только добавить, что я приложил немалые усилия, чтобы предотвратить подобный тип лечения, и что по этой причине я уделяю столько внимания технике анализа сопротивлений в начале лечения. Нижеследующий пример — обычный результат отклонения отрицательного переноса в начале лечения и ошибочного взгляда на силу положительного.

> Через некоторое время между пациентом и аналитиком установилось полное согласие. Более того, пациент стал полностью зависим от аналитика, от его интерпретаций, и по мере возможности он будет оставаться в этом положении и далее, на протяжении всего процесса вспоминания. Но вскоре гармония нарушилась. Как я уже говорил, чем глубже анализ, тем сильнее сопротивление; оно возрастает по мере приближения к патогенной ситуации. Вдобавок к этой проблеме в процессе переноса возникает фрустрация, которая рано или поздно неизбежно должна возникнуть, поскольку личные запросы, которые пациент предъявляет аналитику, не могут получить удовлетворения. Пациенты в большинстве случаев реагируют на фрустрацию вялой аналитической работой, отыгрыванием, то есть ведут себя так, как они вели себя

> однажды в прошлом, в аналогичной ситуации. Можно подумать, что своим поведением они проявляют определенную активность;... напротив, они избегают ее, они в основном ведут себя пассивно. Навязчивое повторение, которое является признаком фиксации, также управляет психическим выражением вытесненного материала в ситуации трансфера. Итак, пациент оставляет активную работу аналитику: чтобы тот догадывался о том, что пациент хочет сообщить и не может выразить. Обычно это касается того, что пациент ожидает к себе любви. Всемогущество смысла экспрессии (которая может быть бессловесной), как и предполагаемое всемогущество терапевта, подвергается экстремальной проверке. Отчасти аналитик преуспевает в разоблачении этих сопротивлений, отчасти у него не появляется возможности догадаться, в чем, собственно, дело. Конфликт, который перестает быть внутренним, а возникает теперь между пациентом и аналитиком, таким образом, доходит до критической точки. Аналитическое лечение натыкается на скалы, то есть пациент встает перед выбором: потерять аналитика и его любовь или снова возвратиться к активной работе. Если перенос сильный, то есть если пациент имеет в наличии минимум объектного либидо, которое уже отошло от фиксированности, он начинает бояться утраты. В таких случаях часто происходит нечто стран-В то время, как аналитик уже потерял надежду или утратил интерес к данному случаю, вдруг всплывает обильный материал который позволяет быстро завершить анализ (Нанберг *«Общий курс неврозов»*).

Нет сомнений, что систематический и последовательный анализ сопротивлений невозможен во всех без исключения случаях Но если он проходит успешно, то работа не заходит в тупик. Если же успеха достичь не удается, этаких случаев достаточно, то возникает необходимость обратить самое пристальное внимание на технику анализа сопротивлений.

ГЛАВА III
ТЕХНИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ И АНАЛИЗА СОПРОТИВЛЕНИЯ*

1. ТЕХНИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ: ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И НЕКОТОРЫЕ ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ

В аналитической работе необходимо различать два периода. Первый — лечение пациента, второй — его иммунизация, которая может произойти в процессе лечения. Само лечение, в свою очередь, делится на две части; вводная фаза и непосредственно процесс лечения. Правда, надо отметить, что это разделение искусственно, поскольку даже первичная интерпретация сопротивления пациента уже улучшает его состояние. Тем не менее в подготовительном периоде, «подготовке к путешествию», которому Фрейд уподоблял анализ, можно многое сделать для самого «путешествия», предрешить его успех или неудачу. Анализ, во всяком случае, зависит от того, как он начался. Если начало невнятно или ошибочно, то ждать дальнейшего его успешного продвижения не приходится. Самые большие сложности в большинстве случаев возникают именно во вводном периоде анализа, независимо оттого, задался он в целом или нет. Я имею в виду те случаи, когда начало анализа проходит гладко, но затем возникают очень серьезные затруднения, поскольку именно гладкое начало не позволяет быстро понять и устранить ошибки. Итак, ошибки, сделанные во вступительном, вводном периоде, всегда бывает труднее исправить, и дальнейший процесс анализа может оказаться несостоятельным.

Каковы же специфические и типичные ошибки вводного периода анализа? В своем начальном периоде анализ нацелен на проникновение в энергетические истоки симптомов невротического характера, поскольку это позволило бы привести в движение весь терапевтический процесс. Но решение этой задачи осложняется сопротивлением пациента. Наиболее неподатливыми сопротивлениями являются те, что возникают на основе конфликтов, связанных с переносом, так называемых трансферентных конфликтов. Их необходимо вывести в сознание, интерпретировать и преодолеть. Таким образом, пациент продвигается, порой достаточно глубоко, к эмоционально значимым воспоминаниям раннего детства. Наиболее спорный вопрос о том, что важнее, аффективное повторное переживание (отыгрывание) или воспоминание, для нас не существен. Клинический опыт подтверждает заявление Фрейда, что пациент, склонный повторять свои переживания посредством отыгрывания, для реального разрешения конфликтов не только сам должен понять то, что он отыгрывает, но и его воспоминание должно сопровождаться аффектом**.

Мне не хотелось бы создавать впечатление, что мы рассматриваем нашу работу так, будто она не содержит ничего, кроме анализа сопротивления и трансфера. Я упоминаю об этом только потому, что в данном разделе мы обсуждаем не что иное, как принципы анализа сопротивления.

Порой неудача вводного периода связана с тем, что аналитик в результате многочисленных разного рода переносов теряется в обилии предоставляемого пациентом материала. Мы называем это «хаотической ситуацией» и считаем, что ее порождают определенные ошибки в технике интерпретирования. Далее возникает множество ситуаций, когда отрицательный перенос ускользает от внимания, потому что его скрывает демонстрируемое пациентом позитивное отношение. И, наконец, в некоторых случаях, несмотря на глубокую работу аналитика, направленную на воспоминания, прогресса не наблюдается, поскольку не уделено внимание их слабости с точки зрения аффекта или

---

* Впервые представлено на Венском семинаре по технике аналитической терапии в июне 1926 года. Опубликовано в Zeitchr. f. Psychoan., 1927, Internal.

** Дополнение 1945 года: Эта техническая проблема психоанализа полностью разрешена. В оргонной терапии патогенные воспоминания возникают спонтанно и не требуют усилий, когда соматические эмоции разбивают мышечный панцирь.

потому, что последнее не стало фокусом анализа. Кроме этих случаев, в работе аналитика, которая вроде бы шла нормально, но привела к хаотической ситуации, мы имеем дело и с другими моментами, то есть с теми случаями, когда пациенты не продуцируют ассоциаций и противопоставляют нашим усилиям пассивное сопротивление.

Я собираюсь рассказать здесь о нескольких собственных неудачах, и вскоре мы увидим, что они произошли из-за типичных ошибок. Сходство этих неудач позволяет выделить типичные неверные действия аналитика, которые возникли во вводном периоде анализа и которые вроде бы не очень заметны среди других погрешностей начинающего специалиста. Нет причин для отчаяния, ибо, как однажды сказал Ференци, всякий новый опыт стоит нам пациента. Во всем, что происходит, необходимо замечать свои ошибочные ходы и учиться их не повторять. То же самое происходит в любой области медицины; мы не ошибемся снова только в том случае, если не будем замалчивать наши неудачи и оправдывать себя.

Итак, пациент страдал от чувства неполноценности и сам сознавал, что отыгрывает свою неспособность отсутствием каких бы то ни было ассоциаций («Я ничего не могу поделать»). Вместо того, чтобы раскрыть природу этого сопротивления и вывести в сознание скрытые за этим тенденции к протесту, я продолжал говорить ему, что он не желает работать и не хочет, чтобы ему стало лучше. Нельзя сказать, что мое предположение было совсем неверным, но я допустил ошибку, не проработав его «нежелание» и не постаравшись понять причины этой неспособности. Напротив, как раз моя собственная неспособность и привела к этим бесчувственным упрекам. Каждый пациент склонен цепляться за свою болезнь, но мне известно, что фраза «Вы не хотите выздороветь», если за ней не следуют пояснения, зачастую в неясной ситуации используется множеством аналитиков как упрек в адрес пациента. Ее следовало бы изъять из словарного запаса аналитиков и заменить самокритикой. Для меня совершенно ясно, что каждая остановка или прекращение анализа, не подвергшиеся детальному разбору, являются неудачей аналитика.

Другой случай. На протяжении трехлетнего курса анализа пациент в деталях вспоминал **первосцену**. Но ни разу за это время не уменьшилась его аффективная сдержанность; ни разу он не высказал аналитику упрека, который был бы направлен — пусть и мысленно — в адрес его отца. Он был неизлечим. Я не знал, как выявить вытесненную ненависть этого пациента. Но в конце концов справедливость восторжествовала: я был вынужден признать, что возврат к первосцене не дает терапевтического эффекта! Такие сцены бывают ложными. Без анализа ранних детских переживаний реального исцеления не добиться. Особенно важно, чтобы подобные воспоминания сопровождались соответствующими аффектами.

Еще один случай. У пациента возникла кровосмесительная фантазия, связанная со сновидением, увиденным им на второй неделе анализа. Пациент сам объяснил ее смысл. Целый год я слушал разговоры только об этом, и результат лечения был соответственно очень мал. Зато я научился тому, что иногда бывает необходимо сдерживать слишком рано всплывший материал до тех пор, пока пациент не будет подготовлен к его ассимиляции.

У меня был случай **эритрофобии**, который возник в результате моей ошибки, состоявшей в том, что я старательно интерпретировал весь материал по мере его поступления без осторожного устранения сопротивлений. Они появились позже и были гораздо интенсивнее и хаотичнее. Я словно выпустил джинна из бутылки, мои объяснения не возымели эффекта, и навести порядок стало невозможным. Должен сказать, что в то время, на третьем или четвертом году аналитической практики, я уже не был новичком, который пытался бы интерпретировать бессознательное прежде, чем оно ясно и недвусмысленно себя проявило, и до того, как пациент приблизился к самоосвобождению, к тому высвобождению, которое происходит, по словам Фрейда, вслед за интерпретацией. Надо отметить, что обычно этой предусмотрительности бывает недостаточно: семинары

изобилуют описаниями подобных хаотических ситуаций.

Случай классической истерии с состояниями помутнения сознания мог бы привести к выздоровлению, как это стало понятно гораздо позже, если бы я распознал и своевременно занялся реакциями пациентки на анализ положительного переноса, а конкретнее — реактивной ненавистью. Я позволил втянуть себя в хаос ее воспоминаний и не видел выхода. Она продолжала оставаться в помутненном состоянии.

Ряд неудачных эпизодов, когда я неверно обращался с переносом, вызванным реакцией разочарования, научил меня точно оценивать опасность анализа отрицательного переноса, будь он первичным или происходящим от разочарования в переносе отношений любви. Мне ли не знать, насколько опасен скрытый отрицательный перенос, возникший после того, как пациент при наличии положительного трансфера продуцировал изобилие воспоминаний, но никак не выздоравливал. Спустя много месяцев после прекращения анализа он заявил, что никогда мне не доверял. Такая ситуация заставила меня изыскивать разнообразные способы выведения отрицательного переноса из его «тайников».

На семинаре нас больше всего занимала проблема отрицательного трансфера, особенно скрытого. Другими словами, мы имели дело не со случайным слепым пятном; почти все время получалось так, что отрицательный трансфер оставался непроработанным. Нет сомнений, в этом повинен нарциссизм, который заставляет нас слышать только то, что приятно, и не замечать негативных позиций до тех пор, пока они не станут бросаться в глаза. Меня потрясает, что перенос в психоаналитической литературе всегда представляется с точки зрения позитивного подхода, не считая статьи Ландауэра под названием «Пассивная техника». Специальная литература пренебрегает проблемой отрицательного трансфера.

Упуская из виду отрицательный перенос, мы допускаем одну из тех ошибок, которые мешают нормальному течению анализа. Всем нам приходилось переживать то, что мы называем «хаотической ситуацией», поэтому я позволю себе остановиться на некоторых наиболее важных моментах этой проблемы.

Ситуация выглядит следующим образом: воспоминаний и действий имеется довольно много, но логической согласованнности между ними разглядеть не удается. Пациент продуцирует массу материала из всех пластов бессознательного, всех возрастных периодов жизни. Все это как бы наваливается большой грудой, но никак не прорабатывается для достижения терапевтической цели. Несмотря на обилие материала, пациент не чувствует, что этот материал хоть сколько-нибудь важен. Аналитик дает множество интерпретаций, которые не продвигают анализ ни на шаг. Вроде бы ясно — все, что выражено пациентом, служит для того, чтобы скрыть нераспознанное сопротивление. Такой хаотический анализ опасен тем, что аналитик достаточно долго пребывает в уверенности, что все идет очень хорошо, поскольку пациент продолжает «выдавать» материал. Это длится до тех пор, пока аналитик, как правило, слишком поздно, не поймет, что пациент ходит по кругу и предлагает разные аспекты одного и того же материала. Таким образом, он может годами посещать аналитика и закончить курс без каких бы то ни было реальных изменений.

> Я хочу привести здесь типичный случай, о котором мне рассказал коллега. Он восемь месяцев проходил анализ по поводу множественной перверсии. На всем протяжении лечения он без конца говорили предоставлял аналитику материал из наиболее глубоких пластов, который постоянно приходилось интерпретировать. Чем больше материала было проанализировано, тем более обильным становился поток ассоциаций. В конце концов анализ прервался по внешним причинам, а пациент обратился ко мне. В то время я уже был отчасти знаком с опасностями позднего сопротивления. Меня удивил тот факт, что этот пациент беспрерывно продуцирует материал бессознательного и что он способен, к примеру, представить четкие детали простого и двойного эдипова комплекса. Я спросил его, действительно ли имеет место все то, о чем он говорит. «Ни в коей мере, — ответил он, — я не могу внутренне не улыбаться, когда думаю об этом». Когда я поинтересовался, почему же он не сказал об

этом первому аналитику, он заявил, что не чувствовал такой необходимости. В этом случае ничего не оставалось делать, как провести энергичный анализ его скрытой улыбки, которой он так хорошо научился. Интерпретации повисали в воздухе, отскакивая от его ироничной позиции. Спустя четыре месяца я сдался, обогатившись еще одним уроком, хотя оставалась возможность более длительного и последовательного анализа нарциссической защиты этого человека, которая, несмотря ни на что, могла бы привести к результату. Но в то время я не знал, к каким хорошим результатам можно прийти, если последовательно работать с пациентом, обладающим такой позицией.

Исследуя причины подобных хаотических ситуаций, мы вскоре обнаружили следующие ошибки в технике интерпретации:

1. Слишком *поспешная* интерпретация смысла симптомов или других проявлений глубоких пластов бессознательного, особенно символов. Пациент использует анализ, ставя его на службу своему сопротивлению, которое остается скрытым. Оно обнаруживается слишком поздно, совершенно не затронутое анализом, и пациент начинает ходить по кругу.

2. Интерпретация материала в том порядке, в котором он предоставляется, без учета структуры невроза и наслоения материала. Ошибка состоит в том, что материал истолковывается только потому, что он представляется понятным (*бессистемная* интерпретация смысла).

3. Анализ заходит в тупик не только из-за того, что материал интерпретируется по мере его поступления, но и потому, что толкование происходит прежде, чем проведена работа по преодолению сопротивлений. В этом случае интепретация смысла предшествует интерпретации сопротивления. Ситуация еще больше осложняется тем, что сопротивление вскоре сказывается на отношениях с терапевтом, и в результате *бессистемная интерпретация сопротивления* осложняет еще и ситуацию трансфера.

4. Интерпретация трансферентного сопротивления была не только бессистемной, но и *непоследовательной*. Это означает, что аналитик упустил из виду тот факт, что пациент способен снова «спрятать» свое сопротивление, замаскировать его стерильной продукцией или острыми реактивными образованиями. Скрытое трансферентное сопротивление чаще всего упускается аналитиком из виду или он боится дать сопротивлению полностью развиться или раскрыть его, когда оно оказывается скрытым в той или иной форме.

Эти ошибки, по всей видимости, возникают из-за неправильного понимания фрейдовского принципа, гласящего, что курс анализа должен быть предоставлен пациенту. Это правило означает только то, что нельзя нарушать работу пациента, пока она происходит в согласии с его стремлением к выздоровлению и в соответствии с нашими терапевтическими намерениями. Но, если пациент боится встречи с конфликтами или демонстрирует склонность удерживать свое болезненное расстройство, мы, конечно, должны действовать.

2. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ И АНАЛИЗ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Читатель вправе спросить: «В чем же конкретно заключается процедура?» Он получил достаточно адекватное представление о всей сложности нашего предмета, чтобы понять, что я не могу, основываясь на тех ошибках, которые перечислил, дать больше, чем довольно общие заключения. При обсуждении данного предмета возникает еще одно недоразумение: надо учитывать, что мы имеем дело с подвижной, постоянно меняющейся психической жизнью, которая неизбежно становится в той или иной степени статичной, когда ее пытаются описать словами. Мои рассуждения могут произвести впечатление жесткой схематизации, хотя на самом деле представляют собой попытку лишь приблизительно обозначить ту область, которую еще предстоит обозреть и тщательно изучить. Сделать это можно, только установив общий язык. То, что в последующем нашем изложении покажется схематичным, — не более чем ориентиры. Как только один

феномен отделяется от другого и рассматривается изолированно, автоматически возникает некая схема, которая представляет собой не что иное, как временное прибежище ученого. Мы не примеряем к пациенту готовых схем, правил или принципов, но рассматриваем его непредвзято и ориентируемся, исходя из *его* материала, *его* поведения, из того, что он скрывает или представляет с искажением. Только после этого мы можем вернуться к вопросу, как лучше всего использовать то, чему нас научил *этот* случай в технической процедуре работы с *другим* случаем. Это было бы легче сделать, если бы, как предложил на Будапештском конгрессе Фрейд, мы смогли определить различные типы сопротивления. Но даже тогда нам пришлось бы отыскивать в каждом отдельном эпизоде тот или иной тип известного сопротивления. Скрытый отрицательный перенос представляет собой только *один* тип, а нам нельзя проглядеть и другие. Сориентироваться можно, только опираясь на материал конкретного пациента.

Мы увидели, что следует избегать глубоких интерпретаций, пока не выстроилась первая линия кардинального сопротивления, пока она не прояснилась и не была устранена; неважно, насколько обилен, понятен и пригоден для интерпретации предоставленный пациентом материал. Чем больше материала воспоминаний представляет пациент без соответствующего сопротивления, тем больше нужно быть настороже. Во всяком случае, встав перед выбором: интерпретировать ли материал бессознательного или прорабатывать имеющиеся сопротивления, терапевт может решить, что предпочтительнее. Наш принцип таков: *не интерпретировать смысл, если прежде всего необходимо анализировать сопротивление*. Причина здесь довольно простая. Если интерпретировать смысл *до того*, как устранено соответствующее сопротивление, пациент либо отвергает интерпретацию по соображениям переноса, либо полностью обесценивает ее при первом же появлении негативной позиции, либо сопротивление возникает после интерпретации. В любом случае интерпретация утрачивает свою терапевтическую эффективность, и исправить положение становится трудно или просто невозможно. Потому что путь углубления в бессознательное, которое необходимо интерпретировать, оказывается блокированным.

Несколько первых недель важно не мешать пациенту и предоставить ему возможность развить в себе «анализирующую личность». Сопротивление тоже нельзя интерпретировать, пока оно не раскрыто полностью и особенно пока оно не распознано и не понято аналитиком. Конечно, время начала интерпретации сопротивления будет в значительной степени зависеть от опыта аналитика. Опытному аналитику достаточно лишь слабых признаков сопротивления, в то время как начинающему придется приложить более или менее значительные усилия. Очень важно приобрести опыт распознавания признаков скрытого сопротивления. Если терапевт догадался, так сказать, ухватил значение такого сопротивления, он может сделать его осознанным через соответствующую интерпретацию; то есть сначала показать пациенту, что в его случае имеет место сопротивление, затем, какой оно имеет смысл, и, наконец, против чего это сопротивление направлено.

Если первому трансферентному сопротивлению не предшествует достаточное количество вспоминаемого материала, его разрешение сталкивается с трудностью, которая, правда, преодолевается по мере того, как возрастает опыт аналитика. Эта трудность объясняется тем, что по ходу разрешения сопротивления аналитику необходимо знать содержание материала бессознательного, а получить его он не может, поскольку его блокирует сопротивление. Почти как сновидение, каждое сопротивление имеет исторический смысл (исток) и современное значение. Затруднение можно преодолеть следующим образом. Исходя из существующей ситуации, развитие которой можно наблюдать в зависимости от формы и значения сопротивления, необходимо отыскать современный смысл или значение и цель сопротивления. Затем на него можно повлиять с помощью интерпретации так, чтобы проявился инфантильный материал. Только с помощью последнего можно полностью удалить сопротивление. Что касается

обнаружения сопротивлений и определения их актуальных значений, тут конечно нет твердых правил; это преимущественно вопрос интуиции. Более тонкие и скрытые сопротивления требуют от аналитика большей интуиции. Другими словами, аналитик должен быть свободным от запретов и иметь к тому же особый дар.

Что такое скрытое или латентное сопротивление? Это такое отношение пациента, которое не выражается явно и непосредственно, как это бывает в случаях сомнения, недоверия, опоздания, молчания, отшучивания или отсутствия ассоциаций, но которая косвенно имеет место в процессе анализа. Излишняя уступчивость пациента или полное отсутствие проявлений сопротивления всегда указывает на скрытое и поэтому гораздо более опасное, пассивное сопротивление. Я ухватываюсь за такое скрытое сопротивление, как только почувствую его, и не прерываю контакта с пациентом, пока не услышу достаточно для того, чтобы понять это сопротивление. Опыт показывает, что терапевтический эффект от контакта с пациентом теряется, если он происходил при наличии неразрешенного сопротивления.

Односторонняя, а следовательно, ошибочная оценка аналитического материала, неверное истолкование фрейдовского тезиса о том, что необходимо двигаться от поверхности, часто приводит к опасному непониманию проблемы, спешке и техническим затруднениям. Что означает «аналитический материал»? Обычное понимание этого термина следующее: коммуникации, сновидения, ассоциации, оговорки пациента. Но надо иметь в виду следующее: любое поведение пациента имеет аналитическую значимость. Ясно обозначенный на семинаре опыт продемонстрировал, что поведение пациента: его взгляд, манера речи, выражение лица, одежда, рукопожатие и т. д. — не только недооценивается аналитиками с точки зрения значимости для процесса анализа, но порой полностью игнорируется.

На Инсбрукском конгрессе Ференци и я, независимо друг от друга, были потрясены значимостью этих вроде бы формальных элементов терапии. Для нас они на долгие годы стали самой важной точкой отправления при анализе характера. Переоценка содержания материала обычно сопряжена с недооценкой, если не с полным пренебрежением манеры пациента излагать материал. Когда психотерапевт упускает из виду стиль поведения пациента или считает его чем-то незначительным, менее важным, чем содержание, он неосознанно придерживается концепции «психической поверхности», которая с точки зрения терапии опасна. Если, к примеру, пациент очень вежлив и в то же самое время предоставляет обильный материал, говоря о своих взаимоотношениях с сестрой, здесь аналитик сталкивается с двумя параллельными содержаниями «психической поверхности». Любовь к сестре и его поведение, в нашем примере — вежливость. Корни того и другого — в бессознательном. Этот взгляд на психическую поверхность по-иному представляет нам правило, что двигаться надо всегда от поверхности. Аналитический опыт показывает, что за вежливостью и обходительностью в поведении всегда скрыта более или менее не осознаваемая критическая, недоверчивая или осуждающая позиция. Иными словами, стереотипная вежливость пациента служит признаком негативного критицизма, недоверчивости или осуждения. Допустимо ли в этом случае интерпретировать кровосмесительную любовь к сестре, когда возникают соответствующие сновидения или ассоциации? Нет. Есть веская причина выбрать эту, а не другую сторону психической поверхности и работать с ней в первую очередь. Если ждать, пока пациент сам начнет говорить о своей вежливости и ее причинах, можно допустить серьезную ошибку, поскольку такая черта характера неизменно обернется сопротивлением анализу. Причем то же самое верно и для других признаков сопротивления, пациент никогда сам об этой своей черте характера не заговорит, разглядеть же замаскированное сопротивление — дело аналитика. Здесь может возникнуть серьезное возражение: мое утверждение, что вежливость пациента немедленно обернется его сопротивлением аналитику, неточно, поскольку в этом случае пациент перестал бы продуцировать материал. Но в такой момент, особенно в начале анализа,

наиболее важным является не содержательный, а формальный аспект материала.

Вернемся вновь к примеру с вежливостью: невротик в результате вытеснения имеет основания высоко ценить свою вежливость и все социальные соглашения, а также использовать их в качестве охраны или защиты. Правда, с вежливым пациентом иметь дело приятней, чем с грубым, но чистосердечным, который говорит аналитику, что тот очень молод или слишком стар, что у него старая квартира или скверная жена, что он выглядит дураком или что он еврей, что он ведет себя как невротик и было бы лучше поискать кого-нибудь другого, и т. д. Подобные вещи необязательно обусловлены феноменом переноса: в реальности аналитик никогда не бывает «чистым экраном»; его личностные характеристики — это факт, который к переносу отношения не имеет. Но наши пациенты обладают необычной способностью чувствовать наши слабые точки; более того, нащупав их, многие берут реванш за то, что им навязано основное правило. Есть такие, которые обладают откровенно садистским характером и получают садистское удовольствие от своей откровенности, к которой их призывают. Терапевтически это поведение ценно, хотя временами оно становится сопротивлением. Но подавляющее число пациентов слишком зажаты, тревожны и скованны чувством вины, чтобы спонтанно развить подобную откровенность. В противоположность многим моим коллегам я продолжаю утверждать, что в каждом без исключения случае анализ начинается с более или менее искренней позиции недоверия и критицизма, которая, как правило, остается скрытой. Чтобы убедиться в этом, необходимо с самого начала обсудить с пациентом все возможные причины его недоверия и критицизма, которые присущи ситуации (новая ситуация, незнакомый человек, мнение других об анализе и т. д.). Только с помощью такого откровенного разъяснения со стороны аналитика пациент может доверять ему. Технический вопрос о том, когда надо обсудить эту, необязательно невротическую позицию недоверия и критицизма пациента, вовсе не составляет труда. Это надо сделать, пока между аналитиком и пациентом еще существует стена условной вежливости, но при этом необходимо избегать глубоких интерпретаций бессознательного.

Мы не можем продолжать обсуждение техники интерпретации, не включив сюда развитие и лечение трансферентного невроза. При точном результативном анализе первое сильное трансферентное сопротивление не заставит себя долго ждать и скоро проявится. Мы должны понять, почему первое существенное сопротивление анализу, возникающее непроизвольно и в соответствии со структурой конкретного случая, связывается с личностью аналитика; что такое мотив, который Ференци назвал «трансферентной компульсивностью». Настойчиво следуя основному правилу, мы создаем ситуацию, при которой на поверхность начинают вырываться запретные вещи. Рано или поздно пациент начинает выставлять защиту против их проникновения в сознание. Сначала эта защита направлена исключительно против вытесненного материала, но пациент не знает ни о присутствии в нем этих запретных вещей, ни о том, что он защищается от них. Как доказал Фрейд, само по себе сопротивление бессознательно. Оно представляет собой эмоциональный процесс и поэтому не может остаться скрытым. Как и все, что имеет иррациональную основу, этот аффект пытается найти рациональное основание, зафиксироваться в актуальной ситуации. Таким образом возникает проекция: пациент проецирует на того, кто настаивает на соблюдении основного правила, тем самым разжигая целый конфликт. Перемещение защиты от бессознательного на терапевта несет с собой перемещение бессознательного содержания. Оно тоже перемещается на аналитика. Он становится, к примеру, строгим отцом или любящей матерью. Совершенно ясно, что эта защита может вызвать только негативное отношение. Поскольку аналитик стал тем, кто нарушил невротическое равновесие, он автоматически становится врагом, независимо от того, какие импульсы спроецированы на него: любви или ненависти. В любом случае присутствует защита против самих импульсов.

Если первыми проецируются импульсы ненависти, то трансферентное сопротивление однозначно отрицательно. Если же это импульсы любви, реальное

трансферентное сопротивление будет иметь место в качестве демонстрируемого, но неосознаваемого положительного переноса. Однако оно регулярно оборачивается реактивным отрицательным переносом отчасти потому, что неминуемо возникает разочарование и соответственно последующая реакция на это, так и потому, что по мере того, как под давлением импульсов ощущений сопротивление стремится проникнуть в сознание, пациент защищает себя от него, — всякая же защита порождает негативное отношение.

Проблемы механизмов скрытого отрицательного трансфера настолько важны, что требуется отдельный обстоятельный разговор о множестве его форм, а также их проработке. Сейчас я хочу только обрисовать несколько типовых сюжетов, в которых наиболее велика вероятность встречи со скрытым отрицательным трансфером. Вот они:

1. Очень послушные, чрезмерно дружелюбные, слишком доверчивые, то есть *«хорошие пациенты»*. Я имею в виду те случаи, когда налицо только положительный трансфер и никогда не проявляется реакция разочарования. Как правило, у них пассивно-феминнинный характер, если это мужчины, если это женщины — истерический, со склонностью к нимфомании.

2. Всегда *корректные, соблюдающие общепринятые нормы* пациенты. Обычно это люди с компульсивным типом характера, которые маскируют свою ненависть соблюдением вежливости любой ценой.

3. Пациенты *со слабо выраженным аффектом*. Как и корректных пациентов, таких людей характеризует интенсивная, но блокированная агрессивность. Как правило, они имеют компульсивный характер. Но надо отметить, что истерички кроме того довольно часто демонстрируют поверхностную слабость аффекта.

4. Пациенты, которые жалуются на отсутствие искренних чувств и экспрессии, то есть те, кто страдает *деперсонализацией*. Сюда же относятся пациенты, которые сознательно, а временами и компульсивно «разыгрывают спектакль», то есть те, которые где-то на периферии сознания знают, что обманывают терапевта. Они, как правило, принадлежат к группе больных нарциссическим неврозом ипохондрического типа. Такие люди регулярно предъявляют некую *«внутреннюю усмешку»* по поводу всех и вся, которую сами начинают чувствовать как нечто болезненное и которая представляет собой очень сложную терапевтическую проблему.

Форма и структура первого трансферентного сопротивления обусловлены личными детскими переживаниями любви. По этой причине мы можем добиться упорядоченного, но необязательно сложного анализа детских конфликтов, если в наших интерпретациях будем уделять внимание его наслоениям. Правда, содержание переноса не определяется нашими интерпретациями, но последовательность, в которой они возникают, тесно зависит от техники интерпретации, Это очень важно понимать как в связи с развитием трансферентного невроза, так и потому, что он развивается тем же путем, что и его прототип — исходный невроз, при этом демонстрируются те же динамические наслоения. Фрейд учил нас, что исходный невроз становится доступным для анализа только через трансферентный. Совершенно ясно, что терапевтической задачей здесь является более легкое, но полное и упорядоченное развертывание анализа исходного невроза в трансферентное. Ясно, что все происходит в обратном порядке. Нетрудно понять, что неправильный анализ трансфера вроде интерпретации отношения, начинающийся с наиболее глубокого уровня — независимо от того, насколько ясна и точна при этом сама интерпретация, — должен затемнить ту копию исходного невроза, которую представляет собой трансферентный невроз, и внести беспорядок в его картину. Опыт учит, что если избежать данной ошибки, то есть слишком ранней и слишком глубокой бессистемной интерпретации, то трансферентный невроз развивается спонтанно в соответствии со структурой индивидуального невроза.

Для иллюстрации приведу схематичный пример. Если пациент сначала любит мать, а затем ненавидит отца, потом из-за страха отказывается от любви к матери и прячет свою

ненависть к отцу в пассивно-фемининной любви к нему, то его первый трансфер, при условии точного анализа сопротивления, будет в форме пассивно-фемининной установки как поздний результат развития либидо. Систематический анализ сопротивления вскроет ненависть к отцу, которая спрятана за этой установкой, и только после этого произойдет новый катексис матери, сначала в форме любви к ней, перенесенной на аналитика. В дальнейшем это можно перенести на реальную женщину.

Рассматривая этот упрощенный пример, заметим, что мы можем ожидать и менее благоприятного результата. Скажем, пациент допускает положительный перенос и видит сновидения, отражающие его пассивно-фемининную установку, а также сновидения, демонстрирующие его влечение к матери. И то, и другое в равной мере понятно и поддается интерпретации. Если аналитик понимает истинный пласт положительного переноса, если он отдает себе отчет в том, что в положительном переносе реактивная любовь отца лежит ближе всего к поверхности, глубже — ненависть к нему, а трансферентная любовь к матери еще глубже, то аналитик, работая, опустится к последнему пласту не раньше, чем появится такая возможность. Если же такого понимания у него нет, если вместо этого он сначала касается трансферентной любви к матери, то между его интерпретациями кровосмесительной любви и опытом пациента будет оставаться скрытая ненависть к отцу в форме реактивной трансферентной любви. Возникнет непроницаемый блок сопротивления. Интерпретация, которая должна будет пройти через верхний пласт беспокойства, недоверия и защиты, вроде бы будет принята. Но это лишь видимость, поскольку она не даст терапевтического эффекта и приведет только к тому, что пациент, напуганный этой интерпретацией и чувствующий себя виноватым, будет еще больше скрывать ненависть к отцу, а так как по этой причине его чувство вины станет еще интенсивнее, он будет все более «положительным». Так аналитическая ситуация становится хаотической.

Дело в том, что в материале, всплывающем из множества психических слоев, необходимо выделять ту часть, которая в настоящем или предшествующем трансферентном сопротивлении занимала центральную позицию и которая не скрыта за другими установками. Хотя это выглядит как теория, оторванная от жизни, тем не менее на практике это проделать не так уж и сложно.

Что же происходит со всем остальным материалом, который в данный момент менее важен? Как правило, он бывает недостаточно акцентирован и поэтому автоматически отступает на задний план. Однако довольно часто пациент помещает отношение или определенное переживание в фон для того, чтобы скрыть другие вещи, которые в настоящий момент важнее для аналитика. Понятно, что такое сопротивление необходимо устранить, постоянно подчеркивая то, что скрыто и не давая пациенту совсем отвлечь внимание аналитика от этих вещей. Типичный пример: поведение пациента скрытом отрицательном трансфере. Он старается скрыть латентный критицизм и антипатию, усиленно нахваливая аналитика и анализ. Если проанализировать это сопротивление, легко прийти к мотиву пациента, выявить его страх к выражению критики.

Только в редких случаях необходимо сдерживать материал, который всплывает слишком быстро, к примеру, тогда, когда бессознательные перверсивные или кровосмесительные тенденции слишком рано или слишком массированно выходят в сознание, а пациент еще не готов в этом разобраться. Если игнорирования этого материала оказывается недостаточно, то надо вообще отвлечь пациента.

При этом центральное содержание трансферентного сопротивления держится в постоянном тесном контакте с воспоминаниями, и аффекты возникают благодаря тому, что перенос автоматически ассоциируется с этими воспоминаниями. Таким образом можно избежать опасной ситуации, в которой воспоминания возникают без аффектов. Хаотическая ситуация, напротив, характеризуется скрытым сопротивлением, которое месяцами не получает разрешения и сдерживает всякие аффекты. В то же самое время

воспоминания могут появляться в диком беспорядке и касаться, скажем, сегодня кастрационной тревоги, затем оральных фантазий, а затем вновь кровосмесительных фантазий.

Путем соответствующего отбора материала для интерпретаций мы можем достичь непрерывности в анализе. Мы можем не только понять ситуацию в данный момент, но и проследить логическое развитие переноса. Нашу работу облегчает тот факт, что сопротивление, представляющее собой отдельные кусочки невроза, проявляет себя в логическом согласовании, которое детерминировано историей невроза и его структурой.

3. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИ АНАЛИЗЕ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Итак, мы имеем дело с техникой интерпретации смысла симптомов и сопротивления. Мы выяснили, что анализ должен быть упорядоченным и систематическим, происходить в соответствии с индивидуальной структурой невроза. Перечисляя ошибки интерпретации, мы определили, что необходимо различать систематическую интерпретацию и непоследовательную. Мы обнаружили, что во многих случаях, несмотря на систематическую "интерпретацию, из-за отсутствия последовательной проработки уже истолкованных сопротивлений ситуация становится хаотической.

Если человек благополучно преодолел барьер первичного трансферентного сопротивления, его память начинает работать быстро и соответственно быстрее проникает в период детства. Но вскоре пациент сталкивается с новым пластом запретного материала, который он теперь пытается «отвести» от аналитика с помощью «второго фронта» трансферентного сопротивления. Тот же процесс сопротивления анализу запускается вновь, но теперь он носит несколько другой характер. Затем возникает первое затруднение. Новое сопротивление уже имеет «аналитическое прошлое», которое не может не влиять на него. Вроде бы можно было ожидать, что пациент, наученный анализом первичного сопротивления, теперь будет действовать совместно с аналитиком при устранении этого затруднения. Но практика показывает, что это не так. Почти всегда пациент, встретившись с новым сопротивлением, бывает так же реактивен, как и при возникновении предыдущего; иногда он даже возвращается к прежнему сопротивлению, не демонстрируя нового. Этот новый слой усложняет всю ситуацию. Пациент опять занимает прежнюю позицию сопротивления, которое вроде бы было им уже преодолено. Если теперь коснуться только нового сопротивления и пренебречь промежуточным слоем, а именно: активизировавшимся старым сопротивлением — это значит пойти на риск бесполезной интерпретации. Можно избавить себя от разочарования и провала, если всегда возвращаться к старому сопротивлению — независимо от того, насколько оно будет проявлено, — и начинать работу по разрешению сопротивления «от печки». Таким образом, мы постепенно проникаем в следующее сопротивление, не опасаясь попасть на новую территорию, хотя наш враг снова оказался на ней, тот же самый враг, что и прежде.

Важно подорвать невроз из области кардинального сопротивления, из его опорной точки, вместо того чтобы фокусировать свое внимание на деталях сопротивления, то есть атаковать невроз со множества позиций, непосредственно не связанных между собой. Если последовательно развертывать сопротивление и аналитический материал из опорной точки первичного трансферентного сопротивления, то никогда не утратишь видения ситуации в целом, прошлой и настоящей. А это гарантирует необходимую непрерывность анализа и основательную проработку. Обеспечив это, мы имеем дело с уже известными типичными картинами заболевания, а обеспечив анализ сопротивления, проведя его корректно, мы получаем возможность предвидеть порядок проявления острых трансферентных сопротивлений.

Никакие аргументы не убедят нас в том, что беспорядочная интерпретация смысла симптомов или лечение всех пациентов по одной и той же схеме смогут разрешить многочисленные затруднения психотерапии. Те, кто пытается поступать таким образом,

лишь демонстрируют свое непонимание реальных проблем психотерапии и не знают, что «разрубить гордиев узел» на самом деле означает разрушить возможности аналитического лечения. Проходящий таким образом анализ не исправить. Интерпретация может служить ценным лекарством, которое необходимо использовать осторожно, если мы не хотим потерять его эффективность. Наш опыт показывает, что кропотливое распутывание «узла» является кратчайшим путем к реальному успеху.

Кроме того, существуют те, кто ошибочно истолковывает концепцию аналитической пассивности и становится мастером ожидания. Они могут дать нам обильный материал, иллюстрирующий" хаотические ситуации. На этапе сопротивления задача аналитика — направить курс анализа, пациент же может взять на себя эту роль только тогда, когда он свободен от сопротивления. Фрейд имел в виду именно это. Принцип сохранения молчания, или «одиночное плавание» пациента, так же опасно для него, как и беспорядочная интерпретация или интерпретация по заданной теоретической схеме. Кроме того, все это опасно и для психоаналитической терапии.

При определенных формах сопротивления такой вид пассивности является очень серьезной ошибкой. Скажем, пациент ускользает от сопротивления или обсуждения соответствующего материала. Он затрагивает другой предмет, пока и здесь тоже не возникнет сопротивление, тогда он переходит к третьему предмету и т. д. Подобная техника зигзага может продолжаться бесконечно, вне зависимости от того, рассматривать ли ее пассивно или вести пациента со ступени на ступень посредством интерпретаций. Поскольку пациент постоянно «убегает» и поскольку его усилия, направленные на то, чтобы удовлетворить аналитика соответствующими материалами, остаются безрезультатными, задача аналитика состоит в том, чтобы снова и снова возвращать его к начальной позиции сопротивления, пока он сам не найдет способ «ухватить» это аналитически[*].

В иных случаях пациент может «убежать» в детство, может проговориться о том, что хорошо скрывал, чтобы сохранить свою позицию. Такие разговоры в лучшем случае не имеют отношения к терапии. Если предпочтительнее не прерывать пациента, то можно их выслушать. Здесь очень важна работа с той позицией, от которой пациент старается уйти. То же самое верно в случае перескакивания пациента на актуальные темы. Идеальным является развитие анализа трансферентного невроза, идущего по прямой линии, в соответствии с исходным неврозом. В этом случае пациент систематически развертывает свое сопротивление, и это происходит между продуцированием воспоминаний с соответствующими аффектами.

Часто обсуждающийся вопрос о том, какая позиция лучше: пассивная или активная, лишен смысла. По правде говоря, в анализе сопротивления нельзя действовать слишком рано и *нельзя слишком долго откладывать интерпретацию бессознательного обособленно от сопротивлений*. Привычна следующая процедура: мы слишком храбры при интерпретации смысла и начинаем колебаться, как только появляется сопротивление.

---

[*] *Примечание J945 года.* У многих пациентов сопротивление проявляется в форме компульсивного говорения. Эта компульсивность представляет собой не что иное, как биологическое проявление хронического спазма глубоких мышц шеи и горла. У человека есть потребность говорить независимо от содержания того, что говорится. При оргонной терапии таких пациентов просят хранить молчание, затем, спустя некоторое время, возникает тревога, которая является причиной компульсивного симптома. Лечение компульсивного говорения проходит путем устранения мышечного панциря в области шеи.

ГЛАВА IV
ТЕХНИКА АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА*

1. ВВЕДЕНИЕ

Наш теоретический метод обусловлен следующими основными теоретическими положениями. Топическая точка зрения в психоанализе определяет технический принцип, состоящий в том, что бессознательное должно быть выведено в сознание. Динамическая точка зрения диктует правило, которое гласит, что выведение в сознание необходимо осуществлять не директивно, а путем анализа сопротивления. Экономическая точка зрения и психологическая структура устанавливают, что сопротивление анализу необходимо довести до конца, и сделать это определенным образом, соответствующим личности пациента.

В рамках топического процесса выведение бессознательного в сознание являлось единственной задачей аналитической техники, и формула, согласно которой бессознательные проявления необходимо интерпретировать по мере их предоставления, была точна. Динамика анализа, связанная с тем, высвобождает ли выведение в сознание соответствующий аффект или нет, влияет ли анализ на пациента за пределами интеллектуального понимания им анализа, в той или иной степени была делом случая. Включение динамического элемента, то есть требования, чтобы пациент не только вспоминал что-то, но и переживал свои воспоминания, уже усложнило простую формулу, по которой всего лишь надо было вывести бессознательное в сознание. Однако динамика аналитического аффекта зависела не от содержания материала, а от сопротивлений, которые пациент проявлял по отношению к нему, а также от эмоционального переживания во время преодоления сопротивлений. Это заметно изменило аналитическую задачу. С топической точки зрения достаточно было осознать один за другим проявляемые элементы бессознательного, другими словами, основной линией анализа было содержание материала. Если принять к сведению динамический фактор, то можно отказаться от этой основной линии ради другой, которая охватывает как содержание материала, так и аффекты, то есть последовательность сопротивлений. Поступая таким образом, мы в большинстве случаев сталкиваемся с затруднением, которое еще не в состоянии преодолеть.

2. ХАРАКТЕРНЫЙ ПАНЦИРЬ И ХАРАКТЕРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ

а) Невозможность следовать основному правилу.

Наши пациенты довольно редко принимают анализ сразу и далеко не всегда могут следовать основному правилу и действительно открываться аналитику. Они не могут сразу, в полной мере, довериться незнакомцу; годы болезни, постоянное влияние невротического окружения, неудачный опыт работы с терапевтами, общее вторичное отклонение личности — все это создает неблагоприятную для анализа ситуацию. Устранение этого препятствия не было бы таким сложным, если бы к этому не примешивался характер пациента, являющийся неотъемлемой частью невроза. Это затруднение можно было бы назвать «нарциссическим барьером». В принципе есть два способа избегания подобных проблем при анализе, особенно — восстания против основного правила.

Один, самый привычный способ состоит в том, что пациента директивно обучают анализу путем информирования, ободрения, наставлений, высказываний и т. д., то есть пытаются обучить его аналитическому чистосердечию, устанавливая некую разновидность положительного трансфера. Это соответствует технике, проповедуемой Нанбергом. Опыт показывает, однако, что в подобном педагогическом методе отсутствует определенность, в нем нет базисной аналитической ясности и имеют место постоянные

* Впервые представлена на X Международном психоаналитическом конгрессе, состоявшемся в 1927 году в Инсбруке.

вариации ситуации переноса.

Другой путь более сложный, его нельзя применить ко всем пациентам, но он подойдет для большинства. Он состоит в *замене педагогических наставлений аналитической интерпретацией*. Помимо введения пациента в анализ путем совета, наставления и трансферентных маневров, внимание фокусируется на актуальном поведении пациента и на значении этого поведения. Уточним: почему он сомневается или опаздывает, почему говорит высокомерно или смущенно, почему общается со всеми подряд или выборочно, почему критикует анализ, почему продуцирует чрезмерно обильное количество материала или выдает исключительно глубинный материал. Если, к примеру, пациент говорит высокомерно, употребляет технические термины, то можно попытаться убедить его, что это не приведет к продвижению анализа, и лучше оставить это и вести себя не столь высокомерно ради успешного анализа. Или можно отказаться от всяких попыток убеждения и ждать, пока не поймешь, почему пациент ведет себя тем или иным образом. При этом можно обнаружить, что его поведение — это попытка компенсировать чувство неполноценности, которое он испытывает по отношению к аналитику, и повлиять на него последовательной интерпретацией его поведения. Эта процедура в противоположность предыдущему методу полностью созвучна принципам анализа.

Попытка возобновить педагогические и подобные активные приемы кажется необходимой из-за характерного поведения пациента, из-за чисто аналитических интерпретаций, которые неожиданно приводят к анализу *характера*.

Определенный клинический опыт заставляет выделить среди различных видов сопротивлений, с которыми мы встречаемся, группу *характерных сопротивлений*. Их отличает специфическая черта, связанная не с их содержанием, а с особым образом действий и реагирования пациентов. Компульсивный характер развивает сопротивление, отличное от сопротивления, присущего истерическому характеру. А последний, в свою очередь, демонстрирует иное сопротивление, нежели импульсивный или неврастенический характер. Форма типичных реакций разнится от характера к характеру, хотя содержание может быть схожим, что определяется как инфантильными переживаниями, так и содержанием симптомов или фантазий.

б) Откуда берутся характерные сопротивления?

Некоторое время назад Глоувер занимался проблемой дифференциации характерных неврозов и симптомных неврозов. Александер также работал на основе этого различения. В своих предыдущих работах я занимался приблизительно тем же. Более тщательное исследование показывает, что это различие имеет смысл принять во внимание только тогда, когда существуют неврозы с описываемыми симптомами, однако существуют и другие, без симптомов. Первые были названы «симптомными неврозами», вторые — неврозами характера, или «характерными неврозами». Понятно, что в первых случаях более очевидны симптомы, а в последних — просматриваются невротические черты характера. Но мы должны спросить: существуют ли симптомы без основной невротической реакции, другими словами, без невротического характера? Различие между характерными неврозами и симптомными неврозами состоит лишь в том, что в последнем случае невротический характер продуцирует симптомы и концентрируется в них. Если принять как факт, что основой симптомного невроза всегда является невротический характер, то становится ясно, что нам придется иметь дело с характерно-невротическими сопротивлениями пациента в каждом случае анализа, что всякий курс анализа должен быть анализом характера.

Другое отличие, которое становится неактуальным с точки зрения анализа характера — это различия между хроническими неврозами, то есть неврозами, которые развились в детстве, и острыми неврозами, которые возникли позже. Здесь важно не то, когда появились симптомы — позже или раньше, а то, что невротический характер,

реактивный базис симптомного невроза в основных чертах был сформирован уже в период эдиповой фазы. Есть старый клинический опыт, гласящий, что пограничная линия, которую пациент проводит между здоровьем и приступом болезни, всегда сглаживается в процессе анализа.

Поскольку формирование симптома не есть отличительный критерий, давайте рассмотрим другие моменты. Это прежде всего инсайт признания заболевания и рационализация.

Отсутствие признания заболевания — очень важный, хотя и не абсолютный, признак характерного невроза. Невротический симптом переживается пациентом как инородная часть и вызывает у человека чувство, что он болен. Невротическая характерная черта, такая, например, как чрезмерная аккуратность компульсивного характера или тревожная застенчивость истерического характера, органически встроена в личность. Можно жаловаться на застенчивость, но не чувствовать в этом признаков болезни. До тех пор пока характерологическая застенчивость не обернется патологической склонностью краснеть, или, скажем, компульсивно-невротическая аккуратность не превратится в компульсивный церемониал, то есть, пока невротический характер симптоматически не обострится, человек не чувствует себя больным.

Надо отметить, что существуют также симптомы не признаваемые как таковые или признаваемые лишь отчасти. Они воспринимаются пациентом как вредная привычка или особенность организма (хронические запоры, преждевременная эякуляция и т. д.). С другой стороны, многие черты характера часто переживаются человеком как болезнь, например, вспышки ярости, склонность валяться в постели, пить, сорить деньгами и т. д. Несмотря на это, можно сделать вывод, что признание заболевания характеризует невротический симптом, а отсутствие такового — невротическую черту характера.

Еще одно отличие. Оно состоит в том, что симптом никогда не рационализируется так, как характер. Ни истерическая рвота, ни компульсивная расчетливость не могут быть рационализованы. Симптом лишен смысла, в то время как невротический характер достаточно рационализован и не представляется чем-то бессмысленным или патологическим. Это часто объясняется тем, что какая-либо невротическая характерная черта будет немедленно отвергнута пациентом как абсурдная, если ее счесть симптомом: «Просто он такой человек». Это подразумевает, что человек родился таким, что это — «его характер». Анализ показывает, что такое толкование ложно, что характер заставляет действовать так, а не иначе по определенным причинам, что в принципе его можно проанализировать, как симптом, и изменить.

Иногда невротические симптомы становятся настолько неотъемлемой частью личности, что становятся похожими на черты характера. Например, компульсивное подсчитывание может возникнуть только как часть общей склонности к порядку; компульсивное систематизирование — только как часть компульсивной предрасположенности к работе. Такие модели поведения, скорее, воспринимаются как странности или особенности, чем как признаки заболевания. Поэтому мы без труда можем установить, что концепция заболевания чрезвычайно текуча, что существуют всевозможные этапы переходов от симптома — как изолированного чужеродного тела — через невротический характер и «плохие привычки» к рациональному действию.

По сравнению с характерными чертами конструкция симптома очень проста для понимания его смысла и истока. Правда, надо сказать, что симптом имеет и множественную детерминацию; но чем глубже мы в нее проникаем, тем больше удаляемся от реального симптома и тем яснее ощущаем базальную, основную характерологическую реакцию. Таким образом, теоретически, исходя из любого симптома, можно достичь базальной характерологической реакции. Симптом непосредственно обусловлен ограниченным числом бессознательных позиций; истерическая рвота, скажем, основывается на вытесненных фантазиях на тему **феллации** или оральных желаний ребенка. Она характерологически проявляется как определенный

инфантилизм и материнское отношение. Но истерический характер, формирующий основу симптома, обусловлен многими, отчасти противоречивыми, влечениями и выражается в специфической позиции или *способе существования*. Это бывает не так легко раскрыть, как симптом. Тем не менее здесь необходимо, как и при работе с симптомом, вернуться к исходному состоянию и понять характер, исходя из инфантильных влечений и переживаний. Если симптом соответствует единственному переживанию или влечению, то характер представляет собой специфический способ существования индивида, экспрессию всего его прошлого. По этой причине симптом может возникнуть неожиданно, в то время как каждая индивидуальная черта характера формируется годами. Однако нельзя забывать тот факт, что симптом тоже не может возникнуть внезапно без базальной, основной характерологической реакции, которая уже присутствует.

Во время анализа тотальность невротической черты характера дает о себе знать как компактный механизм защиты против наших терапевтических действий. Аналитическое исследование развития этого механизма, своего рода характерного «панциря», показывает, что он также служит определенной экономической цели: с одной стороны, он оберегает человека от воздействий внешнего мира, а с другой — от внутренних либидинальных влечений. Характерный панцирь может выполнять эту задачу, потому что либидинальные и садистские энергии объединяются в невротических реактивных образованиях, компенсациях и других невротических установках. В процессе формирования и сохранения этого панциря тревога постоянно ограничивается, так же, как, согласно описанию Фрейда, и компульсивные симптомы. Мы будем несколько позже говорить об экономике характерной формации.

Поскольку невротический характер человека, выполняя экономическую функцию охраняющего панциря, устанавливает определенное равновесие, хоть и невротическое, анализ становится для него опасным. Вот почему различные сопротивления, которые налагают свой специфический отпечаток на анализ в индивидуальном случае, возникают из нарциссического проективного механизма. Очевидно, что модель поведения является результатом тотального развития и ее как таковую можно анализировать и изменять. Таким образом, она является стартовой точкой для включения аналитиком техники анализа характера.

в) Техника анализа характерного сопротивления.

Помимо сновидений, ассоциаций, оговорок и другого материала, представленного пациентами в процессе аналитического взаимодействия, особого внимания заслуживает их отношение, точнее, их манера рассказывать сны, оговариваться, ассоциировать и общаться в целом[*].

Пациент, с самого начала следующий нашему основному правилу, — редкое исключение. Проходят месяцы анализа характера, прежде чем человек станет хотя бы наполовину правдивым в самовыражении. Манера пациента говорить с аналитиком, когда он здоровается с ним, или его взгляд, или то, как он лежит на кушетке, модуляции его голоса, степень соблюдения вежливости — все это является для аналитика критериями суждения о скрытых сопротивлениях, направленных против основного правила анализа. А понимание нами всех этих деталей дает возможность изменить или устранить их путем интерпретации. То, как сказано, не менее важный материал для интерпретации, чем что именно сказано. Часто можно услышать, как аналитики жалуются, что анализ не продвигается, поскольку пациент не выдает никакого материала. Под «материалом» в этом случае подразумеваются ассоциации и коммуникации. Но манера пациента говорить,

[*] *Примечание 1945 года.* Форма экспрессии гораздо важнее, чем ее идейное содержание. Сегодня для того, чтобы пробиться к критическим детским переживаниям, мы используем исключительно экспрессию. Не идейное содержание, а форма выражения является тем, что приводит нас к биологическим реакциям, которые формируют основу психических проявлений.

молчать или повторяться тоже является материалом, который необходимо использовать. Есть только одна ситуация, в которой пациент не предоставляет материала, — это наша неудача, которая происходит потому, что мы не способны использовать поведение пациента в качестве «материала».

В том, что поведение человека и форма его коммуникаций имеет аналитическую значимость, нет ничего нового. То, о чем я собираюсь говорить, — факт, все это представлено в анализе характера определенным и почти совершенным образом. Прошлые неудачи в работе со множеством случаев невротического характера научили нас тому, что форма коммуникаций, по крайней мере вначале, важнее, чем содержание. Необходимо лишь вспомнить скрытое сопротивление «аффективно слабых», «хороших», чрезмерно вежливых и корректных пациентов, которые всегда представляют обманчивый положительный перенос или неистово и стереотипно требуют любви; вспомнить тех, кто играет в анализ, как в игру, а также тех, кто всегда закован в «панцирь», и тех, кто все время внутренне усмехается по поводу всех и вся. Этот список можно продолжить. Проще, пожалуй, понять, что необходимо проделать большую и тщательную работу, чтобы решить бесчисленные индивидуальные технические проблемы.

Чтобы сориентироваться, необходимо изложить важнейшие отличия анализа характера и анализа симптома, для чего сравним две пары пациентов. Условимся, что мы одновременно лечим двух мужчин, страдающих преждевременной эякуляцией; один из них имеет пассивно-феминиинный характер, а другой — фаллически-садистский. Кроме них, у нас есть еще две пациентки, женщины, страдающие проблемами, связанными с нарушением питания; у одной из них компульсивный характер, а у другой — истерический.

Далее, условимся, что преждевременная эякуляция обоих мужчин имеет один и тот же бессознательный смысл: страх отцовского пениса в женской вагине. В процессе анализа оба пациента на основе кастрационной тревоги, которая составляет основу симптома, продуцируют отрицательный перенос на отца. Оба ненавидят аналитика (отца), потому что видят в нем врага, который препятствует достижению ими удовольствия. Оба переживают бессознательное желание уничтожить его. В этой ситуации фаллически-садистски и характер будет отводить опасность кастрации через оскорбления, пренебрежение и угрозы, в то время как пассивно-феминиинный в том же самом случае станет еще более пассивным, покорным и дружелюбным. У обоих пациентов характер спровоцирует сопротивление: один встретит опасность агрессивно, а другой постарается ее избежать путем обманчивой покорности. Нет смысла повторять, что характерное сопротивление пассивно-феминиинного пациента опаснее потому, что оно функционирует исподволь, скрытно. Человек продуцирует изобильный материал, он вспоминает разнообразные детские переживания, короче говоря, кажется чрезвычайно открытым. На самом деле он камуфлирует злобу и ненависть. И пока он сохраняет таким поведением свою определенную позицию, никакие попытки анализа не смогут изменить его состояние. Он может даже вспомнить ненависть к своему отцу, но не будет переживать ее, если отсутствует последовательная интерпретация аналитиком смысла его обманчивой позиции, которая должна предшествовать интерпретации глубокого смысла его ненависти.

Условимся, что у каждой пациентки из второй пары налицо явный, острый положительный перенос. Центральное содержание этого переноса и у той, и у другой такое же, как и симптом, — то есть орально-феллационная фантазия. Но, хотя положительный перенос одинаков по содержанию, форма трансферентного сопротивления будет различной: истерическая пациентка будет, скажем, демонстрировать тревожное молчание и вести себя застенчиво, а компульсивная — злобно или холодно молчать и вести себя надменно. В одном случае положительный перенос отражается в агрессии, в другом — в тревоге. Форма защиты у пациенток будет соответствующей: истерическая пациентка всегда будет защищаться тревожно, а компульсивная —

агрессивно, независимо от того, какое бессознательное содержание является точкой прорыва. Таким образом, *у одних, и тех же пациентов характерное сопротивление всегда одинаково и таится в самом основании невроза*.

В характерном панцире заключена концентрированная хроническая экспрессия нарциссической защиты. Кроме известных нам видов сопротивлений, которые мобилизуются против каждой новой частицы материала бессознательного, мы не должны упускать из виду постоянный фактор внешней формы, который проистекает из характера пациента. Поэтому мы называем фактор внешней формы сопротивления «характерным сопротивлением».

Итак, остановимся на наиболее важных аспектах характерного сопротивления. Характерное сопротивление выражается не в содержании материала, а в формальном аспекте обычного поведения: в манере говорить, выражении лица, в типичных отношениях человека, проявляющихся в улыбке, осмеивании, надменности, чрезмерной пунктуальности, излишней вежливости, агрессивности и т. д.

Спецификой характерного сопротивления является не то, *что* пациент говорит или делает, а *как* он говорит или действует, не *что* он рассказывает, излагая сновидение, а *как* он рассказывает, подвергает сон цензуре, искажает его и т. д.

Характерное сопротивление остается одним и тем же у схожих пациентов, независимо от того, против какого материала оно направлено.

Различные характеры предоставляют одинаковый материал, но разными способами. К примеру, истерическая пациентка будет отводить положительный перенос фигуры отца тревогой, а компульсивная — агрессивностью.

Характерное сопротивление, которое выражается через форму, можно понять, исходя из его содержания, и редуцировать к детскому переживанию и инстинктивному влечению, так же, как и невротический симптом[*].

В процессе анализа характер пациента скоро проявляет себя в качестве сопротивления. Как в обычной жизни, так и в анализе характер играет ту же самую роль. Он является механизмом защиты психики. Закованный в характерологический панцирь человек защищен от внешнего мира и от собственных бессознательных влечений.

Изучение характерного образования приводит к следующему выводу: характерный панцирь формируется в детстве по тем же причинам и нацелен на то же самое, что и характерное сопротивление в аналитической ситуации. В процессе анализа проявление характера в виде сопротивления отражает его инфантильный генезис. Ситуация, вызывающая характерное сопротивление во время анализа, точно повторяет ту детскую ситуацию, которая привела к формированию характера. По этой причине мы находим в характерном сопротивлении как защитную функцию, так и перенос инфантильных отношений на внешний мир.

С экономической точки зрения характер в обычной жизни и характерное сопротивление во время анализа выполняют одну и ту же функцию, то есть служат для того, чтобы избежать неудовольствия, установить и сохранить психическое равновесие, пусть даже и невротическое, — и, наконец, для того, чтобы поглощать вытесненную энергию. Одна из кардинальных функций характера состоит в том, чтобы ограничить свободное протекание потока тревоги, то есть поглотить перекрытую плотиной энергию. Так как исторический, инфантильный элемент присутствует и активизируется в невротических симптомах, он существует и в характере. Вот почему разрешение характерного сопротивления дает точный и несомненный путь, ведущий к центральному детскому конфликту.

Что же следует из вышеприведенного с точки зрения анализа характера? Есть ли существенные различия между анализом характера и анализом сопротивления? Да. Они состоят: а) в отборе материала и установлении последовательности, в которой он

[*] Благодаря реализации этого факта формальный элемент включается в сферу психоанализа, который до сих пор фокусировался преимущественно на содержании.

интерпретируется; и б) в технике интерпретации. Итак:

а) Если мы говорим об отборе материала, то нам могут небезосновательно возразить. Кто-то может сказать, что всякая селекция противоречит базовым психоаналитическим принципам, а именно тому, что вести в ходе анализа должен пациент, что, применяя какую бы то ни было селекцию, мы активизируем опасность следования своим личностным наклонностям. На это мы отвечаем, что та селекция, о которой пойдет речь, не подразумевает пренебрежение аналитическим материалом. В данном случае селекция означает только тот вид отбора, который гарантирует логическую последовательность интерпретаций, соответствующую структуре индивидуального невроза. В конце концов интерпретируется весь материал; только в каждой ситуации какая-то деталь более важна, нежели другая. Кстати, аналитик всегда производит какой-то отбор, он осуществляет селекцию, когда не интерпретирует сновидение в той последовательности, в которой оно предоставлено пациентом, а выбирает ту или иную деталь и работает с ней. Он отбирает материал, если обращает внимание только на содержание коммуникации, а не на ее форму. Другими словами, очевиден тот факт, что пациент предоставляет материал самого разнообразного свойства, и это заставляет осуществлять отбор. Сейчас речь идет только о корректной селекции, осуществляемой с пониманием актуальной аналитической ситуации.

Если пациенты под влиянием характера постоянно терпят неудачу в следовании основному правилу, то мы имеем дело с характерным сопротивлением. Приходится постоянно форсировать выделение характерного сопротивления из всего объема материала и идти путем интерпретации смысла. Это, конечно, не означает, что надо пренебрегать материалом, напротив, каждая частичка его очень ценна, поскольку дает нам информацию о смысле и истоке характерной черты. Необходимо отложить интерпретацию того материала, который не имеет непосредственной связи с трансферентным сопротивлением, до того времени, пока не будет понято характерное сопротивление и пока оно, хотя бы в основных чертах, не будет преодолено. Я уже пытался показать (см. главу III), в чем состоит опасность глубокой интерпретации при наличии неразрешенного характерного сопротивления.

б) Теперь необходимо обратиться к некоторым специфическим проблемам техники анализа характера. Прежде всего надо подчеркнуть, что существует возможность его неверной трактовки. Мы говорим, что анализ характера начинается с акцентирования и соответствующего анализа характерного сопротивления. Необходимо понять, что это вовсе не значит, что пациента надо просить, скажем, не быть агрессивным, не иронизировать, не смущаться при разговоре и т. д. Подобная процедура не только неаналитична, но и бессмысленна. Я снова и снова подчеркиваю, что анализ характера, в нашем понимании, не имеет ничего общего ни с воспитанием, ни с наставлениями, ни с попыткой заставить пациента вести себя иначе. Анализируя характер, мы спрашиваем себя, почему пациент иронизирует, почему он смущается при разговоре, почему он блокирует аффекты и т. д. Мы стараемся пробудить у пациента интерес к его собственным чертам характера для того, чтобы с его помощью аналитически исследовать их корни и значение. Все, что мы делаем, «поднимает» черту характера, которая представлена кардинальным сопротивлением пациента, над уровнем его личности. И тогда появляется возможность показать пациенту поверхностную связь между характером и симптомами. Это нужно ему независимо от того, будет он использовать эти знания для изменения своего характера или нет. В принципе процедура не отличается от анализа симптома. Анализ характера дополняется только тем, что мы изолируем черту характера и настраиваем пациента на ее воспроизведение, пока он не взглянет на нее объективно и не переживет ее, как болезненный симптом. Таким образом, черта характера начинает им переживаться как нечто инородное, от чего пациент может избавиться.

Удивительно, что этот процесс приводит к изменениям — хотя бы и временным — в личности. По мере продвижения анализа характера на передний план автоматически

выдвигается тот импульс или та черта, которая вызывает характерное сопротивление при переносе. Давайте вернемся к иллюстрации поведения пассивно-феминининого характера. Чем более объективное отношение к собственной тенденции пассивно подчиняться занимает пациент, тем агрессивнее он становится. Это происходит потому, что пассивно-феминининое отношение, в сущности, является реакцией на вытесненные агрессивные импульсы. Но вместе с агрессией возвращается инфантильная кастрационная тревога, из-за которой в детстве агрессивное поведение сменилось пассивно-феминининым. Таким образом, анализ характера направленно приводит к центру невроза — эдипову комплексу.

Однако не надо питать иллюзий. Изолированность такого характерного сопротивления и его аналитическая проработка обычно продолжаются много месяцев и требуют больших усилий и настойчивости пациента. В конце концов происходит прорыв, хотя надо отметить, что, как правило, анализ проходит довольно быстро, если аналитические переживания заряжены эмоционально. Если же пренебрегать характерным сопротивлением и вместо этого просто следовать линии материала, интерпретируя его целиком, то такие сопротивления образовывают балласт, сдвинуть который бывает очень трудно, а подчас и невозможно. В таком случае у аналитика все больше и больше создается впечатление, что каждая интерпретация смысла материала пропадает даром, что пациент продолжает во всем сомневаться или претендует только на приятие вещей как они есть, или же он встречает все с внутренней усмешкой. Если устранение подобных сопротивлений не сделано в самом начале, они образуют непреодолимое препятствие на более поздних стадиях анализа, в то время, когда назрела необходимость дать наиболее важные интерпретации эдипова комплекса.

Я уже попытался опровергать возражение по поводу того, что нельзя прорабатывать сопротивления, пока не знаешь их инфантильной детерминации. Очень важно с самого начала просмотреть актуальный смысл характерного сопротивления. Это, как правило, можно сделать и без инфантильного материала, который совершенно необходим для разрешения сопротивления. Если сначала просто показать пациенту картину его сопротивления и объяснить его выявленный смысл, то соответствующий инфантильный материал вскоре появится и поможет устранить сопротивление.

То, что мы таким образом выделяем анализ модели поведения, вовсе не означает, что мы пренебрегаем содержанием. Мы только обращаем внимание на то, что до сих пор не принималось в расчет. Опыт показывает, что анализу характерного сопротивления надо придавать первостепенное значение. Это не значит, конечно, что какое-то определенное время следует заниматься только анализом характерного сопротивления и только потом переходить к интерпретации содержания. Две фазы — анализ сопротивления и анализ ранних детских переживаний — по сути дела, частично совпадают. Только вначале мы отдаем предпочтение анализу характера, то есть обучению анализа анализом, в то время как на более поздних стадиях акцент смещается на содержание и на детский материал. Это, конечно же, не жесткое незыблемое правило, все зависит от индивидуальной позиции пациента. С одним человеком интерпретация детского материала начинается раньше, с другим — позже. Правило, пожалуй, состоит в том, чтобы не давать глубоких интерпретаций — независимо от того, насколько ясен материал, — пока пациент не будет готов ассимилировать их. И снова я отмечаю, что ничего нового в этом нет, но отличие аналитической техники в значительной степени определено тем, что именно тот или другой аналитик подразумевает под готовностью к аналитической интерпретации. Необходимо также различать то содержание, которое является неотъемлемой частью характерного сопротивления от того, которое относится к другим сферам опыта. Обычно пациент бывает готов сначала познать первое, а не последнее. Вообще говоря, наши попытки анализировать характер есть не что иное, как попытка достичь максимально возможной безопасности во время вводной части, предшествующей анализу, и в интерпретации детского материала. Это приводит нас к важной задаче изучения и систематического описания различных форм характерологического трансферентного

сопротивления. Если мы понимаем их, то техника возникает автоматически в зависимости от их структуры.

г) Техника интерпретации защиты (индивидуальный подход, вытекающий из структуры характерного сопротивления).

Теперь давайте обратимся к тому, насколько техника анализа характера может быть обусловлена характерным сопротивлением, которое пациент так или иначе обнаруживает с самого начала, но структура которого тем не менее изначально остается не совсем понятой. В приведенном ниже случае характерное сопротивление имеет очень сложную структуру: здесь огромное количество сосуществующих и частично совпадающих определений. Постараюсь описать те причины, которые побудили меня начать интерпретацию именно с аспекта сопротивления, а не с чего-то другого. Кроме того, мы увидим, что последовательная и логическая интерпретация защит и механизмов панциря направленно ведет к основным инфантильным конфликтам.

Случай проявления чувства неполноценности.

> Тридцатилетний мужчина обратился к аналитику, поскольку «не был способен получать от жизни какого-то удовольствия». Он не считал себя больным и сказал, что слышал о психоанализе и что, возможно, психоанализ поможет что-то выяснить. На вопрос о симптомах он ответил, что их нет. Несколько позже обнаружилось, что у него слабая половая потенция. Он почти не осмеливался поухаживать за женщинами, очень редко имел половые контакты и в этих редких случаях страдал от преждевременной эякуляции, и половой акт его не удовлетворял. Он не очень удивился, когда узнал о своей импотенции. Он смирился с этим. В конце концов он сказал, что есть множество мужчин, «которые обходятся без этого».

Его поведение, несомненно, выдавало человека, который жестко сдерживает себя. Он говорил, не глядя на меня, тихим голосом, скованно и смущенно прочищая горло. В то же самое время имела место попытка подавить это смущение и выглядеть мужественным. Но в целом его внешний вид производил впечатление человека с выраженным чувством неполноценности.

> Ознакомившись с основным правилом, он стал говорить подавленным и тихим голосом. В числе его первых высказываний было воспоминание о двух «ужасных» переживаниях. Однажды он сбил машиной женщину, и она умерла от травм. А во время войны, будучи медиком, ему пришлось произвести трахеотомию. Воспоминание об этих двух случаях наполняло его ужасом. Далее, на протяжении нескольких сессий он говорил тем же монотонным, тихим подавленным голосом уже о своем детстве. Он был одним из младших детей и оказался отодвинутым семьей на задний план. Старший брат, который был старше его почти на двадцать лет, был любимцем родителей. Он часто ездил в деловые командировки, «видел мир», гордился собой и своим опытом, и когда возвращался домой после очередной поездки, «вся семья вертелась вокруг него». Хотя содержание этой истории выявляло зависть к брату и достаточно очевидную ненависть к нему, пациент в ответ на осторожный вопрос отрицал наличие подобных чувств. Затем он заговорил о матери, о том, как хорошо она к нему относилась и что она умерла, когда ему было семь лет. Здесь он начал тихо плакать, застыдился и на некоторое время смолк. Было ясно, что одна только мать и уделяла ему внимание, давала какую-то любовь. И что утрата матери очень потрясла его. После ее смерти он пять лет провел в доме брата. Не содержание, а тон его рассказа раскрыл ту горечь, которую вызывало недружелюбное, холодное и доминирующее поведение его брата. Затем он в нескольких коротких предложениях заметил, что теперь у него есть друг, который очень любит его и преклоняется перед ним. За этим последовало продолжительное молчание. Несколько дней спустя он рассказал свой сон. Он видел себя в чужом городе со своим другом, только лицо его друга было чужим. Тот факт, что пациент, чтобы пройти курс анализа, уехал из родного города, свидетельствовал, что приснившийся ему мужчина был аналитик. Такое отождествление аналитика с другом можно интерпретировать как начало

положительного переноса, однако по отношению к ситуации в целом это было бы неразумно. Пациент сам признал в друге меня — аналитика, но больше ничего к этому не добавил. Но поскольку он молчал или же сомневался в своей способности выдержать анализ, я высказал предположение, что у него что-то есть против меня, но не хватает храбрости сказать мне об этом. Он категорически это отрицал, после чего я заметил ему, что он никогда не мог набраться храбрости выразить враждебные импульсы по отношению к брату. Что он даже не может сознательно подумать об этом и что между нами, возможно, установились такие же отношения, какие были у него с братом. Само по себе это было верно, но я ошибся, раскрыв его сопротивление на столь глубоком уровне. Интерпретация не имела успеха, напротив, его скованность усилилась. Мне пришлось выждать несколько дней, прежде чем его поведение позволило мне понять более важный смысл его сопротивления. Выяснилось, что у него, помимо трансферентной ненависти к брату, присутствовала еще и сильная защита от феминиинной позиции (сон о друге). Но интерпретация в этом направлении пока еще была нецелесообразна. Поэтому я продолжал напоминать ему, что у него есть какие-то причины защищаться не только от меня, но и от анализа, что все его существо противится анализу. С этим он согласился, добавив, что ему свойственны ригидность, замкнутость и защитное поведение. Когда я во время сеансов при каждом удобном случае раскрывал его защиты, меня удивляла та монотонность, с которой он произносил свои жалобы. Каждая наша встреча начиналась одинаково. Он произносил: «Я ничего не чувствую, анализ не оказывает на меня какого-либо воздействия, я не знаю, что предпринять, ничего не приходит на ум, анализ не помогает мне» и т. п. Я не понимал, что он хочет выразить этими жалобами, но было ясно, что именно здесь лежит ключ, который позволит понять его сопротивления[*].

Благодаря этому примеру у нас есть хорошая возможность понять разницу между анализом характера и активно-суггестивным научением анализу. Я мог бы мягко поощрить пациента, чтобы он побольше рассказал мне о том или ином, для того чтобы искусственно установить положительный трансфер. Но опыт, который я вынес из других случаев, показал мне, что с помощью такой процедуры далеко не уйдешь. Поскольку его поведение не оставляло сомнений в том, что он отвергает анализ в целом и меня в частности, я мог просто «прилипнуть» к этой интерпретации и ждать дальнейших реакций. Когда во время одной из наших встреч наш разговор опять коснулся его сновидения, он сказал, что лучшим доказательством того, что он не отвергает меня, служит то, что он отождествляет меня со своим другом. Я высказал предположение, что, возможно, он ожидает от меня любви и преклонения, то есть того, что давал ему друг. Он был обескуражен и очень обиделся. Ему пришлось признать, что у него действительно были подобные мысли, но он никогда не решился бы высказать их мне. Затем он заявил, что всегда лишь искал любви окружающих, а особенно понимания, и что его позиция по отношению к мужчинам с подчеркнуто маскулинной внешностью объясняется стремлением обрести надежную защиту. Он сказал, что не чувствует себя равным таким мужчинам, а во взаимоотношениях со своим другом играет феминиинную роль. Снова материал для интерпретации феминиинного переноса был налицо, но его поведение в целом предостерегало от его реализации. Ситуация осложнилась. Из-за элементов его сопротивления, которые я уже понял, он явно отклонял трансферентную ненависть к брату и нарциссически-феминиинную позицию по отношению к превосходящим его людям. Мне же приходилось быть очень осторожным, иначе я мог спровоцировать прекращение анализа. Кроме того, при каждой встрече он продолжал жаловаться, что анализ не затрагивает его, и т. д. И хотя мы встречались уже четыре недели, существовало что-то ускользающее от моего понимания. Я чувствовал, что это — существенное и очень активное характерное сопротивление.

---

[*] Дополнение 1945 года. Объяснения, данного здесь, недостаточно, хотя оно психологически точно. Сегодня мы знаем, что подобные жалобы являются непосредственной экспрессией мышечного панциря. Пациент жалуется на слабость аффекта, потому что блокирует плазменные течения и ощущения. Отклонение здесь имеет прежде всего биологическую природу. Оргонная терапия снимает блокировку подвижности не психологическими, а биологическими способами.

Я заболел и не работал две недели. Пациент прислал мне бутылку бренди в качестве тонизирующего. Когда мы снова встретились, он как будто был рад. Тем не менее он по-прежнему продолжал жаловаться и говорил, что его очень беспокоят мысли о смерти, что он постоянно боится, что что-то случится с членами его семьи; и что пока я болел, он все время думал, что я могу умереть. В тот день, когда эта мысль беспокоила его особенно сильно, он послал мне бренди. В этот момент возникло сильное искушение интерпретировать его вытесненное желание смерти. Материал для этого был совершенно очевиден, но я чувствовал, что такая интерпретация будет бесплодной, потому что она отскочит от стены его жалоб на то, что «его ничего не трогает и анализ не оказывает никакого воздействия». Тем временем прояснился секрет двойного смысла жалобы «ничего не трогает меня». Это было выражение наиболее глубокого вытесненного трансферентного желания анального взаимодействия. Но если бы я указал ему на гомосексуальный импульс — который проявился достаточно явно, — разве это прекратило бы протесты против анализа? Впервые выяснилось, в чем состоял смысл его жалобы на бессмысленность анализа. Правда, я мог показать ему необоснованность его жалоб: не было помех в его сновидении, его мысли о смерти стали острее, с ним происходили и другие вещи. Но я знал по опыту, что это не изменило бы ситуацию. Чем дальше, тем больше я чувствовал панцирь, расположенный между бессознательным материалом и анализом, и вынужден был признать, что существование сопротивления не позволяет никаким интерпретациям проникнуть в бессознательное. По этой причине я не предпринимал ничего, кроме постоянного подчеркивания его позиции, объясняя ее как экспрессию неистовой защиты. Я говорил ему, что мысли о смерти в случае моей болезни необязательно являются выражением любовной заботы.

В течение следующих нескольких недель выяснилось, что его чувство неполноценности связано с фемининным переносом, который играл соответствующую роль в его поведении и жалобах. Итак, ситуация все еще не годилась для интерпретации. Смысл его поведения не был достаточно ясен. Суммируя важнейшие аспекты решения, которое было найдено позже, я могу сказать следующее:

а) Он хотел от меня понимания и любви, так же как и от всех мужчин, которые представлялись ему подчеркнуто мужественными. То, что он хотел любви и я разочаровал его, было неоднократно безуспешно проинтерпретировано.

б) Он определенно занимал позицию злобы и ненависти по отношению ко мне, перенесенную с его отношений к брату. В тот момент ее нельзя было разъяснить, поскольку интерпретация была бы отвергнута.

в) Он защищался от своего феминного переноса. Эту защиту невозможно было интерпретировать, не затронув подавляемую фе-мининность.

г) Из-за своей феминности он чувствовал себя передо мной неполноценным. Его бесконечные жалобы могли быть только выражением чувства неполноценности.

Теперь я интерпретировал его чувство неполноценности по отношению ко мне. Сначала это не приносило никаких результатов, но после того, как я последовательно, на протяжении нескольких встреч, раскрывал ему смысл его поведения, он позволил себе несколько высказываний, выражающих безграничную злобу, направленную не на меня, а на других мужчин, рядом с которыми он тоже чувствовал себя неполноценным. Я вдруг понял, что его повторяющаяся жалоба могла иметь только один смысл; «анализ не оказывает на меня воздействия» означало «анализ нехорош», то есть «аналитик неполноценен, он импотент, он не в состоянии обнаружить что-то во мне». Жалобы отчасти играли роль торжества победы над аналитиком, а отчасти — роль упрека. Я сказал своему пациенту, что я думаю по поводу его жалоб. Результат меня изумил. Он немедленно привел множество примеров, которые показывали, что он всегда действует таким образом, когда кто-то старается повлиять на него. Он не терпит превосходства кого бы то ни было и всегда старается ниспровергнуть его. Он всегда противится тому, что просит его сделать превосходящий его человек. Затем он вспомнил множество случаев, когда он ощущал злость по отношению к учителям и старался вести себя так, чтобы унизить их.

Здесь имела место подавленная агрессия, наиболее экстремальное проявление которой представляло собой желание смерти. Но вскоре сопротивление появилось в прежней форме, опять начались прежние жалобы, прежние возвраты и прежнее молчание. Но теперь я знал, что мое открытие произвело на него сильное впечатление, которое укрепило его фемининную позицию, что, конечно, спровоцировало усиление защиты от идеи женственности. Анализируя сопротивление, я снова начал с чувства неполноценности по отношению ко мне. Но теперь мои интерпретации исходили из его утверждения, что он не просто чувствует неполноценность, но по причине этого чувства обнаруживает себя в женской роли, которая задевает его мужское самолюбие.

Хотя прежде пациент представлял аналитику ясный материал, связанный с тем, что он понимает свою фемининную позицию по отношению к ярко выраженным маскулинным мужчинам, хотя он и пережил инсайт в связи с этим фактом, теперь он все это отрицал. Снова возникла проблема. Почему он теперь отказывался от своих слов? Я сказал ему, что он чувствует себя неполноценным по сравнению со мной, что он не хочет принимать никаких объяснений от меня, даже если они обращают его к самому себе. Он согласился с этим, после чего в деталях начал рассказывать о своих взаимотношениях с другом.

Он действительно при половых сношениях часто выполнял женскую роль. Теперь я мог показать ему, что его защитная позиция во время анализа была не чем иным, как борьбой против того, чтобы сдаться, а это на его бессознательном уровне было, по-видимому, связано с идеей женственного подчинения аналитику. Это разъяснение задевало его гордость и служило причиной упорного сопротивления влиянию анализа. Однако последовавшее за этим сновидение подтвердило мою гипотезу. Он лежит на кровати вместе с аналитиком, который целует его. Этот сон спровоцировал новую фазу его сопротивления в старой форме — опять последовали жалобы, что анализ его не трогает, что он ничего не чувствует, и т. п. Я вновь интерпретировал жалобы как обесценивание анализа и защиту против того, чтобы сдаться. Но одновременно я начал объяснять ему экономический смысл его защиты. Я сказал, что из того, что он так подробно говорил о своем детстве и отрочестве, можно сделать вывод, что он оградил себя от равнодушия внешнего мира, что он прикрылся от грубости и холодности отца, брата и учителей и это отчуждение казалось ему единственным спасением, несмотря на то что это благополучие потребовало огромной жертвы.

Эта интерпретация показалась ему очень правдоподобной, и вскоре он вспомнил свое отношение к учителям. Он всегда чувствовал их холодность и отстраненность по отношению к нему (явная проекция его собственной позиции), и хотя он испытывал гамму эмоций, когда они наказывали или бранили его, но тем не менее оставался безучастным, индифферентным. Затем он сказал, что ему часто хочется, чтобы я был более суров с ним. Тогда это желание мне показалось неуместным. Только значительно позже прояснилось, что ему хотелось видеть меня и мои прототипы (учителей) в негативном свете своей злобы. Несколько дней анализ проходил гладко, без сопротивления. Он вспомнил, что в детстве у него был период приступов буйства и агрессивности. Параллельно он описывал свои сновидения с сильной фемининной позицией, направленной на меня. Мне оставалось только заключить, что воспоминание об агрессивности мобилизовало его чувство вины, которое теперь выражалось в пассивно-фемининных сновидениях. Я не анализировал эти сновидения не только потому, что они не имели непосредственной связи с актуальной ситуацией переноса, но и потому, что, казалось, пациент не готов понять связь между его агрессией и снами, выражающими чувство вины. Многие аналитики будут возражать против такого произвольного отбора материала. Опыт показывает, однако, что наибольший терапевтический эффект имеет место тогда, когда между ситуацией переноса и инфантильным материалом уже установлена непосредственная связь. Я только высказываю предположение, что, судя по воспоминаниям этого пациента об агрессивном инфантильном поведении, он не всегда был таким, каким предстал в настоящее время, а

совершенно другим, противоположным нынешнему. Анализ мог бы позволить ему узнать, когда и при каких обстоятельствах в его характере произошли изменения. Я сказал ему, что свойственная ему сегодня фемининность, возможно, обратная сторона прежней его агрессивной мужественности. Пациент отреагировал на это тем, что вновь вернулся к старому сопротивлению, опять начав жаловаться, что не может постичь смысл всего сказанного, что вообще анализ не трогает его, и т. д.

Я снова интерпретировал его чувство неполноценности и повторяющиеся попытки показать несостоятельность анализа и аналитика. Но теперь я еще постарался проработать перенос, связанный с братом, подчеркнув его слова о том, что брат всегда играл доминирующую роль. На это он отреагировал сильным смущением, которое объясняется тем, что мы имели дело с его основным детским конфликтом. Он снова говорил о том, как много внимания его мать уделяла брату, но о своей субъективной оценке этого не упомянул, Установление причинной связи показало, что зависть к брату была полностью вытеснена. Видимо, его зависть так тесно ассоциировалась с интенсивной ненавистью, что он не пускал в сознание даже ее. Приближение к этой проблеме спровоцировало особенно яростное сопротивление, которое продолжалось несколько дней в форме уже стереотипных жалоб. Поскольку сопротивление не двигалось с места, можно было заключить, что это было особенно острое отторжение личности аналитика. Я попросил пациента снова как можно свободнее и смелее высказаться об анализе и особенно об аналитике и сказать мне, какое впечатление я произвел на него во время первой встречи*.

После сильного замешательства он сказал, что аналитик представляется ему мужественным и жестким, мужчиной, который абсолютно безжалостен к женщинам. Я спросил его об отношении к мужчинам, которые производили на него впечатление особей с сильной потенцией.

Четвертый месяц анализа подходил к концу. К этому времени впервые прорвалось вытесненное отношение к брату, тесно связанное с наиболее искажающей трансферентной позицией — завистью к потенции. В состоянии сильного аффекта он вспомнил, что всегда осуждал брата за то, что он волочился за женщинами, соблазнял их и потом хвастался этим. Он сказал, что я напоминаю ему брата. Я объяснил, что он видит во мне своего сексуально озабоченного брата и не может открыться мне, потому что осуждает меня и обижается из-за моего превосходства, так же как обижался на брата. Теперь стало ясно, что основой его чувства неполноценности было чувство импотенции.

Итак, открылось то, что выявляется всегда, когда анализ точен и последователен. Центральный элемент характерного сопротивления всплыл на поверхность. Пациент неожиданно вспомнил, как неоднократно сравнивал свой маленький пенис с большим пенисом брата и как завидовал последнему.

> Как и следовало ожидать, последовала новая волна сопротивления. Снова посыпались жалобы «я не могу ничего поделать». Но теперь я мог продвинуться дальше в интерпретации и показать ему, что он «отыгрывает» импотенцию. Реакция была совершенно неожиданной. На мое разъяснение его недоверия он впервые заявил, что не верит никому и ничему, и анализу тоже. Это было, конечно же, значительным прогрессом, но аналитическая ситуация от этого не стала ясней. Два часа он говорил обо всех разочарованиях, которые ему пришлось пережить, и был уверен, что его аргументы рационально объясняли его неверие. И снова возникло старое сопротивление. Мне было неясно, что еще я мог бы предпринять в этот момент, поэтому я ждал. Такое поведение продолжалось несколько дней. Я только интерпретировал снова и снова те элементы его сопротивления, которые были уже хорошо известны. Затем вдруг выявился новый элемент. Пациент сказал, что боится анализа, потому что он может лишить его привычных идеалов. Ситуация снова прояснилась. Он переносил свою кастрационную тревогу с брата на меня. Он меня боялся. Конечно, я не стал затрагивать его кастрационную тревогу, но, принимая во внимание его чувство неполноценности и

* Дальше я намеревался попросить пациента описать меня. Этот прием всегда помогает устранить блоки в ситуации переноса.

импотенцию, снова спросил, не дают ли его высокие идеалы чувства превосходства над всеми остальными людьми. Он открыто признал это. Более того, он заявил, что действительно лучше всех тех, кто волочится за женщинами и ведет животную сексуальную жизнь. Однако потом добавил, что это чувство часто нарушалось его импотенцией и что, по-видимому, он в конце концов почти примирился со своей сексуальной слабостью. Теперь я мог показать ему невротический способ, к которому он прибегал, стараясь преодолеть свою импотенцию: он стремился утвердиться в сфере идеалов. Я раскрыл ему суть механизма компенсации и снова подчеркнул его сопротивление анализу, возникшее из-за скрытого чувства превосходства. Я сказал ему, что он не только втайне считает себя лучше и умнее других людей, но что именно по этой причине он и сопротивляется анализу. Если бы это сопротивление не удалось побороть, ему бы пришлось обратиться за дополнительной помощью к кому-то еще, что в конечном счете привело бы к победе над неврозом, тайное удовольствие от которого было уже почти «разоблачено». С точки зрения его невротического состояния это воспринималось бы как поражение, которое, кроме прочего, бессознательно истолковывалось как принятие женской роли. Таким образом, продвигаясь от эго и защитных механизмов, я подготовил почву для интерпретации кастрационного комплекса и фемининной фиксации.

Дальше анализ характера развивался успешно. Шло продвижение вглубь — от модели его поведения к ядру невроза — кастрационной тревоге, зависти к брату, вызванной тем, что мать предпочла ему старшего сына, и разочарованию пациента в матери. В этом методе важно не просто вынесение бессознательных элементов на поверхность (что зачастую происходит спонтанно), а придание этому процессу логической последовательности и установление тесного контакта с эго-защитой и переносом. Далее, важно, что это происходит без каких бы то ни было дополнительных стимулов или побуждений, а естественным образом по ходу аналитической интерпретации поведения пациента. Кроме того, важно, что это сопровождается соответствующими аффектами. Именно эти факторы определяют последовательность анализа характера. Таким образом происходит основательная проработка конфликтов, ассимилированных эго.

Для сравнения предположим, что могло бы произойти без последовательного акцентирования способов защиты. В самом начале у нас была возможность интерпретировать пассивно-гомосексуальное отношение к брату и желание смерти. Несомненно, сновидения и ассоциации могли бы предоставлять нам необходимый дополнительный материал для интерпретации. Но без предварительной сис тематической и детальной проработки эго-защиты, интерпретации не сопровождались бы аффектом. В результате пациент обогатился бы дополнительной информацией о пассивных влечениях лишь на интеллектуальном уровне, наряду с неистовой аффективной защитой против них. Аффективное стремление к пассивности и импульсы желания смерти продолжали бы сохраняться в функционирующей защите. В конце концов возникла бы хаотическая ситуация, иначе говоря, типичная картина беспомощности анализа, когда он богат интерпретациями и беден результатами.

Несколько месяцев кропотливой и упорной работы над эго-защитами пациента, особенно над формами их выражения (жалобами, манерой говорить и т. д.), подняли эго на тот уровень, который нужен для ассимиляции вытесненного. Это несколько высвободило аффекты и позволило переместить их в направлении вытесненных идей. Нельзя, однако, говорить, что в этом случае использовались две различные техники. Если работать с пациентом, используя динамический подход, то у нас остается только одна возможность. Я полагаю, что этот случай прояснил иную концепцию приложения теории к практике. Самый важный критерий упорядоченного анализа — применение нескольких точных и последовательных интерпретаций вместо обильной несистематизированной и несогласованной с динамическим и экономическим аспектами интерпретацией. Если не позволить материалу сбить аналитика с толку, если точно оценить динамические и

экономические характеристики материала, то позже он обретет большую основательность и аффективно обогатится.

Второй критерий — континуум, непрерывность связей между имеющейся актуальной и инфантильной ситуациями. Хотя вначале разнообразные элементы всего этого содержания беспорядочно сосуществуют друг с другом, они выстраиваются аналитиком в логическую последовательность сопротивлений и содержаний, последовательность, детерминированную динамикой и структурой индивидуального невроза. В случае несистематической интерпретации возникает необходимость каждый раз начинать сначала, двигаясь, скорее, наугад, нежели по установленному маршруту. Методом характерно-аналитической работы с сопротивлениями процесс анализа развивается как бы сам по себе. В первом случае вначале анализ будет идти гладко, но постепенно обрастать проблемами. Во втором — самые большие трудности встретятся в первые несколько недель и месяцев лечения, но они подготовят почву для дальнейшего ровного продвижения, в том числе и для гладкой работы с глубоко вытесненным материалом. Эффективность анализа зависит от работы на вводном этапе, то есть от того, насколько точно проработаны сопротивления.

Третий критерий — отказ от беспорядочного «прилипания» то к одной, то к другой содержательной точке бессознательного, которую вроде бы удалось нащупать в тот или иной момент анализа; концентрация на точке, которая скрывает наиболее важную эго-защиту, и систематическое расширение «бреши» в бессознательное именно в этом месте. Кроме того, необходима проработка инфантильной фиксации, которая наиболее аффективно значима в каждый данный момент времени.

Та или иная бессознательная позиция пациента, проявляющаяся в сновидениях или ассоциациях, может быть ключевым звеном невроза, но с технической точки зрения может не иметь почти никакого значения. В случае нашего пациента феминная позиция в отношениях с братом имела центральное патогенное значение. Для нас же основной технической проблемой в первые несколько месяцев работы с ним был страх потерять высокие идеалы, которые компенсировали его импотенцию. Обычная ошибка аналитиков заключается в том, что ими атакуется центральное патогенное звено невроза, которое, как правило, проявляет себя как раз в самом начале анализа. Вместо этого необходимо атаковать наличную, явную позицию, которая, если прорабатывать ее систематически, неизбежно приведет к центральной патогенной ситуации. Важно, и во многих случаях это упускается из виду, как, когда и с какой стороны подойти к центральной точке невроза.

То, что мы описываем как анализ характера, без труда вписывается во фрейдовскую теорию сопротивлений, их формирования и разрешения. Мы знаем, что каждое сопротивление связано с импульсом ид, который отталкивается, и эго-импульсом, который его отталкивает. Оба импульса бессознательны. В принципе, казалось бы, все равно, что интерпретировать в первую очередь — ид-импульс или эго-импульс. Например, если в начале анализа возникает гомосексуальное сопротивление в форме молчания, можно приблизиться к ид-импульсу, сказав пациенту, что он захвачен мыслью о любви аналитика и влюбленностью в него. Можно интерпретировать этот положительный перенос, и тогда, если пациент «не ускользнет», в лучшем случае потратить много времени на то, чтобы он смог примириться с этой запретной идеей. Однако все же в первую очередь предпочтительнее приблизиться к эго-защите, которая более тесно связана с сознательным «я». Вначале можно просто называть пациенту ту или иную причину, по которой он сохраняет молчание, то есть не прикасаться к ид-импульсу, не говорить, что он защищается от анализа, потому что анализ кажется ему опасным. В первом случае мы привязаны к аспекту ид, а во втором — к аспекту сопротивления эго, к эго-защите.

Следуя по второму пути, мы охватываем отрицательный перенос, к которому в конечном итоге приводит всякая защита, а кроме того, характер пациента, панцирь эго. Сознательные пласты каждого сопротивления, которые расположены ближе к

поверхности, неизбежно формируются в негативное отношение к аналитику, независимо от того, чем является отталкиваемый ид-импульс — любовью или ненавистью. Свои защиты от ид-импульса эго проецирует на аналитика, который становится опасным врагом, потому что, настаивая на выполнении основного правила, аналитик невольно провоцирует ид-импудьсы, тем самым нарушая невротическое равновесие. Эго, защищаясь, прибегает к древним формам негативных отношений; оно использует импульсы ненависти, исходящие от ид, даже если это отвергнутые импульсы любви.

Если мы придерживаемся правила подхода к сопротивлениям со стороны эго, то одновременно неминуемо разрешаем определенный объем отрицательного переноса, ненависти. Этот маневр позволяет избежать опасности проглядеть деструктивные, часто хорошо скрытые тенденции, а также усиливает положительный перенос. Пациент легче принимает интерпретации эго, потому что они более созвучны его сознательному опыту, чем интерпретации ид. В дальнейшем ему будет легче иметь дело с последними.

Какими бы ни были вытесненные ид-импульсы, эго-защиты всегда имеют одну и ту же форму, соответствующую характеру пациента. Но разные люди по-разному отталкивают одни и те же ид-импульсы. Если интерпретировать только их, мы не притронемся к характеру. Если же, напротив, в каждом случае мы будем подходить к работе с сопротивлением со стороны защит эго, то тогда мы включим в анализ и невротический характер. В первом случае мы сразу же говорим пациенту, *что* за импульсы он отталкивает. Во втором –сначала проясняем ему, что он что-то отталкивает, а затем объясняем, *как* он это делает и каков смысл его защиты (анализ характера). И только потом, когда анализ сопротивления в достаточной мере продвинулся, пациенту можно сказать (или помочь определить самому), что именно он отталкивает. Проделывая такой крюк в интерпретации ид-импульсов, мы анализируем все соответствующие позиции эго. Это снимает опасность того, что пациент слишком рано научится чему-то или что он будет лишен аффекта и нашего участия.

Анализ, в котором много внимания уделяется отношениям пациента, проходит более упорядоченным и логичным курсом и не страдает от теоретических выкладок. Хотя в этом случае мы действительно позже «добываем» важные инфантильные переживания, но это более чем достаточно вознаграждает нас в виде того эмоционального оживления, которое сопровождает появление инфантильного материала после аналитической работы над характерным сопротивлением,

Заметим, что нам не следует избегать упоминания о некоторых негативных аспектах последовательного анализа характера. Для пациента это очень тяжелая ноша. Он страдает гораздо больше, чем если по собственному убеждению расстается со своим характером. Правда, при этом процесс характеризуется как селективный. Кому не под силу его выдержать, тому не видать успеха. Но ведь прийти даже к такому результату лучше через несколько месяцев, чем через несколько лет. Опыт показывает, что, если не проявлено характерное сопротивление, не следует ожидать удовлетворительного результата.

Преодоление характерного сопротивления не означает, что характер изменился, что, конечно, возможно только после анализа инфантильных истоков. Это лишь означает, что пациент получает возможность объективно взглянуть на свой характер и проявить к нему аналитический интерес, что, в свою очередь, может привести к ощутимому продвижению в анализе.

д) Ослабление характерного панциря.

До этого мы говорили об анализе симптома, о том, что невротическая черта характера, которая фактически является тем же симптомом, с начала анализа рассматривается изолированно и объективно. В то время как собственно черту характера необходимо продолжительное время выделять так, чтобы пациент обратил на нее внимание и осмыслил так же, как симптом. Сделать это легко удается очень редко.

Большинство пациентов не склонны объективно рассматривать свой характер. Это объяснимо, потому что объективно анализировать характер означает расшатывать механизм нар-циссического проецирования, освобождая тревогу, которая в нем заключена.

Двадцатипятилетний мужчина обратился к аналитику в связи с появлением у него слабых симптомов, с жалобой на нарушение работоспособности. Он демонстрировал свободное, самоуверенное поведение, но при этом создавалось впечатление, что его манера держаться искусственна и что он не устанавливает искренних отношений с человеком, с которым разговаривает. В его манере говорить было нечто холодное, какая-то скрытая ирония. И хотя он часто улыбался, было неясно, что выражает его улыбка: смущение, превосходство или иронию.

Анализ начался с бурных эмоций и обильного отыгрывания. Он плакал, когда говорил о смерти матери, и сыпал проклятьями, описывая манеру воспитания детей в его семье. Брак его родителей был крайне неудачным. Мать была очень строга с сыном, а со своими родными братьями и сестрами он лишь недавно установил какие-то отношения. То, как он говорил, усиливало мое первое впечатление о нем — ни его слезы, ни его проклятья, никакие другие эмоции на самом деле не естественны и не проявляются в полной мере. Он сам заявил, что все настолько нелепо, плохо, что только и остается смеяться надо всем, что сам же и говорит. Уже по прошествии нескольких часов первого сеанса он начал меня провоцировать. К примеру, он мог, когда я заканчивал сеанс, демонстративно лежать на кушетке или продолжать говорить. Однажды он спросил меня, что бы я стал делать, если бы он вцепился мне в глотку. Два дня спустя он попытался напугать меня, неожиданно вскинув руку в сторону моей головы. Я инстинктивно отпрянул и сказал ему, что при анализе допускается говорить все, что приходит в голову, но не делать, что вздумается. В другой раз он ударил меня по руке. Глубинный смысл его поведения, который пока еще нельзя было интерпретировать на данном этапе, состоял в гомосексуальном переносе, проявлявшем себя как садизм. Когда я на поверхностном уровне интерпретировал эти действия как провокационные, он усмехнулся и замкнулся еще больше. Действия прекратились, но и коммуникации — тоже. Осталась только формальная улыбка. Он замолчал. Когда я определил характер его поведения как защитный, он только усмехнулся и, помолчав, повторил, явно иронизируя надо мной, сказанное мной слово «сопротивление». Именно это — его ухмылка и ирония в мой адрес -стало центром аналитической работы.

Это была трудная ситуация. Кроме нескольких услышанных детских воспоминаний, я не знал о нем ничего. Мне оставалось иметь дело лишь с его манерой поведения во время анализа. Некоторое время я просто ждал и наблюдал. Но его поведение оставалось неизменным на протяжении двух недель. Затем мне пришло в голову, что его ухмылка появлялась тогда, когда я отражал его агрессию. Я попытался объяснить ему, в чем смысл его усмешек. Я сказал ему, что не сомневаюсь, что его улыбка может многое означать, но в настоящий момент она представляет собой реакцию на мою трусость, которую я продемонстрировал, инстинктивно отпрянув от его руки. Он сказал, что может быть и так, но продолжал усмехаться. Он говорил о пустяках и насмехался над анализом, говорил, что не верит моим словам. Так выяснилось, что его усмешка служила защитой от анализа. Я повторял ему это на каждом сеансе. Несколькими неделями раньше он видел сон, в котором машина рассекала длинную полосу глины на отдельные кирпичи. Связь этого сновидения с аналитической ситуацией не устанавливалась, потому что мой пациент не продуцировал никаких ассоциаций. Наконец он заявил, что смысл сновидения очень прост, — по-видимому, он связан с комплексом кастрации, и усмехнулся. Я обратил его внимание на то, что его ирония не что иное, как попытка оттолкнуть знак, который бессознательное подает через его сновидение. Вскоре у него появилось смутное воспоминание, которое оказалось чрезвычайно важным для последующего развития анализа. Он вспомнил, как однажды в пятилетнем возрасте, играя в коня на заднем дворе,

ползал на четвереньках, высунув из трусиков пенис. Мать прервала его игру, спросив, чем это он занимается. Он отреагировал на вопрос усмешкой. И хотя в тот момент я ничего больше не узнал, тем не менее одна деталь прояснилась. Его усмешка была отголоском материнского переноса. Когда я высказал предположение, что он ведет себя во время анализа так же, как вел себя с матерью, что его улыбка должна иметь определенный смысл, он только опять усмехнулся и ответил, что все это хорошо, но не кажется ему правдоподобным. Несколько дней он молчал и ухмылялся, а я продолжал интерпретировать его поведение как защиту против анализа, подчеркивая, что ироничная улыбка — это попытка преодолеть скрытый страх передо мной. Все мои интерпретации снова и снова отскакивали от его стереотипной усмешки, а я продолжал неустанно интерпретировать ее как защиту от моего влияния. Я выдвигал предположение о том, что скорее всего он усмехается всегда, а не только во время анализа; в конце концов он вынужден был признать, что таково его отношение к жизни. Через несколько дней, он с обычной своей усмешкой сказал мне:

> «Сегодня вы будете довольны, доктор. «Кирпичи» на языке моей матери — это лошадиные яйца. Замечательно, не правда ли? Теперь вы видите, это кастрационный комплекс». Я сказал, что может быть и так. Но, во всяком случае, пока сохраняется защитная позиция, анализ сновидения невозможен, и что без сомнения своей улыбкой он сведет к нулю любую ассоциацию и интерпретацию. Надо сказать, что его усмешка стала заметней, в ней появилось больше чувства и насмешливого отношения ко всему. Я сказал пациенту, что нет нужды скрывать ироничное отношение к анализу и можно насмешничать в открытую. С этого момента он начал иронизировать гораздо откровеннее.

Его ассоциации, несмотря на ироничные намеки, были ценными для понимания ситуации. Вероятно, как это часто бывает, ему представлялось, что анализ таит в себе нечто, «угрожающее» кастрацией. Сначала он отвращал эту опасность, прибегнув к агрессии, а позже — к усмешке. Я вновь обратился к его агрессии, которую он проявлял в начале анализа, и дополнил свою прежнюю интерпретацию, сказав, что своими провокациями он проверяет меня. Он хочет увидеть, на что я способен, насколько он может довериться мне. Что, говоря другими словами, означает: он испытывает недоверие, основанное на детском страхе. Такая интерпретация заметно впечатлила его. На мгновение он растерялся, но затем быстро вернулся к своей прежней позиции к анализу и продолжал отгораживаться от моих интерпретаций улыбкой. Я сохранял последовательность интерпретаций, выстраивая их на различных признаках.

> Я знал, что нахожусь на правильном пути, и, похоже, подорвал его эго-защиту. Тем не менее он все так же неизменно продолжал усмехаться на протяжении еще нескольких встреч. Теперь я интерпретировал более интенсивно, вплотную подобравшись к предполагаемому детскому страху. Я сказал пациенту, что он боится анализа, потому что в результате могут возобновиться его детские конфликты, которые, как ему кажется, он разрешил своей ироничной позицией. Но это не так, ведь его возбуждение в тот момент, когда он говорил о смерти матери, было искренним. Я решился заключить, что его отношения с матерью не были столь простыми. Он не только боялся ее и иронизировал над ней, но и любил ее. Потом он более серьезно, чем обычно, стал рассказывать в деталях о ее недобром отношении к нему. Однажды, когда он вел себя неподобающим образом, мать даже порезала ему руку ножом. Правда, он добавил: «Ну, если следовать книгам, это опять кастрационный комплекс, да?» Тем не менее было заметно, что с мим происходило что-то серьезное. Я продолжал интерпретировать скрытый смысл его ироничной усмешки всякий раз, когда она проявлялась. Анализ способствовал появлению сновидений, выраженное содержание которых представляло собой символическую кастрацию идей. Наконец последовали такие сновидения: в одном из них были лошади — в другом на огненной повозке возвышалась высокая башня. Огромный столб воды хлынул из башни в пылающий дом. В этот момент у пациента произошло непроизвольное мочеиспускание. Он сам понял связь между лошадьми во сне и игрой в коня наяву, хотя и сопроводил это замечание ухмылкой. Более того, он

вспомнил, что всегда проявлял нездоровый интерес к большим лошадиным пенисам. Он думал в детстве, что, играя, должен имитировать коня именно так. Кроме того, он получал большое удовольствие при мочеиспускании. Он не помнил, мочился ли в кровать, когда был ребенком.

Во время следующего обсуждения инфантильного смысла его усмешки он предположил, что, возможно, его улыбка в ответ на окрик матери, когда он играл в коня, была не насмешкой над ней, а попыткой примириться с матерью из страха, что она может устроить ему нагоняй за эту игру. Таким образом, он все ближе и ближе сам подходил к тому, что я уже интерпретировал месяцами, исходя из его поведения во время анализа. Со временем улыбка изменила свою функцию и смысл: первоначально она представляла собой попытку примириться, позже служила компенсацией внутреннего страха и наконец, она стала использоваться для того, чтобы почувствовать свое превосходство. Это объяснение пациент дал сам, когда на протяжении нескольких сеансов реконструировал тот путь, который привел к его детскому страданию.

Смысл поведения был таким: «Со мной ничего не может случиться, ничто в меня не проникнет». Исходя из последнего, усмешка выполняла роль защиты от анализа, она служила ему для того, чтобы уберечь от реактивирования старых конфликтов. Базовым мотивом защиты был детский страх. Сон, который он увидел в конце четвертого месяца анализа, раскрыл этот глубинный пласт страха, боязни быть покинутым матерью. Сновидение было таким: «Я еду с неизвестным человеком на машине через маленький, совершенно пустой и заброшенный городок. Пробегают лошади, стекла в окнах разбиты. Никого не видно. Будто это место опустошила смерть. Мы доезжаем до ворот, где я хочу повернуть назад. Я говорю своему попутчику, что надо бы еще посмотреть. Появляются мужчина и женщина в траурной одежде, стоящие на коленях на тротуаре. Я пытаюсь что-то спросить у них. Когда я прикасаюсь к их плечам, они подпрыгивают, и я в испуге просыпаюсь». Наиболее значимая ассоциация была следующей: город напоминал тот, в котором мой пациент жил до четырехлетнего возраста. Смерть матери и инфантильное чувство, что он остался один, проявилось совершенно отчетливо. Попутчиком был аналитик. Впервые пациент пересказывал свой сон серьезно, без обычной усмешки. Характерное сопротивление было пробито, и установлена связь с детством. После этого анализ протекал без особых трудностей, прерываясь, конечно, возвращениями к старому характерному сопротивлению, как это бывает во всех случаях.

Надо отметить, что сложности были, конечно, значительно серьезнее, чем можно представить себе по этим коротким заметкам. Фаза сопротивления длилась шесть месяцев, ее характеризовали насмешки над анализом, которые продолжались целыми днями и неделями. Без исключительного терпения и убежденности в действенности последовательных интерпретаций характерного сопротивления, терапевт может отступить и сдаться.

Давайте посмотрим, возможно ли было аналитическое проникновение в механизм этого случая, если бы применялись другие технические процедуры? Вместо того чтобы постоянно обращать внимание на модель поведения, можно было бы основательно проанализировать редкие сновидения пациента. Возможно, у него возникли бы ассоциации, пригодные для интерпретаций. Может быть, не так важно, что до начала анализа пациент не видел снов или забывал их, а также неважно, что он видит сны, содержание которых неадекватно аналитической ситуации до тех пор, пока не начата последовательная интерпретация его поведения. Кто-то может возразить, что пациент всегда продуцирует сновидения спонтанно, что не может служить аргументом, потому что не оправдывает ни тот, ни другой путь. В любом случае у нас есть большой опыт, который подсказывает, что такую ситуацию, как в случае этого пациента, трудно разрешить одним лишь пассивным ожиданием. Если же это и происходит, то случайно, и аналитик при этом никак не контролирует процесс. Теперь давайте предположим, что мы интерпретируем ассоциации пациента в связи с кастрационным комплексом, то есть стараемся привести в его сознание страх отсечения. Возможно, это тоже в конце концов привело бы к успеху.

Но в этом нельзя быть уверенными. В этом случае нам придется признать случайную природу происходящего, что заставляет нас отвергнуть такую технику, которая старается обойти существующее сопротивление как нечто, не пригодное для анализа. Подобная техника вернет нас к такому Уровню анализа, при котором можно не беспокоиться о сопротивлениях, потому что о них не знаешь, и при котором, соответственно директивно интерпретируется смысл бессознательного материала. Из истории болезни ясно, что это будет означать тем самым отрицание эго-защит.

Кто-то опять-таки может возразить, что, хотя техническое решение этого случая было точным, мои доводы непонятны, все так было очевидно, что именно этим путем следуют все аналитики. Действительно, основной принцип не нов. Да, это не что иное, последовательное применение анализа сопротивления. Однако многие годы моего участия в Техническом семинаре показывают, что обычно аналитики теоретически знают и понимают принципы техники сопротивления. А на практике в то же время пользуются старой техникой директивной интерпретации бессознательного. Это несоответствие между теоретическим знанием и практическим действием является источником всех ошибочных доводов против систематических попыток Венского семинара развить последовательное приложение теории к терапии. Если они говорят, что все это банально и не ново, то опираются на свои теоретические знания. Если же твердят, что все это неверно, что это не «фрейдовский» анализ, то имеют в виду собственную практику. А она, как мы уже сказали, есть нечто совершенно отличное от теории.

Однажды коллега спросил меня, что бы я стал делать в следующем случае. Последние четыре недели молодой человек, которого он лечит, молчит во время сеансов, но очень приятен и дружелюбен до и после аналитического взаимодействия. Аналитик перепробовал все, чтобы предотвратить прекращение анализа и, когда интерпретация сновидений потерпела провал, назначил срок прекращения анализа. Редкие сны пациента были наполнены сценами садистского убийства. Аналитик высказал пациенту свое предположение, что, судя по его сновидениям, в фантазиях пациент представляет себя убийцей. Но это не помогло. Коллегу не удовлетворило мое утверждение, что интерпретировать такой глубокий материал при наличии острого сопротивления некорректно, независимо от того, насколько ясно он может быть представлен в сновидении. Он считал, что существует иной путь. Когда я сказал ему, что молчание прежде всего можно интерпретировать как сопротивление, он возразил, что этого нельзя сделать, поскольку отсутствует доступный материал, с которым можно работать. Но разве само по себе поведение не является достаточным материалом для анализа, в частности, молчание на протяжении часа, составляющее противоположность дружелюбной позиции вне анализа? Разве не показывает эта ситуация, что пациент выражает своим молчанием негативное отношение к анализу или защиту? И что, судя по его сновидениям, налицо садистские импульсы, которые он пытается компенсировать и закамуфлировать с помощью преувеличенно дружелюбного поведения? Почему же аналитик берет на себя смелость выводить определенные бессознательные процессы из его оговорок и оплошностей, например того, что пациент забывает в кабинете какие-то вещи, и почему не пытается вывести смысл ситуации исходя из его поведения? Неужели поведение пациента в целом — это не менее убедительный материал, нежели оговорки? Все эти доводы моему коллеге показались неубедительными. Он продолжал считать, что за сопротивление нельзя браться из-за отсутствия материала. Без сомнения, интерпретация импульсов убийства была технической ошибкой. Она могла только испугать пациента и насторожить его.

Сложность представленных на семинаре случаев имела ту же природу. От случая к случаю поведение пациента в качестве материала, пригодного для интерпретации, недооценивалось или вовсе отвергалось. Снова и снова обсуждались попытки устранить сопротивление со стороны ид, вместо того чтобы акцентироваться на анализе эго-защит. И, наконец, почти всегда звучал спасительный довод, что пациент просто не хочет

выздороветь или что он «слишком нарциссичен».

В принципе ослабление нарциссических защит различных типов не носит каких-то особых отличий. Если, скажем, пациент всегда неаффективен и индифферентен, независимо от того, какой материал он способен предоставить, то мы имеем дело с опасным блокированием аффекта. Если не проработать это состояние прежде, чем предпринимать что-либо дальше, возникает опасность, что весь рассмотренный материал и все интерпретации пропадут даром. При этом пациент превратится в хорошего аналитика-теоретика, в остальном же он не изменится. Если не прерывать анализа по причине «сильного нарциссизма», то можно договориться с пациентом о том, что аналитик будет продолжать расшатывать его аффективную слабость, но по первому требованию пациента все может быть прекращено. С течением времени — обычно через несколько месяцев, а в отдельных случаях через год или полтора, — пациент начинает переживать свою аффективную слабость и ее причины как болезненное состояние, на чем аналитик не перестает заострять внимание. К тому времени терапевт уже достаточно вооружен способами подорвать защиту от состояния тревоги, которая и выражается этой аффективной слабостью. В конце концов пациент начинает бунтовать против опасности, которой угрожает ему анализ, против опасности потерять защитный психический панцирь и оказаться лицом к лицу со своими импульсами, особенно со своей агрессией. Этот бунт активизирует его агрессивность, и впервые происходит эмоциональный взрыв через отрицательный трансфер, который принимает форму приступа ненависти. Если это произошло, дальнейший путь для анализа расчищен. Если агрессивные импульсы проявили себя, значит, блокирование аффекта пробито, и пациент обретает способность к анализу. Сложность для аналитика таится на подходах к скрытой агрессивности.

То же самое верно для характерного сопротивления нарциссических пациентов, которое выражается через их манеру говорить. Они могут, к примеру, иронизировать, использовать технические термины, при этом их речь может быть очень корректной или несколько сумбурной. Любой из перечисленных способов выражения формирует непроницаемый барьер, и реального переживания не последует до тех пор, пока сама манера изъясняться не будет проанализирована. Последовательная интерпретация поведения все равно вызовет нарциссическое негодование. Пациенту не нравится, когда ему указывают, что он говорит иронично, или что он изъясняется техническими терминами, чтобы закамуфлировать чувство неполноценности, скрыть его как от себя самого, так и от аналитика, или что он говорит сумбурно, чтобы выглядеть умным, но не способен выразить свои мысли простыми словами. Таким образом аналитик пробивает брешь в невротическом характере и создает путь для подхода к инфантильному истоку характера и невроза.

Конечно, если акцентировать внимание на природе сопротивления лишь однажды, этого будет недостаточно. Чем сильнее сопротивление, тем упорнее его надо интерпретировать. Если негативная установка пациента к аналитику и сопровождающее ее провокационное поведение подвергается анализу, то вероятность того, что пациент прервет анализ, незначительна.

Непосредственный эффект аналитического ослабления характерного панциря и механизма нарциссической защиты двояк: во-первых, это отрыв аффектов от их реактивной зафиксированности и тайников; во-вторых, освобождение пути для подхода к основным инфантильным конфликтам, эдипову комплексу и кастрационной тревоге. Несомненное преимущество этой процедуры состоит не только в приближении к инфантильным переживаниям как таковым, но и в том, что они анализируются специфическим способом, и эго может их ассимилировать. Можно снова и снова подчеркивать, что один и тот же кусок вытесненного материала будет иметь совершенно иную динамическую значимость в соответствующей стадии, наступившей благодаря ослаблению сопротивления. Во многих случаях аффект инфантильного переживания поглощен характерными защитами. Если просто анализировать содержание, можно

выявить воспоминания, но не соответствующие им аффекты. В этих случаях интерпретация инфантильного материала без предварительного отпускания энергии аффектов, которые поглощены характером, является серьезной ошибкой. Поэтому, к примеру, можно долго и безрезультатно анализировать компульсивные характеры*.

Если же сначала освободить аффект от защитных характерных образований, то новый катексис инфантильного импульса образуется автоматически. Когда мы следуем линии интерпретации характерно-аналитического сопротивления, воспоминаний без аффекта практически не бывает, поскольку нарушение невротического равновесия, которое происходит во время анализа характера с самого начала, не допускает этого.

Бывают случаи, когда при анализе характер предстает перед аналитиком как незыблемая стена, которая защищает от переживания инфантильной тревоги и хорошо выполняет эту защитную функцию, хотя и не приносит человеку счастья. Если такой человек обращается к аналитику в связи с каким-то симптомом, эта защитная стена точно так же служит характерным сопротивлением, и аналитик вскоре понимает, что ничего сделать невозможно, пока не будет разрушен характерный панцирь, прикрывающий и поглощающий инфантильную тревогу. Так бывает, к примеру, в случае «морального идиотизма»**, а также маниакального и нарциссическо-садистского характера. В таком случае перед аналитиком встает трудный вопрос — оправдывает ли данный симптом применение глубокого анализа характера. Необходимо понять, что характерно-аналитическая деструкция характерологической компенсации временно создает состояние, которое можно приравнять к разрушению личности. Более того, во многих экстремальных случаях такой прорыв неизбежен, прежде чем сможет развиться новая, рациональная личностная структура. Кто-то может, конечно, сказать, что рано или поздно прорыв произойдет в любом случае, что развитие симптома является первым знаком. Тем не менее аналитик будет колебаться, предпринимать ли сопряженное со столь большой ответственностью действие, если нет настоятельного требования.

В связи с этим необходимо учитывать следующее: анализ характера в каждом случае вызывает бурный эмоциональный всплеск и часто порождает опасные ситуации. Поэтому очень важно всегда оставаться хозяином положения, конечно, технически. Именно по этой причине многие аналитики, видимо, будут отказываться от использования метода анализа характера. В таком случае им скорее всего придется распрощаться и с надеждой на успех. С большинством неврозов невозможно работать, используя мягкий подход. Анализ характера, последовательный акцент на характерных сопротивлениях и настойчивая интерпретация их форм, путей и мотивов дают пациенту и аналитику столько же возможностей, сколько и неприятных моментов. Здесь нет ничего общего с методом научения, скорее это жесткий аналитический подход. Поэтому лучше начать анализ с демонстрации пациенту предстоящих трудностей и малоприятных моментов.

е) Оптимальные условия для аналитической редукции наличного материала к инфантильному.

Поскольку последовательная интерпретация поведения спонтанно открывает путь к инфантильным корням невроза, возникает новый вопрос: существуют ли критерии для

---

* Следующий случай иллюстрирует несомненную важность того, что не следует пренебрегать моделью поведения. Пациент с компульсивным характером проходил анализ двенадцать лет без ощутимого результата. За это время он узнал все об инфантильных конфликтах, в частности, о центральном отцовском конфликте. Во время анализа пациент говорил невероятно монотонно, нараспев, сжимая при этом перед собой руки. Я поинтересовался, всегда ли он ведет себя так во время анализа или только иногда. Однажды я заметил, что он говорит так, словно молится, и сказал ему об этом. Он ответил, что, когда был ребенком, отец заставлял его ходить в синагогу и молиться, он молился из протеста. Таким же образом он двенадцать лет молился перед аналитиком: «Пожалуйста, я сделаю это, если вы просите, но только из протеста». Когда обнаружилась эта вроде бы не очень значительная деталь, его поведение открыло путь для анализа, что привело затем к наиболее скрытым аффектам.

** Отсутствие морали. — Прим. ред.

определения, когда должна произойти редукция наличной модели поведения к ее инфантильному прототипу? Такая редукция, как известно, составляет одну из кардинальных задач анализа, но ведь этот принцип необходимо ежедневно применять на практике. Следует ли осуществить ее, когда у пациента обнаружатся признаки появления соответствующего инфантильного материала, или есть основания повременить с этим?

Прежде всего необходимо подчеркнуть, что во многих случаях не выполняется задача редукции — разрешение сопротивления и устранение амнезии: либо присутствует не более чем интеллектуальное понимание, либо от редукции отказываются из-за сомнений. Это объясняется тем, что — как в случае с осознанием бессознательных идей — топический процесс становится завершенным, только если он сопряжен с динамически-аффективным процессом осознания. Здесь необходимо выполнение двух условий: первое — основные сопротивления должны быть по крайней мере ослаблены, а второе — идея, которая осознается или, в случае редукции, открывает новую ассоциацию, должна быть заряжена определенным минимумом аффекта. Мы знаем, что аффекты, как правило, отделены от вытесненных идей и заключены в острые трасферентные конфликты и сопротивления. Если редуцировать сопротивление к инфантильной ситуации раньше, чем оно разовьется полностью, когда появился только один след ее инфантильного истока, то аффективная энергия останется до конца не использованной. Надо интерпретировать содержание сопротивления, когда соответствующий аффект еще не мобилизован. Таким образом, с динамической точки зрения не следует пресекать сопротивление в зародыше, а, напротив, необходимо дать ему полностью проявиться в ситуации переноса. В случае хронических вялых характерных образований другого пути нет вовсе. К фрейдовскому правилу, что пациента, надо перевести от отыгрывания к вспоминанию, от сегодняшнего дня к детству, необходимо сделать следующее дополнение: сначала хронически ригидные моменты должны быть вновь вызваны к жизни в актуальной ситуации трансфера, ведь и хронические воспаления лечат прежде всего тем, что провоцируют их обострение. При характерном сопротивлении это необходимо. На более поздних стадиях аналитической работы, когда уже установлены определенные кооперативные отношения, необходимость в этом уменьшается. Может создаться впечатление, что многие аналитики прибегают к немедленной редукции в еще совершенно незрелой ситуации трансфера в связи с боязнью сильнейшего шквального трансферентного сопротивления. Это созвучно тому, что, несмотря на усовершенствование теоретических знаний, сопротивление еще часто считается чем-то нежелательным и лишь нарушающим аналитический процесс. Отсюда возникает неверная тенденция обходить выявление сопротивлений, вместо того чтобы дать им полностью проявиться и затем излечить. Не следует забывать, что неврозы сами по себе состоят из сопротивлений, что, разрешая каждое сопротивление, мы одновременно разрешаем и часть невроза.

Есть и другая причина, по которой необходимо полное проявление сопротивления. Из-за того, что сопротивление имеет сложную структуру, все его детерминации и смыслы можно понять лишь постепенно. Чем полнее понимание картины сопротивления, тем более успешна его последующая интерпретация. Кроме того, двойная природа сопротивления — актуальная и историческая — вынуждает в первую очередь распознать и в полной мере понять содержащиеся в нем формы эго-защиты. Только после того, как прояснится актуальный смысл сопротивления, появляется возможность интерпретировать инфантильный источник. Это справедливо тогда, когда пациент представляет инфантильный материал, необходимый для понимания возникшего сопротивления. Но часто приходится работать со случаями, когда сопротивлению необходимо «дать ход» только потому, что иначе аналитик не получит достаточного количества инфантильного материала.

Итак, техника работы с сопротивлением пациента имеет два аспекта: первый — понимание сопротивления в актуальной ситуации путем интерпретации его актуального смысла; второй — разрешение сопротивления при помощи проведения ассоциаций

всплывающего инфантильного материала с актуальным. Таким способом можно легко избежать уклона как в актуальную ситуацию, так и в инфантильную, потому что и той, и другой при интерпретации уделяется равное внимание. Сопротивление же не препятствует анализу, а, напротив, направляет его в наиболее целесообразное русло.

ж) Анализ характера в условиях обильного потока материала.

В тех случаях, когда характер пациента с самого начала препятствует процессу воспоминаний, можно не сомневаться, что анализ характера — это единственно легитимный путь введения больного в процесс терапии. Но как быть в тех случаях, когда характер допускает продуцирование обширного материала воспоминаний? Требуется ли в этих случаях описанный здесь анализ характера? На этот вопрос можно ответить отрицательно, если эти случаи не сопровождаются характерным панцирем. Но поскольку такого практически не встречается, поскольку механизм нарциссической защиты всегда — рано или поздно — оборачивается характерным сопротивлением различной интенсивности и глубины, — фундаментальных отличий между случаями нет. Существует следующее отличие практического характера. В случаях, которые описаны выше, механизм нарциссической защиты лежит на поверхности и непосредственно проявляется как сопротивление, но бывает и по-другому, когда он располагается в более глубоких пластах личности и на первом этапе остается незатронутым. Именно поэтому он и бывает опасен. В первом случае вполне можно предугадать развитие событий. В последнем — аналитик часто довольно долго пребывает в уверенности, что анализ проходит удовлетворительно, поскольку пациент охотно все принимает, демонстрирует быстрые реакции на интерпретации и даже прогрессирует. Но как раз с такими пациентами аналитика и поджидает самое сильное разочарование. Процесс идет, но успех, завершающий аналитический процесс, не наступает. Аналитик выдает свои интерпретации сполна, ему кажется, что пациент полностью сознает первосцену и все инфантильные конфликты, но анализ утопает в пустоте, монотонном повторении старого материала, а пациент не чувствует улучшения. Еще хуже, если успех при трансфере обманет аналитика и покажется ему реальным состоянием дел. А у пациента вскоре после улучшения может произойти полный рецидив.

Обилие негативного опыта, связанного с такими случаями, наталкивает на совершенно очевидное заключение, что аналитик чего-то недоглядел. Упущение вряд ли имеет отношение к содержательной стороне материала — в этом отношении подобные случаи анализа бывают вполне успешными. Скорее всего, это скрытое, нераспознанное сопротивление, которое свело на нет все усилия аналитика. Вскоре обнаруживается, что сопротивления скрыты как раз в нарочитой готовности пациентов к анализу, в отсутствии у них манифестируемых сопротивлений. Сравнивая эти неудачи с успешными курсами лечения, можно обратить внимание, что в неудачных случаях анализ развивается ровно, он никогда не прерывается злобными эмоциональными всплесками, особенно примечательно, что он все время сопровождается положительным переносом. Негативные импульсы по отношению к аналитику возникают чрезвычайно редко. Это не значит, что импульсы ненависти не анализируются; они не бывают представлены при переносе либо вспоминались без аффекта. Прототипами этих случаев являются аффективно слабые нарциссические и пассивно-феминнные характеры. Первые демонстрируют «теплый», а последние — преувеличенно положительный перенос.

Это воспринимается как выздоровление, поскольку такие пациенты сполна обеспечивают инфантильным материалом, вследствие чего содержание этого материала односторонне переоценивается. Однако на протяжении всего аналитического процесса характер функционирует в качестве сильного сопротивления, форма которого остается скрытой. Очень часто такие случаи считаются неизлечимыми или чрезвычайно трудными. И я был с этим согласен до тех пор, пока не разглядел и в этих случаях скрытого сопротивления. Теперь я могу причислять подобные случаи к тем успешным курсам,

которые приносят особое удовлетворение.

Характерно-аналитическое введение в этих случаях отличается от других тем, что поток сообщений не прерывается и анализ характерного сопротивления не начинается до тех пор, пока не исчезнут сомнения, что поток этих сообщений и поведение пациента в совокупности перевоплотились в сопротивление. Следующий пример послужит иллюстрацией к этому и продемонстрирует, как характерный анализ приводит к наиболее глубоко вытесненному инфантильному конфликту. Мы рассмотрим этот анализ подробнее, чем предыдущие, ради того, чтобы показать логическое развитие невроза в трансферентном сопротивлении.

СЛУЧАИ ПАССИВНО-ФЕМИНИННОГО ХАРАКТЕРА

Анамнез.

Двадцатичетырехлетний банковский служащий обратился к аналитику по поводу тревожного состояния. Оно сохранялось уже в течение года после того, как он в последний раз прошел профилактический осмотр. Раньше пациент испытывал ипохондрические страхи: он считал, что в связи с наследственностью обязательно сойдет с ума и умрет в сумасшедшем доме. Под эти страхи он подводил рациональную базу. Его отец за десять лет до женитьбы переболел сифилисом и гонореей. Пациент полагал, что и бабушка по отцовской линии тоже болела сифилисом. Дядя, брат отца, был очень нервным и страдал бессонницей. Наследственность по материнской линии была еще серьезней. Ее отец покончил жизнь самоубийством, то же самое случилось с одним из ее братьев. Его тетка имела психические отклонения. Мать пациента тоже была тревожной и невро-тичной женщиной.

Такая двойная «наследственность» (сифилис по отцовской линии и суицид и психоз — по материнской) делали данный случай особенно интересным для психоанализа, который, в противоположность ортодоксальной психиатрии, считает наследственность лишь одним из многих этиологических факторов. В дальнейшем мы увидим, что идея пациента о наследственности имела иррациональную основу. Его вылечили, несмотря на наследственность, и рецидивов не наблюдалось в течение последующих пяти лет.

Данная запись отражает только первые семь месяцев лечения, во время которых был проведен анализ характерных сопротивлений. Последние семь месяцев изложены сжато, потому что с точки зрения сопротивления и анализа характера они не очень интересны. Представленный ниже материал включает в себя введение в лечение, курс анализа сопротивления и описание способа, с помощью которого была установлена связь с инфантильным материалом. Мы проследуем вдоль оси сопротивлений этого анализа. В реальности, конечно, курс анализа проходил не так просто, как это может показаться читателю.

Приступы тревоги пациента сопровождались учащенным сердцебиением и параличом любой инициативы. Даже в интервалах между ними его не покидало чувство беспокойства. Приступы часто возникали спонтанно, но бывало также, что их вызывало чтение статей, посвященных психическим расстройствам или суицидам. В последний год его работоспособность начала снижаться, и он боялся, что его уволят, поскольку ему уже мало что удавалось.

В сексуальной сфере также было далеко не все благополучно. Произошедшая незадолго до профилактического осмотра попытка вступить в сексуальный контакт с проституткой оказалась неудачной. Он сказал, что это его не особенно огорчило. Имело место почти неосознаваемое сексуальное влечение. Он сказал, что не страдает от сексуального воздержания. Несколькими годами раньше у него был удачный половой акт, хотя произошла преждевременная, не удовлетворившая его эякуляция.

На вопрос, случались ли прежде приступы тревоги, он ответил, что был очень беспокойным ребенком, а в подростковом возрасте *боялся мировых катастроф*. Так, он

был потрясен, когда в 1910 году был предсказан конец света при встрече кометы с Землей. Его поразило, что родители говорят об этом так спокойно. Страх катастрофы постепенно прошел и сменился страхом наследственного сумасшествия. В детском возрасте ему тоже приходилось не раз переживать состояния острой тревоги, но это случалось гораздо реже.

Если не считать ипохондрической мысли о наследственной болезни, тревожных состояний и сексуальной слабости, не было выражено никаких симптомов. Осознание заболевания впервые появилось только в связи с замеченным тревожным состоянием – симптомом, который вызывал наибольшее беспокойство. Идея о наследственном сумасшествии была слишком хорошо рационализирована, а сексуальная слабость беспокоила его очень незначительно, поэтому он не мог признать их патологический характер. С точки зрения симптоматики мы имели дело с ипохондрической формой истерии страха с отчетливо выраженным актуально-невротическим ядром (невротический застой).

Диагноз: истерический характер с ипохондрической истерией страха. Заключение об истерическом характере базировалось на аналитических выводах о фиксации пациента. С феноменологической точки зрения у этого пациента был типичный пассивно-фемининный характер. Он всегда выражал дружелюбие и покорность, извинялся по всякому пустячному поводу, отвешивал глубокие поклоны, когда приходил или уходил. Кроме того, он был *неловок, застенчив и демонстрировал покорность обстоятельствам*. Если, к примеру, я спрашивал у него, можно ли поменять время нашей встречи, он не просто соглашался, а начинал уверять меня, что он полностью в моем распоряжении, что он согласен на любые изменения, которые я пожелаю сделать, и т. д. Когда он просил о чем-то, то поглаживал мою руку. Когда я впервые высказал предположение о том, что он не верит в анализ, пациент, уже покинувший кабинет, вернулся очень взволнованный и сказал, что не смог уйти с мыслью о том, что я считаю его не доверяющим анализу. Он без конца просил прощения за все свои слова, которые могли произвести на меня такое впечатление.

Возникновение и анализ характерного сопротивления.

Анализ развивался согласно сопротивлению, свойственному данному типу характера.

После того как пациенту объяснили основное правило, он стал в общих чертах рассказывать о своей семье и наследственных заболеваниях. Он утверждал, что одинаково любит обоих родителей, но уважает больше отца, которого описал как энергичного и здравомыслящего человека. Отец всегда *предостерегал его от мастурбации и внебрачных половых контактов*. Он рассказал сыну о собственном отрицательном опыте, о сифилисе и гонорее, об отношениях с женщинами, с которыми спал. Отец поведал обо всем этом ради того, чтобы уберечь сына от подобного опыта. Он никогда его не бил, но всегда удерживал от самостоятельных поступков словами: «Я ни к чему тебя не обязываю, я тебя только предупреждаю... », что, однако, возымело большое влияние. Пациент говорил, что его отношения с отцом были очень теплыми, отец для него был другом, которому он полностью доверял.

Затем он переключился на пространное описание отношений с матерью. Она всегда была очень заботливой и мягкой с сыном, как и он с ней. Кроме этого, он позволял ей выполнять все его капризы и прихоти. Мать стирала его белье, подавала ему завтрак в постель, приходила посидеть с ним перед сном, даже сейчас она сама причесывала его, — словом, он вел жизнь опекаемого маменькина сынка.

Через шесть недель он *приблизился к тому, чтобы осознать свое стремление к коитусу*. Помимо этого, он полностью осознал свои чувственные отношения с матерью, что отчасти понимал и до начала анализа. Он частенько подталкивал мать к своей кровати, на что та реагировала <блестящими глазами и пылающими щеками». Когда она приходила пожелать ему доброй ночи, он обнимал ее и крепко прижимал к себе. Хотя он всякий раз при рассказе старался подчеркнуть се сексуальное возбуждение, несомненно,

что подобные интенции возникали у него самого. Пациент припомнил, что несколько раз чувствовал ощутимое сексуальное возбуждение.

Всякая попытка дать ему понять реальный смысл этих переживаний приводила к жесткому сопротивлению: он начинал уверять меня, что и с другими женщинами чувствовал абсолютно то же самое. Я предпринимал эти попытки не для того, чтобы интерпретировать кровосмесительную фантазию. Я делал это для того, чтобы убедиться, было ли верным мое предположение, что прямое углубление пациента в сторону значимой для его личной истории темы кровосмесительной любви на самом деле представляет собой маневр, предпринятый, чтобы отвлечь внимание от чего-то гораздо более важного в *настоящем*. Материал, связанный с фигурой матери, был однозначен. Казалось, что пациенту нужно сделать только один шаг, чтобы добраться до самой сути. Но что-то удерживало меня от интерпретации этого материала: содержание его высказываний явно контрастировало с содержанием его снов и подчеркнуто дружелюбной манерой поведения.

По этой причине я все больше и больше концентрировал внимание на его поведении и на материале сновидений. У него не возникало никаких ассоциаций на тему сновидений. Во время сеанса он восторгался анализом и аналитиком, а выйдя за пределы моего кабинета, беспокоился о своем будущем и, не переставая, думал о своей отягощенной наследственности.

Содержание сновидений имело двойственную природу. С одной стороны, в них проявлялись кровосмесительные фантазии: то, что он не выражал днем, проявлялось в сновидениях. К примеру, в одном сновидении он гонялся за матерью с ножом или пытался проникнуть в нору, перед которой она стояла. С другой стороны, в сновидениях часто возникала какая-то темная *история убийства*, наследственное заболевание, кем-то совершаемое преступление, звучали *чьи-то издевательские замечания* или выраженное кем-то *недоверие*.

Первые 4-6 недель анализа мы работали над следующим материалом: высказывания пациента по поводу его отношений с матерью; его тревожное состояние и мысли о дурной наследственности; его чрезмерное дружелюбие и покорное поведение, а также мы анализировали те сновидения, которые содержали кровосмесительные фантазии, и те, в которых фигурировало убийство и недоверие. Кроме того, мы занимались очевидными признаками положительного материнского переноса.

Мне приходилось выбирать — либо интерпретировать очевидный материал инцеста, либо сосредоточиться на признаках недоверия, и я выбрал последнее. Не было сомнений, что здесь присутствовало *скрытое сопротивление*, которое никак не выражалось уже много недель из-за обилия материала, предоставляемого пациентом совершенно беспрепятственно. Позже выяснилось, что за этим скрывалось первое существенное трансферентное сопротивление, проявлявшееся в специфической форме, обусловленной характером пациента. *Мой пациент вводил меня в заблуждение* тем, что рассказывал обо всех своих переживаниях, которые были бесполезны с терапевтической точки зрения, был слишком дружелюбен, излагал множество сновидений с очевидным контекстом и вроде бы доверял аналитику. Он старался *понравиться аналитику*, как в свое время старался понравиться отцу, по одной и той же причине. Мой пациент боялся, он боялся отца и соответственно боялся аналитика. Если бы для меня это был первый подобный случай, я бы не мог догадаться, что такое поведение — обман, что за этим кроется опасное сопротивление. По своему опыту я знал, что такие пациенты месяцами и даже годами не способны отчетливо выразить сопротивление. Кроме того, они не реагируют, по крайней мере терапевтически, на интерпретации очевидного материала. Нельзя сказать, что в таких случаях непременно следует ждать проявления трансферентного сопротивления. Оно в полной мере фактически присутствует с самого первого момента, но в *скрытой* форме.

Ясно, что вряд ли можно считать материал о гетеросексуальном инцесте на самом

деле глубинным материалом. Если задуматься об актуальном предназначении предоставляемого материала, как правило, можно обнаружить, что глубоко подавленные импульсы пациент временно использует для того, чтобы отвести другое содержание. При этом не происходит никаких изменений, материал по-прежнему остается подавленным. Это странный факт, который непросто понять с точки зрения глубинной психологии. Так происходит, и надо отметить, что директивная интерпретация такого материала является ошибкой. Подобная интерпретация не дает терапевтического эффекта, более того, она создает помехи для «созревания» ранее вытесненного содержания, тем самым не позволяя его интерпретировать. Теоретически можно сказать, что психическое содержание всплывает в сознании в силу двух причин: либо порожденное аффектами, составляющими его специфическую принадлежность, либо вызванное к жизни неким внешним интересом. В первом случае — возникающее в сознании содержание есть результат давления со стороны сдерживаемого возбуждения, в последнем — налицо механизм защиты. Это похоже на различие, существующее между естественным переживанием чувства любви и демонстрацией любви, компенсирующей чувство ненависти, то есть реактивной любовью.

В случае нашего пациента преодоление сопротивления происходило, конечно, гораздо сложнее, нежели при открыто проявляемом сопротивлении. Смысл сопротивления невозможно вывести из поведения и из случайных деталей множества сновидений. Поэтому очевидно, что опасаясь открыто восставать против отца, человек камуфлирует свою ярость и недоверие реактивной любовью, а также избегает тревоги, подчиняясь и покоряясь.

Первую интерпретацию сопротивления я дал на пятый день в связи со следующим сном:

> Образец моего почерка был представлен графологу для того, чтобы он высказал свое мнение. Он сказал: «Этому человеку место в сумасшедшем доме». Моя мать пришла в отчаяние. Я хотел покончить жизнь самоубийством. Тут я проснулся.

Графолог ассоциировался с профессором Фрейдом. Мой клиент добавил, что, по словам профессора, анализ лечит такие заболевания с «абсолютной определенностью». Я привлек его внимание к следующему противоречию: хотя во сне он боится попасть в сумасшедший дом, он все же явно не уверен, что анализ ему поможет. Этого мой пациент принять не мог, он не согласился со мной и продолжал уверять меня в своем полном доверии анализу.

До конца второго месяца он представил множество сновидений, но касающихся их интерпретаций почти не принимал и продолжал говорить о матери. Я вынужден был заметить ему, что, поскольку он не заинтересован в интерпретации, у меня возникает мысль, что он осторожничает, боится ошибиться и не доверяет мне. После первой интерпретации его сопротивления он закамуфлировал свое скрытое недоверие еще сильнее, пока в конце концов не рассказал мне следующий сон:

«Произошло *преступление, возможно, убийство*. Я был как-то вовлечен в него против своей воли. Я боюсь, что это раскроется и меня накажут. Присутствует один из моих приятелей-сослуживцев, который придает мне мужества и решительности. Я остро сознаю его превосходство».

Я подчеркнул только страх быть раскрытым и связал его с аналитической ситуацией, сказав пациенту, что его позиция указывает на то, что он что-то скрывает. Следующей ночью он увидел подтверждающий мое мнение сон:

> «В этом кабинете должно произойти преступление. Ночь, я стою на темной лестнице. Я знаю, что в комнате находится мой отец. Я хочу пройти к нему, но боюсь попасть в руки врагов. Я хочу позвать полицию. У меня есть бумаги, на которых записано в деталях все преступление. Мне необходима маскировка, иначе главарь гангстеров, у которого множество шпионов, задержит меня. Я надеваю большое кепи и накладную бороду и покидаю дом под видом старика. Главарь банды останавливает меня и просит одного из своих подручных обыскать меня. Он находит мои записи. Я чувствую,

что если он прочтет их — мне конец. Я как можно естественнее говорю ему, что это совершенно незначимые записи. Он отвечает, что должен просмотреть их. Здесь я испытываю ужасное напряжение, затем в отчаянии я вдруг нахожу оружие. Я обнаруживаю в кармане револьвер и стреляю из него. Мужчина исчезает, и я вдруг ощущаю себя очень силь ным. Главарь гангстеров превращается в женщину. Меня захлестывает влечение к ней. Я подхватываю ее и несу па руках в дом. Я испытываю приятное чувство и просыпаюсь с ним».

В конце сна отчетливо представлен кровосмесительный мотив, но раньше проглядывает намек на маскировку в процессе анализа, Я касался только последнего, потому что пациент еще не готов был оставить свою позицию обмана, без чего более глубокая интерпретация была невозможна. Однако мне удалось сделать шаг, продвинуться в интерпретации сопротивления. Я сказал пациенту, что он не только не доверяет анализу, но, судя по его поведению, даже противостоит ему. В ответ пациент сильно возбудился и в течение шести последующих сессий совершал ряд истерических действий:

1. Он дрыгал ногами и руками, выкрикивая: «Оставьте меня, не приближайтесь, я убью вас, я раздавлю вас!» На смену этому часто приходило следующее действие.

2. Он хватал себя за горло и хрипел сдавленным голосом: «Пожалуйста, оставьте меня одного, пожалуйста... Я не буду больше ничего делать!»

3. Он вел себя не как мужчина, а как девушка, к которой пристают с сексуальными домогательствами и яростно атакуют. Он выкрикивал: «Оставьте меня! Оставьте меня!» Это, однако, произносилось непридушенным голосом, и если во время действия второго типа он стискивал ноги, то сейчас — держал их врозь.

В эти шесть дней он проявлял сопротивление и продолжал говорить о наследственном недуге, время от времени возвращаясь к описанным истерическим действиям. Достаточно странным было то, что после окончания «приступа» он продолжал спокойно говорить, будто ничего не произошло, замечая только: «Со мной определенно что-то не так, доктор».

Не углубляясь в содержание, я мог только говорить ему, что, вероятно, он проделывает сейчас передо мной нечто такое, что уже раньше переживал или видел в фантазиях. Это объяснение ему понравилось, и с этого момента он отыгрывал гораздо чаще, чем прежде. Моя интерпретация сопротивления возбудила важную часть его бессознательного, которая теперь проявляла себя подобными действиями. Однако мой пациент все еще был далек от аналитического понимания своих действий. Он, скорее, утилизировал их как ощущение собственного сопротивления: он думал, что доставляет мне определенное удовольствие, очень часто действуя таким образом. Позже я пришел к выводу, что во время ночных приступов тревоги, он ведет себя так же, как при втором и третьем варианте «истерических действий». Хотя я понял смысл его действий и мог бы рассказать ему об этом, связав смысл действий со сном об убийстве, я завяз в анализе характерного сопротивления, которое объясняло эти «приступы».

Пласт содержания его характерологического трансферентного сопротивления представлял собой следующую картину:

Первое истерическое действие представляло импульсы убийства по отношению к отцу и, в переносе, ко мне. Это наиболее глубокий слой.

Во втором действии присутствовал страх перед отцом в связи с импульсами убийства. Это был средний слой.

Третье действие — скрытая, очень сексуальная фемининная позиция, идентификация с (растленной) женщиной и в то же время пассивно-фемининная защита против импульсов убийства.

Это давало ему возможность удерживать отца от совершения наказания (кастрации).

Но даже осмысление тех действий, которые лежали ближе всего к поверхности сознания, тоже не принималось. Пациент вроде бы принимал любую интерпретацию, стремясь к тому, чтобы аналитику было приятно, что, конечно, не приносило

терапевтического эффекта. Адекватное понимание предоставляемого материала бессознательного было невозможно из-за трансферентной фемининной защиты от сходного страха перед аналитиком. Этот страх был причиной ненависти и недоверия, переносимыми с отца на меня. То есть ненависть, страх и недоверие скрывались за его покорной и доверчивой установкой, как за стеной. И из-за этой стены можно было бы отразить всякую интерпретацию бессознательного материала, она прямо-таки отскакивала от нее рикошетом.

> Поэтому я продолжал интерпретировать только его бессознательный обман, повторяя ему, что он так часто совершает свои действия, чтобы доставить мне удовольствие. Однако я добавил, что эти действия очень много значат сами по себе, но мы не можем приблизиться к их осмыслению, пока он не поймет смысла своего поведения. И хотя он стал меньше сопротивляться моим интерпретациям, он все же еще не мог согласиться со мной. Следующей ночью ему впервые приснился сон на тему его недоверия анализу. «Неудовлетворенность, связанная с неудачным анализом, настолько велика, что мне пришлось обратиться к профессору Фрейду. Занимаясь моим заболеванием, он дал мне длинную изогнутую палку. Я почувствовал себя удовлетворенным".

Во время анализа этого сна он впервые признал, что не очень-то доверяет предвещающему оптимизму профессора из сна и что, придя ко мне на первый сеанс, он, несомненно, был удивлен, застав в кабинете столь молодого человека. Я сказал ему, что был поражен двумя вещами: во-первых, тем, что, говоря это, он снова пытается сделать мне приятно, а во-вторых — что он чем-то подавлен. Что касается последнего, то мне показалось, что он обманывает меня в вопросах оплаты.

Пока шла эта кропотливая работа с характерным сопротивлением, пока мы имели дело с его обманом, проявлявшимся в покорности и повиновении, всплыл богатый материал, касающийся различных возрастных периодов, его детских отношений с матерью и сверстниками, детской тревоги и того удовольствия, которое он получал, будучи больным, и т. д. Я не интерпретировал ничего, помимо материала, непосредственно связанного с характерным сопротивлением.

Сны о его недоверии и скрытой насмешливой позиции становились все чаще. Несколькими неделями позже, к примеру, он рассказал о следующем сновидении:

> Мой отец сказал, что никогда не видел снов. Я сказал, что это неправда, что он просто забывает свои сны, потому что они связаны с запретными желаниями. Он презрительно рассмеялся. Я взволновался и заявил ему, что это теория не кого-нибудь, а самого профессора Фрейда. Но сказав это, я расстроился.

Я показал пациенту, что он позволяет своему отцу презрительно смеяться, потому что сам не может открыто сделать этого, и подчеркнул, что в сновидении он опечалился, интерпретировав это как признак нечистой совести.

Он принял эту интерпретацию, и следующие десять дней мы обсуждали вопрос оплаты анализа. Выяснилось, что во время первой нашей встречи он сознательно солгал мне о своей платежеспособности, «чтобы подстраховаться», поскольку не верил в мою честность. Он, не дожидаясь вопросов с моей стороны, сказал, что располагает заведомо меньшей суммой денег, чем это было в действительности. Я, как обычно, назвал ему сумму средней и минимальной оплаты. Исходя из описания его финансового положения, я установил для него минимальную оплату. Оказалось, что он мог бы платить больше, и не только потому, что на самом деле располагал большими средствами, но и потому, что его отец оплачивал половину стоимости анализа.

Редукция актуального материала к инфантильному

Обсуждение финансовых вопросов у моего пациента всегда связывалось с характерным сопротивлением, с его скрытым страхом и недоверием. Однажды он оговорился, сказав: «Я хочу, чтобы мои деньги в банке становились больше», вместо того,

чтобы сказать: «чтобы моих денег становилось больше». Этим он выдал связь денег и пениса, а также свой страх лишиться пениса. Я не интерпретировал оговорку, поскольку не хотел преждевременно затрагивать кастрационную тревогу как таковую; я только отметил, что его тенденция экономить должна как-то соотноситься со страхом катастрофы, и, по-видимому, он чувствует себя в безопасности, имея больше денег. Он отнесся к сказанному с пониманием и привел мне подтверждающие ассоциации из детства: он очень рано начал копить мелочь. И не простил отцу, что тот однажды без разрешения взял и потратил его деньги. Впервые мой пациент спонтанно произнес упрек в адрес отца; на сознательном уровне упрек касался денег, а на бессознательном, конечно, угрозы кастрации. В связи с этим я сказал, что его отец, подавляя сексуальность сына, действовал из лучших побуждений, но вовсе не мудро. Пациент ответил, что часто размышлял об этом, но никогда не перечил отцу, который, как он думал, действовал только в интересах сына. Было слишком рано сообщать ему, что его согласие основывалось на глубоком чувстве вины и страха перед отцом.

Теперь анализ трансферентного сопротивления проходил параллельно анализу скрытой негативной позиции по отношению к отцу. Каждый аспект ситуации переноса был связан с отцом, и пациент понимал это, в то же самое время предоставляя обильный материал о реальных с ним отношениях. Правда, надо отметить, что весь этот материал подвергался цензуре и глубокие интерпретации пока не принимались, но анализ детства определенно начал развиваться. Теперь он не прибегал к выражению материала лишь для того, чтобы оградиться. В результате анализа характерной защиты росло понимание того, что его отношения с отцом были не такими, как это ему представлялось, и что они наносили вред его развитию.

Каждый раз, когда он подходил вплотную к фантазии об убийстве, его тревога усиливалась. Сновидения становились короче и реже, но яснее, а связь с аналитической ситуацией усиливалась. Материал, который прежде использовался как заграждение, больше не появлялся. Все было тесно связано с комплексом отца: возникали фантазии о том, чтобы быть женщиной, имело место желание инцеста. Следующие шесть недель сопровождались появлением несомненно кастрационных видений. Это происходило без каких бы то ни было интерпретаций или намеков с моей стороны:

1. Я лежу на своей кровати, вдруг кричу и вижу, что мой школьный директор сидит на мне верхом. Я борюсь с ним и подминаю его под себя, но одна его рука остается свободной, и он хватает меня за пенис.

2. Мой старший брат влезает в нашу комнату через окно. Он говорит кому-то, чтобы ему принесли меч, поскольку он хочет убить меня, но я опережаю его и убиваю первым.

Здесь видно, что основной конфликт с отцом проявляется яснее и яснее без особых усилий с моей стороны, только как результат точного анализа сопротивления.

На этом этапе возникли повторные блоки и определенные проявления недоверия анализу. Теперь сопротивление было связано с вопросом оплаты: пациент не верил в мою честность. Сомнения и недоверие возникали, как только он приближался к своему чувству ненависти по отношению к отцу, к кастрационному комплексу и фантазии об убийстве. Надо заметить, что сопротивление временами маскировалось под феминнную капитуляцию, но теперь было нетрудно заглянуть под эту маску.

После пятинедельного перерыва анализ возобновился. Пациент, который никуда не уезжал на время отпуска, жил все это время вдвоем с приятелем, поскольку родители были в отъезде, а он боялся оставаться один. Его тревожные состояния не исчезли, напротив, после того, как он перестал посещать меня, они стали еще интенсивнее. В связи с этим он сказал мне, что в детстве всегда боялся, если мать куда-то уезжала, что ему всегда хотелось ее удержать и что он злился на отца, если тот вел мать на концерт или в театр.

Постепенно прояснилось, что помимо отрицательного отцовского переноса у моего

пациента была сильная тенденция к материнскому переносу. Эта тенденция присутствовала с самого начала вместе с реактивной пассивно-фемининной позицией. За время перерыва пациент почувствовал, что со мной ему очень безопасно. Он ощутил, что со мной чувствует себя защищенным, как с матерью. Но для нежного материнского переноса были еще помехи, и анализировать этот перенос было слишком рано. Реактивно-фемининный отцовский перенос после перерыва остался таким же сильным, как прежде. Мой пациент снова говорил смиренно и покорно, так же, как и в начале анализа, и снова — о своих отношениях с матерью.

На третий или четвертый день после возобновления анализа он увидел два сновидения о желании кровосмешения, своей инфантильной позиции по отношению к матери, кроме того, имела место фантазия о пребывании в материнской утробе. В связи с этим он вспомнил сцену, когда мать купала его в ванной. Она мыла его, хотя ему было больше двенадцати лет, и он не понимал, почему приятели дразнили его за это. Затем он припомнил детский страх того, что бандиты могут проникнуть в комнату и убить его. Другими словами, анализ уже возродил инфантильную тревожную истерию, несмотря на то, что отсутствовали соответствующие интерпретации или намеки. Глубокий анализ этих сновидений не проводился, поскольку в целом позиция была опять довольно зыбкой. Сон, который приснился ему следующей ночью, был определенней:

1. Я иду по Арнбрехтхолу, где проводил летние каникулы, когда мне было около пяти или шести лет. Мне хочется освежить свои детские впечатления. Вдруг я попадаю в одно место, из которого можно выбраться только через замок. Привратник открывает ворота и говорит, что я не могу посетить замок в это время. Я отвечаю, что это мне это не нужно, я только хочу пройти через него. Появляются владельцы замка и старая леди, которая поражает меня своим кокетливым поведением. Я хочу удалиться, но вдруг замечаю, что потерял ключ (который открывает мои сундуки и кажется очень важным для меня) в шкатулке, принадлежащей старой леди. Я чувствую неловкость, которая исчезает, когда шкатулка открыта и ключ возвращается ко мне.

2. Моя мать зовет меня, она находится наверху, в верхней части дома. Я беру газету, сворачиваю ее в форму, напоминающую пенис, и иду к матери.

3. Я в большой комнате с кузиной и матерью. Моя кузина, чей взгляд мне очень приятен, одета в одну сорочку, я — тоже. Я обнимаю ее. Вдруг я обнаруживаю, что я гораздо меньше ее ростом, и мой пенис находится где-то между ее коленями и гениталиями. У меня происходит эякуляция, и я страшно смущаюсь, потому что на моей сорочке может остаться пятно, которое мне не смыть.

В образе кузины он видел свою мать. То, что он был раздет, подразумевает, что он никогда не снимает одежды в случае попытки совершить коитус, что он испытывает смутный страх перед этим действием.

Во сне кровосмесительная фантазия (2-я и 3-я части) и кастрационная тревога (часть 1-я) выражены совершенно отчетливо. Почему же столь слаба цензура? Помня о его обычных обманных маневрах, я избегал интерпретаций и не пытался вызывать ассоциации. Я в первую очередь хотел, чтобы тема развернулась шире, важнее было то, что ее нельзя было обсуждать, *пока не проявилось открыто и не было устранено следующее трансферентное сопротивление*.

Это сопротивление не заставило себя ждать. Оно появилось при обсуждении второй части сновидения, когда я позволил себе (оправдывая это своими обширными познаниями) некоторые замечания. Я обратил внимание пациента на тот факт, что он уже видел раньше сон о бумажном пенисе. Это замечание было излишним, и он отреагировал на него, несмотря на откровенное содержание сна, одним из своих типичных сопротивлений: «Да, правильно, но... » Следующей ночью у него был тяжелый приступ тревоги, и он увидел два сновидения: одно было связано с «денежным сопротивлением» (трансферентная кастрационная тревога), а другое привело нас глубже, к первосцене, которая во время последнего анализа питала «денежное сопротивление».

1. Я нахожусь в толпе, стою перед развлекательным заведением. Вдруг я замечаю,

что человек, который стоит позади меня, пытается вытащить мой кошелек из кармана брюк. В последний момент я успеваю предотвратить кражу.

2. Я нахожусь в последнем вагоне поезда, который едет по югу Вор-терса. Во время движения я вдруг замечаю, что на нас по тем же самым рельсам надвигается другой состав. Катастрофа неминуема, и, чтобы спастись, я прыгаю с поезда.

Я оказался прав, отказавшись от интерпретации сновидений на тему инцеста, поскольку имело место сильное латентное сопротивление. Можно видеть также, что сопротивление во сне тесно связано с инфантильной тревогой (страх кастрации — страх первосцены). В возрасте между тремя и шестью годами пациент проводил летние каникулы в Вортерсе.

В связи со сновидениями у него не возникло никаких ассоциаций. Сославшись на то, что мужчина в первом сне — это я, мне пришлось снова «вызвать к жизни» его позицию, его скрытый страх передо мной и скрытое недоверие в финансовых вопросах, хотя я и не упоминал пока о его страхе катастрофы. Что касается второго сна, то я только подчеркнул «неминуемую катастрофу» и напомнил, что его деньги символизируют защиту от катастрофы и он боится, что я лишу его этой защиты.

Он не согласился со мной, по-видимому, его ужаснула идея того, что видит во мне вора; но при этом и не опроверг интерпретацию. В течение нескольких последующих дней он видел сны, в которых уверял меня, что доверяет мне, не лжет, кроме того, он видел меня в роли матери. Затем появился новый элемент: *его мать как мужнина*. Она представлялась ему японцем. Эта деталь была мне неясна, пока спустя много месяцев не всплыли его детские фантазии о русско-японской войне. Русские были отцом, а японцы, поскольку они меньше, — матерью. Кроме того, его мать одно время носила японскую пижаму — мать в штанишках. Он не раз оговаривался «пенис матери». «Школьный приятель» — герой многих его сновидений тоже предстал в образе кузины, которая символизировала мать.

Эти откровенные кровосмесительные картины были сновидениями сопротивления: они скрывали его боязнь женщины — женщины с пенисом.

С этого времени в течение шести недель анализ развивался зигзагообразно: сновидения и особенности коммуникации, выражающие «денежное сопротивление», перемежались другими, на тему его влечения к матери, о матери в облике мужчины, об опасностях, исходящих от отца, и самых различных формах кастрационной тревоги. При интерпретации я всегда принимал денежное сопротивление (читай -кастрационную тревогу) за точку отправления и каждый день начинал погружение в анализ детской ситуации именно с этого. Это было несложно, поскольку детский материал всегда тесно связан с ситуацией переноса. Не все детские страхи и влечения, всплывающие на поверхность, проявлялись путем переноса; скорее, перенос все время вращался вокруг кастрационной тревоги, которая становилась все острее. В трансферентном сопротивлении было заключено ядро инфантильной ситуации. Поскольку я был уверен, что анализ идет нормально, я мог отложить глубокие интерпретации до более подходящего времени; я только работал над страхом, который пациент испытывал передо мной, постоянно соотнося его со страхом перед отцом.

Я пытался проникнуть в инфантильные кровосмесительные фантазии, устраняя трансферентное отцовское сопротивление, чтобы, насколько возможно, освободить эти фантазии от сопротивления. Это могло бы предотвратить опасность дискредитации наиболее важных интерпретаций. Поэтому я не интерпретировал совершенно очевидный и постоянно присутствовавший инцестуозный материал.

Схематически актуальные пласты сопротивления и материала в начале этой фазы были следующими:

1. На передний план выходила кастрационная тревога в форме «денежного сопротивления».

2. Мой пациент пытался постоянно отвести эту тревогу, занимая по отношению ко

мне фемининную позицию, которая, однако, была не столь успешна, как вначале.

3. Фемининная позиция прикрывала садистско-агрессивную по-зиииию по отношению ко мне (то есть к отцу) и сопровождалась глубоким нежным влечением к матери, которое также переносилось на меня.

4. С этими амбивалентными позициями, которые были сконцентрированы в трансферентном сопротивлении, были связаны кровосмесительные желания, представленные в сновидениях, в боязни мастурбации, в страстном стремлении к материнской утробе и в виде сильного страха, имеющего своим источником первосцену. Исходя из всего этого, нельзя было ничего интерпретировать, кроме его обмана и мотивов этого обмана, а также страха и ненависти к отцу. На пятом месяце анализа он впервые увидел сновидение, связанное с кровосмесительной мастурбационной тревогой:

> Я нахожусь в комнате. Молодая женщина с круглым лицом сидит за фортепьяно. Мне видна только верхняя часть ее тела, а нижняя скрыта инструментом. Позади себя я слышу голос аналитика: «Смотри, вот причина твоего невроза». Я чувствую, что приближаюсь к женщине, но затем я вдруг пугаюсь и громко кричу.

Днем ранее при интерпретации сновидения, я сказал ему: «Видите, это одна из причин вашего невроза». Это имело отношение к инфантильной позиции, к его желанию, чтобы его любили, и заботились о нем. Пациент будто знал истинную причину своего невроза, он связал это замечание с вытесненным страхом мастурбации. Опять всплыла тема мастурбации, сопровождавшаяся кровосмесительным мотивом. Тревога снова пробудилась. Тот факт, что нижняя половина женского тела во сне не была видна, выражает страх перед женскими гениталиями. Тем не менее, я не стал затрагивать этот момент, потому что сопротивление все еще было сильным, а сон не вызывал никаких ассоциаций.

Затем пациент увидел сон, в котором фигурировала «обнаженная семья»: отец, мать и ребенок попались гигантской змее. А вот еще два его сновидения:

> 1. Я лежу на кровати, а аналитик сидит сзади меня. Он говорит: «Сейчас я покажу тебе причину твоего невроза». Я в страхе кричу, но в то же время испытываю приятные ощущения. Я почти теряю сознание. Он продолжает говорить, что собирается проводить анализ в нашей ванной комнате. Эта идея кажется мне привлекательной. Когда мы открываем дверь ванной, внутри темно.
>
> 2. Я прогуливаюсь по лесу с матерью. Я замечаю, что нас преследует грабитель. У матери в складках платья я вижу револьвер и беру его, чтобы стрелять в грабителя. Быстрым шагом мы приходим па постоялый двор. Когда мы поднимаемся по ступеням лестницы, грабитель настигает нас. Я стреляю в него. Однако пуля превращается в денежную купюру. На время мы оказываемся в безопасности, но грабитель, который сидит в прихожей, может замыслить нечто плохое. Чтобы завоевать его расположение, я даю ему другую купюру.

Моя корректность, выраженная тем, что я не интерпретировал очевидный материал его сновидений, нашла отражение в том, что пациент, помимо неспособности обнаружить какие бы то ни было ассоциации, не сказал ни слова о личности грабителя. Вместо этого он хранил молчание или возбужденно говорил обо «всех этих деньгах», которые ему пришлось мне заплатить, и выражал сомнение в том, что анализ может ему помочь.

Это сопротивление также было направлено против обсуждения материала, связанного с инцестом. Но такая интерпретация не могла привести ни к чему хорошему, мне приходилось ждать подходящей возможности для интерпретации его «денежной тревоги» как кастрационной.

В первой части «сновидения о грабителе», анализ должен был проходить в ванной комнате. Позже мы обнаружили, что ему было безопаснее всего мастурбировать в ванной. Во второй части сновидения я (отец) представляюсь грабителем (то есть кастратором). Актуальное сопротивление моего пациента (недоверие, связанное с финансовым вопросом) было самым тесным образом связано с прежней тревогой по поводу

мастурбации (кастрационная тревога).

Поразмыслив над второй частью сновидения, я пришел к выводу о существовании у пациента страха, что я могу нанести ему вред. Сказав ему об этом, я отметил, что его страх в действительности имеет отношение к его отцу. После некоторого колебания он принял эту интерпретацию и стал спонтанно рассуждать о своем чрезмерном дружелюбии. Он понимал, что эта излишняя приветливость направлена на превосходящих его людей и выражает смутный страх сделать что-нибудь не так, а также его желание скрыть за этим свою тайную иронию над ними. В той мере, насколько объективно он смог взглянуть на свой характер, он стал более свободным, чистосердечным и открытым как во время сеанса, так и вне моего кабинета. Он оставил критиканство и теперь стыдился своего прежнего поведения. Впервые невротический характер стал для него органически чуждым симптомом. Таким образом, анализ характера принес первый успех. Мы приступили к анализу характера.

«Денежное сопротивление» по-прежнему имело место, и в сновидениях, связанных с первосценой, страх пениса все больше обнаруживался без какой бы то ни было помощи с моей стороны.

На этот факт следует обратить особое внимание. Когда ведется систематический и последовательный анализ характерного сопротивления, не требуется специальных усилий для того, чтобы получить инфантильный материал. Он всплывает спонтанно, бывает очевидным и тесно ассоциируется с актуальным сопротивлением, если, конечно, не нарушать этого процесса преждевременными интерпретациями инфантильного материала. Чем меньше стремиться проникнуть в детство, тем точнее работа с сопротивлением и тем быстрее появляется результат.

После моей интерпретации о том, что пациент боится возможного причинения ему вреда, вновь обнаружился следующий материал. Ночью он увидел сон, в котором находился на птичьем дворе и видел, как убивали цыпленка. В следующем эпизоде одна женщина лежала, вытянувшись на земле, а другая несколько раз вонзила в нее большие вилы. Затем он обнимал девушку, а его пенис был где-то между ее коленями и гениталиями. При этом у него произошла эякуляция.

Поскольку «денежное сопротивление» несколько ослабло, я попытался интерпретировать этот сон. По поводу птичника у него возникла следующая ассоциация — в детстве, будучи в деревне, он часто наблюдал, как спариваются животные. Тогда мы не учли, насколько была важна деталь «летом в деревне». В первой женщине он узнал свою мать, однако объяснить ее позицию был не в состоянии. Он мог сказать нечто существенное только о сне про эякуляцию. В этом сновидении он был ребенком. Он вспомнил, что прижимался к женщинам до тех пор, пока не происходило семяизвержение.

То, что пациент, помимо открытого материала, не делает никаких толкований, выглядело хорошим признаком. Если бы я интерпретировал символы или важное бессознательное содержание прежде анализа сопротивления, он немедленно принимал бы интерпретации как раз по причине присутствия сопротивления, и мы двигались бы от одной хаотической ситуации к другой.

Моя интерпретация страха причинения ему вреда дала полноценный ход анализу характера. «Денежное сопротивление» не проявлялось. Пациент все время обсуждал свое инфантильное поведение и приводил примеры, когда он вел себя «трусливо» и «лживо», — модели поведения, которые теперь он честно признавал негативными. Я попытался дать ему понять, что такое поведение в значительной степени — результат влияния его отца. Однако моя попытка спровоцировала наиболее яростное сопротивление. Он все еще не отваживался упрекнуть своего отца.

После длительного периода, когда ему ничего не снилось, он опять увидел сон на тему, в которой я признал первосцену.

Я стою на морском берегу. Несколько белых медведей плещутся в воде. Вдруг они начинают беспокоиться, и я вижу спину огромной рыбы, возникающую из воды. Он

(рыба) гонится за одним из медведей и ранит его ужасными ударами. В конце концов он (рыба) наносит медведю смертельную рану. Однако и сам он (рыба) тяжело ранен — сквозь жабры хлещет поток крови.

Я подчеркнул, что его сны всегда были жестокими. В течение следующих нескольких встреч он пересказывал свои фантазии о мастурбации и различных жестоких действиях, которые он совершал в предпубертатном периоде. Большую их часть определяла «садистская основа полового акта». После анализа я попросил его написать об этом. Вот его записи:

«3—5 лет. Во время летних каникул, мне довелось увидеть, как режут поросят. Я слышал визг животных и видел лужи крови вокруг. Я чувствовал, что мне очень приятно.

4—6 лет. Мысль об убийстве животных, особенно лошадей, будит во мне чувство глубокого удовлетворения.

5— 11 лет. Мне нравится играть оловянными солдатиками. Я устраиваю баталии, в которых они всегда воюют друг с другом. Я прижимаю солдатиков друг к другу; самые любимые солдатики всегда побеждают других.

6—12 лет. Я прижимаю двух муравьев так, что они начинают кусать друг друга. Умерщвляя друг друга, они борются за жизнь. Я рассыпаю сахар между двумя муравейниками, и муравьи периодически затевают драки. Мне доставляет удовольствие также посадить в стакан муху и осу; спустя некоторое время оса нападает на муху и отрывает ей крылья, ноги и голову.

12—14 лет. У меня есть террариум, и мне нравится наблюдать, как спариваются животные. Я видел это и в птичнике; мне нравилось смотреть, как более сильные петухи бьют тех, что послабее.

8—16 лет. Мне нравится бороться с горничными; когда я стал постарше, я ловил их, толкал на кровать и наваливался сверху.

5—12 лет. Мне нравится играть с железной дорогой, пускать поезда через всю комнату, делать туннели из коробок, стульев и т. д.; я также стараюсь имитировать шум локомотива.

15 лет, *фантазия при мастурбации*. Как обычно, я только наблюдатель. Женщина пытается побороть мужчину, обычно значительно меньшего роста. После длительной борьбы женщина уступает. Мужчина грубо хватает ее за грудь, пах или бедра. Я никогда не думал о мужских или женских гениталиях и никогда о половом акте как таковом. В тот момент, когда женщина переставала сопротивляться, я испытывал оргазм».

Ситуация в тот момент обстояла следующим образом: пациент стыдился своей трусости и вспоминал о садизме, свойственном ему в прошлом. Безоценочный анализ его фантазий и поведения в виде резюме продолжался до конца лечения. Это позволяло ему во время анализа чувствовать себя свободнее и быть более мужественным и агрессивным. Но временами в его поведении все еще сквозила озабоченность. Его тревожные состояния стали проявляться реже, но с ними снова и снова приходилось сталкиваться в связи с «денежным сопротивлением».

Мы снова можем заметить, что выражение генитального кровосмесительного материала служит в основном для того, чтобы скрыть детский садизм. В то же самое время это является и попыткой продвинуться по направлению к генитальному объектному катексису. Однако его генитальное влечение было смешано с садистским. Поэтому терапевтическая задача заключалась в том, чтобы выкристаллизовать из этого смешения генитальное влечение.

В начале шестого месяца анализа, в связи со следующим сновидением, появилась первая возможность интерпретировать его страх пениса:

1. Летние каникулы, я лежу на диване, стоящем в открытом поле. Знакомая девушка подходит и ложится на меня. Я удерживаю ее на себе и пытаюсь совершить половой акт. Хотя у меня есть эрекция, я замечаю, что мой пенис слишком мал. Это меня очень огорчает.

2. Я читаю драматическое произведение с тремя действующими лицами. Это семья японцев — отец, мать и четырехлетний ребенок. Я чувствую, что у этой пьесы

трагичный конец. Больше всего меня беспокоит судьба ребенка.

Впервые в содержании сна была представлена попытка коитуса. Второй сон, в котором присутствует намек на первосцену (возраст — четыре года), нами тогда не был проанализирован. Непрерывно рассуждая о своей трусости и беспокойстве, он сам подошел к разговору о пенисе. Тогда я сказал ему, что его боязнь того, что ему нанесут вред или надуют, обманут, в действительности связана с гениталиями. Вопрос, почему и кого он боится, не обсуждался, реальный смысл страха тоже не интерпретировался. Интерпретация показалась ему правдоподобной, но теперь появилось сопротивление, которое имело место на протяжении шести недель. Оно основывалось на пассивно-феминнной, гомосексуальной защите от кастрационной тревоги.

На наличие сопротивления указывали следующие признаки: он не возражал открыто и не выражал сомнений, напротив, он стал чрезвычайно вежлив, дружелюбен и покорен. Его сновидения, которые по ходу анализа сопротивления стали реже, короче и яснее, опять удлинились и стали более запутанными. Состояния тревоги участились и стали такими же интенсивными, как и прежде. Несмотря на это, он не выражал недоверия анализу. Снова возникла идея о наследственности. Так замаскированно выразилось его сомнение в результатах анализа. Как и в начале анализа, он опять начал вести себя как женщина, которую насилуют. В сновидениях тоже доминировала пассивно-феминнная позиция. Снов об эякуляции или коитусе больше не было. Несмотря на то что анализ характера, несомненно, прогрессировал, прежнее характерное сопротивление вновь развернулось в полную силу, когда начался анализ нового пласта бессознательного. Для характера этого пациента слой кастрационной тревоги был самым решающим.

Следовательно, предметом анализа сопротивления стала не кастрационная тревога, которая провоцировала сопротивление, а снова все поведение пациента. Целых шесть недель было трудно что-либо предпринимать, кроме интерпретаций его поведения как способа защитить себя от опасности. Каждая деталь поведения рассматривалась с этой точки зрения. Таким образом, мы постепенно приближались к ядру его поведения — страху пениса.

Пациент старался оттолкнуть меня, предлагая мне инфантильный материал, но я постоянно объяснял ему смысл этого действия. Понемногу он начал понимать, что в отношениях со мной чувствует себя женщиной, о чем мне подробно поведал, добавив, что ощущает в промежности сексуальное возбуждение. Я объяснил это феноменом переноса. Он воспринимал мои попытки объяснить его поведение как упреки в свой адрес, чувствовал себя виноватым и старался искупить свою вину феминнной покорностью. Глубинный смысл такого поведения — идентификация с матерью из-за страха быть мужчиной (отцом) — я оставил в тот момент нетронутым. Затем, наряду с другим материалом, он увидел следующее подтверждающее сновидение:

> Я гуляю с приятелем. Кажется, он неправильно понимает мое замечание и говорит, что хочет отдаться мне. Тем временем мы приходим в нашу комнату, и приятель забирается в постель моего отца. Его нижнее белье оказывается грязным.

Анализируя этот сон, я смог снова редуцировать феминнный перенос на отца. Теперь он впервые припомнил, что во время фантазий при мастурбации представлял себя женщиной. Анализ грязного нижнего белья привел к обсуждению его анальной активности и привычкам (церемония купания). В этом проявилась другая черта его характера — обстоятельность.

Чтобы снять сопротивление, мы обсудили не только его прежнюю форму, но и его эрогенную, анальную основу. Тогда я сделал следующий шаг в анализе характера. Я объяснил пациенту связь между его покорным поведением и фантазией о том, что он женщина. Его поведение было феминнным, то есть чрезмерно мягким, покорным и доверчивым, потому что он боялся быть мужчиной. Я добавил, что мы могли бы отыскать причину этой боязни — боязни ощутить себя мужественным, открытым и честным, вместо того чтобы продолжать избегать этого. В ответ на это он рассказал сон, в котором

снова возникли темы первосцены и кастрационной тревоги:

> Я со своей кузиной — молодой привлекательной женщиной (матерью). Неожиданно я понимаю, что я — моя собственная бабушка. Я ужасно огорчен. В то же самое время я каким-то образом ощущаю себя центром Вселенной, а планеты вращаются вокруг меня. Я одновременно сдерживаю — все еще во сне — свою тревогу и досадую на свою слабость.

Самой важной деталью этого кровосмесительного сновидения было то, что он видел себя бабушкой. Не было сомнений, что здесь имел место страх наследственного заболевания. Было ясно, что он фантазировал о своем зачатии, идентифицируясь с отцом, точнее, о половом контакте с матерью, что, однако, тогда нами не обсуждалось.

Что касается Вселенной, то она могла символизировать его эгоизм: «Все вращаются вокруг меня». Я допускал наличие и более глубинного смысла, а именно — первосцену, но не стал упоминать об этом. Несколько дней мы говорили почти исключительно об его эгоизме, желании быть ребенком, которого все любят, и выяснили, что сам он никогда не хотел и не был способен любить. Я раскрыл ему связь между его эгоизмом и страхом любить себя самого и свой пенис[*].

Следующие сновидения вывели на поверхность инфантильный фон:

> 1. Я раздет и смотрю на свой пенис, кончик которого кровоточит. Две девочки уходят прочь, и мне грустно, потому что я прихожу к выводу, что они будут презирать меня из-за слишком маленького пениса.
>
> 2. Я курю сигарету через мундштук. Я вынимаю его изо рта и, к своему удивлению, обнаруживаю, что это сигаретный мундштук. Когда я опять беру сигарету в рот, ее кончик обламывается. У меня возникают неприятные ощущения.

Итак, без каких бы то ни было моих усилий идея о кастрации стала приобретать определенную форму. Пациент теперь интерпретировал сновидения без моей помощи и продуцировал обильный материал, связанный со страхом женских гениталий и страхом прикосновения к своему пенису. Во втором сне налицо очевидная оральная идея (сигаретный мундштук). Моего пациента потряс тот факт, что его в женщине привлекает все, кроме гениталий, но больше всего его влекло к груди; поэтому он начал говорить об оральной фиксации на матери.

Я сказал ему, что недостаточно знать о боязни гениталий; что необходимо отыскать причину этого. В ответ ему снова приснился сон, навеянный первосценой, без признаков воздействия моей интерпретации.

> Я на подножке последнего вагона поезда, я — сцепщик. Подходит еще один поезд, и я оказываюсь между двумя составами.

Перед тем как продолжить повествование об анализе, мне бы хотелось отметить, что по истечении семи месяцев лечения, после того как разрешилось пассивно-гомосексуальное сопротивление, пациент сделал мужественный шаг в направлении к женщине. Это произошло без моего ведома. Он рассказал мне об этом позже, когда отношения с девушкой более или менее установились. Он познакомился с девушкой в парке. Его способ сексуального взаимодействия был следующим: он прижимался к девушке, происходила сильная эрекция и эякуляция. Тревожные состояния постепенно проходили. Ему не приходило в голову осуществить половой акт. Обратив его внимание на это, я высказал предположение, что он боится этого. Он отверг такое предположение, оправдавшись тем, что просто не было подходящей возможности, и настаивал на своем, пока в конце концов его не потрясла инфантильная манера собственного сексуального поведения. То же самое происходило и во множестве его сновидений, и теперь он вспомнил, что, будучи ребенком, прижимался к матери именно таким образом.

---

[*] Это в целом должно продемонстрировать некоторым психологам, почему мы, психоаналитики, не можем признать чувство неполноценности как конечный фактор. Для нас реальная проблема и реальная работа начинается как раз там, где она заканчивается для Альфреда Адлера.

Так предмет его кровосмесительной любви (а с него, стараясь ввести меня в заблуждение, он начал анализ) возник снова. Однако теперь его сопротивление уже не было столь сильным и не побуждалось прежними скрытыми мотивами. Таким образом, анализ его отношений протекал созвучно его переживаниям.

Снова и снова он отвергал мою интерпретацию, что его действительно влечет к собственной матери. Материал, который он предоставлял в течение семи месяцев, был столь ясным, а взаимоотношения, как он сам признавал, столь очевидными, что я и не пытался убедить его, но начал исследовать, почему он боится признаться себе в этом.

Этот вопрос обсуждался вместе с темой страха пениса. Таким образом, надо было разрешить две проблемы:

1. Что было источником его кастрационной тревоги?

2. Почему, несмотря на сознательное согласие, он не принимал факт сексуально окрашенной кровосмесительной любви?

Теперь анализ быстро продвигался в направлении первосцены. Это подтвердилось следующим сновидением:

> Я нахожусь в зале замка, где заседает король со свитой. Я *высмеиваю* короля. Его люди набрасываются на меня. Я падаю и чувствую, что они смертельно ранили меня. Мое безжизненное тело волочат прочь. Затем я понимаю, что вес еще жив, *но притворяюсь мертвым, чтобы убедить в этом могильщика*. Меня засыпают тонким слоем земли, который мешает мне дышать. *Я лежу абсолютно спокойно, чтобы меня невозможно было обнаружить*. Спустя некоторое время я освобождаюсь и возвращаюсь во дворец, вооруженный неким страшным оружием, возможно, молниями. Тех, кто против меня, я убиваю.

Он предположил, что мысль о могильщике как-то связана с его страхом катастрофы. И тогда мне удалось объяснить ему, что страх наследственности не что иное, как страх пениса. Я высказал предположение, что сновидение содержит ту сцену из детства, которая породила страх пениса.

Его потрясло, что он «притворился мертвым», чтобы его не нашли. В связи с этим он припомнил, что в фантазиях при мастурбации всегда был в роли наблюдателя, и сам задался вопросом, не пришлось ли ему пережить «чего-то подобного» со своими родителями. Однако тут же отверг эту идею, сказав, что никогда не спал в комнате родителей. Я был разочарован, поскольку был убежден, отталкиваясь от материала сновидения, что он действительно пережил первосцену. Я сказал ему об этом и добавил, что нельзя сдаваться так быстро, потому что в свое время анализ все равно расставит все на свои места. На этом же сеансе пациент предположил, что, может быть, он наблюдал любовную сиену между его другом и какой-то девушкой. Затем он вспомнил два случая, когда он мог наблюдать своих родителей. Он припомнил, что его кровать переносили к ним в спальню, когда приезжали гости. Кроме того, в дошкольном возрасте он спал с ними в одной комнате во время летних каникул. Это напомнило ему о сновидениях на тему летних каникул в деревне и о том, что в одном из них, в эпизоде убийства цыпленка, имела место первосцена.

Затем он вернулся к отыгрыванию, которое использовал в начале анализа, и ночному страху, который переживал в детстве. Деталь этого страха (он боялся белой женской фигуры, выходящей из-за занавесок) теперь нашла объяснение. Он вспомнил, что когда плакал ночью, мать подходила к его кровати в ночной сорочке.

По-видимому, мы далеко продвинулись за этот час работы, поскольку следующей ночью мой пациент увидел сон, в котором явно выражались темы насмешки и сопротивлния:

> Я стою на пристани и собираюсь сесть в большую лодку вместе с каким-то сумасшедшим. Затем я вдруг понимаю, что это игра, в которой мне отведена важная роль. На сходнях я должен трижды повторить одну фразу, что я и делаю.

Он сам интерпретировал необходимость сесть в лодку как желание коитуса, но я

подвел его к более важному моменту: «отыгрыванию». То, что он должен был трижды повторить одну фразу, было ироничным намеком на мои интерпретации. Он был вынужден согласиться с тем, что часто про себя иронизировал над моими усилиями. К этому он добавил, что собирался найти женщину, с которой хотел трижды иметь половой акт, как он выразился, «для собственного удовольствия». Но я объяснил ему еще и то, что это сопротивление имеет другой, более глубинный смысл: он избегает попытки коитуса, потому что боится его.

Следующей ночью ему снова приснился сон, с одной стороны, на тему гомосексуального подчинения, а с другой — на тему коитуса:

1. Я встречаю на улице приятеля, который моложе меня, но выглядит очень здоровым и сильным. Я чувствую, что он сильнее меня, и стараюсь завоевать его расположение.

2. Я катаюсь на лыжах с мужем одной из моих кузин. Съезжая с горы, я обнаруживаю, что снег липкий, и говорю, что эта местность не годится для катания на лыжах, потому что во время спуска легко упасть. Мы выходим на дорогу, ведущую вдоль склона горы. На крутом повороте я теряю лыжу, которая падает в пропасть.

Он даже не попытался истолковать эти сны. Вместо этого он снова поднял проблему оплаты: ему приходилось платить так много, а он совсем не был уверен, что все это ему поможет. Он опять демонстрировал свое неудовлетворение, снова страдал тревогой и так далее.

Теперь появилась возможность редуцировать «денежное сопротивление» ко все еще не разрешенной генитальной тревоге и страху коитуса. Теперь я мог объяснить ему более глубинный мотив его фемининного подчинения. Когда он затевал отношения с женщиной, он начинал бояться последствий и сам становился женщиной, то есть его характер обретал гомосексуальные и пассивные черты. Он соглашался с тем, что может вести себя как женщина, но никак не мог понять, почему и чего он боится. Ему было совершенно ясно, что он боится полового акта. Но что, спрашивается, могло с ним произойти?

Теперь его постоянно занимал этот вопрос, но вместо того, чтобы обсуждать страх перед отцом, он обсуждал боязнь женщины. Как мы знаем из его инфантильной тревожной истерии, он часто боялся женщины. Он использовал термин «женский пенис». До самого пубертата он был уверен, что у женщины тоже есть пенис. Сам он связывал эту мысль с первосценой, в реальности которой теперь был убежден.

В конце седьмого месяца анализа ему приснился сон, в котором он видел, как девушка поднимает юбку так, что становится видно ее нижнее белье. Он отворачивается, как каждый, «кто видит нечто, что видеть не полагается». И тогда я сказал ему, что он боится созерцания женских гениталий, потому что они выглядят как рана, порез и что он был напуган, когда впервые их увидел. Эта интерпретация показалась ему правдоподобной, поскольку он чувствовал, что женские гениталии не только вызывают у него отвращение, но и пугают его. Однако он не мог вспомнить реального случая из жизни, который мог бы это подтвердить.

Ситуация на данном этапе обстояла следующим образом: ядро его симптомов — кастрационная тревога — было проработано, но окончательно не разрешено на самом глубинном уровне. Первосце-на, по сути, все еще не была принята пациентом, поскольку она была только выявлена, но еще не проанализирована.

Однажды, в период, свободный от сопротивлений, когда ничто не мешало с ними работать, мы опять обсуждали эти темы, и пациент тихо, как бы про себя, сказал: «Однажды я буду разоблачен». Он сказал, что у него есть чувство, что как-нибудь однажды, когда он будет делать что-то тайком, его застукают. Он припомнил, что, будучи маленьким, втайне бунтовал против отца. Он смеялся за его спиной, в то время как открыто изображал послушного сына. В подростковом возрасте он вовсе перестал бунтовать. Таким образом, пациент вытеснил ненависть к отцу из-за боязни перед ним.

Его боязнь наследственности подтверждала, что он винит отца. Это означало: «Мой отец наносил мне вред, когда зачинал меня». Анализ фантазий, касающихся первосцены, выявил, что пациент представляет себя в материнской утробе в тот момент, когда отец вступал в половой акт с матерью. Фантазия о нанесении вреда через гениталии комбинировалась с фантазией об утробе, так возникала фантазия о том, что отец кастрирует его в материнском чреве.

Оставшуюся часть анализа можно описать в довольно сжатой форме. Он был относительно свободен от сопротивления и разделился на два периода.

В первом мы прорабатывали детские фантазии при мастурбации и боязнь мастурбации. Его кастрационная тревога долгое время проявлялась в виде боязни женских гениталий. Восприятие их в виде «увечья» или «раны», казалось, подтверждало реальность кастрации. В конце концов пациент осмелился мастурбировать. После этого он полностью освободился от тревоги. Это свидетельствует о том, что подобные тревожные состояния вызываются застоем либидо, а не кастрационной тревогой, поскольку последняя продолжала иметь место. Дальнейший анализ инфантильного материала редуцировал ее в такой степени, что предприняв попытку полового акта, пациент обнаружил, что оказался способен к эрекции. Последующие половые акты выявили два отклонения: он был оргастически импотентен, то есть испытывал меньшее удовольствие, чем при мастурбации. Кроме этого, он относился к женщинам равнодушно и даже презрительно. Его генитальность все еще разъединялась на нежность и чувственный компонент.

Второй этап состоял из анализа оргастической импотенции и инфантильного нарциссизма. На протяжении всей своей жизни, как в детстве, он хотел получать от женщины — матери — все, сам ничего не давая взамен. Пациент работал над своими отклонениями с огромным пониманием. Он начал болезненно переживать свой нарциссизм и в конце концов поборол его, когда остаток его кастрационной тревоги, который фиксировался на оргастической импотенции, был преодолен с помощью анализа. Он боялся оргазма, потому что думал, что возбуждение имеет вредоносную природу. Вот его сон, подтверждающий этот страх:

> Я пришел в картинную галерею. Я потрясен картиной, которая называется «Пьяный Томми». Это молодой и симпатичный английский солдат в горах. Бушует буран, и он, похоже, потерял дорогу. Его держит за руку скелет, который вроде бы ведет его, что, по-видимому, символизирует неминуемую беду для солдата. Другая картина называлась «Тяжелая профессия». Она тоже изображала горы. Мужчина и мальчик падают с обрыва. В это время из их рюкзака высыпается содержимое: мальчик оказывается окружен беловатой массой.

Падение символизирует оргазм[*], а беловатая масса — сперму.

Пациент рассказал о страхах, связанных с эякуляцией и оргазмом, которые он испытывал в подростковом возрасте. Его садистские фантазии о женщинах тоже были проработаны более тщательно. Несколькими месяцами позже, летом, он завязал отношения с девушкой. При этом те отклонения, о которых шла речь выше, были выражены менее явно.

Устранение переноса не составило особого труда, потому что с самого начала систематически прорабатывались как положительные, так и отрицательные его аспекты. Пациент чувствовал, что анализ очень помог ему. На протяжении последующих пяти лет я виделся с ним пять раз. Его беспокойство и тревожные состояния полностью исчезли. Он чувствовал себя совершенно здоровым и радовался тому, что теперь ему не нужно хитрить и он уже способен мужественно встречать трудности. Его потенция к концу лечения нормализовалась.

---

[*] Символы оргазма см. в кн. Die Funktion des Orgasmus, 1927. Примечание перев. на англ, яз.: См. также The Function of the Orgasm, Orgone Institute Press, 1942, 1948.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог под всей этой историей, мы отдаем себе отчет в том, насколько трудно изложить процесс анализа через слова. Но это не удержало нас от того, чтобы хотя бы в общих чертах не рассказать о проблемах анализа характера. Итак:

1. Наш случай является прототипом пассивно-феминного характера, который независимо от того, какой симптом заставил его обратиться за помощью к аналитику, всегда представляет один и тот же тип характерного сопротивления. Кроме того, он демонстрирует нам типичные механизмы латентного трансферентного сопротивления.

2. Технически основное внимание уделялось анализу пассивно-феминного характерного сопротивления, которое выражалось через неискреннее чрезмерно дружелюбное и покорное поведение. Такой метод спровоцировал развитие инфантильного материала в трансферентный невроз в соответствии с его внутренними законами. Это позволило нам избежать ситуации поверхностного, не дающего никакого терапевтического эффекта понимания содержания бессознательного, которая, вероятно, имела место по причине феминного подчинения (для того чтобы «быть приятным»), то есть удержало его от того, что не имело бы никакого терапевтического эффекта.

3. История данного случая показывает, что если систематически и последовательно акцентировать характерное сопротивление, а также избегать преждевременной интерпретации, то соответствующий инфантильный материал проявится совершенно отчетливо и недвусмысленно сам. Таким образом, последовательная интерпретация смысла и симптомов становится неопровержимой и терапевтически эффективной.

4. Из истории данного случая видно, что работу с характерным сопротивлением необходимо начинать, как только прояснится его актуальный смысл и функция, независимо от информации о соответствующем инфантильном материале. Сосредоточение на интерпретации его актуального смысла приводит инфантильный материал в движение, причем для этого необязательно интерпретировать симптом и нет необходимости во внушении. Когда устанавливается связь с инфантильным материалом, начинается ослабление характерного сопротивления. Последовательная интерпретация симптома происходит в условиях активного сотрудничества пациента. Анализ сопротивления состоит из двух типичных фаз: в первой делается акцент на форме сопротивления и его актуальном смысле, а во второй оно разрешается, что позволяет вывести на передний план инфантильный материал. В данном случае отличие характерного сопротивления от простого заключается в разнице между вежливостью и покорностью, с одной стороны, и простым сомнением и недоверием к анализу — с другой. Именно первое относится к характеру: вежливость и покорность являются теми формами, в которых выражается недоверие.

5. Последовательная интерпретация скрытого отрицательного переноса позволяет высвободить вытесненную и замаскированную агрессивность по отношению к аналитику, людям, превосходящим клиента, а также к отцу. Это снимает пассивно-феминную позицию, которая, конечно, является не чем иным, как реактивным образованием против вытесненной агрессивности.

6. Вытеснение агрессии, направленной на отца, влечет за собой вытеснение генитального стремления к женщинам. Под влиянием анализа у пациента восстановилось маскулинное генитальное влечение и агрессивность, что привело к излечению импотенции.

7. Тревожность, присущая характеру пациента, исчезла вместе с кастрационной тревогой, когда он осознал свою агрессивность. Он перестал тревожиться, как только преодолел сексуальную амбивалентность. Оргастическая разрядка энергии, которая проявлялась как застой тревоги, повлекла за собой устранение «соматического ядра невроза».

В заключение я хочу высказать надежду, что представленные здесь случаи

пошатнут мнение некоторых моих оппонентов, которые утверждают, что я накладываю «готовую схему» на любого пациента. Мне бы хотелось еще раз заострить внимание на моей точке зрения, испытанной многолетней практикой: для каждого случая существует одна-единственная техника, и она должна выстраиваться в соответствии с его индивидуальной структурой.

http://koob.ru

ГЛАВА V
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

Переход от бессистемного и непоследовательного анализа к систематическому анализу характера столь неопределен и многогранен, что говорить о нем конкретно довольно трудно. Тем не менее мы можем выделить некоторые критерии.

Поскольку анализ характера разбивает нарциссические защитные механизмы человека, не только мобилизуя сильные аффекты, но и вызывая у пациента временное состояние беспомощности, начинающим аналитикам использовать эту технику не следует[*].

Его можно без опаски использовать только тем терапевтам, которые уже освоили аналитическую технику и поэтому, как правило уже знают, как прорабатывать реакции переноса. Временная беспомощность пациента возникает потому, что характерологическая стабильность его инфантильного невроза устранена, в то время как сам инфантильный невроз развернут в полную силу. Однако надо заметить, что инфантильные неврозы реактивируются и без систематического анализа характера. Но поскольку в этом случае «панцирь» остается относительно нетронутым, аффективные реакции бывают слабее и соответственно их легче преодолеть. В практике анализа характера нет ничего опасного, если добиться своевременного и глубокого понимания структуры конкретного случая. Замечу, в моей практике не было случаев суицида, за исключением запущенного случая депрессии, когда пациент прервал лечение после двух или трех часов работы, прежде чем я смог предложить ему хоть какие-то решительные меры. Только на первый взгляд кажется парадоксальным., что за все время, пока я практикую анализ характера — то есть около восьми лет, — лишь в трех случаях пациенты преждевременно прервали лечение, а вот раньше это происходило гораздо чаще. На мой взгляд, это следствие прямого анализа негативных и нарциссических реакций. Именно это обычно делает невозможным прерывание процесса, хотя для пациента он становится гораздо более трудным.

Анализ характера применим для любого случая, но нельзя сказать, что он рекомендован для любого случая. Более того, при определенных обстоятельствах его применение противопоказано. Сперва о тех случаях, когда он рекомендуется. Все они обусловлены степенью характерной ригидности, то есть степенью и интенсивностью невротических реакций, ставших хроническими и ассимилированными эго. При компульсивном неврозе — особенно в тех случаях, когда преобладают не симптомы, а общее функциональное нарушение, когда характерные черты формируют не только объект лечения, но и основное препятствие, — анализ характера всегда оправдан. Рекомендован он и в случае фаллическо-нарциссического характера, который без характерного анализа всегда успешно фрустрирует любое терапевтическое усилие, а также в случаях психоза, импульсивного характера и истерических фантазий. При работе с шизоидами или больными на ранней стадии шизофрении анализ характера должен

---

[*] *Примечание 1945 года*. Это предостережение было актуально на начальном этапе исследования в области анализа характера, то есть восемнадцать лет назад. Уже тогда справедливо высказывалось возражение, что если анализ характера имеет приоритет перед анализом симптома, то ему необходимо обучать не только практикующих аналитиков, но и начинающих терапевтов. Сегодня, когда техника анализа характера опирается на солидный опыт, упомянутое предостережение потеряло свой смысл, Наша техника может быть освоена и успешно применяться при анализе симптома, в том числе и новичками. Точно так же нет причин для того, чтобы накладывать какие-либо ограничения на область применения анализа характера. Нами было установлено, что анализ характера не только возможен в случае психоневроза любого типа, но и просто незаменим, если мы ставим перед собой задачу устранения самой основы характерно-невротической реакции. Можно ли проводить анализ характера без оргонной терапии — это другой вопрос.

проводиться очень осторожно и строго последовательно, чтобы предупредить преждевременные и неконтролируемые эмоциональные срывы. Здесь необходимо, чтобы эго обрело силу прежде, чем активизируются более глубокие слои бессознательного.

В случае острой тревожной истерии ранний и последовательный анализ эго-защит противопоказан, потому что сильно возбуждены бессознательные импульсы, в то время как эго недостаточно развито, чтобы защититься от них и обуздать свободно протекающую энергию. Необходимо помнить, что при тяжелой форме острой истерии надо разбить обширную площадь панциря. Таким образом, работа над характерными защитами необязательно должна проходить на ранних стадиях. Позже, когда тревога сменится интенсивной привязанностью к аналитику и когда появятся первые признаки реакции разочарования, анализ характера станет актуален. Но на начальной стадии лечения основная работа состоит в другом.

При меланхолии и тяжелой депрессии применение анализа характера зависит от того, имеем ли мы дело с обострением, каковым, к примеру, являются суицидальные импульсы или острая тревога, или с эмоциональной вялостью. Далее, применение анализа характера зависит от того, насколько поддерживаются генитальные объектные отношения. Если мы хотим избежать длительного, лет на десять, анализа, осторожная, но основательная характерно-аналитическая работа над эго-защитами (от вытесненной агрессии) при вялых формах незаменима.

Вообще надо сказать, что устранение панциря необходимо соотносить не только с индивидуальной историей болезни, но и с конкретной ситуацией. Это необходимо делать в следующих целях: чтобы увеличить или снизить интенсивность и последовательность интерпретации сопротивления или ее глубину; каждый раз более или менее четко отделить отрицательный аспект переноса от положительного; предоставить пациенту свободу, даже если он демонстрирует интенсивное сопротивление, не разрешая его в данный момент. Пациента необходимо подготовить к приносящей исцеление интенсивной реакции заранее. Если терапевт достаточно пластичен в своих интерпретациях и в своем влиянии на пациента, если ему удалось преодолеть начальное беспокойство и чувство небезопасности и нацелиться на работу, непреодолимые трудности ему не грозят.

Анализ характера может быть затруднен при работе с пациентами, принадлежащими к новому, незнакомому для терапевта типу. В этих случаях надо очень осторожно, шаг за шагом, продвигаться в понимании эго-структуры и действовать в соответствии с этим пониманием. Терапевт ни в коем случае не должен — если он хочет избежать непредсказуемых и неблагоприятных реакций — интерпретировать более глубокие слои. Отложив глубокие интерпретации до тех пор, пока не разрешатся защитные механизмы, он, конечно, потеряет время, но найдет безопасный путь проведения анализа.

Коллеги часто спрашивают меня, можно ли применять анализ характера в тех случаях, когда создалась хаотическая ситуация, длящаяся месяцами. Опыт технических семинаров не бесспорен, но, мне кажется, он показывает, что во многих случаях изменение техники должно принести успех.

Для последовательного анализа характера не имеет никакого значения, насколько обширными интеллектуальными знаниями анализа обладает пациент. Поскольку глубоких интерпретаций не дается до тех пор, пока тот не расстанется со своей основной защитной позицией и не позволит себе переживать собственные эмоции, у него не возникает необходимости применить свои знания. Если пациент все же старается пустить их в ход в интересах своего сопротивления, такое поведение представляет собой лишь частичное проявление защиты, и ее можно обличить в рамках других нарциссических реакций. К примеру, если пациент пользуется аналитическими терминами, аналитик не препятствует ему, а работает с этим как с защитой и с нарциссической идентификацией с аналитиком.

Другой часто возникающий вопрос — каково соотношение успешных и неуспешных случаев анализа характера. Конечно, успех не всегда гарантирован, но он

всегда зависит от рекомендованности данному пациенту, а также от способностей и опыта аналитика. Однако за последние несколько лет анализ характера проводился более чем у половины пациентов.

До какой степени следует изменить характер в процессе анализа? И насколько это удается?

На первый вопрос в принципе существует единственный ответ: невротический характер следует изменить настолько, насколько он формирует характерологическую основу невротических симптомов и вызывает отклонения в способности работать и получать сексуальное удовлетворение.

На второй вопрос можно ответить только эмпирически. В какой степени реальный результат приближается к желаемым переменам, зависит в каждом конкретном случае от множества факторов. Качественных изменений характера современными средствами психоанализа добиться невозможно. Компульсивный характер никогда не станет истерическим, холерик не превратится во флегматика, а сангвиник не станет меланхоликом. А вот количественных изменений можно достичь, если они выходят за обычные рамки, равные качественным изменениям. Так, слабая феминнная позиция пациентов компульсивно-невротического типа во время анализа усиливается, в то время как маскулинно-агрессивные позиции ослабевают.

Таким образом, все существо пациента становится «другим», происходят изменения, заметные людям со стороны, которые видят его лишь изредка, гораздо реже, чем аналитик. Сдержанные и самолюбивые люди становятся свободнее, боязливые — более смелыми, чрезмерно вдумчивые — менее скрупулезными, а невнимательные, напротив, более вдумчивыми. Тем не менее «стержень личности» никогда не теряется и остается заметным, какие бы изменения с ним ни происходили. Человек с чрезмерно скрупулезным компульсивным характером, к примеру, становится реалистичным добросовестным работником; человек с импульсивным характером после лечения всегда будет действовать быстрее кого бы то ни было; пациент с диагнозом «моральный идиотизм» после лечения никогда не будет драматизировать жизнь, ему будет легче идти по ней, чем пациенту с компульсивным характером, прошедшему тот же курс. Но хотя черты характера как таковые после курса анализа характера сохраняются, они не ограничивают способность трудиться и получать сексуальное удовлетворение.

ГЛАВА VI
УПРАВЛЕНИЕ ПЕРЕНОСОМ

1. КРИСТАЛЛИЗАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ОБЪЕКТНОГО ЛИБИДО

Задача «управления переносом» возникает постольку, поскольку аналитику приходится иметь дело с переносом инфантильных позиций пациента. Этот перенос принимает в процессе лечения разнообразные формы и имеет различные функции. Позиция, которую клиент занимает по отношению к аналитику, может быть окрашена не только положительно, но и отрицательно. Аналитику необходимо помнить, что всякий перенос рано или поздно оборачивается сопротивлением, которое сам пациент разрешить не в состоянии. Как подчеркивал Фрейд, изначально положительный перенос может обернуться отрицательным. Перенос играет важную роль, поскольку существуют значимые элементы невроза, проявляющие себя только при трансфере. По этой причине устранение «трансферентного невроза», который постепенно занимает место исходного невроза, становится одной из самых главных задач анализа.

Положительный перенос представляет собой основное средство лечения. Но сам перенос не лечебный фактор, а наиболее важная предпосылка для установления тех процессов, которые в конце концов — независимо от него — приводят к исцелению. В своих работах, посвященных трансферу, Фрейд обсуждал следующие технические задачи:

1. Установление эффективного положительного трансфера.

2. Использование положительного трансфера для преодоления невротического сопротивления.

3. Использование положительного трансфера для продуцирования вытесненного содержания и динамически эффективных эмоциональных прорывов.

Анализ характера ставит перед нами две задачи: первая — техническая, а вторая — связанная с экономикой либидо. Эти задачи взаимно дополняют друг друга.

Для выполнения технической задачи требуется установить эффективный положительный перенос. Клинический опыт показывает, что лишь отдельные пациенты способны установить его спонтанно. Но наши рассуждения на тему анализа характера приводят к другому вопросу. Если верно, что все неврозы возникают на основе невротического характера, и если нарциссический панцирь является типичным аспектом невротического характера, то встает вопрос, способны ли вообще наши пациенты в начале лечения на настоящий положительный перенос. Под «настоящим» мы подразумеваем сильные неамбивалентные эротические объектные отношения, которые могут обеспечить основу для достаточно тесных взаимоотношений с аналитиком, способных выдержать трудности анализа. Исходя из нашего опыта, мы вынуждены ответить на этот вопрос отрицательно. На ранних стадиях анализа настоящего положительного переноса не существует. Более того, его и не может быть, поскольку имеет место сексуальное вытеснение, отсутствует объектно-либидинальное влечение и налицо характерный панцирь. Правда, во многих случаях можно наблюдать подобие позитивного переноса. Но что же представляет собой бессознательный фон таких проявлений переноса? Истинные они или нет? Для обсуждения этой проблемы следует обратиться к случаям явно неудачного анализа, которые позволили бы сделать вывод о наличии настоящего объектно-либидинального влечения. Это часть более широкого аспекта проблемы: может ли вообще человек с невротическим характером любить, и если да, то в каком смысле. Тщательное исследование подобных ранних проявлений так называемого положительного переноса, то есть объектно-либидинального сексуального влечения к аналитику, показывает, что их можно отнести — за исключением редких случаев отражения зачатков искренней любви — к одному из трех видов:

1. Реактивный положительный перенос. В этом случае пациент компенсирует переносимую на аналитика ненависть видимыми проявлениями любви. За этим стоит скрытый отрицательный перенос. Если аналитик интерпретирует возникающее в

результате такого переноса сопротивление как выражение любовного отношения, он не заметит отрицательного переноса, скрытого за ним. В этом случае появится опасность оставить незатронутым ядро невротического характера.

2. Подчинение аналитику, возникающее из-за чувства вины или по причине «морального мазохизма», за которыми скрыто не что иное, как вытесненная и компенсированная ненависть.

3. Перенос нарциссических желаний, нарциссического ожидания, что аналитик будет любить пациента и преклоняться перед ним. Никакой другой вид переноса не рушится столь быстро, как этот, ничто столь легко не превращается в горькое разочарование и нарциссическую боль, полную ненависти. Если аналитик трактует этот вид переноса как положительный («Ты меня любишь»), то опять делает серьезную ошибку. Для такого пациента любви вообще не существует. Он хочет, чтобы его любили, и теряет интерес в тот момент, когда понимает, что его желание невыполнимо. Правда, надо отметить, что при этом виде переноса имеют место либиди-нальные влечения, но они не могут обеспечить эффективным положительным переносом из-за сильного нарциссического компонента, как в случае оральных потребностей.

Три типа переноса, подобных положительному — нет сомнений, что дальнейшее изучение проблемы выявит и другие, — заглушают те зачатки настоящей, искренней объектной любви, которые пока еще не подчинены неврозу. Такого рода переносы возникают в результате невротического процесса, в котором фрустрация любви порождает ненависть, нарциссизм и чувство вины. Этих переносов бывает достаточно, чтобы удерживать пациента в анализе до того времени, когда они могли бы разрешиться. Но если их вовремя не разоблачить, появится сильный мотив прервать анализ.

Именно желание установить интенсивный положительный перенос заставляет меня уделять так много внимания отрицательному. Своевременное и осторожное осознание негативной, критической или осуждающей позиции пациента к аналитику не усиливает отрицательный перенос, а устраняет его, кристаллизуя таким образом позитивную позицию. Может возникнуть впечатление, будто я только и работаю с отрицательным переносом, благодаря тому факту, что разрешение нарциссического защитного аппарата в процессе анализа переводит скрытый негативный перенос в открытую форму, так что анализ, часто месяцами, проходит под знаком манифестируемых пациентом защит. И все же я не привношу в пациента ничего нового. Я только навожу фокус на то, что прежде скрывалось за манерой его поведения (такой, как чрезмерная вежливость, индифферентность и т. д.) и что является скрытой защитой от влияния аналитика.

Сначала мне хотелось бы перечислить все формы защиты эго в отрицательном переносе. Несомненно, что эго-защита рано или поздно проявится в импульсах ненависти. Не вызывает сомнений и то, что мы всегда провоцируем ненависть, если, интерпретируя сопротивление пациента, исходим из защиты эго. А вот саму эго-защиту называть отрицательным переносом было бы неверно. Это, скорее, нарциссическая защитная реакция. Нарциссический перенос также не является отрицательным в строгом смысле этого слова. Был период, когда меня сильно впечатлял обнаруженный мною факт, что каждая эго-защита, если ее последовательно анализировать, легко и быстро вызывает отрицательный перенос. Скрытый отрицательный перенос имеет место с самого начала только у пассивно-фемининного характера и при аффективном блокировании (в этом случае мы имеем дело с активной, но вытесненной ненавистью).

Я проиллюстрирую технику работы с переносом при помощи случая, когда пациент демонстрировал положительный трансфер. Этот пример взят из случая двадцатисемилетней женщины, которая обратилась к аналитику с жалобой на отсутствие стабильных сексуальных отношений. Она два раза была замужем и имела большое количество любовников. Пациентка знала причину своей склонности к нимфомании: половой акт не удовлетворял ее, поскольку она была не способна к оргазму. Чтобы понять ее сопротивление и его интерпретацию, надо иметь в виду, что пациентка была очень

привлекательна и вполне сознавала свое женское очарование. Во время нашей первой беседы я обратил внимание на ее смущение: хотя она говорила и отвечала на мои вопросы вполне свободно, но совсем не поднимала глаз.

На протяжении первой беседы и большей части второй она достаточно свободно говорила о болезненных обстоятельствах ее второго развода и о нарушениях ощущений во время полового акта. К концу второй беседы в ее поведении произошло изменение: пациентка замолчала, а потом заявила, что ей нечего больше сказать. Было ясно, что перенос уже перешел в конфликт. Теперь существовало две возможности: либо постараться поощрением и увещеванием побудить ее продолжить говорить, либо взяться за само сопротивление. Первое послужило бы средством обойти сопротивление. Второе было возможно только в том случае, если бы мне удалось хотя бы отчасти понять причину ее стеснения. Поскольку в таких ситуациях мы всегда имеем дело с эго-защитой, сопротивление можно рассматривать под этим углом. Я объяснил ей смысл подобных защитных блоков, сказав что за ними всегда что-то скрывается, что-то, против чего она бессознательно защищается. Еще я добавил, что, как правило, это бывают мысли об аналитике, что именно они вызывают формирование таких блоков. Успешное же лечение зависит от ее способности быть абсолютно честной во всем, что касается этих мыслей. Тогда она, долго колебавшись, сказала, что днем раньше могла говорить свободно, но у нее действительно возникли определенные мысли и она ничего не может с этим поделать. В конце концов она заявила, что ей хотелось бы знать, что было бы, если бы аналитик «обнаружил ее определенную особенность», — не стал бы он ее презирать из-за ее опыта с мужчинами? Это было сказано в конце нашей встречи. На следующий день зажатость сохранилась. Я вновь привлек к этому ее внимание и подчеркнул, что она опять «отторгает» что-то. Оказалось, что она полностью вытеснила то, что всплыло на предыдущем сеансе. Я объяснил смысл происходящего, после чего пациентка сообщила, что прошлой ночью она не смогла заснуть, потому что очень переживала, что у аналитика могут возникнуть к ней личные чувства. Это можно было бы интерпретировать как проецирование ее собственных импульсов любви. Но ее личность, ее сильный нарциссизм и ее прошлый опыт не укладывались в эту интерпретацию. Я как-то чувствовал, что она не верит в мою надежность и боится, что я могу злоупотребить аналитической ситуацией в своих сексуальных интересах.

Не было сомнений, что она, следуя своей роли, уже перенесла сексуальные желания на аналитическую ситуацию. Выбирая, что обсуждать в первую очередь — эти проявления ид или страхи эго, я склонялся ко второму. Поэтому я сказал ей о том, как я понимаю, конечно, в той мере, в какой могу предполагать, ее опасения. Вслед за этим она вспомнила о негативном опыте, который ей пришлось пережить с прежними ее терапевтами. Рано или поздно все они делали ей определенные предложения или начинали пользоваться терапевтической ситуацией даже не спрашивая ее. Она считала, что при таких обстоятельствах ее недоверие к терапевтам вполне естественно, и сказала, что пока не знает, отличаюсь ли я в этом смысле от своих предшественников. Это дало эффект временного раскрепощения. Она снова могла свободно говорить о своих актуальных конфликтах. Пациентка подробно рассказывала о своих любовных взаимоотношениях, что позволило выявить два момента: первый — ее выбор, как правило, останавливался на мужчинах, которые были моложе ее, а второй — она быстро от них уставала. Было ясно, что ее сексуальная жизнь характеризовалась нарциссическими чертами: она хотела доминировать над мужчинами, чего было легче добиться с теми из них, которые были моложе, и теряла интерес, как только мужчина воздавал ей полную меру почитания.

Можно было объяснить ей смысл ее поведения, и это не принесло бы никакого вреда, поскольку с тем, что было глубоко вытеснено, ничего бы не произошло. Но учитывая динамическую эффективность интерпретации, было несложно определить, что лучше этого не делать. Поскольку было очевидно, что основная черта ее характера в

скором времени могла обернуться сильнейшим сопротивлением анализу, выгоднее было подождать, пока это произойдет, чтобы соединить эмоции переноса с ее осознанием. Сопротивление вскоре проявило себя, но в неожиданной форме.

Пациентка снова молчала, но после того, как я повторил интерпретацию, что она несомненно скрывает что-то, она долго колебалась, а потом сказала, что боится происходящего. Но только теперь ее пугают не предполагаемые чувства, которые я могу начать испытывать к ней, а ее отношение ко мне. Она сказала, что все время думает об анализе, что днем раньше она даже мастурбировала, фантазируя о половом акте с аналитиком. Я объяснил, что такие фантазии нередки, пациенты всегда переносят свои чувства на аналитика, и она очень хорошо это приняла. Затем я отметил нарциссический фон этого переноса. Действительно, не возникало сомнений, что фантазия отчасти выражала начальный прорыв объектно-либиди-нальных желаний. Интерпретировать это как перенос, однако, значило бы противоречить нескольким причинам. Желание инцеста было пока еще глубоко вытеснено. Хотя фантазия и содержала инфантильные элементы, тем не менее она могла и не исходить из этого желания. В то же время личность пациентки и общая ситуация, в которой возникли трансферентные фантазии, обеспечивали обильный материал для изучения других аспектов и мотивов фантазии пациентки. Она впадала в состояние тревоги и при других обстоятельствах, не только во время анализа. Это отчасти соответствовало сдерживаемому сексуальному возбуждению, а отчасти неизбежности иметь дело с трудной ситуацией. Таким образом, интерпретируя трансферентное сопротивление, я опять подходил со стороны эго. Я сказал, что ее сильные колебания при разговоре о подобных вещах связаны с тем, что она признавала такие чувства за мужчиной. Это она немедленно подтвердила, добавив, что в ней самой все противилось этому. На вопрос, случалось ли с ней такое, чтобы она сама влюбилась в мужчину или почувствовала к нему влечение, она ответила отрицательно, заявив, что чувственные порывы всегда исходили от мужчин, которые стремились к ней, а она только отвечала им. Я пояснил ей нарциссический характер такого поведения, и она хорошо поняла это. Что касается переноса, я сказал, что он не может быть настоящим импульсом любви. Скорее всего ее раздражает тот факт, что мужчина не впечатлен ею, то есть налицо сложная для нее ситуация. Я объяснил ей, что ее фантазия вызвана желанием заставить аналитика влюбиться в нее. Она подтвердила это, заявив, что в ее фантазии тема завоевания аналитика играла главную роль и стала реальным источником удовлетворения. Теперь я мог указать ей на опасность, связанную с такой позицией. Суть ее была в том, что пациентка может не устоять под напором подобных желаний и рано или поздно утратит интерес к анализу. Она и сама догадывалась об этом.

Этот момент необходимо особо подчеркнуть. Если своевременно не удается разоблачить нарциссический фон такого переноса, то зачастую пациент, ощутив неудовлетворенность анализом, прерывает его при негативном переносе. За последние несколько лет о ряде подобных случаев было рассказано на Техническом семинаре. События всегда развивались по одному и тому же сценарию: как только проявлялись обсуждаемые признаки, они тут же интерпретировались аналитиками как любовь, а не желание быть любимым, при этом назревающая неудовлетворенность пациента упускалась из виду, и он прерывал курс анализа.

Для пациентки, о которой мы говорим, интерпретация переноса открыла путь к анализу нарциссизма, ее жалоб на мужчин, которые бегали за ней, и ее базовой неспособности любить, которая и была основной причиной ее проблем. Она очень хорошо поняла, что прежде всего должна раскопать в себе причины неспособности любить. В связи с этим ей пришло в голову, что вдобавок к своему тщеславию она крайне упряма, а кроме этого внутренне совершенно безучастна к людям и вещам, что ее интересы поверхностны, а чувства пусты. Таким образом, анализ трансферентного сопротивления привел к анализу ее характера, который теперь занял в аналитическом процессе центральное место. Пациентка вынуждена была признать, что анализ также не вызывал в

ней особого внутреннего интереса, -ели не считать желания хорошо выглядеть, которое имело место с самого начала. Дальнейший курс анализа в данном случае интереса не представляет. Я только хотел показать, как управление переносом, который соответствовал характеру пациента, привело непосредственно к проблеме нарциссической защиты.

Есть и другие моменты, которые указывают на то, что нельзя закладывать основу для подлинного положительного переноса на ранних стадиях. Прежде всего необходимо проработать нарциссические и негативные тенденции, которые накладываются сверху. Это соображения, основанные на экономическом подходе в аналитической терапии.

Насколько мне известно, Ландауэр отметил первым, что всякая интерпретация перенесенной эмоциональной позиции первым делом ослабляет ее интенсивность и усиливает противоположную тенденцию. Цель аналитической терапии состоит в том, чтобы выделить генитальное объектное либидо, освободив его от вытеснения и от примеси нарциссизма, прегенитальных и деструктивных импульсов. Отсюда следует, что аналитик должен, пока это возможно, интерпретировать только или преимущественно выражения нарциссического и отрицательного переноса, пока появившиеся признаки развития начальных любовных импульсов не сконцентрируются без помех и без амбивалентности в переносе. Как правило, этого не происходит до последних стадий анализа. При компульсивных неврозах бывает невозможно устранить амбивалентность и сомнения, пока амбивалентные импульсы не отделены при помощи последовательного акцентирования от тех импульсов (нарциссизм, ненависть, чувство вины), которые противостоят объектному либидо. До тех пор, пока негативный перенос в силе, терапевт никогда по-настоящему не выберется из острой амбивалентности и двойственности, а все интерпретации бессознательного содержания панцирь сомнений сделает неэффективными. Этот экономический взгляд полностью гармонирует с топическим, с настоящим исходным объектным либидо, в частности, с кровосмесительным генитальным желанием, которое всегда глубже всего вытеснено, в то время как нарциссизм, ненависть, чувство вины и прегенитальные импульсы топически и структурно лежат ближе к поверхности.

С экономической точки зрения задача обращения с переносом состоит в том, чтобы сконцентрировать все объектное либидо в чисто генитальном переносе. Для этого надо не только высвободить садистскую и нарциссическую энергии, скованные характерным панцирем, но и разрешить прегенитальные фиксации. Когда нарциссические и садистские влечения выведены из характерного панциря, тогда высвобожденная энергия направится к прегенитальным позициям. Затем мы некоторое время наблюдаем позитивный перенос прегенитального, то есть более инфантильного характера. Дальше этот перенос вызывает прорыв прегенитальных фантазий и кровосмесительных желаний и таким образом помогает разрушить прегенитальную фиксацию. Все либидо, свободное от прегенитальной фиксации, потечет к генитальной позиции, где она усилит эдипову ситуацию, как это бывает при истерии, или реактивирует ее в виде компульсивного невроза или депрессии. Как правило, это сопровождается достаточно острой формой тревоги и оживлением инфантильной тревожной истерии. Это — первый признак нового катексиса генитальной стадии. Однако во время этой стадии анализа проявляется не генитальное эдипово желание как таковое, а защита от него, кастрационная тревога. Обычно концентрация либидо на генитальной стадии сначала бывает только временной. Кастрационная тревога вскоре опять заставляет либидо на время вернуться к его нарциссической и прегенитальной точке фиксации. Этот процесс повторяется несколько раз. За каждым прорывом к генитальным кровосмесительным желаниям следует возвратное движение, вызванное кастрационной тревогой. Из-за такого реактивирования кастрационной тревоги восстанавливается старый механизм ее сдерживания. То есть происходит формирование временных симптомов или, что происходит чаще, полное возрождение нарциссического защитного аппарата. Интерпретационная работа, конечно, всегда должна быть направлена

на защитные механизмы. Интерпретации выявляют инфантильный материал из все более глубинных слоев и таким образом устраняют определенную долю тревоги при каждом новом прорыве генитальности. Все это проделывается аналитиком снова и снова пока в конце концов либидо не останется в генитальной позиции. Затем тревога или прегенитальные и нарциссические влечения замещаются генитальными ощущениями и трансферентными фантазиями*.

Когда я представил эти соображения, у некоторых аналитиков возник вопрос, на какой стадии анализа актуальный невроз играет основную роль. Ответ состоит в следующем: на той стадии анализа, когда основные фиксации либидо устранены, когда тревога больше не является частью симптомов и характера, когда ядро невроза, невротический застой снова проявляет себя. Это соответствует застою либидо, которое теперь протекает свободно и ненаправленно. На этой стадии в полную силу развивается настоящий положительный перенос — не только нежный, но и чувственный. Пациент мастурбирует и сопровождает это трансферентными фантазиями, с помощью которых можно устранить остаточное сдерживание и инфантильное искажение генитальности. Тогда наступает стадия, на которой перенос необходимо устранить. Но перед тем, как обсудить этот вопрос, мне бы хотелось подчеркнуть некоторые детали, которые наблюдаются во время концентрации либидо на переносе и на генитальной зоне.

2. ВТОРИЧНЫЙ НАРЦИССИЗМ, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПЕРЕНОС И ПРИЗНАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ослабление и устранение характерологических защитных механизмов, необходимое для высвобождения максимального количества либидо, вызывает временное состояние полной беспомощности. Этот период можно назвать фазой распада вторичного нарциссизма. Правда, надо заметить, что на этой фазе пациент цепляется за анализ, чтобы позволить высвободиться объектному либидо, и это обеспечивает ему определенную защиту инфантильного типа. Но не следует забывать, что распад реактивных образований и иллюзий, которые создавались эго для того, чтобы сохранить себя, мобилизует у пациента сильнейшие негативные чувства к анализу**. В дополнение, после того как панцирь разрушается, инстинкты обретают былую мощь, и эго вступает в конфронтацию с этой новой силой. Эти события, происходящие одновременно, часто делают этот переходный этап критическим. Возникают тенденции к суициду, ухудшается работоспособность, а у шизоидного характера появляется откровенная аутичная регрессия. Лучше всего этот процесс выдерживают компульсивные характеры, благодаря свойственному им анальному упрямству и агрессивности. Если терапевт знает, как обращаться с переносом, не так уж трудно менять темп и интенсивность этого процесса, регулируя последовательность интерпретаций и четко выкристаллизовывая негативные тенденции пациента.

В процессе устранения реактивного образования у мужчин пропадает потенция. В связи с этим неплохо было бы подготавливать пациентов, способных к эрекции, к тому, что с ними может произойти. Терапевт может посоветовать временное воздержание, чтобы помочь им избежать шока от внезапной утраты способности к эрекции, когда предвидит наступление декомпенсации, о которой можно судить по таким признакам, как обострение симптомов и тревоги, усиление беспокойства или преобладание в сновидениях

---

* *Примечание 1945 года.* В терминах оргонной биофизики цель оргонной терапии стоит в разрушении панциря таким образом, чтобы в конце концов все биологические рефлексы и движения объединились в тотальном оргастическом рефлексе и привели к ощущениям оргонного потока в гениталиях. Это позволяет установить оргастическую потенцию.

** Нет сомнений, что множество возражений, которые мне пришлось услышать при обсуждении отрицательного переноса, возникает из-за того, что терапевт, как правило, оставляет нарциссический защитный механизм пациента относительно нетронутым, и поэтому никакого сильного переноса «ненависти» не происходит.

символов кастрационной тревоги. С другой стороны, людей с явным нарциссическим характером, неспособных принять компенсацию своего страха импотенции, надо подтолкнуть к неприятному переживанию. Это вызовет сильные нарциссические и негативные реакции, но выведет на первый план кастрационную тревогу, что инициирует окончательную декомпенсацию вторичного нарциссизма.

Декомпенсация потенции служит тончайшим индикатором того, что кастрационная тревога становится сильным эмоциональным переживанием, а это означает, что панцирь начинает разрушаться. Поэтому если в процессе анализа у способных к эрекции невротиков потенция не нарушается, это говорит нам о том, что они реально не затронуты анализом. В большинстве случаев, конечно, этой проблемы не возникает, поскольку к аналитику обращаются люди с уже нарушенной потенцией. Тем не менее встречаются пациенты, которые либо сохранили способность к эрекции на садистской основе, либо имеют отклонения, которых не сознают, какими, к примеру, могут быть слабая эрекция или преждевременная эякуляция.

До того момента, пока пациент не осознает в полной мере значимость своего сексуального отклонения, анализ вынужден в той или иной мере бороться с тотальной личностью пациента. Однако в лице пациента он может иметь и союзника, но только тогда, когда обсуждаются симптомы, которые пациент осознает и от которых страдает. Но у пациента нет сильной заинтересованности в анализе основы невротических реакций — невротического характера. На данном этапе, однако, его позиция обычно претерпевает изменение. Он ощущает свой характер как нечто болезненное, он понимает причину возникновения своих симптомов, у него появляется заинтересованность в изменении характера и преодолении своего сексуального отклонения. Субъективно он будет чувствовать себя хуже, нежели до анализа, но в то же время повысится его готовность к аналитической проработке своих проблем. Основной мотив к выздоровлению теперь заключается в обретении способности к здоровой сексуальной жизни, поскольку ее важность для психического здоровья очевидна. Сознательно желание выздороветь возникает, потому что невроз сопровождается неудовольствием, а бессознательно — через естественные генитальные потребности.

Углубленное понимание и усилившееся переживание заболевания не единственный результат последовательного анализа механизма нарциссической защиты. Скорее, он вызывает усиление защиты в форме отрицательного переноса, в виде ненависти к аналитику, который становится нарушителем невротического равновесия. Но данное отношение уже несет в себе частичку полярного, которое в значительной степени помогает анализу. Теперь пациент вынужден в полной мере включиться в анализ и видит в аналитике только союзника, единственного человека, который может вернуть ему здоровье. Это создает прочное основание для укрепления мотивации к выздоровлению. Без сомнения, данные отношения тесно связаны с инфантильными тенденциями, кастрационной тревогой и инфантильной потребностью в опеке и защите.

3. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА ВОЗДЕРЖАНИЯ

Если динамическая и экономическая цель состоит в установлении генитального переноса, то возникает вопрос: в чем смысл и содержание принципа воздержания? Следует ли временно исключить все формы сексуального удовлетворения, а если не все, то какие именно? Многие аналитики понимают этот принцип в том смысле, что половой акт должен быть запрещен, исключение возможно только для женатых; иначе, по их утверждению, не возникнет необходимого застоя либидо, и оно не сконцентрируется в переносе. Однако следует иметь в виду, что запрет может не способствовать развитию позитивного переноса, а, наоборот, пресечь его. Мы не уверены, что запрещение коитуса может дать желаемый эффект. Кто-то может спросить не противоречит ли это основным принципам аналитической терапии. Ведь запрещение коитуса способно усилить патогенную ситуацию невроза, генитальную фрустрацию, вместо того чтобы ее устранить

— что особенно нежелательно для сексуально скованных женщин и неспособных к эрекции мужчин. Однако наша терапевтическая работа лишь в исключительных случаях ведется напрямую с генитальной фрустрацией. Своим существованием невроз обязан отводу и регрессии либидо с генитальной позиции, терапевтическая же задача состоит в том, чтобы освободить его от патологической фиксации и опять сконцентрировать в генитальной зоне. Другими словами, необходимо с помощью подходящей интерпретации устранить прегенитальную активность, пока освобождаемые генитальные тенденции не получат своего развития. Запрещать мастурбацию пациентам, которые прежде не мастурбировали и которые находятся в точке преодоления своего страха перед мастурбацией, значит совершать серьезную ошибку. И при обычных обстоятельствах нет причин, по которым генитальная мастурбация могла бы стать помехой. Лишь в том случае, когда мастурбация или генитальный половой акт становится сопротивлением, с ними необходимо работать. Как правило, в этих случаях, как и при работе со всяким сопротивлением, используются интерпретации. Запрет необходим только в таких редких случаях, как, например, чрезмерная мастурбация. Обычные же пациенты, особенно женщины, в этом смысле не испытывают фрустрации в процессе анализа. Надо помнить, что обращение к генитальной мастурбации является первым бесспорным признаком нового катексиса генитальной стадии.

Во многих случаях застой либидо даже выступает как определенная помеха анализу. Когда либидо достигнет достаточной концентрации в генитальной зоне, возникающее при этом интенсивное сексуальное возбуждение будет нарушать ход анализа. После того как содержание фантазий исчерпано, наступает фаза интенсивного сексуального желания без дальнейшего выражения материала бессознательного. В этом случае периодическое смягчение застоя путем мастурбации или полового акта дает эффект высвобождения, и анализ может продолжаться. Ясно, что принципом воздержания надо пользоваться очень гибко, а кроме того, подчинять его принципу концентрации либидо в генитальной зоне. Таким образом, использование технического приема будет оправданно, если он служит осуществлению этой концентрации, и наоборот, если технический прием препятствует этому — он неоправдан.

Перенос чувств, сопровождающийся генитальной концентрацией либидо, с одной стороны, представляет собой фактор, в наибольшей степени способствующий раскрытию материала бессознательного, в то время как с другой — препятствует анализу. Генитальное возбуждение, возникающее на основе переноса, реактивирует тотальный сексуальный конфликт. Многие пациенты долгое время не могут понять, что эта ситуация имеет отношение к переносу. Очень важно, что при этом они учатся выдерживать генитальную фрустрацию, впервые не испытывают разочарование, не регрессируют и концентрируют и нежность, и чувственное влечение на одном человеке. Опыт показывает, что у пациентов, не прошедших фазу чувственного переноса генитального характера, мало шансов преуспеть в утверждении главенства гениталь-ности. С точки зрения экономики либидо это означает более или менее серьезный дефект терапевтического процесса. В таких случаях анализ либо терпит неудачу в реальном высвобождении вытесненного чувственного генитального влечения, либо не приводит к избавлению от чувства вины, что позволило бы слить нежность и чувственное влечение воедино. Признаками того, что данная задача успешно выполнена, может служить следующее.

1. Генитальная мастурбация без чувства вины, с генитальными трансферентными фантазиями и соответствующим удовлетворением. Если аналитик принадлежит к тому же полу, что и пациент, мастурбация с фантазиями об инцесте, в которых аналитик выполняет роль пациента.

2. Временами возникающие инцестуозные фантазии, которые не сопровождаются чувством вины. Если желание полностью осознано, то отказ не составляет большого труда.

3. Генитальное возбуждение во время анализа указывает на то, что преодолена

кастрационная тревога.

Подобной активизации генитальности, которая инициирует окончательное разрушение невротического и установление генитального характера, невозможно достичь при помощи какого бы то ни было внушения. Это можно сделать только аналитически, то есть путем управления переносом с целью концентрации либидо в гениталиях. Надо отметить, что в этом случае возникают затруднения, обусловленные факторами возраста и хронического невроза. Хотя во всех без исключения случаях достичь этой цели невозможно, все же довольно часто бывает достаточно поставить перед собой такую практическую цель. С точки зрения экономики либидо достижение этой цели незаменимо, потому что она является основой упорядоченной либидинальной экономики, регулируемой генитальным функционированием.

Опасность того, что пациент попадет в затруднительное положение, дав волю своей генитальности во время анализа, ничтожна. Если человек из-за своего невроза легко впадает в состояние беспокойства, анализ ситуации удержит его от этого. Такая аналитическая процедура делает запреты необязательными. Но такое возможно, только если терапевт с самого начала точно управляет переносом. Конечно, здесь очень многое зависит от субъективной оценки ситуации аналитиком. Один не усмотрит ничего плохого в том, что пациент-юноша имел сексуальный контакт, а вот в случае с клиентками будет придавать этому большое значение (двойственность сексуальной морали). Другой аналитик по праву не будет делать таких различий, сочтя, что социально более опасным шагом было бы предотвратить действия клиентки в интересах анализа.

4. РАЗРЕШЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПЕРЕНОСА

Согласно Фрейду, заключительная задача аналитика состоит в разрешении положительного переноса. Тут же возникает вопрос, аналогичен ли этот процесс процессу разрешения переноса других эмоций, который происходит путем редуцирования к инфантильному. Другими словами, происходит ли «устранение» положительного переноса. Ясно, что дело обстоит как-то иначе. Скорее, объектное либидо, свободное теперь от препятствий в виде ненависти, нарциссизма, злобы, склонности к разочарованию и так далее, должно быть «перенесено» с аналитика на другой объект, соответствующий потребностям пациента. Если все прегенитальные и садистские переносы можно разрешить путем редуцирования их до инфантильного фона, в случае генитальности этого сделать невозможно, поскольку генитальное функционирование составляет часть общей жизнедеятельности человека. Непросто понять, почему редукция генитального переноса к генитальным инцестуозным желаниям не устраняет их, а освобождает от инцестуозной фиксации, «подталкивет» их к удовлетворению. Здесь нам может помочь пример того, что редуцирование, скажем, анального переноса к инфантильной ситуации вовсе не разрешает ее. Происходит следующее: соответствующее количество либидо перемещается с анального на генитальное. Так происходит продвижение от прегенитальности к главенству генитальности. При редуцировании генитального переноса к первичной ситуации подобное количественное перемещение больше происходить не может, поскольку генитальная стадия является высшей. Единственная возможность здесь состоит в «переносе переноса» на реальный объект.

Этот процесс часто сопряжен с затруднениями, особенно в случаях работы с пациентами противоположного пола из-за прилипчивости либидо, которая, порой месяцами, делает дальнейшее продвижение невозможным. Исследование такой прилипчивости выявило следующее.

1. Неразрешенное чувство вины, соответствующее садистским импульсам, направленным на детский объект, которое не было полностью осознанно.

2. Скрытая надежда на то, что аналитик удовлетворит в конце концов потребности пациента в любви. Такую надежду подчас бывает легко просмотреть, потому что пациенты почти никогда не выражают ее спонтанно.

3. Остаток негенитальной, инфантильной фиксации на аналитике как на лице, выполняющем роль заботливой матери. Эта ситуация, которую Ранк понимал как фантазийную ситуацию материнской утробы, появляется довольно часто. Так же как анализ возникшей из-за чувства вины фиксации устраняет остатки садистских импульсов, анализ прилипчивости, связанной с инфантильной материнской фиксацией, устраняет остатки либидинальной фиксации прегенитального характера.

4. И, наконец, терапевт может обнаружить на последних стадиях анализа, особенно у девушек и несчастливых замужних женщин, сильный страх сексуальной жизни, отчасти в форме примитивного страха коитуса, отчасти в форме приверженности социальным нормам моногамной идеологии и целомудрия. Именно последнее требует наиболее основательного анализа. Обычно обнаруживается либо сильное отождествление с моногамной матерью, либо с матерью, которая требовала целомудрия, либо проявляется чувство неполноценности, касающееся особенностей женского сексуального функционирования. Кроме того, существует полностью рационализированный страх перед сложностями, которые представляет сексуальная жизнь в обществе, где сексуальность так сильно обесценена. У мужчин сейчас часто возникают затруднения в связи с тем, что, несмотря на обретение способности сконцентрировать нежность и чувственность воедино, они оказываются неспособны к сексуальному взаимодействию с проституткой или содержанкой. Если они не женятся как можно быстрее, то найти сексуальную партнершу, которая удовлетворяла бы их потребность в нежности и чувственности, становится очень трудно.

IЭти и многие другие обстоятельства затрудняют отделение от аналитика. Часто пациент удовлетворяет свою чувственность с объектом, которого он не любит, вернее, не может любить, потому что **нежность** его отдана аналитику. Хотя подобная фиксация осложняет правильность выбора объекта во время анализа, тем не менее наилучшие результаты наблюдаются в тех случаях, когда пациент находит подходящий ему сексуальный объект до того, как заканчивается курс анализа. Если у аналитика есть возможность понаблюдать поведение пациента в новых взаимоотношениях и проанализировать возможные остаточные явления невроза, это — большое преимущество.

Если встреча с таким объектом во время анализа происходит не слишком преждевременно (не раньше проработки положительного переноса) и если терапевт старается избежать влияния на пациента, к примеру, побудить его к поиску объекта, то окончание курса лечения имеет свои несомненные преимущества. С другой стороны, в это время можно столкнуться с трудностями социальной природы, которые обсуждаются в другом месте*.

5. КОНТРПЕРЕНОС

Несложно заметить, что личность терапевта в каждом конкретном случае представляет собой довольно значимый фактор. Аналитик должен настроить собственное бессознательное наподобие приемника на бессознательное пациента. Он также должен подходить к каждому пациенту с учетом его индивидуальности. При этом теоретические и практические знания аналитика будут эффективными ровно настолько, насколько сильна его восприимчивость к бессознательному пациента, насколько он способен ориентироваться в любой аналитической ситуации, что, по своей сути, гораздо шире и глубже, чем теоретическая и практическая подготовка аналитика.

Первым делом необходимо исключить вероятность ошибочного понимания. Фрейд рекомендовал беспристрастную позицию, то есть такую, в которой терапевт может себе позволить быть захваченным каждым новым поворотом анализа. Это не противоречит нашему требованию систематического анализа сопротивления и применению специальных техник в зависимости от индивидуальной структуры пациента. Однако кто-

* Cf. Geschlechtsreife, Enthaltsamkeit, Ehemoral, 1930, Der sexuetle Kampf der Jugend, 1931.

то может спросить: как же можно занимать активную, воспринимающую позицию и в то же время действовать логически и систематически?

Противоречие здесь только видимое. Если терапевт занимает позицию, на которой настаивал Фрейд, то управление сопротивлением и переносом будет происходить автоматически, как реакция на процесс, происходящий с пациентом, без долгого раздумья о структуре данного случая. К примеру, если одновременно предоставлен материал различной динамической ценности из разных слоев, то произойдет спонтанный выбор того, что именно с точки зрения динамики наиболее ценно в данный момент. Следует анализировать защиты эго без промедления, до того, как содержание будет вытеснено и так далее. Длительное размышление над структурой случая и техническими приемами всегда свидетельствует либо о том, что пациент принадлежит к новому, незнакомому типу, либо о том, что бессознательное аналитика каким-то образом блокировано против представленного материала. Правда, по словам Фрейда, аналитику всегда надо «быть готовым к неожиданному", но, кроме этого, он должен обладать способностью приложить это неожиданное к общему контексту терапевтического процесса. Если анализ с самого начала развивается адекватно структуре данного случая, при помощи аккуратного управления трансферентным сопротивлением, если терапевт избегает хаотических ситуаций и преждевременных и слишком глубоких интерпретаций, то новый материал вписывается в контекст анализа самостоятельно. Самое важное, чтобы бессознательный материал всплывал не беспорядочно, а в той последовательности, которая определяется анализом. А это может происходить только при систематическом анализе сопротивления.

Технические обсуждения случаев, которые всегда умозрительны, могут произвести ошибочное впечатление, что анализ характера — это результат интеллектуального разбора того, что происходит во время лечения. Должен сказать, что лечение больше всего основывается на интуитивном понимании и действии. Приходится преодолевать типичную склонность начинающего аналитика немедленно «вложить» в данный случай все свои знания, а если позволить себе «свободный полет», то устанавливается важная основа аналитической работы.

Эта способность аналитика дать себе свободу, вместо того чтобы держаться за теоретические знания, способность принимать каждый конкретный случай таким, какой он есть, зависит, конечно, от определенных свойств характера, так же, как способность пациента сдвинуться с места зависит от того, как продвигается ослабление его характерного панциря.

Минуя обсуждение целого ряда подобных вопросов, проиллюстрируем проблему контрпереноса несколькими типичными примерами. В случаях, которые я здесь упоминаю, заметно, когда позиция аналитика искажена его собственными проблемами. У многих пациентов, никогда не выражавших аффективного отрицательного переноса, это связано не столько с блокированием аффекта, сколько с самим терапевтом. Если аналитик не разрешил вытеснения собственных агрессивных импульсов, он не сможет добиться удовлетворительного результата с пациентом. Он может даже вызвать аффективное неприятие точных интеллектуальных оценок анализа отрицательного переноса. В таких случаях скрытая агрессия пациента означает провокацию вытесненной агрессии аналитика. Последний упускает из виду негативные тенденции пациента или предупреждает их открытое проявление тем или иным способом. При этом он может даже усилить собственное вытеснение, чрезмерно дружелюбно относясь к пациенту. Пациенты очень быстро ощущают такое отношение аналитика и используют его для собственной защиты. Блокирование аффекта, беспокойное или чрезмерно вежливое поведение аналитика является наиболее заметным признаком вытесненной агрессии.

С другой стороны, аналитик может оказаться неспособным выдержать сексуальные манифестации пациента, его положительный перенос. Контрольные курсы анализа показывают, что страх аналитика перед чувственными проявлениями пациента не только серьезно мешает лечению, но и не позволяет пациенту установить примат генитальности.

Раскрытие своих потребностей генитальной любви при переносе для пациента вполне естественно. Если же аналитик не обладает сексуальным здоровьем или если у него нет даже четкой интеллектуальной конструктивно-сексуальной позиции, анализ от этого неизбежно пострадает. Нет сомнений, что без собственного сексуального опыта аналитик не сможет понять актуальные проблемы, возникающие в сексуальной жизни пациента. Поэтому одно из наиболее важных требований к «учебному» анализу состоит в том, чтобы молодые аналитики выполняли как минимум те же требования, что и пациенты: установление примата генитальности и здоровая, удовлетворяющая сексуальная жизнь. Аналитику с сексуальными отклонениями или не удовлетворенному сексуальной жизнью гораздо сложнее владеть положительным контрпереносом. Он может также вытеснять собственные импульсы, а кроме того, в конце концов оказаться неспособным выстоять, когда сексуальные проявления пациента провоцируют его сексуальные потребности, что неминуемо приводит к невротическим проблемам. В этом отношении терапевтическая работа предъявляет нам самые высокие требования. Было бы бессмысленно отрицать их. Неважно, признает аналитик, что у него есть эти проблемы, или отрицает их; любой пациент бессознательно почувствует сексуальное неприятие и в результате не сможет избавиться от своих сексуальных ограничений. Но последствия такой позиции простираются и дальше. Сам аналитик может жить так, как считает нужным, но если он бессознательно придерживается ригидных моральных принципов, что всегда чувствует пациент, если, к примеру, аналитик, сам того не зная, вытесняет, скажем, полигамное поведение или определенные виды любовной игры, он не сможет быть «совместимым» с пациентом и будет склоняться к обвинению того в «инфантильном» поведении, тогда как это поведение вполне нормально.

Аналитики, которые переживают перенос пациентов нарцисси-чески, склонны интерпретировать всякую реальную влюбленность как любовь к аналитику. По этой причине критичность и недоверие пациента часто остаются нераскрытыми.

Те, кто не может контролировать свой собственный садизм, легко впадают в знаменитое «аналитическое безмолвие». Для них врагом является не невроз пациента, а сам пациент, который «не желает выздоравливать». Угрозы прекращения анализа часто возникают не из-за недостатка технических знаний, а из-за отсутствия терпения, что, конечно, сказывается и на технике.

И наконец, существует неверное истолкование основного аналитического правила, что терапевт должен подходить к пациенту как чистый экран, на который пациент проецирует свои переносы, таким образом в каждом случае аналитик всегда занимает неживую, как бы мумифицированную позицию. В подобных условиях лишь немногие пациенты способны «оттаять», и это приводит к искусственным, неаналитическим мерам. Надо отдавать себе отчет, что к агрессивному пациенту нужен иной подход, нежели к мазохисту, гиперактивная истеричка требует к себе одного подхода, а пациент с депрессией другого, что отношение к одному и тому же пациенту может меняться в зависимости от ситуации. Другими словами, даже если терапевту приходится иметь дело с собственными невротическими проблемами, ему нельзя вести себя как невротику.

Терапевт не должен идти на поводу своей индивидуальности, и это необходимо учитывать при выборе пациентов. Но он должен быть уверенным, что его индивидуальность не является искажающим фактором и что «учебный» анализ разовьет в его характере необходимый уровень гибкости.

Короче говоря, требования, которые предъявляются аналитику, должны быть соизмеримы с проблемами, которые ему предстоит встретить на практике. Он должен понимать, что его работа конфликтует с большинством защитных позиций консервативного общества и что по этой причине ему придется столкнуться с неприязнью, презрением, клеветой, если только он не собирается поступиться своими теоретическими и практическими убеждениями ради общественного порядка, который находится в прямом и неразрешимом противоречии с требованиями терапии неврозов.

http://koob.ru

ЧАСТЬ ВТОРАЯ ТЕОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ХАРАКТЕРА

ПРЕДИСЛОВИЕ

Мы продолжаем следовать по пути, обозначенному аналитической практикой. Стартовой точкой стал вопрос об экономическом принципе аналитической терапии; затем мы рассмотрели трудности характерного анализа, связанные с «нарциссическим барьером», обсудили важные технические проблемы и перешли к новым теоретическим вопросам. При изучении историй болезни обнаружилось, что нарциссический панцирь связан с инфантильными сексуальными конфликтами. Поскольку это вполне соответствует нашим аналитическим ожиданиям, перед нами встает задача детального исследования этих связей. Кроме того, мы обнаружили, что изменения, которые патологические характерные отношения претерпевают в процессе терапии, происходят определенным образом. Путь развития от невротичной структуры к здоровой характеризуется установлением примата генитальности. Именно поэтому мы ввели термин «генитальный характер». Теперь мы опишем основные типы характера. Понимание одного их них — мазохистского характера — идет вразрез с существующей ныне аналитической теорией инстинктов.

ГЛАВА VII
ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОРАБОТКА ИНФАНТИЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО КОНФЛИКТА*

Психоаналитические исследования могут обеспечить характерологию принципиально новыми гипотезами и сделанными на основании этих гипотез открытиями. Осуществляется это взаимодействие в русле следующих трех направлений: 1) теория механизмов бессознательного; 2) исторический, генетический подход; 3) динамическое и экономическое понимание функционирования психики.

Отталкиваясь от феноменологических проявлений и проникая в глубь их природы и истоков развития, постигая процессы, происходящие в «глубинном» продольном и поперечном сечении личности, мы автоматически открываем путь к идеалу исследования характера, к «генетической типологии». Это, в свою очередь, позволяет нам с естественно-научной точки зрения понять не только модели человеческого поведения, но и специфическую историю их формирования. Выделение исследований характера из области так называемых Geisteswissenschaft (гуманитарных наук), согласно Клэйгсу, и присоединение к естественно-научно и психологии нельзя недооценивать. Но надо отметить, что проводить клинические исследования в этой области непросто. Поэтому необходимо предлагаемое здесь предварительное обсуждение фактов.

1. СОДЕРЖАНИЕ И ФОРМА ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Исследуя характер, психоанализ с самого начала следует новым маршрутам, соответствующим его методам. Фрейд первым открыл, что определенные черты характера следует исторически объяснять как социально обусловленные производные и продолжение примитивных инстинктивных импульсов**. К примеру, скупость, педантичность и аккуратность — производные анально-эротических импульсов. Позже Джонс и Абрахам основательно дополнили характерологию, редуцировав черты характера до их инфантильной инстинктивной основы (к примеру, зависть и амбицию до уретрального эротизма). Это были первые характерологические попытки объяснить инстинктивную основу индивидуальных черт характера. Но проблемы, которые ставит перед нами ежедневная практика, заводят нас гораздо дальше. Мы оказываемся перед следующей альтернативой: либо мы рассматриваем характер как исторически и динамике-экономически обусловленное тотальное образование (причем как характер вообще, так и его типологические вариации), либо нам придется отказаться от достижения успеха во всех тех случаях, когда важнейшей задачей терапии является устранение характерно-невротической реактивной основы.

В процессе анализа характер пациента в форме типичной модели реагирования образует наиболее сильное сопротивление против раскрытия бессознательного, то есть возникает так называемое характерное сопротивление. Можно пронаблюдать, как эта функция характера на протяжении лечения отражает его развитие: те обстоятельства, которые в повседневной жизни и во время анализа вызывают типичные поведенческие реакции индивида, соответствуют тем, которые изначально обусловили формирование характера, придерживающегося типичной модели реагирования, однажды установившейся и превратившейся в автоматический механизм, не зависящий теперь от сознательной воли.

Наша проблема, таким образом, заключается не в определении содержания или

---

* Впервые представлена как доклад на заседании Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft, Дрезден, 28 сентября, 1930 г.

** Freud. Charakter und Analerotik, Ges. schr, Bd. V.

природы той или иной черты характера, а в поиске истока и в необходимости смысловой проработки типичной модели реагирования. До сих пор нам нужно было понять содержание переживаний, невротических симптомов и черт характера генетически. Теперь мы подошли к разъяснению проблемы внешней формы — какова манера выражения переживаний и невротических симптомов. Это открывает путь к пониманию того, что можно назвать основной чертой личности.

Как правило, в повседневной жизни люди представляются нам жестокими или мягкими, гордыми или униженными, холодными или дружелюбными и так далее. Анализ характеров показывает, что различие между ними заключается только в формах панциря, которым эго прикрывается от опасностей внешнего мира и защищается от вытесненных внутренних импульсов. Чрезмерная вежливость человека может быть обусловлена тревогой не меньше, чем жестким или грубым поведением другого человека. Разница заключается только в том, что различное влияние среды заставляет людей по-разному реагировать на собственную тревогу. Когда мы, говоря о характере, употребляем такие клинические термины, как пассивно-фемининный, параноидно-агрессивный, компульсивный, истерический, фаллически-нарциссический и т. д., то всего лишь характеризуем разные типы реагирования. Важно понять не только процесс формирования характера вообще, но и базовые условия, которые способствовали этой дифференциации типов.

2. ФУНКЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ХАРАКТЕРА

Следующий вопрос состоит в том, каковы причины формирования характера. Чтобы ответить на него, надо сначала вспомнить наши собственные характерные реакции. Характер заключается в хроническом изменении эго, которое можно назвать ригидностью. Это — основа хронической характерной модели поведения человека. Смысл такого поведения — защита эго от внешних и внутренних опасностей. Защитный механизм, который стал хроническим, правильнее было бы назвать панцирем, неизбежно снижающим общую психическую мобильность. Это снижение смягчается путем установления таких взаимоотношений с внешним миром, которые не обусловлены характером и, следовательно, являются нетипичными. В панцире есть «бреши», через которые либидинальные и другие стремления, словно ложноножки выпускаются наружу и втягиваются обратно. Однако панцирь не следует понимать как нечто статичное. Он функционирует в соответствии с принципом удовольствия-неудовольствия. В неблагоприятной ситуации он затвердевает, а в благоприятной — смягчается. Степень мобильности характера, способность открыться в ситуации или закрыться от нее, определяет разницу между здоровой и невротичной структурой характера. Прототипом патологически ригидного панциря может служить блокирующий аффекты компульсивный характер или шизофренический аутизм с тенденцией к кататонической ригидности.

Характерный панцирь развивается в результате устойчивого конфликта между инстинктивными потребностями и фрустрирующим внешним миром. Длительный актуальный конфликт между инстинктом и внешним миром усиливает панцирь и поддерживает его существование. Это общая сумма тех воздействий внешнего мира на инстинктивную жизнь, которая, по причине их сходства, формирует историческое единство. Нам хорошо известны типы характера, которые мы именуем «буржуа», «чиновник», «пролетарий» и т. д. Место формирования панциря — эго, поскольку именно эта часть личности находится между инстинктивной жизнью и внешним миром. Поэтому мы можем говорить о характере эго.

Анализ всегда выявляет, что в период окончательного формирования характера имеет место конфликт между генитальными инце-стуозными желаниями и их актуальной фрустрацией. Характер возникает как определенная форма разрешения эдипова комплекса. Условия, при которых происходит разрешение конфликта в той или иной форме, специфичным образом обуславливают формирование характера. (Эти условия

соответствуют актуальным социальным условиям и тому влиянию, которое они оказывают на детскую сексуальность. С изменением социальных условий будут меняться и условия формирования характера, а вместе с этим и структуры характеров.) Конечно, существуют и другие возможности справиться с эдиповым комплексом, к примеру, в меньшей степени влияет на формирование личности простое вытеснение или возникновение детских неврозов. Такими условиями формирования характера, как правило, являются интенсивное генитальное влечение и относительно слабое эго, которое, боясь наказания, защищается прежде всего вытеснением. Вытеснение приводит к сдерживанию импульсов, а это создает угрозу прорыва вытесненного. Эго трансформируется, — скажем, развивается тревожность, робость. Такие качества фактически означают ограниченность эго, но они же и усиливают его, поскольку защищают в ситуациях, которые могут спровоцировать вытесненные импульсы.

Чтобы справиться с инстинктом, начального изменения эго, такого, например, как появление робости, недостаточно. Напротив, это приведет к развитию тревожности, которая, как правило, создает предпосылку для детской фобии. Чтобы сохранять импульсы вытесненными, необходимо дальнейшее изменение эго: вытесненное должно консолидироваться, эго — стать тверже, защиты — принять устойчивый активный, автоматический характер. Кроме того, вытесненное проявляется в детской тревоге, которая сама по себе угрожает ослабленному эго, следовательно, необходима защита и от тревоги. Мотивом, скрытым за всеми этими мерами эго, служит сознательный и бессознательный страх наказания, страх, который, как известно, постоянно подкрепляется актуальным поведением родителей и воспитателей.

В основу затвердения эго заложены три процесса.

1. Идентификация с фрустрирующей реальностью, особенно со значимым человеком, представляющим эту реальность. Этот процесс придает панцирю его смысловое содержание. Например, блокирующий аффекты компульсивный пациент объясняет это так: «Я должен контролировать себя, поскольку так велел мой отец». В то же самое время, это означает: «Я должен держать при себе свои виды на удовольствия, поэтому должен стать лояльным по отношению к отцу».

2. Агрессия, которая была мобилизована против фрустрирующего человека и которая вызвала тревогу, направляется на себя. Данный процесс связывает огромную часть агрессивной энергии, удерживает ее от моторного выражения и, таким образом, развивает сдерживающий аспект характера.

3. Эго формирует реактивное отношение к сексуальным импульсам и утилизирует их энергию путем их «отведения». Этот процесс поглощает значительное количество либидо, отнимая его от вытесненных либидинальных импульсов, значительно снижая их способность к прорыву.

Защитный панцирь эго возникает в результате страха наказания, он формируется за счет энергии ид и сохраняет запреты раннего воспитания. Здесь характер служит экономической цели: он облегчает давление вытесненного и усиливает эго. Но у этого процесса есть и другая сторона. Если образование панциря было успешным, он, по крайней мере на время, защищает от внутренних сил и в той или иной степени изолирует внешние стимулы и препятствует дальнейшему влиянию воспитания. Это не исключает внешней покорности, кроме как в случаях откровенного упрямства. Нельзя упускать из виду и тот факт, что внешняя уступчивость пассивно-феминного характера, например, может быть связана с внутренним сопротивлением. Более того, панцирь может размещаться как на поверхности личности, так и внутри. В случае глубоко укоренившегося панциря внешние проявления не дают представления о реальной экспрессии личности, это всего лишь видимость. Поверхностный панцирь типичен для блокирующего аффекты компульсивного характера и для параноидно-агрессивного, а глубокий панцирь присущ истерическому характеру. Глубина расположения панциря зависит от условий регрессии и фиксации и составляет сложный вопрос дифференциации

характеров.

Характерный панцирь, с одной стороны, представляет собой результат инфантильного сексуального конфликта и способа разрешения этого конфликта. С другой стороны — он становится основой более поздних невротических конфликтов и невротических симптомов; он становится базисом для реакций невротического характера. Подробнее мы остановимся на этом позже; здесь мне хотелось бы дать лишь краткое резюме тех фактов, которые имеют отношение к делу.

Характерная структура, препятствующая установлению сексуально-экономического регулирования энергии, служит предпосылкой для последующего невротического заболевания. Основным патогенным фактором является не инфантильный сексуальный конфликт и эдипов комплекс как таковой, а тот способ, которым эти конфликты разрешались. Однако дальнейшее разрешение определяется природой семейного конфликта, то есть такими вещами, как интенсивность страха наказания, той степенью, в которой удовлетворяются инстинктивные стремления, характерами родителей и т. д. По этой причине развитие ребенка до и в течение эдиповой фазы определяет, возникнет ли впоследствии невроз или дальнейшее будет происходить при сексуально-экономической регуляции энергии, которая обеспечивает базис для социальной и сексуальной потенции.

Наличие базиса характерно-невротического реагирования означает, что ригидность эго сформировалась таким путем, при котором нормальная сексуальная жизнь и полноценное сексуальное переживание невозможны. В результате сексуальная энергия начинает сдерживаться, сексуальный застой не только становится перманентным, но и усиливается. Вслед за этим усиливается развитие реактивных образований, таких, как идеология аскетизма. Возникает порочный круг, застой вновь усиливается, а это опять приводит к новым реактивным образованиям. Однако застой всегда нарастает быстрее, чем прогрессирует образование панциря, и в конце концов реактивные образования не могут больше удерживать напряжение. Тогда сексуальные желания прорываются и тут же отводятся путем образования симптома.

В этом невротическом процессе различные невротические позиции эго сменяют друг друга и взаимно переплетаются. Таким образом, рассматривая «поперечный срез» личности, мы обнаруживаем характерные реакции, которые исторически принадлежат к различным периодам развития. В фазе окончательного развала эго этот «поперечный срез» похож на пласт земли, обнаженный после вулканического извержения, которое привело в полный беспорядок различные геологические слои. Теперь в этом беспорядке можно обнаружить кардинальный смысл и механизм всех характерных реакций; будучи обнаружены и осмыслены, они составляют кратчайший путь к центральному инфантильному конфликту.

3. УСЛОВИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ХАРАКТЕРА

Что нам известно об условиях становления здоровья и возникновения патологического панциря, каковы эти условия? Пока мы не ответили на этот вопрос и соответственно не обозначили новые пути воспитания, наше характерологическое исследование останется чистой теорией. Результаты нашего изучения сферы сексуальности труднодоступны для тех воспитателей, которые хотят воспитать людей здоровыми.

Сперва надо отметить, что формирование характера зависит не только от факта, что инстинкт и фрустрация создают конфликт, он зависит также от природы этого конфликта, от того периода, когда имели место сформировавшие характер конфликты, а также от того, какие импульсы были к нему причастны. Если для ориентира мы попытаемся изобразить схему причастных к этому условий, то обнаружим следующую вероятную картину. Результат формирования характера зависит от следующих факторов: времени, когда фрустрируется импульс; степени и интенсивности фрустрации; против каких

импульсов направлена основная фрустрация; соотношения между разрешением и фрустрацией; пола основной фрустрирующей личности; противоречий, которые содержит в себе сама фрустрация.

Все эти условия определяются социальной системой воспитания, моралью и возможностью удовлетворения потребностей, то есть экономической обстановкой в обществе в тот или иной период.

Профилактика невроза может заключаться только в создании такой структуры характера, которая сделала бы сексуальную и социальную мобильность необходимой в психической экономике. В связи с этим нам необходимо постараться понять результаты всякого случая, когда удовлетворение инстинктов ребенка отвергается.

Любая фрустрация со стороны каких бы то ни было современных методов воспитания провоцирует отступление либидо от внешнего, то есть усиливает вторичный нарциссизм[*]; это всегда меняет характер, повышая его сензитивность, которая проявляется, скажем, как застенчивость или беспокойство. Если, как это обычно бывает, ребенок любил фрустрирующую личность, возникает амбивалентная позиция, которая приводит к идентификации: кроме отрицания, ребенок перенимает определенные черты характера этого человека, особенно те, которые направлены против того импульса, о котором идет речь. В конечном итоге в той степени, в которой импульс беспокоит, он вытесняется или находится какой-то иной невротический выход.

Влияние фрустрации на характер может дать разный эффект; он зависит от того, в какое время был фрустрирован импульс. На ранней стадии инстинктивного развития фрустрация вызывает очень успешное вытеснение. Импульс действительно оказывается полностью побежденным, но его энергия становится недоступной ни для сублимации, ни для сознательного удовлетворения. Ранняя фрустрация анального эротизма, к примеру, препятствует развитию анальной сублимации и закладывает фундамент жесткого анального реактивного образования. С точки зрения характера важнее всего то, что оторванность импульсов от личности в целом, наносит вред обшей активности. Это легко заметить, к примеру, у тех детей, чья агрессия и удовольствие от моторной активности пресекались с раннего возраста. Впоследствии это снижает их способность к работе.

Когда импульс развивается окончательно, он не может быть полностью вытеснен. На этой стадии отказ от удовлетворения потребности может вызвать только неразрешимый конфликт между инстинктивным побуждением и запретом. Если окончательно развитый импульс впервые сталкивается с фрустрацией, появляется основание для развития импульсивного характера[**]. Ребенок не может полностью принять запрет, но у него возникает сильное чувство вины. Это придает импульсивным действиям компульсивный характер. Таким образом, мы видим у импульсивных психопатов вместо основательного панциря, защищающего от внутреннего и внешнего, достаточно бесформенную структуру характера. При импульсивном характере нет реактивных образований, которые использовались бы в качестве защиты против импульсов; скорее, импульсы сами по себе, особенно садистские, используются как защита от воображаемой опасности, включая опасность избавления от импульсов. Поскольку дезорганизация генитальной структуры не позволяет окончательно упорядочить экономику либидо, сексуальный застой усиливает тревогу и характерное реагирование и часто приводит к разного рода эксцессам.

Противоположность импульсивного характера — характер, сдерживающий инстинкты. Если первый обнаруживает в своей истории столкновение полностью

---

[*] Cf. Reich, Der Triebhafte Character. Internal. Psychoan. Verlag. 1925.

[**] *Примечание 1945 года.* В терминах оргонной биофизики: устойчивая фрустрация первичной естественной потребности приводит к хроническому сжатию биосистем (мышечный панцирь, симпатикотония и т. д.). Конфликт между сдерживаемым первичным импульсом и панцирем приводит к формированию вторичных, антисоциальных импульсов (садизм и т. д.). Первичные биологические импульсы пробивают панцирь; при этом они преобразуются в деструктивно-садистские импульсы.

развитого инстинкта с внезапной фрустрацией, то последний — постоянную фрустрацию с самого начала и до конца развития инстинкта. Соответственно в этом случае характерный панцирь будет ригидным, он значительно снижает мобильность психики индивида и формирует реактивное основание для депрессивных состояний и компульсивных симптомов, которые соответствуют заторможенной агрессии. С другой стороны — и в этом состоит социальный смысл – это вызывает покорность и отсутствие критичности.

Больше всего качество последующей сексуальной жизни определяет пол и характер того человека, который активнее всего осуществляет воспитание. Авторитарное общество оказывает на ребенка очень сложное воздействие, которое мы вынуждены редуцировать к родительскому, поскольку отец и мать являются основными уполномоченными социального влияния. Обычно бессознательное сексуальное отношение родителей к ребенку приводит к тому, что отец отдает предпочтение дочери, а мать — сыну, соответственно они меньше ограничивают их. Только на этот факт опирается правило, гласящее, что родитель того же пола оказывает большее воспитательное влияние. Правда на протяжении первых лет жизни ребенка это взаимоотношение сдвигается в сторону матери. Это же справедливо и для массы рабочего населения. Тем не менее идентификация с родителем того же пола преобладает: у дочери развитие эго и супер-эго происходит в соответствии с материнским, а у сына — в соответствии с отцовским. Специфические семейные созвездия или особенности характера родителей приводят к исключению из этого правила. Мы еще будем говорить о подоплеке некоторых случаев нетипичной идентификации.

Сначала — о мальчике. Обычно, то есть в том случае, если у него развивается простой эдипов комплекс, если мать любит его больше и фрустрирует меньше, чем отец, он будет отождествляться с отцом. Если отец обладает активным маскулинным характером, развитие сына пойдет в направлении маскулинной активности. Однако, если мать ограничивала маскулинность личности, если основные фрустрации исходят от нее, сын будет в большей мере отождествляться с ней. В этом случае в зависимости от стадии развития либидо, во время которой мальчик будет сталкиваться с фрустрацией, исходящей от матери, он скорее будет отождествляться с матерью на фаллической или анальной основе.

На основе фаллического отождествления с матерью, как правило, развивается фаллически-нарциссический характер, нарциссизм и садизм которого особенно направлен на женщин (месть строгой матери). Это отношение представляет собой характерную защиту от глубоко вытесненной подлинной материнской любви, которая не может продолжать существовать в условиях фрустрации и, таким образом, оборачивается разочарованием. Конкретнее: эта любовь переходит в характерное отношение, откуда ее опять можно высвободить с помощью анализа.

В случае отождествления с матерью на анальной основе возникает пассивно-феминнный характер, который демонстрирует это отношение не к мужчинам, а к женщинам. Такой характер часто служит основой для мазохистских извращений, сопровождаемых фантазиями о строгой женщине. Эта характерная формация обычно используется для того, чтобы отвести фаллические желания, которые в детстве — недолго, но интенсивно — направлены на мать. В таких случаях имеет место страх кастрации, причем мать выступает кастрирующей персоной. Это усиливает анальную идентификацию с ней. Эрогенной основой такой характерной формации служит анальность.

Пассивно-феминнный характер у мужчин всегда основан на отождествлении с матерью. При том типе, который мы упомянули, мать является фрустрирующей персоной и, таким образом, еще и объектом страха и обусловленного им пассивного поведения. Есть, однако, и другой тип пассивно-феминнного характера, развивающийся на основе чрезмерной строгости отца. В этом случае мальчик, боясь реализовать свои генитальные

влечения, оставляет маскулин-но-фаллическую позицию и переходит к феминнно-анальной, где он отождествляется с матерью, а по отношению к отцу, последнему из всех авторитетных персон, занимает пассивно-феминнную позицию. Этот тип характеризует чрезмерная вежливость и уступчивость, мягкость и склонность к обману. Такое отношение отклоняет активные маскулинные тенденции, особенно вытесненную ненависть к отцу. Хотя его эго идентифицировано с матерью и, таким образом, действительно пассивно-феминнно, его супер-эго и эго-идеал идентифицированы с отцом, но при этом не способны реализовать эту идентификацию, поскольку отсутствует фаллическая позиция. Он всегда женственен и всегда хочет быть мужественным. Напряжение между феминнным эго и маскулинным эго-идеалом вызывает тяжкое чувство неполноценности и накладывает на индивида печать угнетенности или смирения. Таково рациональное объяснение тяжелых нарушений потенции, которые всегда имеют место в этих случаях.

Сравнив данный тип с тем, который имеет фаллическое отождествление с матерью, можно увидеть, что фаллически-нарциссический характер успешно отводит чувство неполноценности так, что его может заметить только опытный наблюдатель, в то время как пассивно-феминнный характер демонстрирует четкую картину этой неполноценности. Различие заложено в основной эрогенной структуре: фаллическое либидо позволяет индивиду полностью компенсировать все отношения, которые не соответствуют маскулинному эго-идеалу, в то время как для анального либидо, являющегося центром мужской сексуальной структуры, такая компенсация невозможна.

Теперь — о девочке. Здесь мы видим, что наоборот, отец, который меньше фрустрирует, будет больше влиять на формирование феминнного характера, чем суровый и грубый. Типичная реакция девочки на грубого отца — формирование жесткого маскулинного характера. Зависть к пенису активизируется и приводит с точки зрения характерологии к маскулинному комплексу. В этом случае жесткий маскулинно-агрессивны и панцирь служит в качестве защиты против инфантильно-феминнного отношения к отцу, которое вытеснялось из-за его суровости и нелюбви. Если отец мягкий и любящий, девочка может удержать и развить свою объектную любовь. У нее не возникнет потребности отождествлять себя с отцом. Правда надо заметить, что она тоже, вероятно, будет испытывать зависть к пенису, но, поскольку ее гетеросексуальные тенденции не подвергаются серьезной фрустрации, это безвредно, пока формируется характер. Мы видим далее, что слова о том, что та или иная женщина испытывает зависть к пенису, ничего не значат. Все дело в том, как это влияет на характер или симптом. Решающий фактор при этом типе — отождествление эго с матерью; это и выражается в тех чертах характера, которые мы называем «феминнными» или «женственными».

Сохранится или нет такая структура характера зависит от того, обретет ли в пубертате вагинальный эротизм форму окончательной основы феминнности. Разочарование в отце или в образе отца в пубертате может вызвать маскулинную идентификацию, которая не произошла в детстве и может активизировать скрытую зависть к пенису и инициировать смену феминнного характера на маскулинный. Это часто бывает заметно у девочек, которые вытеснили гетеросексуальные желания по причинам морали (отождествление с авторитарной морализирующей матерью) и которые разочаровались в мужчинах. В большинстве случаев женщины такого типа склонны развивать истерические черты. Часто можно обнаружить беспрестанно повторяющиеся обращения к генитальности (кокетство) и избегание в том случае, когда ситуация становится серьезной (истерическая генитальная тревога). Истерический характер «оберегает» женщину от ее собственного генитального влечения и от мужской объектной агрессии.

В тех случаях, когда анализируется вариант с суровой, жесткой матерью, мы имеем дело с дочерьми, которые, говоря характерологически, и не маскулинны, и не феминнны; они, скорее, инфантильны. Такие матери дают девочкам так мало любви, что у ребенка

возникает ненависть к опасностям, и они укрываются в инфантильной позиции. Дочь в этом случае ненавидит мать на генитальном уровне, вытесняет эту ненависть и меняет ее после оральной позиции на реактивную любовь и парализующую зависимость от матери. Такие женщины удивительно прилипчивы к женщинам старшего возраста и к замужним женщинам, причем эти отношения носят мазохистский оттенок. Они склонны к гомосексуализму (а если возникает перверсия, то к **куннилингусу**). Они позволяют пожилым женщинам заботиться о себе, им трудно бывает проявить какой-то интерес к мужчинам, им, как правило, присуще «детское» поведение. Это характерное отношение, как и любое другое, служит панцирем против вытесненных импульсов и против стимулов внешнего мира. В данном случае это оральное отведение интенсивной ненависти к матери, за которым бывает чрезвычайно трудно обнаружить также вытесненное нормальное феминнное отношение к мужчине.

Теперь давайте остановимся на той роли, которую играет половая принадлежность фрустрирующей персоны при формировании характера, и упомянем характер этой персоны, раз уж мы говорим о «мягком» и «суровом» воздействии и влиянии. Формирование характера ребенка зависит от характера родителей больше, чем это можно предположить с первого взгляда. При достаточно глубоком анализе то, что официальная психиатрия называет «наследственностью», может оказаться ранними идентификациями.

Мы не отрицаем наследственный фактор манеры поведения; даже новорожденный ребенок обладает собственным «характером». Но мы считаем, что решающий фактор — окружающая среда. Она определяет, будут развиваться и интенсифицироваться задатки или нет. Самый сильный аргумент против понятия наследственности характера являют собой те пациенты, которые в процессе анализа выясняют, что в определенном возрасте у них имели место определенные способы реагирования, но в то же самое время они демонстрировали совершенно иное развитие характера. К примеру, сначала они были жизнерадостными, а потом стали депрессивными, сперва — активными и агрессивными, а затем — тихими и сдержанными. Правда несомненно то, что какие-то основные врожденные качества личности изменились мало. Тем не менее значимость наследственных факторов, как правило, переоценивается. В этом, конечно же, повинна боязнь критиковать систему воспитания, что неизбежно при точной оценке окружающей нас среды. Этот вопрос можно было бы решить путем массового эксперимента, изолировав, скажем, сотню детей родителей-психопатов сразу после рождения и поместив их в такое же изолированное окружение, а затем сравнив результаты с сотней других детей, оставленных в психопатическом окружении.

Рассматривая основные структуры характера, мы можем обнаружить, что всем им присуща одна особенность: их формирование инициируют конфликты в детско-родительских отношениях, с их помощью можно эти конфликты разрешать, но они же делают эти кофликты бесконечными. Если Фрейд сказал, что эдипов комплекс исчезает в результате кастрационной тревоги, то мы добавим, что он действительно исчезает, но снова возрождается в форме характерных реакций. Последние, с одной стороны, «увековечивают» его главные черты в искаженной форме, а с другой стороны — формируют реакции против его основных элементов.

Далее, мы видим, что невротический характер, как и симптом, проявляется в форме компромисса, а это требует понимания и его формы, и его содержания. Он включает в себя и инфантильную инстинктивную потребность, и защиту, которые могут относиться как к одной и той же, так и к различным стадиям развития. Базовый инфантильный конфликт продолжает существовать, трансформируясь в хронические позы, в хронические автоматические способы реагирования. Опираясь на них, анализ должен вскрыть инфантильный конфликт.

Все сказанное позволяет ответить на вопрос, который однажды задал Фрейд: в какой форме продолжает существовать вытесненное? Кажется, что те части инфантильного переживания, которые не вошли в характерную формацию, сохраняются

как аффективные воспоминания, а те, что вошли, — как актуальные модели реагирования. Насколько плохо бы ни был освещен этот процесс, вытесненное, без сомнения, продолжает существовать в форме специфического функционирования. Аналитическая терапия способна редуцировать такое характерное функционирование к его истоку. Сейчас мы понимаем, почему во многих случаях тяжелых характерных неврозов нам не удается вскрыть эдипов комплекс, анализируя только содержание. Причина в том, что одним лишь анализом не добраться до формальных моделей реагирования.

Обсуждение характерных различий, на которых мы остановимся позже и которое составляет основу дифференциации специфически патогенной и специфически здоровой психической динамики, далеко от теоретизирования. Наша цель — создание теории психической экономики, теории, которая могла бы обогатить ценными указаниями практику воспитания. Получит эта теория дальнейшее развитие или нет, зависит, конечно, от общества. Современное общество с его негативным отношением к сексу, с его неспособностью обеспечить массам даже минимум материального благополучия далеко от понимания таких возможностей, как и от их практического применения. Родительская фиксация и запрет детской мастурбации, требование воздержания в подростковом возрасте и обуздание сексуальных потребностей навязыванием брака — все это противоречит тем условиям, которые необходимы для сексуально-экономического регулирования биологической энергии. Современное отношение к сексу неизбежно создает основу для характерных неврозов; сексуальная и психическая экономика несовместима с той моралью, которая изо всех сил защищает себя. Это — один из неизбежных выводов психоаналитических исследований неврозов.

ГЛАВА VIII
ГЕНИТАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР И НЕВРОТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР. СЕКСУАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ХАРАКТЕРНОГО ПАНЦИРЯ

1. ХАРАКТЕР И СЕКСУАЛЬНЫЙ ЗАСТОЙ

Обратимся к вопросу о том, почему вообще формируется характер и какова его экономическая функция. Изучение динамической функции и значения характерного реагирования показывает, что характер по своей сути является нарциссическим оберегающим или защитным механизмом. Так же как сегодня в ситуации анализа он служит для защиты эго, так и в раннем возрасте он возникает как механизм защиты от опасностей. Если анализ характера проникает в завершающий период формирования характера, то есть в эдипову фазу, то можно обнаружить, что характер формируется под влиянием угроз, исходящих из внешнего мира, и инстинктивных импульсов, требующих своего выражения.

Здесь необходимо уяснить различия между нашей концепцией и представлениями Альфреда Адлера о формировании характера.

а) Адлер начал отдаляться от психоанализа и теории либидо, утверждая, что важным моментом является не анализ либидо, а анализ невротического характера. Противопоставление либидо и характера и исключение первого из обсуждения шло вразрез с психоанализом. Мы тоже исходим из первостепенной значимости функционирования того, что мы называем тотальной личностью или характером, но наша теория и метод совершенно иные. В вопросе о том, что влияет на психический организм и заставляет его формировать характер, мы придерживаемся каузальной точки зрения; только во вторую очередь мы обращаем внимание на результат процесса формирования. Причиной является неудовольствие, конечным результатом — защита от неудовольствия. Точка же зрения Адлера, напротив, обращена к конечному результату.

б) Мы стараемся объяснить характерную формацию с точки зрения экономики либидо и, таким образом, приходим к результатам, отличным от результатов Адлера, который использует принцип **«воли к власти»** как объяснение и упускает из виду зависимость этой воли к власти и индивидуального нарциссического влечения от тотального нарциссизма и объектного либидо.

в) Формулировки Адлера, касающиеся проработки чувства неполноценности и его компенсации, довольно точны, но все же связаны с глубинными процессами либидо. В отличие от Адлера мы стараемся понять и разрешить как само по себе чувство неполноценности, так и его эффекты, стараясь выявить его связи с процессами либидо.

Последователи Ламарка, Фрейда и Ференци различают аутоплас-тичную и аллопластичную адаптацию психической жизни. Последнее означает, что психический организм на протяжении своего существования изменяет внешний мир (техника, цивилизация), а первое — что он изменяет себя. С биологической точки зрения формирование характера — аутопластичная функция. Находясь в конфликте между инстинктом и фрустрацией со стороны внешнего мира, мотивируемый тревогой, возникающей из-за этого конфликта, организм выстраивает между собой и средой жесткие защитные механизмы. Мы будем рассматривать этот процесс не с динамической или экономической, а с топической точки зрения.

Эго как часть личности, обращенная к внешнему миру, задействовано там, где происходит формирование характера; оно представляет собой своеобразный буфер в борьбе между ид и внешним миром. В интересах самосохранения эго пытается занять среднее положение между двумя полюсами, интроецируя фрустрирующие объекты внешнего мира, которые затем формируют супер-эго. Мораль эго, однако, вытекает не из ид или нарциссически-либиди-Налъной организации, она, скорее, представляет собой нечто «инородное», порожденное пугающим и запрещающим внешним миром. Согласно

психоаналитической теории инстинктов, в организме первичны наиболее примитивные потребности, основанные на соматическом возбуждении. Между этими примитивными потребностями, с одной стороны, и внешним миром, с другой, постепенно развивается эго, формируя часть психической организации. Здесь уместно вспомнить простейших. Среди них есть множество таких, которые спасаются от внешнего мира, создавая панцирь из неорганического материала. Подвижность же таких закованных в панцирь существ ниже, чем у амебы. Их контакт с внешним миром ограничен ложноножками, которые через чуть приоткрытый панцирь выставляются наружу и затем втягиваются обратно. Так и характер эго может служить панцирем, прикрывающим ид от внешнего мира. Согласно Фрейду, эго является структурным элементом. Мы говорим не только о внешнем выражении этого элемента, но и о совокупности всех форм поведения, присущих той или иной личности. Мы говорим о факторе, который, по своей сути, функционально детерминирован и выражается в своеобразной походке, в выражении лица, осанке, манере говорить и т. д. Этот характер эго складывается из различных влияний со стороны внешнего мира, запретов, сдерживания инстинктов и идентификаций. Содержание характерного панциря имеет внешний, социальный источник. Прежде чем говорить о том, что же скрепляет вместе это содержание, что представляют собой динамические процессы, консолидирующие панцирь, нам необходимо понять следующее. Хотя защита от внешнего мира является основной причиной формирования характера, в дальнейшем она не влияет на его основные функции. На случай столкновения с опасностями внешнего мира в распоряжении цивилизованного человека имеется множество других способов, которые предоставлены ему социальными институтами. Будучи высокоразвитым организмом, человек обладает мышечным аппаратом, позволяющим спастись бегством или бороться, и интеллектом, который может помочь избежать опасности. Защитные механизмы характера, как правило, начинают действовать, когда угрожает опасность изнутри, со стороны инстинктивного импульса. Поэтому задача характера — справиться с застоем тревоги (актуальной тревогой), вызванным энергией импульсов, не имеющих возможности проявиться. Отношения между характером и вытеснением следующие: необходимость вытеснить инстинктивные потребности дает толчок формированию характера. Уже сформированный характер в значительной степени делает вытеснение ненужным, потому что энергия инстинкта, которая свободно протекает в случае простого вытеснения, абсорбируется в характерной формации. Установление черты характера поэтому свидетельствует о решении проблемы вытеснения: она либо делает процесс вытеснения ненужным, либо придает вытеснению, после того как оно уже произошло, относительно ригидную и подходящую для эго форму. Процесс формирования характера, таким образом, отвечает потребности эго сосредотачивать вокруг себя различные психические стремления. Это объясняет, почему гораздо сложнее устранить вытеснение, которое привело к формированию устойчивой черты характера, чем вытеснение, в результате которого возник симптом.

Между стартовой точкой формирования характера — защитой от реальных опасностей — и его функциональным итогом — защитой от внутренних угрожающих инстинктов и застоя тревоги, а также абсорбции энергии инстинктов — существует определенная связь. Развитие человека от примитивного до современного цивилизованного состояния требовало от него значительного сдерживания либидинального и другого удовлетворения. Эволюция человечества характеризовалась усиливающимся подавлением сексуальности; в частности, развитие патриархального общества шло рука об руку с усилением дезорганизации генитальности и ее ограничением. По мере прогресса цивилизации количество и интенсивность внешних опасностей возрастали, по крайней мере для человека. Говоря социальным языком, возросла угроза для жизни человека. Империалистические войны и классовая борьба оказались гораздо опаснее, чем то, что подстерегало примитивного человека. Чтобы избежать реальной тревоги (вызванной реальной внешней угрозой), люди научились

сдерживать свои импульсы: агрессия «запиралась под замок» даже тогда, когда люди, скажем, в результате экономического кризиса находились на грани голода, а сексуальный инстинкт был перекрыт социальными нормами и предрассудками. Нарушение норм означало реальную угрозу, такую же, как наказание за воровство или за детскую мастурбацию, инцест или гомосексуальность грозили тюрьмой. В той мере, в которой человек избегал реальных неприятностей, усиливался застой либидо, а вслед за этим и тревога. Застой тревоги и реальные неприятности были взаимосвязаны друг с другом: чем более реальными были неприятности, которых избегал человек, тем интенсивнее становился застой тревоги и наоборот. Ничего не боявшийся человек удовлетворял свои сильные либидинальные потребности даже в условиях опасности подвергнуться социальному изгнанию. Животные, у которых нет общественной организации, больше ориентированы на реальные угрозы, они не страдают застоем энергии либидо. Исключение здесь составляют только те из них, которые подверглись одомашниванию.

Мы упомянули два экономических принципа формирования характера: избегание (реальной) тревоги и абсорбация (застойной) тревоги. Существует еще и третий: принцип удовольствия. Формирование характера приводится в движение мотивом избегания опасности, которую представляет собой удовлетворение инстинкта. Однако, когда характер уже сформирован, принцип удовольствия в дальнейшем работает так, что характер, как и симптом, служит не только для защиты, но и для того, чтобы замаскировать удовлетворение инстинкта. Генитально-нарциссический характер, к примеру, не только защищает себя от влияния внешнего мира, он также удовлетворяет большую часть либидо при помощи нарциссической связи своего эго с эго-идеалом. Значительная доля энергии отведенных инстинктивных импульсов, в частности прегенитальных и садистских, расходуется при установлении и сохранении защитного механизма. Правда, речь идет не об удовлетворении инстинкта в смысле прямого получения удовольствия, а скрытое удовлетворение в симптоме. Последнее ведет к снижению инстинктивного напряжения. Хотя такое снижение напряжения феноменологически отлично от прямого удовлетворения, оно, если оценивать его с экономической точки зрения, почти в равной степени снижает напряжение. Энергия инстинкта используется в процессе установления и укрепления связей содержимого характера (идентификация, реактивные образования и т. д.). Например, аффективный блок большинства компульсивных характеров, а это главным образом садизм, поглощается при формировании и сохранении стены между ид и внешним миром; а анальная гомосексуальность пассивно-фемининного характера — при чрезмерной вежливости и покорности.

Импульсы, не поглощенные при формировании характера, если они не вытеснены, стремятся к удовлетворению. Природа прямого удовлетворения определяется формой характера. Какие именно импульсы используются при формировании характера и какие удовлетворяются впрямую, определяется не только разницей между нормой и патологией, но и разницей между типами характера.

Помимо качества характерного панциря необходимо учитывать степень его сформированности или, если можно так выразиться, его периметр. Если уровень сформированности панциря, защищающего от внешнего и биологического внутреннего мира, соответствует либидинальному развитию в каждый конкретный период, то в его броне остаются «бреши», которые оставляют какие-то возможности для контакта с внешним миром. Доступное либидо через эти «бреши» пропускается наружу, во внешний мир, и обратно внутрь. Далее панцирь может развиться до такой степени, что эти «бреши» становятся «слишком узкими», такими, что сообщение с внешним миром ослабевает и уже не может гарантировать нормальную экономику либидо и нормальную социальную адаптацию. Более или менее окончательная скованность панцирем наблюдается при кататоническом ступоре, а вот у импульсивного характера панциря практически нет. Надо отметить, что каждое последующее преобразование объектного либидо в нарциссическое

приводит к интенсификации и затвердению панциря. Блокирующему аффекты компульсивному характеру свойствен ригидный, неизменный панцирь, который оставляет очень незначительные возможности установления аффективного контакта с миром; от его твердой поверхности отскакивает все. Сварливый агрессивный характер обладает панцирем, который, несмотря на мобильность, всегда одинаково «ощетинен», а его отношения с внешним миром ограничиваются параноидно-агрессивными реакции. Пассивно-феминиинный характер кажется мягким и уступчивым, но во время анализа обнаруживается панцирь, разбить который бывает чрезвычайно трудно.

Каждая характерная формация типична не только тем, что она выполняет защитные функции, но и тем, какие импульсы она использует в целях защиты. Вообще говоря, эго формирует характер, принимая определенный вытесненный импульс и используя его как защиту против другого импульса. Фаллически-садистский характер, например, использует чрезмерную маскулинную агрессию Для отведения фемининных, пассивных и анальных тенденций, за счет этого он больше и больше меняется в сторону хронически агрессивного поведения. Другие, наоборот, отводят вытесненную агрессию путем «заискивания» (как однажды выразился один мой пациент) перед другим человеком, который возбуждает их агрессию. Они развивают в себе льстивость и «скользкое» поведение, избегают всяких открытых реакций и с трудом принимают их. Они разговаривают мягко, осторожно и заискивающе. Эго, принимая анальные интересы для того, чтобы отвести агрессивные тенденции, тоже становится «заискивающим». Это подрывает самоуважение (один из таких пациентов почувствовал себя «скользким»), что приводит к поиску различных способов завоевать у других расположение к себе. Поскольку такие люди не способны к истинным отношениям, они, как правило, испытывают одно отвержение за другим, что усиливает их агрессию, и это же, как в порочном круге, неизбежно усиливает и их анально-пассивную защиту. В этих случаях анализ характера раскрывает не только функцию защиты, но и ее смысл, то есть анальность.

Итоговое свойство характера определяется двумя способами. Во-первых, качественно — через стадию развития либидо, на которой процесс формирования характера подвергся наибольшему влиянию, другими словами, через конкретную точку фиксации либидо. Соответственно, мы различаем депрессивный (оральная), мазохистский, генитально-нарциссический (фаллическая), истерический (генитально-инцестуозная) и компульсивный (садистско-анальная фиксация) характеры. Во-вторых, количественно — либидинальной экономикой, которая зависит от качественных факторов. Качественное определение характера можно назвать исторической формой, количественно представленной на сегодняшний день.

2. ЛИБИДИНАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ГЕНИТАЛЬНЫМ И НЕВРОТИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРОМ

Когда характерный панцирь развивается до определенного уровня, когда большая часть импульсов, которые в норме служат контакту с реальностью, задействованы для его формирования и, таким образом, значительно снижена возможность сексуального удовлетворения, то налицо все условия для формирования невротического характера. Сравнивая формирование характера и структуру характера невротического человека с тем, который способен любить и работать, можно обнаружить качественное различие в том, как «сдержанное» либидо связывается характером. Становится заметно, что существуют адекватные и неадекватные способы сдерживания тревоги. Адекватный — генитальное оргастическое удовлетворение и сублимация; неадекватный — всякий вид прегенитального удовлетворения и реактивные образования. Это качественное отличие проявляет себя и в количестве: невротический характер страдает от постоянного возрастания застоя либидо, поскольку его способ удовлетворения не соответствует

инстинктивным потребностям. Генитальный характер, напротив, удерживает равновесие между напряжением либидо и адекватным либидинальным удовлетворением, то есть обладает упорядоченной экономикой либидо. Термин «генитальный характер» подразумевает, что только примат генитальности и способность к оргазму (которая сама по себе детерминируется определенной структурой характера) гарантируют упорядоченную экономику либидо.

Исторически детерминированное качество сил, формирующих характер, определяет количественное регулирование экономики либидо, а вместе с этим различие между «нормой» и «патологией». Учитывая качественные особенности, генитальный и невротический характер, — это основные типы. Реальные характеры представляют собой смешение типов, и от степени смешения зависит и уровень экономики либидо. С точки зрения количества возможного непосредственного удовлетворения либидо, генитальный и невротический характер можно считать средними типами: удовлетворение либидо или устраняет застой либидо, или нет. В последнем случае развиваются симптомы или невротические черты характера, которые ухудшают социальные и сексуальные способности человека.

Теперь постараемся представить качественные различия между двумя основными типами, рассмотрев отдельно структуру ид, супер-эго и, наконец, структуру эго, которые зависят как от ид, так и от супер-эго.

а) Структура ид

Генитальный характер полностью достиг пост-амбивалентной генитальной стадии[*], желание инцеста и желание устранить отца (мать) вытеснено, генитальные интересы перенесены на гетеросексуальный объект, который не является реальным представителем инцес-туозного объекта, как в случае невротического характера, а занимает его место. Эдипова комплекса больше не существует в реальности, он не вытеснен, а свободно катектируется. Прегенитальные тенденции, такие, как анальностъ, оральный эротизм, вуайеризм и т. д., не вытеснены, они отчасти зафиксированы в культурной сублимации, а отчасти прямо удовлетворяются в действиях, предшествующих удовольствию; в любом случае они подчинены генитальности. Половой акт является самой важной сексуальной целью и обеспечивает наибольшее удовольствие. Агрессия тоже сублимируется в социальную деятельность, благодаря чему уже не является составной частью нормальной генитальности. Она никогда не побуждает к прямому и эксклюзивному удовлетворению. Такое распределение инстинктивных влечений обеспечивает основу для оргастического удовлетворения, которое, хотя его возможно получить только генитально, удовлетворяет и прегенитальные, и агрессивные тенденции. Прегенитальные потребности подавляются незначительно, и прегенитальная и генитальная системы взаимодействуют друг с другом для получения более полного удовлетворения и уменьшения патогенного застоя либидо.

Невротический характер, напротив, неспособен к оргастической разрядке свободного, несубдимированного либидо[**]. Он всегда в какой-то мере неспособен к оргазму по одной из двух причин: инцестуозные объекты имеют актуальный катексис или соответствующее либидо поглощено реактивными образованиями. Если он и имеет какую-то сексуальную жизнь, то нетрудно заметить ее инфантильную природу: женщина выступает для него в роли матери или сестры, а любовные отношения несут печать всевозможных тревог, запретов и невротических особенностей инцес-туозных инфантильных отношений. Примат генитальности либо не установлен, либо, как при

---

[*] Cf. KarJ Abraham, Psychoanalitische Studien zur Charakterbildung, 1925.

[**] *Примечание 1945 года.* Регуляция сексуальной энергии зависит от способности к оргазму, то есть от способности организма полностью выдерживать клонические сокращения и расширения оргастического рефлекса. Организм, закованный в панцирь, не принимает этих сокращений и расширений; здесь биологическое возбуждение удерживается мышечными спазмами различных частей тела.

истерическом характере, генитальное функционирование искажено инцестуозной фиксацией. Имеет место либо амбивалентность, либо сексуальная активность, не дающая удовлетворения. Образуется порочный круг: инфантильная фиксация нарушает оргастическое функционирование, и это искажение вызывает застой либидо. Застой либидо усиливает прегенитальную фиксацию и так далее. В результате такой перегрузки прегениталь-ности. импульсы либидо выплескиваются в составе любой культурной и социальной активности. Это приводит к искажениям, поскольку в деятельность подмешиваются вытесненные запретные импульсы (например, мышечные судороги у музыканта), более того, во многих случаях это искажает и сексуальную активность. Либидинальный компонент социального успеха недоступен, поскольку он вытеснен, смешан с инфантильными инстинктивными целями.

6) Структура супер-эго

Супер-эго генитального характера является «секс-утверждающим», что обеспечивает гармонию между ид и супер-эго. Поскольку эдипов комплекс совсем не катектируется, контркатексис в супер-эго становится излишним. Как показывает практика, запретов супер-эго на сексуальную природу нет. Супер-эго несвойственны садистские тенденции как по уже упомянутой причине, так и потому, что отсутствует застой либидо, способный активизировать садизм*. Напрямую удовлетворенное генитальное либидо не скрывается за стремлениями эго-идеала. Социальные действия поэтому не используются для доказательства потенции, как это бывает при невротическом характере, они обеспечивают естественное нарциссическое удовлетворение, которое не нацелено на компенсацию. Поскольку потенция не нарушена, нет чувства неполноценности. Отличия эго-идеала и реального эго незначительны и между ними соответственно нет ощутимого напряжения.

При невротическом характере, напротив, супер-эго настроено к сексу негативно. В этом случае имеет место заметный конфликт между ид и супер-эго. Поскольку эдипов комплекс не преодолен, ядро супер-эго — запрет на инцест — тоже полностью сохраняется, искажая любые сексуальные отношения. Сексуальное вытеснение и возникающий в результате застой либидо усиливают садистские импульсы, которые выражаются помимо всего прочего в брутальной морали. Из-за наличия в той или иной мере сознаваемой неспособности к социальным действиям первостепенную важность составляет доказательство этой способности. Это, однако, не снижает чувства неполноценности. Компенсирующее доказательство способности к социальным действиям никоим образом не может переместиться в генитальное чувство потенции. По этой причине невроти-ческий характер никогда не может избавиться от ощущения внутренней пустоты и бессилия, как бы сильно он ни старался компенсировать его. Таким образом, возникает путь, на котором позитивные стремления эго-идеала постоянно растут, в то время как эго, лишенное потенции и дважды парализованное чувством неполноценности (импотенция и высокий эго-идеал), становится все более бессильным.

в) Структура эго

При генитальном характере периодические оргастические разрядки либидинального напряжения доводят инстинктивные потребности ид до эго; ид оказывается удовлетворенным, и поэтому отсутствуют причины для развития садистского супер-эго, которое, в свою очередь, не оказывает давления на эго. Эго, не испытывая чувства вины, принимает генитальное либидо и определенные прегенитальные тенденции ид и удовлетворяет, сублимируя естественную агрессию, и определенные части прегенитального либидо в социальной активности. У эго нет негативного отношения к ид, пока генитальность утверждается, и ему легче налагать запреты на ид, поскольку они не

* О том, как соотносятся между собой садизм и застой либидо, можно прочитать в моей книге «Функция оргазма».

угрожают самому главному — удовлетворению либидо. Это, пожалуй, единственное условие, при котором ид может контролироваться эго без вытеснения. Наличие гомосексуальной тенденции, например, не будет иметь большого значения, если одновременно имеет место удовлетворенная гетеросексуальность; однако она, несомненно, будет значимой, если имеет место застой либидо. Это несложно понять экономически: при гетеросексуальной удовлетворенности, допускающей гомосексуальность, то есть не исключающей ее из сообщающейся системы либидо, — энергия просто изымается от гомосексуального влечения.

Поскольку в результате сексуального удовлетворения ид и супер-эго не оказывают сильного давления на эго, ему нет нужды защищаться против ид, как невротическому характеру. Освобождается больше энергии для аффективного переживания и реальных действий во внешнем мире. Действия и переживания носят интенсивный характер и протекают беспрепятственно. Эго может принять как высшее удовольствие, так и сильнейшее неудовольствие. Правда, надо отметить, что эго генитального характера тоже имеет панцирь в качестве элемента своего содержания, и оно не подчинено ему. Этот панцирь достаточно пластичен для того, чтобы адаптироваться к различным жизненным ситуациям. Генитальный характер может быть как очень весел, так и очень зол. Он реагирует депрессией на утрату объекта, но не погружается в нее, способен страстно любить, но может и сильно ненавидеть. В определенных условиях он может вести себя как ребенок, но никогда не инфантилен. Он обладает естественной серьезностью не компенсаторного свойства, поскольку у него нет стремления показать себя взрослым во что бы то ни стало. Его деятельность направлена на рациональные цели, а не на доказательство потенции; следовательно, он не будет стараться избегать упрека в трусости, скажем, в связи с его неучастием в войне, которую он считает несправедливой, но непременно будет отстаивать свои собственные убеждения. Поскольку инфантильные желания не катектируются, его любовь и ненависть имеют рациональный мотив. Гибкость и твердость панциря проявляется в том, что он может столь же открыто и интенсивно противостоять миру в одном случае, сколь отгородить себя — в другом. Его способность к самоотдаче лучше всего проявляется при сексуальных переживаниях: при половом акте с любимым партнером эго практически сводится к функции восприятия, панцирь на время почти полностью растворяется, личность полностью погружается в переживание удовольствия, не испытывая никакого страха раствориться в этом чувстве, поскольку эго обладает прочным нарциссическим основанием, который не компенсирует. Его самоуважение черпает свою энергию из сексуального переживания. По тому, каким образом он разрешает повседневные конфликты, можно увидеть, что они рациональны, не обременены примесью инфантильности, и это возможно благодаря нормальной экономике либидо, не допускающей катексиса инфантильных переживаний и потребностей.

Так как генитальный характер не жесток и не ригиден в любом отношении, это прослеживается и в формах его сексуальности. Поскольку он способен к удовлетворению, он способен и к моногамии, без примеси принуждения или подавления. С другой стороны, при рациональном основании он также способен, не скорбя, сменить объект привязанности или перейти к полигамии. Рядом с сексуальным объектом его удерживает не чувство вины или требования морали; он сохраняет сексуальные отношения только потому, что партнер доставляет ему удовольствие. Он может преодолеть желание полигамии, не вытесняя его, если оно порождает конфликт в его отношениях с объектом любви, но он может и вступить в полигамные отношения, если это отвечает его потребностям. Он разрешает конфликт, действуя реалистично.

Невротическое чувство вины почти отсутствует. Его социальность основана не на вытеснении, а на сублимированной агрессии и на реалистичной организации собственной жизни. Это не означает, однако, что он всегда подчиняется внешней реальности. Напротив, генитальный характер благодаря своей структуре, отличающейся от повседневной морали и нашей антисексуальной культуры, способен критиковать и

изменять социальную ситуацию. Отсутствие страха перед жизнью предохраняет его от уступок внешнему миру, если тот вступает в противоречие с его внутренними убеждениями.

Если примат интеллекта составляет цель социального развития, он невозможен без примата генитальности. Для примата интеллекта совершенно необходима упорядоченная экономика либидо, то есть примат генитальности. Генитальность и интеллект находятся в тех же взаимоотношениях, как сексуальный застой и невроз, чувство вины и религиозность, истерия и суеверие, прегенитальное сексуальное удовлетворение и обыденная современная сексуальная мораль, садизм и этика, сексуальное вытеснение и общества реабилитации падших женщин.

Основой всех описанных черт генитального характера является упорядоченая экономика либидо, рожденная способностью к полноценному сексуальному переживанию. Что же касается невротического характера, то в нем все определяет искаженная, нарушенная экономикалибидо.

Эго невротического характера склонно к аскетизму или позволяет проявиться сексуальной активности только в сопровождении чувства вины. Оно оказывается под двойным давлением: неудовлетворенного ид с его застоем либидо и брутального супер-эго. Оно враждебно по отношению к ид и подчинено супер-эго, хотя в то же время сдерживает контрастные стремления пококетничать с ид и втайне побунто-вать против супер-эго. Его сексуальность, если она не вытеснена, преимущественно прегенитальная. В соответствии с современной сексуальной моралью, к генитальности примешан анально-садистский элемент; половой акт представляется ему чем-то грязным и садистским. Поскольку большинство деструктивных импульсов зафиксировано отчасти в характерном панцире, а отчасти в супер-эго, это портит социальное развитие. Эго либо закрыто панцирем как от удовольствия, так и от неудовольствия (блокирование аффекта), либо эго открыто только неудовольствию, либо удовольствие мгновенно оборачивается неудовольствием. Панцирь эго ригиден, сообщения с внешним миром недостаточны и для объектного либидо, и для агрессии. Панцирь главным образом защищает от внутреннего, в результате функция реальности эго так или иначе оказывается ослабленной. Отношения с внешним миром неестественны, безжизненны и противоречивы, налицо отсутствие согласованности личности, неспособность к полноценному переживанию. Если генитальный характер способен изменить, усилить или расслабить защитные механизмы, то невротический характер, напротив, полностью подчинен бессознательным механизмам. Он не может повести себя по-другому, даже если захочет. Он хотел бы быть веселым или злиться, но не в состоянии. Он не может сильно любить, потому что его сексуальность в значительной степени вытеснена. Он не может ненавидеть, потому что его эго неспособно совладать с ненавистью, которая становится неистовой из-за застоя либидо, и поэтому вытесняет ее. И даже когда невротический характер любит или ненавидит, его поведение неадекватно ситуации; рамки и тип поведения в значительной степени определяются бессознательными инфантильными реакциями. Ригидность панциря не позволяет ему, опираясь на рациональные соображения, раскрываться в одном переживании или закрываться в другом. Что касается сексуальности, то либо он воздержан, либо действия, доставляющие ему удовольствие, искажены так, что не удовлетворяют его или же не могут дать достаточного удовлетворения, поскольку нет отрегулированной либидинальной экономики. Анализ переживания полового акта позволяет выделить определенные типы. Нарциссический тип концентрируется не на удовольствии, а на том впечатлении, которое он производит на женщину своей потенцией. Гиперэстетичный тип думает только о том, чтобы не прикасаться к определенным частям тела, не отвечающим его эстетическим представлениям. Встречаются индивиды с вытесненным садизмом, которые не могут отделаться от компульсивной мысли, что ненавидят женщину, или мучаются чувством вины оттого, что злоупотребляют ею. Для садистского характера половой акт означает истязание женщины и т. д. Если такие отклонения не проявляются

отчетливо, можно обнаружить соответствующие запреты в общем отношении к сексуальности. Поскольку супер-эго невротического характера не содержит секс-утверждающих элементов, оно отворачивается от сексуального переживания (Г. Дойч ошибочно приписывает это нормальному индивиду). Это означает, что личность только наполовину участвует в переживании.

Чувство импотенции заставляет эго формировать нарциссические компенсации. Актуальные конфликты пронизаны иррациональными мотивами, которые делают невозможным принятие рациональных решений; постоянно напоминают о себе инфантильные отношения и желания.

Сексуально неудовлетворенный и неспособный к удовлетворению невротический характер в конце концов становится аскетичным или живет в строгой моногамии, при этом он уверен, что делает это из соображений морали или из внимания к своему партнеру, а в действительности из страха сексуальности и неспособности регулировать ее. Поскольку садизм не сублимируется и супер-эго чрезмерно жестко, в то время как ид продолжает давить, требуя удовлетворить его потребности, эго развивает чувство вины, называя его социальной сознательностью, занимая позицию самобичевания, при которой человек стремится поступать с собой так, как на самом деле поступил бы с другими.

Легко заметить, что вскрытие этих механизмов дает основание для фундаментальной критики теории морали. Мы имеем дело с решающим вопросом социально-культурной формации. В той мере, в которой общество гарантирует удовлетворение потребностей, соответственно меняется и человеческая структура, — моральный контроль жизни становится неизбежным. Решающее слово принадлежит не психологической, а социальной сфере. Всякое аналитическое лечение, успешно изменившее невротическую структуру характера на генитальную, автоматически отодвигает моральный контроль на второй план, замещая его саморегуляцией, основанной на прочной либидинальной экономике. Если многие аналитики говорят о «разрушении супер-эго» в процессе психоанализа, то мы можем уточнить, что это означает отведение энергии от моральных запретов и возмещение ее путем саморегуляции экономики либидо. Философия морали и религия беспрестанно дискутируют о том, насколько этот процесс противоречит реальному положению дел. Все это означает, что индивид, который удовлетворил свои сексуальные и примитивные биологические, а также культурные потребности, не нуждается в моральных запретах, поскольку контролирует себя сам. Неудовлетворенный же человек, напротив, страдает от повышенного внутреннего напряжения, которое может найти выход в различных антиобщественных и агрессивных поступках, и его не удержат моральные запреты. Распространение и интенсивность аскетичной моральной идеологии в любом обществе является ярким показателем того, насколько распространено и интенсивно подавление витальных потребностей среди населения. И то, и другое определяется соотношением производительных сил и способов производства с одной стороны, и потребностями, которые необходимо удовлетворить, — с другой.

Обсуждению перспектив сексуально-экономической и аналитической характерологии не избежать этих проблем, если в процессе естественно-научной интеграции не сделать выбора, оставаясь на искусственной границе между тем, что есть, и тем, что могло бы быть.

3. СУБЛИМАЦИЯ, РЕАКТИВНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ОСНОВА НЕВРОТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

Теперь рассмотрим разницу между социальными достижениями генитального и невротического характера. Мы говорили, что оргастическое удовлетворение и сублимация являются адекватными, а прегенитальное удовлетворение и реактивное образование — неадекватными способами разрядки сексуальной энергии. Как и оргастическая удовлетворенность, сублимация свойственна генитальному характеру, а реактивное

образование — невротическому. Однако это не означает, что невротик не сублимирует или что здоровый человек не имеет реактивных образований.

Сперва попробуем описать взаимоотношения сублимации и сексуальной удовлетворенности. Согласно Фрейду, сублимация — это изменение направления либидо от исходной к «высшей», социально значимой цели. Таким образом, влечение, которое сублимируется, должно оставить свой исходный объект или цель. Это начальное положение, высказанное Фрейдом, привело к ошибочному представлению, что сублимация и удовлетворение инстинкта противоположны по значению и взаимно исключают друг друга. Клинический опыт показывает, что они не антагонистичны; более того, устойчивая экономика либидо является необходимым условием для успешной и постоянной сублимации. Необходимо только, чтобы те влечения, на которых основываются наши социальные достижения, не удовлетворялись прямо; это вообще неприменимо для удовлетворения либидо. Анализ работы с отклонениями показывает, что сублимация прегенитального либидо тем труднее, чем сильнее застой совокупного либидо. Сексуальные фантазии задействуют большую долго психики, отвлекая ее от работы, то есть социальные Достижения приобретают сексуальную окраску и по этой причине превращаются в предмет вытеснения. Исследования сублимаций генитального характера показывают, что оргастическое удовлетворение либидо постоянно поддерживает возможность сублимации дело в том, что она высвобождает энергию для повышения активности, поскольку сексуальные идеи временно перестают нуждаться в каком бы то ни было катексисе либидо. Успешный анализ демонстрирует, что максимальная способность человека к деятельности появляется только тогда, когда пациент обретает способность к полноценному сексуальному удовлетворению. Устойчивость сублимаций тоже зависит от устойчивости либидинальной экономики: пациенты, освободившиеся от невроза через сублимацию, оказываются в гораздо более неустойчивом положении и гораздо в большей мере склонны к рецидиву, нежели те, кто достиг сексуальной удовлетворенности. Неполное, отчасти прегенитальное удовлетворение либидо мешает сублимации, а оргастическая удовлетворенность способствует ей.

Теперь сравним сублимацию и реактивное образование. Последнее — свойство компульсивного и ригидного характера, в то время как для сублимации требуется спонтанность. При сублимации все происходит так, будто ид напрямую связано с реальностью, гармонирует с эго и эго-идеалом- При реактивном образовании все складывается так, будто действия диктуются суровым супер-эго для бунтующего ид. При сублимации акцент смещается на эффект от действия, даже несмотря на то, что оно тоже содержит либидинальный компонент. В случае реактивного образования важно само действие, а его эффект более или менее второстепенен. Действие определено не либидинальным влечением, а негативным компонентом: оно должно быть исполнено.

Сублимирующий индивид может прервать свою работу на определенный период времени; он приветствует отдых так же, как и труд. Если прервана реактивная работа, то его беспокойство рано или поздно усиливает раздражение и даже вызывает тревогу. Сублимирующий человек тоже иногда бывает раздражительным и напряженным, но не потому, что он не может чего-то достичь, а потому, что достигает этого в муках. Сублимирующий индивид хочет работать и получать от этого удовольствие. Реактивно работающий человек должен работать; как выразился один пациент, он должен быть «роботом». Когда он заканчивает один этап работы, ему немедленно необходимо приступить к другому, потому что его работа — это бегство от отдыха. Конечный эффект реактивного образования может быть тем же, что и в случае сублимации. Как правило, достижения, основанные на реактивной работе, неполноценны по сравнению с теми, что основаны на сублимации. Несомненно, один и тот же человек будет гораздо эффективнее в условиях сублимации, нежели в условиях реактивного образования.

Разница между работоспособностью (скрытой способностью работать) и

несомненными достижениями в работе гораздо меньше в случае сублимации, чем в случае реактивного образования. Сублимирующий индивид работает почти в полном соответствии со своими способностями в отличие оттого, кто трудится реактивно. Чувство неполноценности часто соответствует внутреннему ощущению этой разницы. Клинические наблюдения показывают, что основанные на сублимации достижения меняются относительно мало, когда раскрыты бессознательные связи. Реактивная работа, напротив, может полностью развалиться или, если переходит в сублимацию, становится значительно эффективней.

Обычный человек в нашей культуре работает больше в соответствии с механизмом реактивного образования нежели сублимации. Его структура, представляющая собой результат повседневного воспитания и образования и сопряженная с условиями работы, делает его неспособным к эффективным достижениям, которые соответствовали бы его работоспособности.

В случае сублимации влечение не меняет своего направления; эго принимает влечение и просто задает ему новую цель. В случае же реактивного образования влечение оборачивается против себя самого, принимается эго только в той мере, в которой это имеет место. В этом процессе катексис влечения превращается в контркатексис против бессознательной цели влечения. При реактивном образовании исходная цель сохраняет свой бессознательный катексис; исходный объект влечения не оставляется, а просто вытесняется. Реактивное образование характеризует сдерживание и вытеснение цели и объекта влечения, а также обращение влечения против себя с формированием контркатексиса. Сублимация, напротив, характеризуется заменой и перемещением исходной цели и объекта влечения без формирования контркатексиса.

Наиболее важный экономический аспект реактивного образования — неизбежный контркатексис. Поскольку исходная инстинктивная цель сохраняется, она удерживает и абсорбированное либидо; соответственно эго должно постоянно использовать контркатексис того, чтобы сохранить контроль над влечением. Реактивное образование представляет собой не единичный процесс, это непрерывный процесс, который получает дальнейшее развитие.

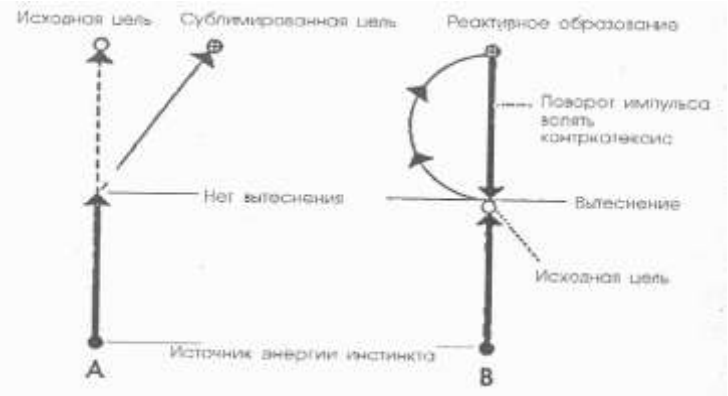


Рис. 1. ***Схематическое изображение сублимации в сравнении с реактивным образованием***

A. Вытеснение отсутствует: импульс просто отклоняется; исходная инстинктивная цель не катектируется.

B. Вытеснение присутствует: исходная цель сдерживает полный ка-тексис; импульс не отклоняется, а направляется вспять, против самого себя. В точке возврата мы обнаруживаем деятельность (реактивное образование).

В случае реактивного образования эго постоянно занимается собой; оно становится собственным бдительным наблюдателем. При сублимации же эго может использовать свою энергию для достижений. Простые реактивные образования, такие, например, как отвращение или стыд, характерны для каждого из нас. Они не мешают развитию

генитального характера, оставаясь в рамках физиологии, потому что в этом случае нет застоя либидо, который мог бы усилить прегенитальные влечения. Если же сексуальное вытеснение зашло слишком далеко, если оно охватило генитальное либидо, то возникает застой, а потом реактивные образования принимают значительную часть энергии либидо и распыляют ее таким образом, который мы наблюдаем при фобиях.

Давайте рассмотрим в качестве иллюстрации случай одного служащего, который, как все компульсивные характеры, крайне добросовестно выполнял свою работу в офисе. Шли годы, он работал все больше и больше, хотя работа доставляла ему все меньше и меньше удовольствия. В период, когда он обратился к аналитику, его рабочий день продолжался далеко за полночь, а порой и до трех часов ночи. Анализ вскоре показал, что, во-первых, одной из причин этой работы допоздна были сексуальные фантазии, которые мешали работе. Во-вторых, этот человек не мог позволить себе ни минуты покоя, особенно по вечерам, иначе его опять же одолевали сексуальные фантазии. Правда, работая по ночам, он разряжал значительное количество либидо, но большая его часть не могла обойтись такой разрядкой. В конце концов он понял структуру своего нарушения (см. рис. 1).

В соответствии с распространением реактивных образований и реактивных действий застой либидо значительно усиливается. Когда, наконец, реактивного образования становится недостаточно, чтобы справиться с застоем либидо, другими словами, когда характер начинает выполнять задачу абсорбации либидо, проявляется невротическая тревога или же формируются невротические симптомы, ограничивающие избыток либидо или тревоги.

Реактивные действия всегда рационализируются. Так, один пациент утверждал, что у него слишком много работы. Его чрезмерная и механическая активность выполняла не только экономическую функцию разрядки, освобождающей его разум от сексуальных фантазий, она еще и представляла собой реактивное образование против вытесненной ненависти к его начальнику (отцу). Анализ показал, что кажущиеся усилия быть незаменимым для начальника противоречили его бессознательным стремлениям. Таким образом, после анализа «роботизацию» нельзя было интерпретировать как суть самонаказания. Это наказание себя самого — только одно из многих значений симптома. По своей природе человек не может сам желать себе наказания, он, наоборот, противится тому, чтобы его наказывали. Реальной причиной реактивного образования был страх перед результатами сексуальных фантазий.

Как и компульсивная работа, другие реактивные образования тоже не могут полностью связать застойную тревогу. Возьмем, к примеру, гиперподвижность женского истерического характера или чрезмерное проворство беспокойного невротичного альпиниста. В обоих случаях налицо мускулатура, которая слишком заряжена неудовлетворенным либидо. Оба направлены на объект: истерическая девушка в неприкрытой, а альпинист в завуалированной форме (гора — женщина — мать). Правда надо заметить, что их подвижность разряжает довольно большое количество либидо, но, поскольку она не приводит к полному удовлетворению, сохраняется достаточно высокая напряженность. Так, у девушки в конце концов появляются истерические приступы, а невротичный покоритель вершин для того, чтобы избавиться от застоя, будет покорять все более опасные и неприступные вершины. Поскольку эта деятельность по естественным причинам ограничена определенными рамками, даже если человек не столкнется с опасностью в горах, в конце концов возникнет симптомный невроз.

Мы назвали все те механизмы, которые служат поглощению застоя либидо и связыванию его характерными чертами характерологической реактивной основы. Если, как в результате чрезмерного сексуального ограничения, это препятствует экономическому функционированию, то образуется невротическая реактивная основа, устранение которой является наиболее важной терапевтической задачей. Распространение реактивных образований — это только один из механизмов невротической реактивной

основы.

Как обнаружилось, независимо от того, в какой период произошло обострение невротического характера, он берет свое начало в раннем возрасте, в эдиповой фазе. Как правило, природа невротического симптома имеет тесную связь с невротической реактивной основой. К примеру, организованность компульсивно-невротического характера может усиливать компульсивность, требуя неукоснительно соблюдать порядок; анальный характер может страдать запорами; застенчивость способна усилить патологическое покраснение; истерическая подвижность и кокетство — истерические приступы; амбивалентность — неспособность принимать решения; сексуальная робость — порождать вагинизм, а чрезмерная скрупулезность — импульсы к убийству.

Однако качество симптома не всегда соответствует его реактивной основе. Симптом может представлять защиту против тревоги на более высокой или более низкой либидинальной стадии. Так, истерический характер может вдруг проявить компульсивную чистоплотность, компульсивный — истерическую тревогу или конверсивный симптом. Без сомнения, на практике приходится иметь дело со смешанными типами, при которых все же та или иная форма характера оказывается доминирующей. Целесообразно диагностировать пациентов не в соответствии с симптомами, а согласно лежащему глубже невротическому характеру. Так, несмотря на симптом **конверсии**, по поводу которого пациент обратился к аналитику, тот может диагностировать компульсивный невроз, если характер проявляет преимущественно компульсивные черты.

Необходимо помнить, что между невротическим и генитальным характером проходит не слишком жесткая граница. Поскольку разграничение основано на количественном критерии — Б какой мере возможно сексуальное удовлетворение или насколько велик застой либидо, — существуют промежуточные типы, находящиеся между двумя крайними, чистыми типами. Типологические исследования не только оправданны, но и необходимы, поскольку благодаря эвристической ценности и направленности на оказание помощи они имеют конкретное практическое применение. Поскольку генетическая типология находится в зачаточном состоянии, она не может претендовать на то, чтобы ответить на все поставленные вопросы, касающиеся типологии. По прошествии времени она достигнет поставленной цели, если покажет, что единственной оправданной основой психоаналитической типологии является фрейдовская теория либидо без всяких ограничений, и будет придерживаться ее в своих логических заключениях.

ГЛАВА IX
ДЕТСКАЯ ФОБИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА

1. «АРИСТОКРАТИЧЕСКИЙ» ХАРАКТЕР

Данный случай иллюстрирует, как из детских переживаний возникает характерная установка. Линия повествования проведет нас от анализа сопротивления к его истоку, заключенному в определенных детских ситуациях.

Мужчина тридцати трех лет обратился к аналитику в связи с супружескими проблемами и сложностями на работе. Он был крайне нерешителен, и это не позволяло ему рационально разрешить проблемы, возникающие как в супружеской жизни, так и на службе. Он начал анализ с большим пониманием и вскоре обнаружил типичные конфликты эдиповой ситуации, которые теоретически объясняли его ситуацию в браке. Мы не будем здесь разбирать содержание отношений с женой, матерью, начальниками и отцом. Вместо этого мы сконцентрируемся на его поведении, на том, как оно связано с инфантильным конфликтом, а также рассмотрим, как оно проявляло себя в качестве сопротивления лечению.

Внешне это был привлекательный человек среднего роста, с серьезным, сдержанным и несколько высокомерным выражением лица. Что поражало, так это его изящная походка. Он удачно этим пользовался каждый раз, когда проходил от двери к кушетке; очевидно, он избегал поспешности или возбуждения либо скрывал это. Его речь была размеренной, спокойной и отточенной. Случалось, он прерывал ее акцентированным резким «Да!», одновременно всплескивая обеими руками, а затем ударяя себя по лбу. Он лежал на кушетке спокойно, скрестив ноги. Его величественное самообладание практически не покидало его, даже когда мы обсуждали предметы, болезненные для нарциссизма. Когда он рассказывал об отношениях с матерью, которую очень любил, было заметно, как он подключил все свое высокомерие, чтобы справиться с возбуждением. Несмотря на мои неоднократные уговоры дать волю чувствам, он продолжал сохранять такую установку. Однажды на его глазах проступили слезы и голос стал прерывистым, но жест, которым он взял платок и вытер глаза, был спокоен и величав.

Многое было ясно: такое поведение, независимо от происхождения, ограждало его от бурных эмоций, аффективного прорыва. Характер не позволял переживанию в процессе анализа свободно развиваться, он уже стал сопротивлением. Когда вскоре после его заметного волнения я спросил его, какое впечатление на него произвела данная аналитическая ситуация, он сказал своим спокойным голосом, что все это очень интересно, но на самом деле не задевает его; что слез, которые появились только что в его глазах, «он не смог удержать», и это очень его смущает. Мое объяснение необходимости и пользы такого возбуждения не привело к желаемому результату. Его сопротивление усилилось, сообщения стали поверхностными, установка более явной, и соответственно он стал еще более величавым и спокойным.

Совершенно случайно я однажды употребил слово «аристократизм», пытаясь описать его поведение. Я сказал ему, что он разыгрывает из себя английского лорда и что это должно быть связано с его юностью. Я также объяснил ему защитную функцию его аристократизма. Тут он вспомнил, что ребенком никогда не верил, что он — сын своего отца, мелкого еврейского торговца; он думал, что на самом деле у него английские корни. До него доходили слухи о том, что его бабушка состояла в связи с настоящим английским лордом, и он думал, что его мать — наполовину англичанка. В мечтах о будущем ему рисовалось, что его отправили в Англию в качестве посла, что на него возложена важная миссия. Его «аристократическая» установка выражалась в следующем:

1. Мысли о том, что он не имеет никакого отношения к отцу, которого ненавидел и презирал
2. Мысли о том, что он — сын матери, которая наполовину является англичанкой.
3. Эго-идеал, вышедший за рамки узких границ его мелкобуржуазной семьи.

Раскрытие элементов, определяющих его поведение, поколебало основание последнего. Однако было заметно, как оно по-прежнему продолжало препятствовать проявлению влечений. Последовательный анализ «аристократического» поведения выявил его связь с другой чертой характера, создававшей определенное затруднение для аналитического процесса: склонность насмехаться над всеми и злорадствовать над теми, кому изменила удача. Эта насмешка тоже была «аристократической», но в то же время удовлетворяла его усиленные садистские склонности. И действительно, он вспомнил, что в подростковом возрасте у него возникало множество садистских фантазий. Но он только упомянул о них. Он не стал переживать их, пока мы не разоблачили их там, где они были реально зафиксированы — в его склонности насмехаться. Аристократическое хладнокровие служило защитой от насмешки как садистского действия. Садистские фантазии не вытеснялись, они удовлетворялись в насмешке и отводились, проявляясь в виде аристократических манер. Его надменное поведение имело структуру синдрома: оно служило для того, чтобы отвести как само влечение, так и его удовлетворение. Такая характерологическая трансформация садизма сохранила необходимость его вытеснения.

Фантазии о наследственном титуле появились приблизительно в четырехлетнем возрасте, хладнокровие, самоконтроль — несколько позже. Их мотивировал страх перед отцом и — особенно значимый фактор — идентификация с ним. Отец постоянно шумно ссорился с матерью, и пациент сформировал идеал: «Я не буду таким, как отец, я буду совершенно иным». Это соответствовало фантазии: «Если бы я был мужем моей мамы, я поступал бы с ней совсем не так. Я бы был добрым и контролировал бы свою злость, которую вызывают ее недостатки». Эта обратная идентификация обуславливалась эдиповым комплексом, любовью к матери и ненавистью к отцу.

Характер мальчика в соответствии с фантазиями об аристократизме представлял собой мечты, самоконтроль и активные садистские фантазии. В подростковом возрасте он влюбился в своего учителя и начал отождествляться с ним. Этот учитель стал для него персонифицированным лордом, изящным, спокойным, изысканно одетым и прекрасно контролирующим себя. Отождествление началось с имитации костюма, затем оно усилилось, и, когда пациенту было около четырнадцати лет, его характер сформировался окончательно. Он стал таким, каким предстал в начале анализа: это уже были не просто фантазии об аристократизме, а реальный аристократизм в поведении.

На то, что фантазия реализовалась в установку именно в этом возрасте, была веская причина. Пациент никогда осознанно не мастурбировал, будучи подростком. Кастрационная тревога, которая проявлялась в ипохондрических страхах, рационализировалась следующим образом: «Выдающиеся личности не позволяют себе таких вещей». «Аристократизм» служил еще и для отвода желания мастурбировать.

С позиции лорда он ощущал себя выше других, а значит, мог смеяться над ними. Во время анализа он довольно быстро понял, что это его насмешливая позиция была лишь компенсацией чувства неполноценности, а «аристократичность» скрывала это чувство — чувство выходца из среднего слоя населения. Глубинное же значение насмешки — защита от гомосексуальных отношений. Он надсмехался главным образом над мужчинами, которые увлекались им. Так в его «аристократизме» сочетались противоположности — садизм и гомосексуальность, с одной стороны, и утонченный самоконтроль — с другой.

В процессе анализа «аристократизм» проявлялся тем сильнее, чем ближе мы подбирались к материалу бессознательного. Однако постепенно защитные реакции слабели, что соответственно отразилось на его повседневном поведении. Анализ «аристократизма» обнажил центральный конфликт детства и подросткового возраста. Его патологическая установка подверглась атаке с двух сторон: со стороны воспоминаний, сновидений и других высказываний, не лишенных аффекта, и со стороны характера, его «аристократизма», в котором заключались аффективные эмоции.

2. ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ФОБИИ ЧЕРЕЗ ХАРАКТЕРНУЮ УСТАНОВКУ

Демонстрация высокомерного поведения также использовалась для ослабления значительной генитальной тревоги. Анализ этого случая позволил проследить судьбу до сих пор еще мало изученного детского страха. Между тремя и шестью годами пациент страдал от интенсивной фобии: он боялся мышей. По своей сути, это было фемининной установкой по отношению к отцу, которая представляла собой регрессивную реакцию на кастрационную тревогу, которая, в свою очередь, была связана с типичным страхом мастурбации. По мере взросления «аристократические» фантазии все больше перерастали в «аристократическое» поведение, и фобия отступала, пока, наконец, от нее не осталось ничего, кроме налета беспокойства перед отходом ко сну. Когда же во время анализа «аристократичность» пациента была подорвана, боязнь мышей и кастрационная тревога опять проявили себя аффективным способом. Очевидно, либидо, тревога или фобия частично были вплетены в характерную установку.

Мы знакомы с трансформацией детских желаний и тревоги в характерные черты. Особый случай — замещение фобии определенным видом панциря, защищающим от внешнего мира и тревог. В нашем случае этим было высокомерное поведение, которое сдерживало инфантильную тревогу. Другой типичный случай — когда детская фобия или простые проявления кастрационной тревоги приводят к пассивно-фемининному поведению, которое может проявиться, скажем, как чрезмерная и стереотипная вежливость. Следующий случай иллюстрирует дальнейшую трансформацию фобии в характерную установку.

Этот компульсивный невротик демонстрировал полное блокирование аффекта. Он был в равной степени непроницаем как для удовольствия, так и для неудовольствия. Пожалуй, его можно было бы назвать живой машиной. Анализ показал, что блокирование аффекта преимущественно связано с образованием панциря от выраженного садизма. Правда, следует заметить, что у этого пациента все еще оставались садистские фантазии, но и они были тусклыми и безжизненными. Мотив образования панциря по своей интенсивности равнялся силе кастрационной тревоги, которая, однако, не проявляла себя как-нибудь еще. Анализ мог проследить историю блокированного аффекта с того дня в жизни пациента, который стал истоком существующего положения дел.

Типичная детская фобия в данном случае была связана с лошадьми и змеями. В шестилетнем возрасте пациент почти каждую ночь страдал от кошмаров. Очень часто ему снилась лошадь, откусывающая один из его пальцев (страх мастурбации, кастрация). Однажды он просто решил больше не бояться, и в следующем сновидении, в котором лошадь откусывала его палец, ему удалось освободиться от тревоги. В это же время возникло блокирование аффекта; оно приняло вид фобии. Кошмары не повторялись до пубертатного периода, когда тревожные сновидения возобновились.

Рассмотрим подробнее своеобразное решение пациента больше не бояться. Раскрыть динамический процесс в этой связи в полной мере не представляется возможным. Однако вся жизнь этого пациента определялась подобного рода решениями; он ничего не мог предпринимать, прежде не приняв специального решения. В основе такого поведения лежало анальное упрямство и строгое родительское требование контролировать себя. Анальное упрямство представляло собой энергетический базис для блокирования аффекта. Среди прочего, оно означало универсальное отношение к миру Гётца фон Берлихингена*. Только через шесть месяцев анализа нам удалось выяснить, что перед тем, как нажать кнопку звонка у дверей моего кабинета, он обязательно возносил молитву, причем повторял ее три раза как магическую защиту от анализа. Пожалуй, невозможно было придумать лучшего способа выразить блокирование аффекта словами.

Самыми важными компонентами блокированного аффекта были анальное

---

* Персонаж из одноименной драмы Гете. Одним из его высказываний было следующее: «Поцелуй моего осла». — Прим. ред.

упрямство и реакция пациента, направленная против садизма. Его панцирь абсорбировал энергию садизма так же, как и интенсивную детскую тревогу (застой тревоги плюс кастрационная тревога). Только пробившись сквозь стену разнообразных вытеснений и реактивных образований, анализ смог достичь сильных генитальных кровосмесительных желаний.

Развитие фобии свидетельствовало, что эго было слишком ослаблено, чтобы совладать с определенными либидинальными влечениями. Возникновение характерной черты или типичной установки на основе фобии означает, что произошло усиление эго, которое представляет собой образование хронического защитного панциря против ид и внешнего мира. Фобия указывает на разлом личности, формирование характерной черты, унифицированной, синтетической реакции эго на конфликт личности, который в конце концов становится нестерпимым.

Несмотря на контраст между фобией и последовавшим в ответ на нее формированием характера, основная тенденция фобии сохраняется в черте характера. «Аристократичность» вышеописанного пациента, блокирование аффекта компульсивного характера, вежливость пассивно-феминного характера и прочее в прежнем своем обличий являются фобиями, а значит, они не что иное, как позиция избегания.

Появление панциря определенным образом усиливает эго, но в то же время ограничивает его подвижность и способность к действиям. Чем больше панцирь ухудшает способность к сексуальному переживанию, тем больше его структура напоминает то, что мы называем невротическим характером, и тем сильнее вероятность нового упадка эго. При последующем невротическом заболевании снова прорывается старая фобия, потому что характерный панцирь не может удержать сдерживаемое либидинальное возбуждение и застой тревоги. В типичном невротическом заболевании можно выделить следующие фазы.

1. Детский конфликт между либидо и фрустрацией.
2. Вытеснение либидинального влечения — усиление эго.
3. Прорыв вытесненного, фобия — ослабление эго.
4. Совладание с фобией путем формирования невротической черты характера — усиление эго.
5. Подростковый конфликт (или количественно аналогичный процесс) — недостаточность характерного панциря.
6. Возрождение старой фобии или формирование соответственного симптома.
7. Новые попытки эго совладать с фобической тревогой путем образования характерного панциря.

Взрослых пациентов, обратившихся к аналитику, можно разделить на два различных типа: на тех, кто находится в фазе упадка (6), когда на основе невротической реакции развивается симптом (возобновляется фобия и т. д.), и на тех, кто уже находится в фазе реконструкции (7), в которой эго успешно начинает поглощать симптомы. Ограничивающая и болезненная компульсивность, к примеру, теряет свою остроту и болезненность, когда тотальное эго разрабатывает некие «ритуалы», которые пропитывают повседневную активность таким образом, что они заметны только опытному наблюдателю. Это — симуляция самооздоровления. Но необходимо помнить, что распространение и «растворение» симптомов наносит вред способности действовать не меньше, чем ограничивающий симптом: теперь пациент обращается к терапевту не из-за болезненного симптома, а по причине общего недомогания, отсутствия жизнерадостности и т. д. Таким образом, продолжается борьба между эго и его симптомами, между формированием симптома и поглощением симптомов. Каждое поглощение симптома идет рука об руку с изменением характера. Самые поздние из поглощенных эго симптомов только отражают тот процесс детства, когда детская фобия трансформировалась в структуру характера.

Мы творили о фобии, потому что она с либидинально-эконо-мической точки

зрения является наиболее интересным и наиболее важным выражением отклонения личности. Но процессы, которые мы описали, могут иметь место в случае любой тревоги раннего возраста. К примеру, совершенно рациональная боязнь жестокого отца может индуцировать хронические изменения характера, такие, как упрямство или жесткость, которые занимают место тревоги.

Поскольку переживания инфантильной тревоги и других конфликтных ситуаций эдипова комплекса могут определять структуру характера, детский опыт может зафиксироваться двумя способами: как содержание (бессознательные идеи) и как форма (характерные установки). Мне бы хотелось кратко проиллюстрировать это клиническим примером.

Нарциссически-мазохистский ипохондрик беспрестанно и бурно жаловался на свои страдания из-за сурового обращения с ним отца. Содержание анализа, длившегося не один месяц, в целом можно было выразить так: «Видите, как я страдаю от отца. Он замучил меня и сделал непригодным для жизни». Его детские конфликты с отцом прорабатывались в процессе анализа, проведенного одним аналитиком, и полугодовой работы с другим. Несмотря на это, в его симптомах и поведении трудно было обнаружить хоть какие-то изменения.

Меня заинтересовал один аспект его поведения. Движения этого клиента были вялыми, экспрессия — усталой, речь — монотонной и угрюмой. Интонации выражали смысл его поведения: он говорил словно под пыткой, как будто он умирает. Я выяснил, что вне ситуации анализа в определенных случаях он бессознательно отыгрывает подобную апатичность все с тем же смыслом: «Посмотри, что отец сделал со мной, как он истязает меня. Он замучил меня». Его установка представляла собой суровый укор.

Эффект моей интерпретации его «угасания», жалоб и упрекающей манеры говорить был неожиданным. Как будто с растворением его прошлой, формальной фиксирующей точки отношений с отцом все прежние интерпретации содержания вдруг стали эффективными. Пока его манера говорить не утратила свой бессознательный смысл, она сдерживала значительную долю аффекта, сопутствующего его отношениям с отцом. По этой причине содержание отношений, хотя они и были выведены в сознание, несло слишком слабый аффект, чтобы быть терапевтически эффективными.

Один и тот же аспект бессознательной инфантильной структуры сохраняется и выражается двумя разными путями: в том, что пациент делает, высказывает или думает, и в том, как он действует говорит или размышляет. Надо заметить, что анализ «что» несмотря на единство содержания и формы, оставляет «как» незатронутым, и это «как» остается темным пятном того самого психического содержания, которое уже вроде бы разрешено или осознано при анализе «что». И, наконец, анализ «как» значительно эффективнее для высвобождения аффекта.

ГЛАВА X
НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ ХАРАКТЕРА

1. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР

Наше исследование, связанное с дифференциацией типов характера, исходит из двух предпосылок. Первая. Независимо от формы, основная функция характера — панцирная защита от стимулов внешнего мира и от вытесненных внутренних импульсов. Вторая. Внешняя форма панциря имеет свои специфические исторические детерминанты. Мы обнаружили, что наиболее важными условиями для дифференциации характера является характер тех людей, которые оказывали основное воспитательное влияние, а также стадия развития, на которую пришлись решающие случаи фрустрации. Между внешними проявлениями характера, его внутренними механизмами и специфической историей развития должна существовать определенная связь.

Истерический характер — с его сложной симптоматикой и реакциями — представляет собой самый простой тип характерного панциря. Наиболее яркой характеристикой этого типа является очевидное сексуальное поведение в сочетании со специфической телесной подвижностью явно выраженного определенного сексуального оттенка. Связь между женской истерией и сексуальностью известна издавна. У женщин такого типа характер проявляет себя замаскированной или открытой кокетливой походкой, взглядом и речью. У мужчин, помимо этих черт, наблюдаются мягкость, чрезмерная вежливость, женственное выражение лица и феминное поведение (см. историю болезни в главе IV).

Эти черты сочетаются с более или менее выраженной соблазнительностью. Когда сексуальное поведение почти достигает цели, эти черты становятся особенно заметными; затем истерический характер отступает или занимает пассивную, тревожную позицию. Теперь он столь же неистово пребывает в пассивности, как неистово действовал до этого. Половой акт часто повышенно активен, но не сопровождается соответствующим сексуальным переживанием. Эта активность представляет собой попытку справиться с интенсивной тревогой.

При истерическом характере выражение лица и походка никогда не бывают тяжелыми, как у компульсивного характера, или самоуверенными и высокомерными, как у фаллически-нарциссического. У истерического характера движения мягки, более или менее округлы и сексуально-провокацийнны. Общее впечатление — легкая возбужденность, которая противоположна, скажем, самоконтролю компульсивного характера.

Хотя кокетство сопряжено с беспокойством, что сопровождается заметной телесной подвижностью, другие специфические черты истерического характера остаются скрытыми. Имеется в виду непостоянство реакций, то есть склонность к неожиданным и непредсказуемым изменениям поведения. Налицо сильная внушаемость, которую всегда сопровождает склонность к разочарованию. Истерический характер (в противоположность компульсивному) несложно в чем-то убедить, пусть даже для него неприятном, он быстро уступает доводам других, легко меняя свою позицию, которую только что принял. Подчинение вскоре сменяется на противоположное: скорые возражения и беспочвенное пренебрежение. Внушаемость истерического характера располагает его как к пассивному гипнозу, так и к полету воображения. Ему необходимо как-то задействовать гипертрофированную способность к сексуальным увлечениям, чаще всего инфантильного характера. Живое воображение легко переходит в патологическое, поскольку воображаемые переживания могут приниматься и пересказываться как реальные.

Поскольку истерический характер сильно выражен в телесном поведении, его психические конфликты зачастую представлены соматическими симптомами. Это легко проследить с точки зрения структуры либидо.

Истерический характер определяет фиксация на генитальной фазе детского

развития с ее кровосмесительной склонностью. Из-за этой фиксации истерический характер развивает сильную генитальную агрессивность и беспокойство. Генитальные инцестуозные желания вытесняются, но их полный катексис задерживается, так как их не сменяют, в отличие от компульсивного характера, прегенитальные влечения. В той степени, в какой истерический характер прегенитален, то есть настолько, насколько присутствуют оральные, анальные и уретральные влечения, они представлены в генитальности или, по крайней мере, скомбинированы с ней. При истерическом характере рот, как и анус, всегда представляют женские гениталии. В то время как при других формах характера эти зоны подразумевают свои исходные прегенитальные функции. По утверждению Ференци, истерический характер генитализирует все. Другие формы невроза заменяют генитальность прегенитальными механизмами или придают генитальную функцию груди, рту, анусу. Я назвал этот механизм «затоплением генитальности прегенитальным либидо». Поскольку сексуальность истерического характера всегда заметно нарушена, а застой генитального либидо оказывает наиболее выраженный эффект, сексуальная активность должка быть столь же интенсивной, как и тревожное поведение. Истерический характер, в отличие от компульсивного, страдает определенным сексуальным напряжением.

Это обращает нас к природе характерного панциря. В данном случае панцирь совсем не такой жесткий, как у компульсивного характера, он гораздо подвижнее и представляет собой простую защиту от генитальных инцестуозных влечений. Хотя это и выглядит парадоксально, но у истерического характера генитальная сексуальность работает против себя: чем беспокойнее общая установка, тем очевиднее сексуальное поведение. Смысл этого функционирования следующий: истерическому характеру свойственно сильное и неудовлетворенное генитальное влечение, которое сдерживается генитальной тревогой. Таким образом, он постоянно ощущает присутствие опасности, которая соответствует его детским страхам. Исходное генитальное влечение используется для того, чтобы не чувствовать этого присутствия, не ощущать природы и важности пугающей опасности. Так, если истерическая женщина предпринимает определенные сексуальные действия, не следует считать, что она готова к сексуальному переживанию. Напротив, первая же попытка испытать эту готовность обнаружит, как ее поведение обернется совсем иным: тревогой, той или иной разновидностью защиты, вплоть до физического бегства. Сексуальное поведение, кроме прочего, нацелено на то, чтобы выявить, грозит ли опасность и откуда. Это очевидно во время лечения при трансферентных реакциях. Истерический характер всегда не осведомлен о значении сексуального поведения, старается этого не осознать, сильно негодует, услышав

такое «предположение». Короче говоря, довольно быстро выясняется, что кажущееся сексуальное влечение является сексуальностью, выполняющей функцию защиты. Только после того, как это разоблачено и аналитически разрешена детская генитальная тревога, генитальное объектное влечение возвращается к своему исходному функционированию. В той мере, в какой это оказывается успешным, пациент утрачивает и чрезмерную сексуальную активность. Конечно, сексуальное поведение выражает и другие, вторичные влечения, такие, как примитивный нарциссизм или желание доминировать, произвести впечатление, но в данном контексте это неважно.

Степень присутствия в истерическом характере других, не генитальных механизмов не определяет специфику этого типа. К примеру, часто можно обнаружить депрессивные механизмы. В таких случаях генитально-инцестуозная фиксация отчасти замещена регрессией к оральным механизмам. Заметная тенденция истеричек к оральной регрессии объясняется сексуальным застоем в этой зоне и тем фактом, что рот, которому придана роль гениталий, абсорбирует много либидо («смещение снизу вверх»). В этом случае активизируются и псевдо-меланхоличные реакции, изначально свойственные оральной фиксации. В чистой форме истерический характер подвижен и нервно оживлен. Если же он депрессивен, обособлен и аутичен, то демонстрирует неспецифические для

данного типа защитные механизмы. Тем не менее истерическая депрессия отлична от меланхолической депрессии. Различие состоит в том, что к генитальному либидо и объектным отношениям примешиваются оральные установки. Это, конечно, предполагает существование целого ряда сочетаний, составляющих шкалу, на одном конце которой находится чистая меланхолия, а на другом — там, где доминирует генитальность, — чистая истерия.

Истерический характер мало склонен к сублимации и интеллектуальным достижениям и обладает гораздо меньшей тенденцией к реактивным образованиям, нежели другие типы характера. Это также обусловлено тем фактом, что либидо не разряжается путем сексуального удовлетворения, которое могло бы редуцировать гиперсексуальность, и не фиксирует сексуальную энергию в характере. Скорее, энергия разряжается в соматическое возбуждение или в тревогу, в беспокойство. Противопоставляя сексуальность социальной деятельности, в качестве доказательства часто используются механизмы истерии. При этом упускают из виду, что откровенная неспособность сублимировать как раз и есть результат сексуального запрета на присутствие генитального либидо. Упускают также и то, что только появление способности получать удовлетворение открывает дорогу социальному интересу и социальным достижениям.

Пытаясь постичь основы сексуальной экономики, предупредить невроз, кто-то может спросить: почему происходит так, что истерический характер не может трансформировать генитальный застой, как это делают со своими прегенитальными влечениями другие типы характера? Отвечаю. Истерический характер не может использовать генитальное либидо и формировать реактивные образования. Он не может и сублимировать. Более того, он даже не формирует жесткий характерный панцирь. Дело в том, что полностью развившееся генитальное возбуждение поддается только прямому удовлетворению. Сдерживание этого возбуждения мешает сублимации других либидинальных влечений, к тому же обеспечивает их излишней энергией. Нетрудно представить, что это придает генитальности особое значение. Но более очевидно, что определенное количество либидо оказывается вовлеченным в возбуждение генитальной зоны. Генитальный аппарат должен обеспечивать оргастическую разрядку, это механизм, который не предназначен ни для каких других импульсов. По этой причине с точки зрения либиди-нальной экономики он является жизненно важным. Это, конечно, противоречит определенным этическим понятиям, но это именно так, а не иначе. Отвращение, сопрягаемое зачастую с этими фактами, несложно понять: их признание было бы революционно.

2. КОМПУЛЬСИВНЫЙ ХАРАКТЕР

Самая главная функция характера состоит в защите от стимулов и в сохранении психического равновесия. Это довольно легко проследить на примере компульсивного характера, поскольку он представляет собой одну из наиболее изученных психических формаций. Хорошо известные навязчивые симптомы постепенно перетекают в соответствующие характерные установки. Невротическое компульсивное следование порядку может отсутствовать, но педантичность, связанная с аккуратностью, для компульсивного характера типична. Вся его жизнь, во всех больших и малых аспектах, протекает в соответствии с предписанной неизменной программой. Всякое ее изменение переживается как неудовольствие, иногда с тревогой.

Поскольку эта черта характера сопровождается основательностью, она помогает человеку многого добиться, но, с другой стороны, она снижает его работоспособность, потому что не позволяет быстро измениться и адаптироваться к новым ситуациям. Это ценно для деятельности чиновника, но губительно для индивидуальных творческих изысканий или для работы, которая зависит от свежих идей. Поэтому среди великих деятелей редко можно встретить компульсивный характер. Часто люди такого склада

бывают учеными. Однако, хотя педантичность парализует творческий поиск, эта черта все же помогает подчас совершать пионерские открытия. Это подводит нас к другой черте характера, о которой никогда не следует забывать, — к обстоятельному, «пережевывающему» мышлению. Налицо неспособность рационально распределять внимание, концентрируясь в большей степени на одном и в меньшей на чем-то другом, что соответствовало бы рациональной значимости объекта. Внимание всегда направлено более или менее случайно. В поле зрения попадают второстепенные на первый взгляд вещи, которые оказываются не менее пригодными для рассмотрения и размышлений, чем те, которые входят в круг профессиональных интересов. Чем более ригидна и патологична эта черта, тем больше внимания такой человек будет уделять незначительным вещам, и соответственно тем большую значимость для него они будут обретать. Это результат смещения бессознательного катексиса. Иначе идеи, которые бессознательно важны, замещаются далеко отстоящими от них незначительными мыслями или идеями. Такова часть общего процесса вытеснения, и она направлена против вытесненных идей. Как правило, имеют место инфантильные раздумья о запретном, которые никогда не позволяют проникнуть к реальному интересу. Эти раздумья возникают по исторически детерминированной схеме. Они заметно вредят интеллектуальной активности людей умственного труда. Во множестве случаев это маскируется развитой способностью к абстрактному логическому мышлению. Способность критиковать более развита, нежели творческая способность.

Другой типичной чертой характера является расчетливость, если даже не жадность. Педантичность, обстоятельность, склонность к раздумьям и расчетливость имеют один и тот же корень — анальный эротизм. Названные черты представляют собой реактивные образования тех склонностей, которые играли главную роль в период приучения к гигиене дефекации. В той мере, в которой эти реактивные образования не возымели успеха, обнаруживаются совершенно противоположные черты, также типичные для компульсивного характера. Точнее говоря, они представляют собой прорывы первичных склонностей. В этом случае мы обнаруживаем крайнюю неряшливость, неспособность обращаться с деньгами и т. д. Сильная склонность к накопительству и коллекционированию вещей дополняет список характерологических особенностей анального эротизма. В то время как связь с потребностью организма в эвакуационном функционировании в данном случае очевидна, связь между склонностью к раздумьям и анальным эротизмом остается неясной. Хотя все мы обнаруживаем эту связь с задумчивостью малышей на горшке, трансформацию потребности к дефекации в особое свойство мышления понять затруднительно. Все, что нам стало известно об этом, мы почерпнули из соответствующих статей Фрейда, Абрахама, Джонса.

Есть другие черты характера, которые возникли не из анальных, а из садистских импульсов того же возрастного периода. Компульсивному характеру всегда присущи сильные реакции симпатии и сильное чувство вины. Это не противоречит тому, что иные его черты совсем неприятны людям; более того, в чрезмерном пристрастии к порядку, педантичности и т. д. зачастую находят удовлетворение импульсы ненависти и агрессивности. В соответствии с фиксацией компульсивного характера на анально-садистской стадии развития либидо, эти черты являются реактивными образованиями, направленными против полярных тенденций. Необходимо отметить, что мы можем говорить о компульсивном характере, только когда все эти черты представлены в полной мере, а не в тех случаях, когда человек, скажем, просто отличаясь педантичностью, не проявляет других свойственных компульсивному характеру черт. Если, например, истерический характер проявляет склонность к педантичности или задумчивости, это вовсе не означает, что его надо считать компульсивным характером.

Если перечисленные ниже черты характера являются производными определенных импульсов, то существуют и другие типичные особенности, более сложные по структуре, возникающие в результате взаимодействия различных сил. Среди них —

нерешительность, склонность к сомнениям и недоверчивость. Во внешнем проявлении компульсивный характер заметно *сдержан* и подчинен *самоконтролю*; аффективное реагирование, как негативное, так и позитивное, проявляется без энтузиазма. В экстремальных случаях происходит полное блокирование аффекта. Последние упомянутые нами черты, формальные по своей природе, подводят нас к реальному предмету: динамике и экономике характера.

Сдержанность и уравновешенность в жизни и мышлении сочетается с нерешительностью, тем самым обозначая исходную точку нашего анализа характера. Эти свойства не могут возникнуть из индивидуальных импульсов как содержание черт характера; они накладывают на человека особенный отпечаток. Во время анализа они формируют ядро характерного сопротивления. Клинические исследования показывают, что сомнения, неуверенность и т. д. функционируют как сопротивление анализу и их невозможно устранить, пока не произойдет успешный прорыв блокированного аффекта. Этому вопросу необходимо уделить особое внимание. Мы ограничимся только элементами, касающимися внешней формы, поскольку другие уже хорошо известны, а в случае с этими элементами мы оказываемся на новой территории.

Прежде всего вспомним, что известно о развитии либидо компульсивного характера. Нам известно о центральной фиксации на анально-садистском уровне, то есть в возрасте двух-трех лет. Приучение к туалету начинается слишком рано, что приводит к интенсивным реактивным образованиям, таким, как строгий самоконтроль, уже в очень раннем возрасте. Жесткое приучение к гигиене дефекации вызывает сильное анальное упрямство, которое к тому же мобилизует садистские импульсы. При типичном компульсивном неврозе тем не менее развитие переходит в фаллическую фазу. Активизировавшаяся генитальность вскоре снова отказывается от своих прав, отчасти из-за строгого запрета, наложенного в слишком раннем возрасте, а отчасти — из-за антисексуальной позиции родителей. Генитальность, в соответствии со степенью предыдущего развития анальности и садизма, будет развита в форме фаллически-садистской агрессии.

Нет сомнений, что мальчик будет вытеснять генитальные импульсы тем быстрее, чем больше агрессивности требует его сексуальная конституция и чем больший запрет и чувство вины на ранней фазе своего развития он переживает. Итак, для компульсивного невроза типично, что генитальность вытесняется путем регрессии на раннюю стадию анальных потребностей и агрессии. В так называемом латентном периоде[*], который особенно развит у компульсивного характера, анальные и садистские реактивные образования усиливаются и окончательно формируют характер. На этапе пубертата под влиянием усиливающихся сексуальных влечений процесс повторяется в сокращенной форме. Как правило, появляются первые усиленные садистские импульсы по отношению к женщине (фантазии о насилии, избиении и т. д.), сопровождающиеся чувством аффективной слабости и неполноценности. Они перекрываются нарциссическими компенсациями в форме этических и эстетических реактивных образований. Анальные и садистские фиксации усиливаются или — после непродолжительных и обычно безуспешных попыток генитальной активности — реактивируются, что обуславливает дальнейшее усовершенствование соответствующих реактивных образований. В результате этих глубинных процессов пубертатный период компульсивного характера развивается в типичном направлении. Прежде всего имеет место прогрессирующее выравнивание аффективных реакций, которые неопытному наблюдателю могут показаться хорошими социальными «достижениями», да и сам человек тоже может воспринимать их в том же свете. Но блокирование аффектов сопровождается также чувством внутренней пустоты и острым желанием «начать жизнь сначала». Попытки таких людей в этом направлении часто совершенно абсурдны. Один такой пациент создал очень сложную систему,

[*] Сексуальное развитие детей примитивных племен показывает, что латентный период не биологический феномен, а социальный, обусловленный процессом подавления сексуальности.

согласно которой он собирался решать любые большие и малые задачи в жизни. Все было рассчитано вплоть до мелочей, так, чтобы он смог начать новую жизнь точно в назначенный срок. Поскольку он никогда не был в состоянии выполнить условий, которые сам придумал для своей системы, то каждый раз вынужден был начинать все сначала.

Наилучший объект для изучения нарушений компульсивного характера, имеющих отношение к внешней форме, — блокирование аффекта. Дело вовсе не в пассивности эго, которая имеет место в данном случае, напротив, трудно найти какую-то другую форму характера, при которой анализ выявлял бы столь активную и интенсивную работу сопротивления. Что же в этом случае отводится и какие способы при этом используются? Типичная модель вытеснения в случае компульсивного характера — разобщенность аффектов и идей, что создает ситуацию, в которой очень часто в сознание выходят достаточно запретные темы. Один мой пациент мечтал и открыто говорил об инцесте с матерью, даже о жестком насилии над ней, но при этом сохранял совершеннейшую девственность. Генитальное возбуждение, как и садистское, совершенно отсутствовало. Если анализ такого случая не сопровождается сосредоточением на аффективном блокировании, можно действительно получить подробный материал бессознательного, вероятно, даже появится слабое возбуждение, но никогда не возникнет аффектов, соизмеримых с идеями. Где же они скрываются? То, что не абсорбировано симптомами, можно обнаружить в самом аффективном блоке. В пользу этого предположения говорит тот факт, что, когда происходит успешный прорыв такого блока, аффект спонтанно появляется вновь, как правило, в форме тревоги.

Примечательно, что сначала высвобождаются не генитальные импульсы, а только агрессивные. Верхний слой панциря состоит из энергии агрессии. Что ее связывает? Агрессивная энергия связывается с помощью анально-эротической энергии. Блокирование аффекта представляет собой один из сильнейших спазмов эго, образующий спастическое состояние тела. Вся мускулатура, особенно мышцы таза и тазового дна, плечевого пояса и лица, находятся в состоянии хронической гипертонии. Отсюда — «тяжелая», похожая на маску физиономия компульсивного характера и его физическая неловкость. Эго вбирает сдерживаемые анальные тенденции из вытесненных пластов и использует их для защиты от садистских импульсов. Таким образом, хотя анальность и агрессия вместе входят в бессознательное, они принимают на себя противоположные функции при защите: сдерживаемая анальность используется как защита от агрессивности, а агрессивность — как защита от анальности. Это означает, что мы не сможем высвободить анальную энергию, если не разобьем аффективный блок. Пациент, который всякий раз трижды обращается к богу, прежде чем нажать кнопку звонка перед моей дверью, продолжает сохранять аффект блокированным. Он будто выражает следующее: «Мне бы хотелось убить тебя, но я должен сохранить контроль; поэтому ты можешь... »

Пассивно-фемининный характер тоже отводит свою агрессию с помощью анальных тенденций, но здесь все иначе. Анальность в этом случае функционирует в заданном направлении, выступая как объектно-либидинальный импульс; при компульсивном же характере это — анальное сдерживание, то есть реактивное образование. Соответственно пассивная гомосексуальность компульсивной личности так же не закреплена во внешних проявлениях и не слишком вытеснена, как и в случае пассивно-фемининного характера, который принадлежит истерическому типу.

Как же получается, что анальное сдерживание может настолько сильно проявляться в характере, что пациент становится живой машиной? Это происходит не только из-за анального реактивного образования. Связанный блокированием аффекта садизм представляет собой не только объект защиты, но и способ защиты от анальности. Другими словами, потребность в анальном функционировании тоже отводится с помощью агрессивной энергии. Любое яркое эмоциональное высказывание вызывает в бессознательном старые неразрешенные волнения, так что появляется сознаваемый страх катастрофы, которая произойдет в случае потери самоконтроля. Несложно заметить, что

оно открывает путь сохранившемуся инфантильному конфликту между желанием начать действовать и необходимостью контролировать себя из страха наказания. Точный анализ блокирования аффекта ведет к прорыву в центральный конфликт и смещению соответствующего катексиса на исходную позицию. Надо иметь в виду, что это синонимично разрушению панциря.

От аффективного блокирования можно прийти к аффективной фиксации первых идентификаций и супер-эго: требование самоконтроля, изначально наложенное извне на сопротивляющееся эго, было внутренне принято. Более того, оно стало ригидной, хронической, неизменной моделью реагирования; этого можно добиться, только имея целью вытеснение энергии ид.

Систематический анализ сопротивления приводит к разделению двух разных садистских импульсов, которые заключены в аффективном блоке. Первым, как правило, высвобождается анальный садизм, направленный на то, чтобы бить, лупить ногами, давить и т. д. После того как он проработан, наступает очередь разрушения анальной фиксации; фаллически-садистские импульсы, такие, как удары и уколы, становятся все сильнее и сильнее. Таким образом, регрессия устраняется, и формируется катексис фаллической установки. В этот момент впервые аффективным способом проявляет себя кастрационная тревога, и начинается анализ генитального вытеснения. У людей с компульсивным характером на этой стадии часто вновь возникает старая детская фобия.

Итак, мы обнаружили два пласта вытеснения компульсивного характера: более поверхностный — садистский и анальный и более глубокий — фаллический. Это соответствует обратному направлению процесса регрессии. Ближе к поверхности лежит то, что подверглось регрессии в последнюю очередь; объектно-либидинальные генитальные импульсы подверглись наиболее глубокому вытеснению и были скрыты под пластами прегенитальной установки. Эти структурообразующие отношения проясняют, насколько ошибочными являются попытки заставить пациента через аффект понять слабые проявления генитального объектного влечения прежде, чем проработаны прегенитальные пласты. Если попытаться это сделать, все будет восприниматься прохладно и отвергаться путем сомнений и недоверия.

В связи с этим необходимо сказать несколько слов об амбивалентности и недоверии. Это самое серьезное препятствие, если не суметь с самого начала отделить друг от друга различные импульсы, которые составляют амбивалентность. Амбивалентность представляет собой конфликт между любовью и ненавистью к одному и тому же человеку, на глубинном уровне — подавление либидинального так же, как и агрессивного влечения страхом наказания. Если анализировать все проявления одновременно, без разбора нельзя справиться с амбивалентностью и можно прийти к биологической позиции, то есть неизбежной «предрасположенности» к амбивалентности. С другой стороны, если действовать в соответствии со структурной и динамической позиции, вскоре начнет доминировать ненависть. После того как она будет проанализирована, выкристаллизовываются либидинальные влечения. Лучшим способом разделить амбивалентность на ее составляющие является тщательный анализ недоверия в самом начале работы.

Пожалуй, о наиболее важных чертах компульсивного характера здесь больше сказать нечего.

3. ФАЛЛИЧЕСКИ-НАРЦИССИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР

Термин «фаллически-нарциссический» возник в связи с необходимостью определить форму характера, которая располагается между компульсивным и истерическим характерами. Эти характеры представляют собой резко противоположные формы как по своим проявлениям, так и с точки зрения генезиса. Термин «фаллически-нарциссический характер» или, точнее, «генитально-нарциссический» появился в психоаналитической терминологии в последние годы. Я впервые описал этот тип в статье,

до сих пор еще не опубликованной, содержание которой изложил на заседании Венского психоаналитического общества в 1926 году.

Даже по своему внешнему выражению фаллически-нарциссический характер отличается от компульсивного и истерического. Если компульсивная личность преимущественно сдержанна, депрессивна и контролирует себя, а истерический характер нервозен, подвижен, беспокоен и лабилен, то типичный фаллически-нарциссический характер самоуверен, часто высокомерен, оптимистичен, энергичен и зачастую особенно выразителен. Чем невротичней внутренний механизм, тем более навязчивы модели его поведения. Что касается типа телосложения, то люди с фаллически-нарциссическим характером чаще всего соответствуют атлетическому типу Кречмера. Выражение лица обычно характеризуют жесткие, острые маскулинные черты, но иногда встречаются и феминнные лица, напоминающие девичьи, несмотря на атлетический **габитус**. В повседневном поведении ему не свойственна медлительность, в отличие от пассивно-феминнного характера. Фаллически-нарциссический характер, как правило, надменен, либо холоден и сдержан, либо издевательски агрессивен или даже «ощетинен», по выражению одного из таких пациентов. В объектном поведении, включая и объект любви, нарциссический элемент всегда доминирует над объектно-либидинальным, всегда имеет место примесь более или менее замаскированных садистских склонностей.

Такие люди, как правило, упреждают собственной атакой предполагаемое нападение со стороны других. Их агрессия очень часто выражается не столько в том, что они говорят или делают, сколько в манере говорить и действовать. Людям, которым, по их мнению, не свойственна агрессия, они представляются агрессивными и провоцирующими. Обсуждаемый нами тип стремится достигать лидирующих позиций в жизни и негативно реагирует на необходимость подчиняться, как, например, в армии или других иерархичных организациях, компенсируя такую необходимость превосходством над другими людьми, ниже рангом. Если их тщеславие уязвлено, они реагируют холодной, сдержанной, глубокой депрессией или прямой агрессией. В противоположность другим характерам их нарциссизм выражается не в инфантильной манере, а чрезмерной самоуверенностью, высокомерием и превосходством, несмотря на то что основа их характера не менее инфантильна, нежели у других типов. Сравнив эту структуру со структурой, например, компульсивного характера, можно уви-аеть отличие прегенитального нарциссизма от фаллического. Несмотря на нарциссическую одержимость самим собой, такой характер часто демонстрирует значительные достижения во внешнем мире, и в этом он стоит ближе всех к генитальному характеру, но отличается от него тем, что его действия значительно интенсивнее и экстенсивнее детерминированы иррациональными мотивами. Нет ничего удивительного, что этот тип чаще всего встречается среди атлетов, авиаторов, военных и инженеров. Одной из наиболее важных черт является агрессивная отвага, в то время как компульсивному характеру свойственны осторожная нерешительность, а пассивно-феминнному — избегание опасных ситуаций. Успешная деятельность фаллически-нарциссической личности, как и у генитального характера, в той или иной мере обусловлена храбростью и предприимчивостью, но если у последних эти качества направлены только на достижение успеха, то у первых они выполняют еще и компенсаторную, отклоняющую противоположные влечения функцию.

У фаллически-нарциссического характера в отличие от компульсивного отсутствует реактивное образование против его открыто-агрессивного и садистского поведения. Мы можем заметить, что это агрессивное поведение выполняет функцию защиты. У менее невротичных представителей этого типа социальная деятельность благодаря свободной агрессии сильна, импульсивна, энергична и, как правило, продуктивна. Чем невротичнее характер, тем более странны и односторонни его действия. Отсюда могут возникнуть предпосылки для формирования параноидной системы. По сравнению с компульсивным характером, фаллически-нарциссический действует гораздо смелее и уделяет гораздо меньше внимания деталям.

Фаллически-нарциссические мужчины демонстрируют высокую эективную потенцию, а вот оргастически они импотентны. Презрение к женскому полу, как правило, нарушает взаимоотношения с женщинами. Несмотря на это, такие люди являются чрезвычайно желанными сексуальными объектами, поскольку являют собой очевидную маскулинность. Женщины с таким характером встречаются значительно реже. Явно невротичные формы характеризуются активной гомосексуальностью и клиторной сексуальностью; для тех же, кто более здоров генитально, характерно основанное на физической силе и красоте самоуважение.

Фаллически-нарциссический характер включает в себя почти все формы гомосексуальности, мужской и женской, а также большинство случаев так называемого «морального идиотизма», паранойи и **амбулаторной шизофрении**, множество случаев эритрофобии и явную мужскую садистскую перверсию. Многие плодовитые женщины тоже относятся к этому типу характера.

Теперь — о структуре и генезисе данного типа. Здесь нам необходимо отделить те импульсы, которые прямо удовлетворяются в фаллически-нарциссическом поведении, от тех, которые формируют нарциссический защитный аппарат. Типичный анализ выявляет отождествленние эго с фаллосом, у женщин — фантазии, что у них есть пенис, а также в той или иной мере открытое проявление эго. При эритрофобии этот импульс вытесняется и прорывается в форме сильного невротического чувства стыда и склонности краснеть. Такие случаи близки со случаями фиксации на той фазе детского развития, на которой анально-садистская позиция уже оставлена, а генитальная объектно-либидинальная еще не достигнута и характеризуется горделивой и самовлюбленной концентрацией на собственных гениталиях. Это, однако, недостаточное объяснение. Для фаллически-нарциссической личности характерна не только фаллическая гордость, ей, пожалуй, еще больше присущи мотивы, заставляющие остаться на этой стадии развития.

Гордость за реальный или выдуманный фаллос соседствует с сильной фаллической агрессией. В бессознательном мужчины этого типа пенис не только слуга любви, но и инструмент агрессии и мщения. Это основа его сильной эективной потенции, но в тоже самое время — его неспособности переживать оргазм. История его детского развития периодически выявляет серьезное разочарование, связанное с объектом противоположного пола, разочарование, которое случилось как раз в тот момент, когда предпринималась попытка одержать верх над объектом путем фаллического эксгибиционизма. В случае с мужчинами часто обнаруживается, что мать была сильнее отца, или что отец рано умер, или что-то еще нарушило семейную картину.

Фрустрация генитальной и эксгибиционистской активности на пике их развития значимым человеком, по отношению к которому проявляется генитальная потребность, вызывает идентификацию с этим человеком на генитальном уровне. Так, мальчик откажется от женского объекта и интроецирует его, обратившись к отцу в активной (поскольку она фаллическая) гомосексуальной роли, в то время как мать запомнится только как объект с нарциссическим к нему отношением и импульсами садистского мщения. У таких мужчин сексуальная активность имеет бессознательное значение бесконечного доказательства женщине, что они потентны, и одновременно — значение проникновения и разрушения женщины, а на поверхностном уровне — ее унижения. У фаллически-нарциссических женщин, напротив, ведущий мотив — это мщение мужчине, желание кастрировать его во время полового акта, сделать его импотентом или заставить производить впечатление импотента. Это ни Б коей мере не противоречит сильной сексуальной притягательности, которой обладают такие чрезвычайно эротичные характеры. И эта притягательность оказывает должное воздействие на противоположный пол. Очень часто можно обнаружить невротическую полигамию, активное разочаровывание в партнере и пассивное избегание ситуации покинутости. Иной раз бывает, что нарциссическая сензитивность искажает компенсаторный механизм, эективная потенция становится нестабильной, а пациент отказывается это признать. Чем

сильнее нарушена потенция, тем более неустойчиво общее настроение и тем быстрее сменяют друг друга фазы гипомании и самоуверенности и тяжелой депрессии. Работоспособность в подобных случаях, конечно, тоже значительно нарушается.

Фаллически-эксгибиционистская и садистская установка служит в качестве защиты от противоположных тенденций. Компульсивный характер после генитальной фрустрации регрессирует в более раннюю фазу анальности и там формирует реактивные образования. Фаллический характер не регрессирует. Он остается на фаллической стадии, более того, *он усиливает свои проявления для того, чтобы обеспечить себе защиту от регрессии в пассивность и анальность*. В процессе анализа таких характеров, интенсивное отклонение анальных и пассивных тенденций все больше и больше усиливается и нагнетается. Характер этого типа устанавливается не прямо, а через защиту, которую эго выставляет в форме фаллического садизма и эксгибиционизма. Они представляют резкую противоположность пассивно-фемининному характеру, который отводит свои генитальные импульсы с целью анальной и пассивной капитуляции. Фаллически-нарциссический характер, напротив, отводит анальные и пассивно-гомосексуальные импульсы ради фаллической агрессии. Аналитики часто описывают такие характеры как анальные или пассивно-гомосексуальные. Это неверно. Пассивно-фемининный характер нельзя назвать фаллически-садистским, потому что он отводит фаллические и садистские тенденции. Подобным же образом фаллически-нарциссический характер нельзя считать анально-пас-сивным, потому что ему в одинаковой мере чужды и пассивность, и анальные тенденции. Характер определяется не тем, что он отводит, а выбранным для защиты способом и импульсами, против которых он защищается.

В случае «морального идиотизма», при активной гомосексуальности и фаллическом садизме, равно как и в сублимированных формах (профессиональный атлет, к примеру), защита весьма успешна, и имеет место отвод тенденций пассивной и анальной гомосексуальности, проявляющихся лишь в некоторых преувеличенных чертах. При паранойе отводимые тенденции полностью прорываются в форме бреда. Эритрофобия самым тесным образом связана с параноидной формой этого характера. Подобная форма также часто обнаруживается в истории параноидных шизофреников. Здесь мы имеем дело с симптоматическим прорывом отведенной пассивной и анальной гомосексуальности. Пациент из-за острой кастрационной тревоги отказывается от мастурбации, и тогда сексуальный застой с его вазомоторными проявлениями ослабляет защитные функции эго. Активный гомосексуальный и фаллический садист, напротив, обладает сильными эго-защитами, пока существует эрективное либидинальное удовлетворение. Если же по каким-то причинам оно на какое-то время прекращается, пассивные и анальные тенденции прорываются либо симптоматически, либо незамаскированно и открыто.

Среди фаллически-нарциссических садистских характеров встречаются люди, находящиеся в наркотической зависимости, и особенно алкоголики. Это объясняется не только отводимой гомосексуальностью, но и другой особенностью этого типа, которая тоже возникает из фаллической фрустрации. Рассмотрим случай мужчины. Фрустрация матерью фаллического эксгибиционизма и мастурбации приводит к отождествлению с ней и усилению анальной позиции, от которой мальчик уже отказался, а также к пассивно-фемининному поведению. Этот процесс немедленно вызывает контрдействие: акцентируется фаллически-эксгибиционистская и агрессивная, то есть маскулинная, установка. Однако при отождествлении на фаллическом уровне с женщиной появляется фантазия о пенисе, а собственный фаллос обретает значение женской груди. По этой причине мужчины данного характера в своей сексуальной активности склонны к проявлению пассивной и активной феллации и материнского отношения к молодым мужчинам. Женщины же занимают такую позицию по отношению к более молодым женщинам фемининного типа. При алкоголизме налицо регрессия к оральности, поэтому типичные черты фаллически-нарциссического характера выражены не столь отчетливо.

Между фаллически-нарциссическим и здоровым генитальным характером есть

множество переходных форм (гораздо больше, чем в отношении характеров иного типа) вплоть до серьезных патологических прегенитальных форм наркомании и хронической депрессии. О взаимосвязи гениальности и преступности написано много. Типы, которые при этом подразумеваются, не принадлежат ни к истерическим, ни к мазохистским характерам. Они преимущественно относятся к числу фаллически-нарциссических характеров. Подавляющее большинство известных в истории сексуальных маньяков тоже относятся к людям с таким характером, к примеру Хаарманн и Кюртен, которые пережили слишком тяжелое детское разочарование в любви и позже вымещали свою фаллически-садистскую месть на объектах любви. Лэндрю, Наполеон и Муссолини тоже имели фаллически-нарциссические характеры. Сочетание фаллического нарциссизма, фаллического садизма с одновременной компенсацией пассивных анальных и гомосексуальных влечений свойственно большинству энергичных характеров. Повернется ли такой тип в сторону генитальности или станет известным преступником, зависит от социальной атмосферы и возможности обеспечить выход энергии в сублимированной форме. Другой определяющий фактор — мера генитальной удовлетворенности, которая определяет количество энергии, спускаемой в деструктивные импульсы мести. Эта дифференциация социальных и либидинально-экономических факторов не означает, что неспособность достигнуть генитальной удовлетворенности не зависит от социальных и семейных факторов. По-видимому, при таком типе характера энергия либидо продуцируется сверх нормы, что позволяет существовать более интенсивной агрессии.

Аналитическое лечение фаллически-нарциссического характера — одна из наиболее благодарных задач для терапевта. Поскольку фаллическая фаза в этом случае полностью достигнута и агрессия относительно свободна, установление генитальной и социальной потенции происходит легче, чем при других формах характера. Анализ всегда приходит к успешному завершению, если удается разоблачить фаллически-нарциссическую установку как защиту от пассивно-феминнных тенденций и устранить бессознательное стремление к мести противоположному полу. Если же этого сделать не удается, пациенты сохраняют свою нарциссическую неприступность. Их характерное сопротивление проявляется в агрессивном обесценивании анализа и аналитика практически в неприкрытой форме, нарциссическом неприятии интерпретаций и в отрицании защиты от какой бы то ни было склонности к пассивности и тревоге, и, особенно от положительного переноса. Реактивирование фаллической тревоги возможно только путем активной и последовательной ликвидации реактивных нарциссических механизмов. Поверхностные признаки пассивности и анальных гомосексуальных тенденций не могут быть немедленно прослежены на более глубинных уровнях, поскольку это грозит возникновением абсолютной неприступности.

http://koob.ru

ГЛАВА XI
МАЗОХИСТСКИЙ ХАРАКТЕР

Примечание переводчика на английский язык. Перевод данной главы, опубликованной в 3-м номере *Международного журнала сексуальной экономики и оргонных исследований* за 1944 год, сопровождался следующими комментариями редактора:

Существует несколько причин для того, чтобы выпустить настоящее издание главы из книги Райха «Анализ характера».

Во-первых, повысился интерес к этой книге, а следовательно, и к ее переводу на английский язык, особенно среди психоаналитиков. К сожалению, у нас долгое время не было возможности перевести и опубликовать ее. Издание отдельных глав, вероятно, хоть отчасти удовлетворит возникший интерес.

Во-вторых, иногда бывает полезно оглянуться и отметить исторические связи между сексуальной экономикой сегодня и психоаналитической матрицей, лежащей в ее основании. Данная глава играет чрезвычайно важную роль в истории сексуальной экономики. До своего опубликования в качестве главы в книге данная работа увидела свет как статья в *Международном психоаналитическом журнале* (5. 18, 1932). Это была веха, отмечавшая клиническое опровержение фрейдовской теории инстинкта смерти. Впервые в истории сексуальной патологии на основе клинических исследований были продемонстрированы следующие факты:

а) проявления, которые ошибочно приписывались гипотетическому инстинкту смерти, на самом деле были вызваны специфической формой оргастической тревоги;

б) мазохизм не является инстинктом или влечением в биологическом смысле; это вторичное влечение в сексуально-экономическом смысле, то есть результат вытеснения естественных сексуальных механизмов;

в) таких вещей, как биологическое влечение к неудовольствию, не существует, инстинкта смерти нет.

В последующие годы проблема мазохизма частично разъяснялась многими аналитиками, которые не ссылались на источник. Но никто из них даже не упомянул *центральный* аспект проблемы, то есть *специфически* мазохистское отклонение в функции оргазма, которое выражается в *страхе смерти* или *страхе взорваться.* Таким образом, разрешение проблемы мазохизма остается исключительным достижением сексуальной экономики.

В 1932 году публикация статьи сопровождалась драматическими событиями. Фрейд как редактор *Международного психоаналитического журнала* готов был опубликовать статью только при условии, что он сопроводит ее примечанием, в котором отметит, что Вильгельм Райх написал свою работу, опровергающую теорию инстинкта смерти, «в угоду» коммунистической партии. Видные берлинские аналитики предложили в противовес этому другое условие: статья Райха должна быть опубликована вместе с отзывом. Что и было сделано. Отзыв составил Зигфрид Барнфельд, поместив его в том же номере журнала. В этой статье не было ни слова о проблеме мазохизма, но зато на тридцати страницах рассказывалось о вкладе Вильгельма Райха в марксистскую социологию. Другими словами, хотя клинические открытия и формулировки Райха не подвергались сомнению, была осуществлена попытка дискредитировать его теорию мазохизма, приписав ей политические, эмоциональные мотивы. Однако эта попытка провалилась. Мы предлагаем читателям перевод этой статьи и предоставляем им возможность самим решить, куда ее отнести и что заложено в ее основу — клиника или политика и философия.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что сексуально-экономическое рассмотрение проблемы мазохизма равнозначно клиническому опровержению теории инстинкта смерти и представляет собой выдающийся шаг вперед в понимании неврозов. Благодаря теории

Райха становится очевидным, что человек страдает не потому, что в него заложено неизменное «биологическое желание страдать», не из-за инстинкта смерти, а из-за того катастрофического воздействия, которое социальные условия оказывают на биопсихический аппарат. Отсюда вытекает потребность критики социальных условий, вызывающих неврозы, — потребность, которая опровергает гипотезу о биологической природе стремления к страданию.

Сексуально-экономическое решение проблемы мазохизма открывает дорогу к биологической основе невроза. Именно специфический мазохистский страх «взорваться» помог понять функционирование вегетативного аппарата жизнедеятельности (см. «Функция оргазма», 1942).

Выход в свет перевода этой работы не менее уместен, чем первая ее публикация, состоявшаяся двенадцать лет назад. Данное издание показывает природу определенных видов так называемого научного критицизма: из того, что было напечатано двенадцать лет назад против райховской теории мазохизма, сегодня не публикуется ничего. Этот вид аргументации никогда не имел рациональной основы и принадлежит прошлому, которое мертво. — T. P. W.

1. РЕЗЮМЕ

До Фрейда сексология преимущественно ориентировалась на убеждение, что мазохизм представляет собой особую инстинктивную склонность получать удовольствие, страдая от физической или моральной боли. Поскольку ощущения боли порождает неудовольствие, центральной проблемой был вопрос, как же получается, что к неудовольствию можно стремиться и даже получать от него удовлетворение. Использование технических терминов было лишь уловкой; понятие «алголагния» это не что иное, как завуалирование факта попытки извлечь удовольствие от боли или оскорблений. Многие достаточно близко подходили к истине, предполагая, что получение побоев является не конечной целью, а только звеном в переживании приятного самоунижения (Краффг-Эбинг). Тем не менее фундаментальное положение было следующим: то, что нормальный человек переживает как неудовольствие, мазохист переживает как удовольствие или, во всяком случае, как источник удовольствия.

Психоаналитическое исследование скрытого содержания и динамики мазохизма породило поток новых прозрений. Фрейд обнаружил, что мазохизм и садизм не формируются отдельно друг от друга, что одно никогда не существует без другого. Мазохизм может оборачиваться садизмом и наоборот. Существует диалектическая - детерминированная переходом от активности к пассивности — противопоставленность, в то время как подоплека остается прежней[*]. Фрейдовская теория развития либидо выделяет три главные стадии детской сексуальности: оральную, анальную и генитальную. Первые признаки садизма проявляются в анальной фазе. Исследуя эту теорию, можно сделать вывод, что каждая стадия сексуального развития имеет соответствующую форму садистской агрессии. Исследуя эту проблему, я пришел к заключению, что все три формы садистской агрессии являются реакцией на фрустрацию определенной части импульса. В соответствии с этим садизм каждого уровня развития возникает как смесь деструктивного, направленного против фрустрирующего человека импульса с соответствующей сексуальной потребностью[**]: фрустрация сосания — деструктивная тенденция, кусание: *оральный садизм;* фрустрация анального удовольствия — желание раздавить, затоптать, избить: *анальный садизм;* фрустрация генитального удовольствия — желание пронзить, проколоть, проткнуть: *фаллический садизм.* Эта концепция полностью гармонирует с исходной формулировкой Фрейда о том, что сначала развивается деструктивная тенденция, направленная во внешний мир (обычно в результате фрустрации), а затем, когда она тоже начинает удерживаться фрустрацией и страхом наказания, она

[*] Freid, Triebe und Triebschicksale, Ges. Sehr., Bd. V, p. 453, 1926, 427.
[**] Reich, W., Ueber die Quellen der neurotischen Angst, Int. Zeitschr. f. Psa., 11.

оборачивается против себя. Садизм, направленный на себя, становится мазохизмом; супер-эго, фрустрирующий объект, требования, которые общество предъявляет эго, становятся наказывающей инстанцией (сознанием). Чувство вины, сопровождающее деструктивный импульс, вступает в конфликт с любовью.

Позже Фрейд счел эту концепцию мазохизма вторичным образованием. Он заместил ее противоположным понятием, суть которого заключалась в том, что садизм — это мазохизм, направленный во внешний мир. Фрейд пришел к заключению, что существует первичная биологическая тенденция к саморазрушению: первичный или эрогенный мазохизм. Первичный мазохизм был представлен как выражение биологического инстинкта смерти, основанного на процессе диссимиляции каждой клетки организма. Эта концепция позже превратилась в понятие об инстинкте смерти, антагонисте эроса.

Сторонники этой теории, опираясь на процесс диссимиляции, вновь и вновь стараются обосновать свои взгляды. Но попытки эти неубедительны. Не так давно была опубликована статья*, заслуживающая внимание, поскольку автор подходит к проблеме с клинической точки зрения и пытается привести аргументы из области физиологии, которые на первый взгляд выглядят вполне убедительными. Бенедек основывает свою аргументацию на открытиях биолога Эренберга, который обнаружил, что даже у простейших существуют противоположно направленные процессы. Определенные процессы в протоплазме приводят не только к ассимиляции пищи, но и к осаждению ранее растворенной субстанции. Это начальное образование структуры необратимо — растворенная субстанция затвердевает. То, что ассимилируется, — живет; то, что возникло помимо ассимиляции, — изменяет клетку, делает ее структуру более высокой и, начиная преобладать в определенной точке, перестает быть жизнью, это уже смерть. Если вспомнить о затвердении сосудов в преклонном возрасте, то в выстроенной теории можно найти определенную логику, но не подтверждение наличия стремления к смерти, инстинкта смерти. То, что затвердело и стало неподвижным, препятствует жизни и ее кардинальной функции: смене напряжения и расслабления при удовлетворении голода и сексуальных потребностей. Но это нарушение жизненного процесса совершенно противоположно тому, что характеризует инстинкт. Ригидность нарушает ритм напряжения и не позволяет наступить расслаблению, чтобы нам увидеть в этом процессе инстинкт, придется вообще изменить наше представление о нем.

Кроме того, если тревога подразумевает выражение «высвобождения инстинкта смерти», то неплохо было бы объяснить, как «твердые структуры» могут стать свободными. Бенедек сама говорит, что структуру, ставшую ригидной, можно считать враждебной по отношению к жизни только в том случае, когда она преобладает и препятствует жизненным процессам.

Бенедек полагает, что процесс формирования структуры синонимичен инстинкту смерти, а тревога соответствует внутреннему восприятию этого усиливающегося затвердения, то есть смерти. Из этих утверждений можно было бы сделать вывод, что дети и подростки не испытывают никакой тревоги, а пожилые люди испытывают ее беспрерывно. Однако все как раз наоборот: тревога наиболее ярко проявляется, когда возрастает сексуальность (то есть когда ее подавляют в определенные периоды жизни). Согласно этой концепции, мы должны обнаружить страх смерти и у сексуально удовлетворенного индивида, поскольку он является субъектом тех же процессов биологической диссимиляции, что и сексуально неудовлетворенный.

Исследуя фрейдовскую теорию актуальной тревоги, я пришел к модификации исходной формулы, согласно которой тревога возникает благодаря конверсии либидо. Я считаю, что тревога — это проявление того же возбуждения вазовегетативной системы, которое переживается сенсорной системой как сексуальное удовольствие**.

---

* Therese Benedek, Todestneb und Angst., Int. Zeitschr. f. Psa., 17, 1931.

** Reich, Die Funktion des Orgasmus, 1927, p. 63 ff.

Клинический опыт показывает, что тревога — это не что иное, как ощущение давления («angustiae»), застоя; страхи (мысли об опасности) становятся аффективной тревогой только при наличии такого застоя. Если позже на это накладывается социальное ограничение сексуального удовлетворения, ускоряющее процесс формирования структуры (умирания), это вовсе не означает, что тревога — результат данного процесса, а только демонстрирует вредный эффект, который оказывает на жизнь отрицающая секс мораль.

Изменение концепции мазохизма автоматически влечет за собой изменение этиологической формулы невроза. Исходная концепция Фрейда заключалась в том, что психическое развитие происходит в конфликте между инстинктом и внешним миром. Теперь концепция сформулирована так: психический конфликт является результатом конфликта между эросом (сексуальностью, либидо) и инстинктом смерти (инстинкт саморазрушения, первичный мазохизм).

Ключевым моментом для возникновения этого предположения стал необычный клинический факт: определенные пациенты как будто не хотят избавляться от страданий и стараются сохранить болезненные ситуации, что противоречит принципу удовольствия. Возможно, существует скрытое внутреннее намерение сохранить страдание и переживать его вновь и вновь, но вопрос заключается в следующем: является ли «воля к страданию» врожденным биологическим стремлением или вторичным психическим образованием? Возможно, существует потребность в наказании, которая удовлетворяет требования бессознательного чувства вины путем нанесения себе вреда. После публикации *«По ту сторону принципа* Довольствия» психоаналитики, возглавляемые Александером, Рей-ком, Нанбергом и другими, сами того не сознавая, изменили формулу невротического конфликта*. Если раньше считалось, что невроз возникает в результате конфликта между инстинктом и внешним миром (либидо — страх наказания), то теперь психоаналитики утверждают, что невроз возникает в результате конфликта между инстинктом и потребностью быть наказанным (либидо -желание быть наказанным). Эта концепция, основанная на новой гипотезе противопоставленности эроса и инстинкта смерти, заставляет значимость фрустрирующего и наказывающего внешнего мира все больше и больше отступать на задний план. Теперь на вопрос, откуда берется страдание, можно получить ответ: из биологического желания страдать, из инстинкта смерти и потребности получить наказание. Это заставляет забыть о том, что существовал точный ответ: страдание возникает из внешнего мира, из фрустрирующего общества. Данное утверждение блокировало путь социологическому подходу, которому ничто не препятствовало при исходной формулировке психического конфликта. Теория инстинкта смерти, биологической потребности в саморазрушении приводит к философии культуры, подобно той, что представлена во фрейдовском *«Беспокойстве в культуре»:* философии, утверждающей, что человеческие страдания неизбежны, потому что невозможно преодолеть самодеструктивные тенденции. Первоначальная же концепция психического конфликта фактически критикует социальное устройство.

Перемещая источник страдания из внешнего мира общества во внутренний мир, мы получаем конфликт с исходным принципом аналитической психологии — принципом удовольствия-неудовольствия. Это базовый закон психического аппарата, согласно которому человек борется за удовольствие и старается избежать неудовольствия. В соответствии с исходными психоаналитическими концепциями этот принцип детерминирует психическое развитие и психические реакции. Принцип реальности не

* Теория инстинкта смерти доминирует в современной психоаналитической литературе. Фрейд в прежние годы назвал эту теорию гипотезой, которая возникла вне клинического опыта. В *«По ту сторону принципа удовольствия»* он писал, что «надо быть готовым оставить когда-то избранный путь, если он не ведет ни к чему хорошему». Несмотря на эти наставления, гипотеза выросла в клиническую «теорию»; она не только не стала данностью, она не привела ни к чему хорошему. Многие аналитики даже утверждают, что они направленно исследуют инстинкт смерти.

противоречит принципу удовольствия, он просто означает, что реальность предполагает необходимость отсрочки или отказа от определенного удовольствия. Два этих «принципа функционирования психики», как их назвал Фрейд, могут быть валидными до тех пор, пока валидна исходная формулировка мазохизма, то есть пока мазохизм считается сдерживаемым садизмом, направленным против самого себя. Таково объяснение мазохизма в рамках принципа удовольствия, но вопрос о том, как страдание может стать источником удовольствия, все еще остается невыясненным. Это противоречит функции удовольствия. Можно представить, как неудовлетворенное и запрещаемое удовольствие способно обернуться неудовольствием, но не наоборот. Итак, утверждение, что мазохизм состоит в переживании неудовольствия как удовольствия, бессмысленно.

Большинство психоаналитиков полагают, что гипотеза о «навязчивом повторении» вполне приемлема для решения проблемы страдания, и это же понятие удивительно сочетается с теорией инстинкта смерти и потребности в наказании. Правда, это было более чем сомнительное утверждение. Во-первых, оно противоречило принципу удовольствия. Во-вторых, ввело в теорию принципа удовольствия-неудовольствия, имевшую хорошее клиническое обоснование, несомненный метафизический элемент, гипотезу, которая не только не была доказана, но и недоказуема вообще, а кроме того, нанесла ущерб аналитической теории. Предположение состояло в том, что существует биологическая склонность к навязчивому повторению ситуаций неудовольствия. Принцип навязчивого повторения сам по себе ничего не значит, поскольку это лишь термин, а вот формулировка принципа удовольствия-неудовольствия основана на физиологических законах напряжения и расслабления. Пока навязчивое повторение интерпретируется как правило, гласящее, что каждый инстинкт стремится к восстановлению состояния релаксации и как компульсивное стремление снова пережить удовольствие, ничего возразить нельзя. В этой форме концепция была ценным уточнением нашего понятия механизма напряжения и расслабления. Но если рассуждать таким образом, то навязчивое повторение полностью находится в рамках принципа удовольствия; более того, принцип удовольствия объясняет компульсивное повторение переживания. В 1923 году я еще довольно неуверенно истолковал инстинкт как характеристику удовольствия, которое должно повторяться[*].

Однако был еще принцип навязчивого повторения, выходящий за рамки принципа удовольствия, который имел особое значение для теории психоанализа; этот принцип использовался при попытке объяснить феномен, который не удавалось объяснить принципом удовольствия. Но получить клинические доказательства навязчивого повторения как врожденной склонности для того, чтобы объяснить многие еще не замеченные и неистолкованные проблемы, было невозможно. Аналитики пришли к предположению о супериндивидуальном навязчивом «принуждении» («ananke»), но в нем не было необходимости для объяснения борьбы за восстановление состояния покоя, так как функционирование либидо, направленное на расслабление, полностью эту борьбу объясняло. Релаксация есть не что иное, как восстановление исходного состояния покоя, что и подразумевается в концепции инстинкта. Кстати, вывод о биологической борьбе за смерть тоже становится излишним, если вспомнить, что при физиологической инволюции организма постепенное умирание начинается, когда дает сбой функция сексуального аппарата, источника либидо. Умирание, таким образом, это прекращение функционирования витального аппарата.

Такова клиническая проблема мазохизма, которая ждала своего разрешения и породила ошибочное предположение, что основой невротического конфликта являются инстинкт смерти, навязчивое повторение и потребность в наказании. В противовес Александеру[**], который основывает на этих заключениях всю теорию личности, я

[*] Reich, W., Zur Trieb-Energetik, Zeitschr. f. Sexualwissenschaft, 1929.

[**] Reich, W., Strafbedurfnis und neurotischer Prozess. Kritische Bemerkungen zu neueren Auffassungen des Neurosenproblems, Int. Zeitschr. f. Psa. 13, 1927.

придерживаюсь исходной теории мазохизма как единственно возможного объяснения. Правда, я пока не могу ответить на витающий в воздухе вопрос о том, как можно стремиться к неудовольствию и как оно может обернуться удовольствием. Еще более неудовлетворительно заключение Садгера относительно эрогенного мазохизма, особой диспозиции ягодичного и кожного эротизма при восприятии неудовольствия и удовольствия. С какой стати ягодичный эротизм плюс боль будут восприниматься как удовольствие? И почему мазохист переживает как удовольствие то, что другие, когда их бьют по каким-то эрогенным зонам, переживают как боль и неудовольствие? Фрейд разгадал часть этой загадки, когда увидел за фантазией «ребенок, получающий побои» исходную ситуацию, приносящую удовольствие, — «бьют не меня, а моего соперника». Тем не менее вопрос о том, почему побои могут сопровождаться ощущением удовольствия, остается в силе. Все мазохисты говорят, что фантазия об истязании или непосредственные побои вызывают удовольствие и что только так им удается получить сексуальное удовлетворение или сексуальное возбуждение.

Годы изучения пациентов-мазохистов не дали путеводной нити, но, когда я начал сомневаться в точности и правдивости заявлений моих пациентов, потихоньку забрезжил какой-то свет. Удивительно, что мы так мало понимали в анализе переживания удовольствия как такового, несмотря на десять лет аналитической работы. Точный анализ функции удовольствия выявил факт, который сначала смутил, а затем неожиданно объяснил сексуальную экономику и специфическую основу мазохизма. Оказалось, что заявление «мазохист переживает неудовольствие как удовольствие» было ошибочным. Мазохист хочет получить удовольствие точно также, как другие люди, но, поскольку он имеет специфический (искажающий) механизм удовольствия, это стремление не получает нормального удовлетворения, в результате человек испытывает удовольствие, когда неприятные ощущения достигают определенной интенсивности. Мазохист далек от того, чтобы стремиться к неудовольствию, он страдает особой нетерпимостью к любому виду психического напряжения, и проявление неудовольствия в этом случае гораздо сильнее, чем при любом другом типе невроза.

Говоря о проблеме мазохизма, я приму за точку отсчета не мазохистские извращения, как обычно бывает, а характерную реактивную основу. Я буду использовать в качестве иллюстрации историю болезни пациента, лечившегося у меня почти четыре года и разрешившего вопросы, на которые другие пациенты не получили ответы. Для них все прояснилось ретроспективно, благодаря результатам данного случая.

2. ПАНЦИРЬ МАЗОХИСТСКОГО ХАРАКТЕРА

Лишь очень небольшое число людей с мазохистским характером подвержено мазохистским извращениям. Сексуальную экономику мазохиста можно понять, только поняв его характерные реакции. Поэтому в представляемом мною случае мы проследуем путем, которым проходит всякий психоаналитический курс лечения, если необходимо сделать нечто большее, чем просто объяснить случай теоретически, и если необходимо установить примат генитальности с оргастической потенцией.

Всякое характерное образование выполняет две функции. Во-первых, оно образует панцирь, который защищает эго от внешнего мира и внутренних инстинктивных потребностей; во-вторых, экономика обеспечивает абсорбирование излишней сексуальной энергии, которая образуется в результате сексуального застоя или, другими словами, удерживает эту энергию от проявления в виде тревоги. Хотя это в равной мере относится к любой характерной формации, при различных формах невроза разнятся и формы, в которых эти Функции выполняются. Каждый тип характера вырабатывает свои собственные механизмы. Конечно, недостаточно знать основные функции характера (защитную и предупреждающую тревогу), необходимо выяснить, насколько рано и каким образом характер начал выполнять эти функции. Поскольку характер абсорбирует большую часть либидо (и тревоги), поскольку далее наша задача состоит в

высвобождении значительного количества сексуальной энергии от хронической фиксации в характере и в предоставлении ее генитальному аппарату и процессу сублимации, анализ характера приводит нас к корню функции удовольствия.

Давайте перечислим важные черты мазохистского характера, которые, кстати, представлены индивидуально во всех невротических характерах. Эти черты формируют мазохистский характер только в том случае, если присутствуют все вместе, только когда они являются ключевым моментом личности и ее типичных реакций. Вот эти черты: субъективное хроническое ощущение страдания, которое объективно представлено тенденцией жаловаться; хроническая склонность к нанесению себе вреда и самоуничижению (моральный мазохизм); навязчивое стремление мучить других, которое заставляет пациента страдать не меньше, чем объект его действий. Все мазохистские характеры демонстрируют специфическую неловкость поведения, это касается как их манеры держаться, так и взаимодействий с другими людьми, причем довольно часто это выражено столь отчетливо, что производит впечатление умственной неполноценности. Вместе с перечисленными могут присутствовать и другие особенности, но эти — типично мазохистские.

Важно помнить, что этот характерно-невротический синдром иногда может быть очевидным с первого взгляда, но в большинстве случаев он внешне замаскирован.

Как и любая характерная позиция, мазохистская проявляется не только в межличностных взаимоотношениях, но и во внутренней жизни человека. Установки, которые изначально были привязаны к объектам, сохраняются по отношению к интроецированным объектам, к супер-эго. Как правило, это важный решающий момент. То, что исходно было внешним, а затем интернализовалось, необходимо снова экстернализовать в ситуации переноса: в трансферентном процессе повторяется то, что требовалось в детстве при взаимоотношениях с объектом.

Пациент, случай которого я намерен привести здесь, обратился к аналитику со следующей жалобой: с шестнадцатилетнего возраста он практически был неспособен работать и не имел никаких социальных интересов. С сексуальной точки зрения налицо было тяжелое мазохистское извращение. Он никогда не вступал в половой акт, но каждую ночь часами мастурбировал, используя при этом типичный для прегенитальных либидинальных структур способ. Он катался по кровати, воображая, что мужчина или женщина избивают его хлыстом, и стискивал рукой свой пенис. Таким образом, он мастурбировал не как генитальный характер, который индуцирует сексуальное возбуждение более или менее регулярными фрикциями. Вместо этого он стискивал пенис, зажимал его между ног или катал между ладонями. *Когда приближался момент эякуляции, он откидывался назад и ждал, пока не стихнет возбуждение, чтобы можно было все начать сначала.* Так он мастурбировал ночи напролет, иногда делал это и днем, пока не начинал чувствовать себя совершенно изнуренным и наконец не разрешал себе эякулировать. Эякуляция не представляла собой ритмичные толчки: семя просто выливалось наружу. После этого он чувствовал себя измученным, словно налитым свинцом, неспособным ничего делать, подавленным, «мазохистом». Ему с огромным трудом удавалось вытащить себя утром из кровати. Несмотря на очень сильное чувство вины, он не мог остановить это «ленивое пребывание в постели». Все это он назвал впоследствии «мазохистским болотом». Чем больше он восставал против этого, тем меньше удавалось ему выйти из «мазохистского настроя», напротив, он все глубже погружался в него. В то время, когда он начал лечение, описанный вид сексуальной жизни продолжался уже несколько лет. В результате все его существо и эмоциональная жизнь находились в бедственном состоянии.

Первое впечатление, которое он произвел на меня, состояло в том, что этот человек едва способен, даже собрав всю свою волю, удержать себя и не рассыпаться. Отчасти это прикрывалось очень утонченным и уравновешенным поведением; он рассказывал о своем желании стать математиком. Во время анализа это желание предстало как хорошо

разработанный грандиозный замысел. Годами он бродил в одиночестве по лесам Германии, обдумывая математическую систему, которая позволила бы вычислить и изменить весь мир. Такая поверхностная компенсация быстро рухнула в процессе анализа, когда я показал ему, какова ее функция. Она выполняла функцию противодействия чувству абсолютной бессмысленности, которое, сочетаясь с мастурбацией, переживаемой как «грязь» и «болото», постоянно воспроизводилось. «Математик», символ чистого ученого и асексуального индивида, должен был сокрыть «человека из болота». Здесь не играет роли тот факт, что пациент производил довольно сильное впечатление ранней шизофрении гебефренического типа. В данном случае важно только то, что «чистый» математик был защитой от ощущения «грязи», которое возникало в связи с анальным типом мастурбации.

Разрушив поверхностную маску мазохистской установки, мы увидели ее целиком. Каждая наша встреча начиналась с жалобы. Это была откровенная мазохистская провокация инфантильного типа. Когда я просил его уточнить или объяснить что-то, он старался свести на нет эти мои попытки, начиная выкрикивать: «Я не буду, не буду, не буду!» В связи с этим мы обнаружили, что, когда ему было четыре или пять лет, он пережил фазу чрезвычайно сильной озлобленности с приступами, во время которых он кричал и бился. Достаточно было малейшей провокации, чтобы начался такой приступ, который приводил его родителей в отчаяние, делал их беспомощными и очень злил. Временами эти приступы могли продолжаться целый день, пока не оканчивались полным изнеможением. Позже мой клиент понял, что эта фаза озлобленности «возвестила» его мазохизм.

Первая фантазия об истязании относилась приблизительно к семилетнему возрасту. Он не только воображал себе, что его зажали между колен и лупят, но часто приходил в ванную комнату, запирался в ней и пытался отстегать сам себя. Приблизительно на втором году анализа проявилась сцена, которая относилась к трехлетнему возрасту и, несомненно, была травматичной. Он играл в саду и испачкал штанишки. Поскольку в доме были гости, его отец -психопат и садист — пришел в ярость, втащил его в дом и бросил на кровать. Мальчик немедленно перевернулся на живот в ожидании порки, испытывая при этом сильное любопытство, смешанное с тревогой. Хотя удары были сильными, мальчик чувствовал облегчение: типичное мазохистское переживание, которое случилось с ним впервые.

Доставляли ли истязания удовольствие? Дальнейший анализ показал, что он ожидал чего-то гораздо худшего. Он так быстро повернулся на живот для того, чтобы защитить от отца свои гениталии[*], и по этой причине переживал удары по ягодицам как великое облегчение; они были безвредными по сравнению с предполагаемой угрозой гениталиям, и это заметно снизило его тревогу.

Для того чтобы понять мазохизм как целое, необходимо ясно представлять себе этот базовый механизм. Мы забежали вперед, поскольку в нашей истории это стало понятно только по прошествии полутора лет работы, а до тех пор мы тратили время на бесплодные попытки преодолеть мазохистские реакции злости пациента.

После этого пациент следующим образом дополнил свое описание поведения при мастурбации: «Как будто в меня ввинчиваются винты, от спины к животу». Я подумал, что это зачатки фаллической сексуальности, но вскоре обнаружил, что это защитное действие. *Пенис необходимо было защитить: лучше терпеть удары по ягодицам, чем угрозу пенису.* Этот базовый механизм определял также и роль фантазии об истязании. *То, что позже стало мазохистским желанием, изначально было страхом наказания.* Мазохистские фантазии об истязании, таким образом, в облегченной форме предвосхищают гораздо более тяжкое наказание. Утверждение Александера о том, что,

[*] Этот механизм подчеркивался Фрейдом в статье «*Das ekonomische Problem des Masochismus*» *(Ges. Sehr., Y, p. 378).* Клиническое исследование этого механизма не подтвердило гипотезу о врожденности мазохизма, а напротив, опровергло ее.

удовлетворяя потребность в наказании, человек пробивается к сексуальному удовольствию, надо было соответственно интерпретировать. Мазохист не наказывает себя для того, чтобы умилостивить или «подкупить» супер-эго, после чего можно было бы пережить удовольствие, не испытывая тревоги. Скорее, он стремится к удовлетворяющей деятельности так же, как и другие люди, *но в нее вмешивается страх наказания.* Мазохистское самонаказание не представляет собой исполнение страшного наказания, а является его смягченным вариантом. Это своего рода защита от наказания и тревоги. Часть этого механизма составляет пассивно-феминнное отношение к наказывающей персоне, которую часто можно обнаружить у мазохистских характеров. Наш пациент, по его словам, однажды предлагал свои ягодицы для битья. На самом деле желание быть избитым являлось представлением себя в качестве женщины (в смысле фрейдовской интерпретации фантазии о пассивной роли при избиении, которая заменяет пассивно-феминнное влечение). Немазохистский пассивно-феминнный характер исполняет функцию защиты от угрозы кастрации с помощью обычной анальной установки, не добавляя к ней фантазии об истязании для того, чтобы отвести тревогу.

Это напрямую подводит нас к вопросу, возможно ли стремление к неудовольствию. Давайте отложим его обсуждение до тех пор, пока анализ характера данного пациента не предоставит нам необходимую основу для такой дискуссии.

В процессе анализа совершенно открыто и неудержимо реактивировалась инфантильная фаза злобы пациента. Около шести месяцев продолжался анализ приступов рыданий, что в результате дало полное устранение такого типа реагирования. Вначале было нелегко побудить пациента реактивировать эти злобные действия его детства. Его реакции были подобающими «чистому» человеку, гению математики, который не мог позволять себе подобного. Однако это было неизбежно. Если этот пласт характера был бы разоблачен как защита от тревоги и выделен, он мог бы впервые реактивироваться в полной мере. Когда пациент впервые начал свое «я не буду», я попытался интерпретировать, но он полностью проигнорировал мои попытки. Поэтому я стал имитировать пациента: давая интерпретации его по-ведения, я тут же сам добавлял: «Я не буду». Однажды он прореагировал внезапными непроизвольными движениями, начав бить по кушетке ногами. Я ухватился за эту возможность и попросил его, чтобы он полностью «дал себе волю». Сначала он не мог понять, как это кто-то может провоцировать его на что-то подобное. Но постепенно он все сильнее и сильнее стал колотить по кушетке и метаться по ней, его поведение обернулось эмоциональными громкими злобными криками и неартикулированными животными воплями. Особенно яростный приступ произошел однажды, когда я сказал ему, что его защита от отца была только маской, прикрывавшей сильную ненависть к нему. Я не колеблясь предположил, что у этой ненависти достаточно рационального оправдания. После этого его действия переросли почти в драку. Он вопил так, что находящиеся в доме люди испугались. Но это был единственный путь к его глубинным эмоциям; только так он мог полностью и аффективно разрядить свой инфантильный невроз, чего не удавалось сделать в форме воспоминаний. Снова и снова предоставлялась возможность углубить понимание его поведения. Смысл его состоял в грандиозной провокации в адрес взрослых и, в условиях переноса, в мой адрес. Но оставался вопрос, почему он провоцирует.

Другие пациенты-мазохисты пытались спровоцировать аналитика типичным мазохистским молчанием. Наш пациент делал это, прибегая к инфантильным реакциям злобы. Прошло немало времени, пока мне удалось добиться его понимания того, что эта провокация была попыткой заставить меня проявить строгость и привести меня в ярость. Но это был лишь поверхностный смысл его поведения. Если более глубинный смысл часто ускользает из поля зрения, то это происходит из-за ошибочной уверенности, будто мазохист, пытаясь удовлетворить свое чувство вины, ищет наказания в себе самом. В действительности дело вовсе не в наказании, а в том, чтобы выставить аналитика или его прототип, то есть родителя, в плохом свете, спровоцировав его на поведение, которое

рационально оправдывалось упреком: «Видишь, как ты плохо обращаешься со мной». Эта провокация во всех без исключения случаях представляет собой одну из первых значительных проблем мазохистского характера. Не раскрыв ее смысл, не продвинешься дальше ни на шаг.

Каков смысл провоцирования аналитика, осуществляемого так, чтобы выставить его в плохом свете? Он заключается в следующем: «Ты — плохой, ты меня не любишь, напротив, ты жесток по отношению ко мне, и я прав, ненавидя тебя». Оправдание ненависти и ослабление чувства вины с помощью этого механизма, однако, лишь промежуточный процесс. Действительно, если допустить, что чувство вины и потребность в наказании есть проявление биологического инстинкта смерти, то можно склониться к уверенности, что объяснением рациональности ненависти и провокацией объекта можно нажать красную кнопку взрыва. Но главная проблема мазохистского характера состоит не в чувстве вины и не в потребности быть наказанным независимо от того, насколько представляется это важным. Почему же мазохист старается выставить объект своих отношений в черном свете?

За провокациями скрывается глубокое разочарование в любви. Провокация направлена как раз на те объекты, которые послужили причиной этого разочарования, то есть объекты, которые мазохист очень любит и которые на самом деле разочаровали или недостаточно удовлетворили любовь ребенка. Актуальное разочарование мазохистского характера усиливается столь высокой потребностью в любви, что ее на самом деле удовлетворить невозможно, она вызывается специфическими внутренними причинами, о чем мы поговорим несколько позже.

По прошествии некоторого времени пациент убедился, что ему не привести меня в ярость, но продолжал вести себя по-прежнему, правда по другой причине. Теперь ему доставляло явное удовольствие «давать себе волю». Его отыгрывание становилось помехой: он часами брыкался, колотил ногами и вопил. Теперь я мог показать ему, что его провоцирование исходно служило второй цели, а именно: продемонстрировать мне, как далеко он может зайти со своими бессмысленными действиями, пока я буду избегать проявления любви и применения наказания. Он убедил себя, что ему незачем бояться, что он может напрасно тратить время и за этим не последует наказания. Такое бессмысленное поведение показало, что страх наказания необоснован и оно было лишь источником удовольствия. Я старательно искал выход, но не мог ничего поделать с его желанием получить наказание. В то же время пациент без конца жаловался на свое состояние, на «болото», из которого он не мог выбраться, подразумевая, что я не помогаю ему в этом. Он продолжал мастурбировать тем же способом, и это ежедневно погружало его в «болотное» настроение, которое он проявлял в своих жалобах, то есть в замаскированных упреках При таком положении вещей анализ не мог прогрессировать. Запрет на реакцию злости был недопустим — это могло все остановить. Поэтому я начал демонстрировать ему его отражение. Когда я открывал дверь, он стоял передо мной с изможденным лицом, в позе полной подавленности. Я стал имитировать его позу. Я начал пользоваться его инфантильным языком, я ложился на пол, лупил ногами и кричал так же, как он. Сначала он был удивлен, но однажды начал смеяться совершенно по-взрослому и совершенно не невротично. Прорыв, хотя и временный, произошел. Я продолжал проделывать то же самое, пока он сам не начал анализировать ситуацию.

Каков был смысл провокации? Это был его способ требования любви, именно таков способ всех мазохистских характеров. Ему требовались доказательства любви, которые снизили бы его тревогу и внутреннее напряжение, чем больше его извращенная мастурбация усиливала напряжение, тем интенсивнее были эти требования. Чем сильнее было его ощущение «болота», тем интенсивнее становилась его мазохистская установка, то есть требование любви. Но почему же это требование выражалось таким неопределенным, замаскированным образом? Почему он противился всякой интерпретацией своей привязанности? Почему он продолжал жаловаться?

Его жалобы имели следующие смысловые пласты, соответствующие генезису мазохизма: «Посмотри, какой я несчастный, пожалуйста, люби меня!», «Ты недостаточно любишь меня, ты плохо со мной обходишься!», «Ты должен любить меня, я заставлю тебя или даже буду досаждать тебе!». Мазохистское истязание, мазохистская жалоба, провокация и страдание объясняются исходя из фрустрации (фантазийной или актуальной) требования чрезмерной и невыполнимой любви. Этот механизм — специфически мазохистский, он не встречается ни при каких других формах невроза, а если встречается, то в характере человека можно обнаружить присутствие мазохистского элемента.

Каков смысл чрезмерного требования любви? Ответ дает анализ *предрасположенности к тревоге,* присущей мазохистскому характеру. Поведение мазохиста и его требование любви всегда усиливают степень неприятного напряжения, готовности к тревоге или страха потерять любовь. Типичная особенность мазохистского характера — избегать тревоги, желая при этом быть любимым. Подобно тому как жалобы маскируют требование любви и провокацию попытки ее форсировать, весь мазохистский характер представляет собой безуспешную попытку освободиться- от тревоги и неудовольствия. Безуспешную, потому что, несмотря ни на какие попытки, он никогда не избавится от внутреннего напряжения, которое постоянно грозит обернуться тревогой. Чувство страдания соответствует реальному постоянному сильнейшему внутреннему напряжению и готовности к тревоге. Это можно наглядно продемонстрировать, если сравнить мазохистский характер с компульсивно-невротическим блокированием аффекта. В этом случае ассимиляция тревоги проходит успешно. Внутреннее напряжение полностью расходуется хорошо функционирующим психическим аппаратом за счет психической подвижности, в результате чего беспокойство отсутствует. Если оно все-таки есть, то указывает на слабость характерного панциря.

Мазохистский характер пытается уменьшить внутреннее напряжение и пугающую тревогу неадекватным способом, то есть его требование любви выражается в форме провокации и злобы. Конечно, для этого есть свои особые причины, то есть данная манера высказывать требование любви типично мазохистская. Самый важный элемент неудачи, однако, состоит в том, что злость и провокация направлены как раз на того человека, которого любят и от которого требуют любви. Таким образом, страх потерять любовь усиливается, как и чувство вины, потому что мазохист истязает человека, которого любит. Этим объясняется странное поведение мазохиста: чем больше он старается выйти из ситуации страдания, тем больше он запутывается в ней.

Практически в каждом характере можно обнаружить установки, напоминающие те, что мы описали. Но только их сочетание создает специфику мазохистского характера. Каковы же причины такого сочетания?

Мы упомянули чрезмерное требование любви. Мы также отметили, что оно основано на страхе остаться в одиночестве, и страх этот мазохист чрезвычайно интенсивно переживает с самого раннего возраста. Мазохистский характер может выдерживать пребывание в одиночестве не больше, чем ужас утраты любовных взаимоотношений. Люди с таким характером так часто переживают чувство одиночества, потому что это вторичный продукт установки «смотри, какой я несчастный, одинокий и брошенный». Наш пациент однажды, при обсуждении его отношений с матерью, сказал в сильном возбуждении: «Остаться одному значит умереть, это означает конец моей жизни». Это содержание, выраженное в разной форме, я слышал от всех людей такого склада характера. Мазохист гораздо тяжелее переживает «брошенность» объектом (отсюда мазохистское «прилипание» к объекту любви), чем потерю его защитной и оберегающей роли. Он не выдерживает отсутствия контакта и старается восстановить его неадекватным способом: демонстрируя, какой он несчастный. У многих людей такого типа обостряется ощущение одиночества во Вселенной.

Ряд психоаналитиков (к примеру, Сэдгер и Фидерн) отмечают, что при мазохизме особую роль играет кожный эротизм. Они ошибаются, и, хотя соответствующий кожный эротизм является непосредственной основой мазохистской перверсии, анализ показывает, что это имеет место только в определенных условиях благодаря очень сложному развитию. Страх одиночества непосредственно основан на том страхе, который может возникнуть, когда потерян контакт с кожей любимого человека. Давайте суммируем симптомы, которые представлены на коже у эрогенного мазохиста, — это постоянно присутствующее желание манипуляций с поверхностью тела или как минимум фантазии на эту тему: чтобы ущипнули, пощекотали, стегнули, сковали, поранили кожу и т. д. Ягодицы могут при этом играть важную роль, но только не прямую как результат анальной фиксации. Все эти желания объединяет следующее: пациент стремится почувствовать тепло кожи, а не боль, и если он хочет, чтобы его отстегали, то не оттого, что жаждет боли, она принимается в придачу, поскольку «горячит». Многие мазохистские фантазии направлены на то, чтобы кожа почувствовала разгоряченность. Холод, напротив, ненавистен. Отсюда и привычка «нежиться в постели», ведь таким образом удовлетворяется потребность в ощущении теплой кожи.

Эту потребность легко объяснить, исходя из физиологии тревоги и удовольствия. Спазм периферических сосудов усиливает тревогу (человек бледнеет от испуга, холодеет от страха); ощущение теплой кожи, основанное на расширении периферических сосудов и усилении кровотока, является специфической частью синдрома удовольствия.

Правда, не совсем понятно, почему телесный контакт с любимым человеком ослабляет тревогу. Возможно, и определенное тепло тела, и иннервация периферических сосудов при ожидании материнской защиты, смягчает центральное напряжение*. В этом контексте следует отметить, что расширение периферических кровеносных сосудов, которое смягчает внутреннюю тревогу и напряжение, является эрогенной основой мазохистского характера. Его последующее стремление избегать потери контакта представляет собой психическое отражение актуальных физиологических процессов. Остаться одному в мире означает замерзнуть и потерять защиту, а также переживать нестерпимое напряжение.

Оральная фиксация при мазохизме вроде бы не имеет особого значения, хотя определенная степень ее всегда имеет место, как и при всех прегенитальных характерах. Нет сомнений, что оральность содействует ненасытности мазохистской потребности в любви, но при мазохизме она больше связана не с исходной причиной этой потребности, а с регрессией в раннее разочарование в объекте любви и в соответствующий страх опустошения.

Некоторые случаи раскрывают другой источник чрезмерной потребности в любви: страх остаться в одиночестве возникает, когда интенсивная агрессия и детское сексуальное любопытство в отличие от прежних оральных и анальных импульсов сталкиваются с жестоким отпором со стороны любимых родителей. Слишком преувеличенный страх наказания, который препятствует прогрессу генитальности, является результатом этого противоречия между сексуальными импульсами, допустимыми и даже поощряемыми, с одной стороны, и импульсами, которые грозят суровым наказанием, — с другой. Нашему пациенту позволяли есть сколько душе угодно; его родители, можно сказать, приветствовали обильное поглощение пищи. Мать разрешала ему лежать с ней в постели, обнимать и ласткться к ней. Со стороны родителей проявлялся большой интерес к его выделительным функциям. Но когда он обнаруживал новые возможности сексуального удовлетворения, когда он начинал проявлять интерес к

---

* *Примечание 1945 года.* Оргонная энергия, которая была открыта в 1939 году, позволяет объяснить этот феномен с оргонно-биологической точки зрения: облегчение детской тревоги при телесном контакте с матерью основывается на экспансии органа детской и материнской биосистем. Это — контакт между оргонными полями двух организмов.

материнским гениталиям и хотел прикоснуться к ним, то сталкивался с очень суровой родительской авторитарностью.

Степень наличия у мазохиста оральных потребностей определяет, как и при других формах невроза, степень склонности к депрессии. Комбинация кожного эротизма, анальности и страха одиночества, который мазохист пытается преодолеть с помощью телесного контакта, определяет его особенность. Такая структура эрогенности представляет собой одну из главных причин чрезмерной потребности в любви, которая носит своеобразный оттенок «согрей меня» = «защити меня». «Побей меня» — это уже замаскированное выражение такого требования, словно мазохист получил слишком мало любви, и по этой причине у него осталась сильная потребность в ней. Это верно только в том смысле, что он всегда страдает от тяжкой фрустрации любви, но очень часто чрезмерное требование возникает по причине излишней изнеженности. Подобная требовательность является результатом определенного вредного воспитательного влияния, характеризующего патриархальную систему.

Вопрос заключается в следующем: чем детерминируется эрогенная структура мазохистского характера? Речь идет не просто об анальной или кожной эротической предрасположенности, а о результате особой комбинации внешнего влияния на эрогенность кожи и на весь сексуальный аппарат, составляющий основу мазохистского характера. Только выяснив, каково это влияние, мы сможем понять другие черты характера мазохиста.

3. ЗАПРЕТ ЭКСГИБИЦИОНИЗМА И СКЛОННОСТЬ К САМОУНИЧИЖЕНИЮ

Теперь поговорим о других характерных особенностях мазохиста, связанных с его сексуальной структурой. Я хочу рассказать только о тех находках анализа, которые, вместе взятые, имеют отношение к специфике мазохизма, а также о тех, которые составляют основу мазохистского отклонения в механизме удовольствия.

Около года понадобилось для того, чтобы, прорвавшись сквозь характерный панцирь злобы, провокаций и жалоб, попасть в раннее детство, а затем оказаться, наконец, в точке, где пациент начал активно участвовать в аналитической работе. После того как разрешилась вытесненная ненависть к отцу и страх перед ним, произошел сильнейший прорыв к генитальности. У пациента появилась эрекция, мастурбация перестала быть мазохистской, и он начал испытывать генитальное влечение к женщине. Материал об изначальных неудачных генитальных попытках привел к анализу глубокой особенной анальной любви к матери. Он быстро прогрессировал, но поражало следующее: несмотря на решительное обращение с женщинами, он не мог избавиться от ощущения внутренней борьбы и неестественности. Это все время проявлялось в мазохистских жалобах о том, что, несмотря на кажущийся прогресс, ему не становится лучше: «Все, что связано с мазохистским «болотом», остается неизменным».

Малейший инцидент мог стать причиной незамедлительного разочарования: ему было легче уйти от реальности в мазохистские фантазии. Это колебание между попытками перейти к генитальному уровню реальности и быстрым отступлением в мазохизм продолжалось многие месяцы. Я знал, что причиной этого была непроработанная кастрационная тревога. Концентрация работы на этом аспекте дала множество интересных результатов. С самого начала пациент, который прежде не выказывал никаких признаков генитальных потребностей, проявил генитальную тревогу во всей полноте. Вот только несколько примеров: вагина — это «топь», полная змей и червей; кончик его пениса отрезан; он погружается в пропасть и не может отыскать выхода. Обсуждение этих тревог, однако, ничуть не изменило его нестабильное состояние. В течение многих месяцев каждая наша встреча начиналась с мазохистского жалобного нытья, что он «внутренне разбит». Анализ ситуации переноса неоднократно показывал его пассивно-анальные склонности: например, он отступался от женщины, как

только возникал какой-то соперник. Мысль о том, что его пенис мал, в то время нельзя было скорректировать. По отношению к сопернику он занимал позицию зависти, но это немедленно скрывалось пассивно-феминнной установкой. Таков хорошо известный механизм отведения страха перед отцом. Но даже глубинный анализ этих позиций не изменил чувства, что, несмотря на внешние успехи, он остается мазохистом.

После первых попыток совершить коитус, когда он был эректив но потентен, несмотря на неудовлетворенность, у него появилась фобия, связанная со страхом заболеть сифилисом. Однажды он показал мне свой пенис, спрашивая, не является ли небольшая эрозия признаком инфицирования, что было явным признаком эксгибиционистского желания. Теперь анализ непосредственно коснулся важного момента его генитального развития. Выяснилось, что в детстве он достиг генитальной фазы только в форме эксгибиционистской демонстрации своего пениса и что в связи с этим *мать выразила ему решительный отпор.* Это генитальное разочарование усугубилось еще и тем, что она не только не запрещала анальную эксгибицию, но и поощряла ее интенсивным интересом, который проявляла к его выделительной функции. Фактически она отправлялась вместе с ним в туалет, хотя ему было уже больше десяти лет. Удовольствие, которое он получал от анального эксгибиционизма, послужило причиной для начала генитальной фазы с эксгибиции пениса. Анализ выявил, что его первые попытки генитального подхода к матери были эксгибиционистскими. Но этот импульс вскоре был вытеснен, что привело к суровому запрету на все последующее поведение. При попытках совершить коитус он никогда не осмеливался предстать перед женщиной в обнаженном виде и не позволял ей прикасаться к своему пенису. После анализа этого элемента он всерьез задумайся о приобретении профессии и решил стать фотографом. Он начал с того, что приобрел камеру и снимал все, что видел вокруг. Это опять показало, насколько важно для сублимации устранить генитальное вытеснение. Сегодня этот человек очень преуспел в своей профессии. Но долгое время он не мог получить от нее внутреннего удовлетворения: «Я не чувствую себя, а если чувствую, то ничтожным мазохистом».

Для мазохистского характера типично эксгибиционистское начало генитальной фазы с незамедлительным строгим запретом и вытеснением импульса эксгибиционизма, а также с полным торможением дальнейшего генитального развития. Это столь же типично и специфично, как типичен для компульсивного невроза ранний фаллический садизм, запрет на него и анально-садистская фиксация. На этой основе формируются черты характера мазохиста, определяющие его неуклюжесть и неловкость. Наш пациент описал свои внутренние ощущения об этом так: «Я чувствую себя как офицер, который, выхватив саблю, ринулся впереди своего войска и, вдруг обернувшись, увидел, что за ним никто не последовал».

Такое чувство связано с еще одной чертой характера: мазохист не способен принять похвалу и сильно склонен к самоуничижению. Несмотря на значительные амбиции, наш пациент не смог стать одним из первых лиц в классе: «Если я стану хорошим учеником, то буду чувствовать себя так, будто стою перед толпой, демонстрируя свой эрегированный пенис». Это замечание вовсе не было одним из тех высказываний ни о чем, которые часто случаются во время анализа, его слова выразили суть происходящего. Запрет и вытеснение генитального эксгибиционизма наносят большой вред сублимации, активности и уверенности в себе на всю последующую жизнь. У мазохиста этот запрет порождает полярные черты. Эксгибиционизм нарциссического характера имеет замаскированную форму; мазохистский характер использует реактивное образование, противоположное эксгибиции, а именно: самоуничижение, для того чтобы выстоять. Он отнюдь не обладает самоуверенностью генитального характера.

По этим причинам мазохистский характер не может быть лидером, хотя, как правило, бывает переполнен грандиозными фантазиями о героизме. Анальная фиксация делает его пассивным, а запрет на эксгибицию приводит его к самоуничижению. Здесь структура эго вступает в конфликт с активным, фаллическим эго-идеалом, который нельзя

не почувствовать и который порождает другое напряжение и другой источник страдания, усиливающие мазохистский процесс. Образ офицера впереди войска выражает эго-идеал, который мазохист вынужден скрывать, стыдиться его, поскольку эго (войско) не следует и не может следовать за ним.

В связи с этим необходимо отметить особенную черту характера мазохистов и детей с мазохистскими склонностями: они чувствуют себя глупыми или представляются глупыми. Использование всякого запрета с целью самоуничижения полностью гармонирует с мазохистским характером. Один пациент сказал, что он не мог выдержать похвалы, потому что она заставляла его чувствовать себя так, будто он стоит со спущенными штанами. В генитальном развитии ребенка не следует преуменьшать значимость анальной фиксации, демонстрацию ягодиц. Чувство стыда, приобретаемое в связи с анальной активностью, позже переносится на гениталии. Поскольку всякая похвала провоцирует эксгибиционистские тенденции, а демонстрация себя связана со значительной тревогой, мазохист вынужден «преуменьшать» себя, чтобы этой тревоги избежать. Поступая таким образом, он обнаруживает еще одну причину, по которой чувствует себя покинутым, что, в свою очередь, провоцирует потребность в любви.

«Глупость» или симуляция глупости тоже имеет место. Наш пациент однажды описал сцену из детства, в которой он следующим образом симулировал глупость: «Я захотел чего-то, но никак не мог этого добиться, а потом я разозлился и стал вести себя как Дурачок. Но интересно, насколько они будут продолжать любить меня, если я стану глупым? Если меня не любят, я не достоин любви и должен становиться все более скверным и глупым».

Как ответить на вопрос, почему мазохистский характер выражает свою потребность в любви в такой замаскированной форме, почему он совершенно неспособен открыто проявить свою любовь или потребовать ее? Еще один мой пациент, стремясь завоевать женщину, всегда демонстрировал свою убогость. Он панически боялся откровенно проявить свою любовь, потому что женщина могла разозлиться, наказать или устыдить его. В его случае налицо был все тот же запрет на эксгибицию, что и у нашего пациента.

Все это вместе взятое служит причиной ощущения внутренней **атаксии** и зачастую болезненного смущения по поводу собственного внешнего вида. Запрет на возможную демонстрацию любви и открытый ее запрос порождает все виды искаженного самовыражения и делает человека, как это было в случае нашего пациента, «бюрократичным», то есть неестественным и одеревенелым. За этим всегда стоит страх разочарования или отпора. Наш пациент однажды сказал: «Я столкнулся с задачей ввести неэрегированный пенис в вагину, которую мне не предлагают».

Вместо откровенного проявления любви истерический характер развивает тревогу, компульсивный — ненавидит и чувствует себя виноватым, а мазохистский, показывает и требует любовь, маскируя свое поведение жалобой, провокацией и демонстрацией своей ничтожности. Эти различия полностью соответствуют генезису: генитальность истерического характера развита полностью, но перегружена тревогой; у компульсивного характера генитальность подменяется фаллическим садизмом; мазохистский же характер достигает генитальности на уровне эксгибиционизма, а затем вытесняет ее, после чего выражает свою любовь в особой, искаженной форме.

4. НЕСПОСОБНОСТЬ К УДОВОЛЬСТВИЮ ОТ ВОСПРИЯТИЯ ВОЗРАСТАЮЩЕГО СЕКСУАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ - СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ОСНОВА МАЗОХИСТСКОГО ХАРАКТЕРА

Невротической структуры без той или иной формы генитального отклонения не существует. При мазохистском характере оргастические отклонения принимают специфическую форму. Часто они не проявляют себя, пока более-менее не устранена

импотенция или нечувствительность; этим объясняется тот факт, что зачастую такие отклонения полностью ускользают из поля зрения. Мы уже говорили, что мазохистский характер акцентируется на своем неудовольствии, которое дает его страданию реальное основание. Мы также отметили, что мазохист постоянно старается одолеть свое напряжение и противопоставить тревоге неадекватные механизмы. Кроме того, для мазохистского характера типична попытка избежать тревоги, из-за этого возникают еще большие напряжение и неудовольствие, которые в порочном круге снова усиливают противостояние тревоге. И, в конце концов, мы выяснили, что мазохистское наказание или фантазия о нем представляет собой суррогат иного ожидаемого наказания.

Может ли переживание тревоги, которое в случае нашего пациента имело место в трехлетнем возрасте, вызвать мазохистскую фиксацию на фантазии об истязании? Нет, ибо пациент мог, как другие, полностью отказаться от сексуального импульса, провоцировавшего страшное наказание. Поступив так, он мог бы уберечь себя от мазохистского разрешения ситуации наказания, которая заставляет его страдать. Следовательно, должно существовать что-то еще, дополняющее основание специфического мазохистского механизма.

Этот механизм невозможно вычленить, пока пациент не продвинется на генитальный уровень, то есть пока у него не возникнут генитальные импульсы. Здесь мы сталкиваемся с еще одним затруднением. У пациента возникает сильное генитальное влечение, которое изначально искореняется его мазохистской установкой, и при первом же реальном генитальном переживании он вместо удовольствия чувствует неудовольствие и в результате снова погружается в мазохистское «болото» своей анальной и садомазохистской прегенитальности. Могут понадобиться годы, чтобы стало ясно, что в «неизлечимости мазохиста, который держится за свое страдание», повинно только наше неверное понимание его сексуального функционирования. Если считать, что мазохист жаждет страданий, потому что инстинкт смерти порождает бессознательное чувство вины или потребность в наказании, решения не найти.

Этим не подразумевается отрицание факта, что самонаказание может облегчить совесть. Но этот факт необходимо оценить должным образом. Облегчение чувства вины через наказание представляет собой поверхностный процесс, не затрагивающий ядра личности; это относительно редкое явление и, кроме того, это — симптом, а не причина невроза. С другой стороны, конфликт между сексуальным влечением и страхом наказания занимает центральное место каждого невроза, без этого конфликта не было бы невротического процесса. Сам по себе он служит причиной невроза, а не симптомом. Последние психоаналитические выводы, касающиеся потребности в наказании, повлекли за собой ошибочную модификацию теории невроза и теории терапии. Они блокировали путь предупреждению невроза и завуалировали его сексуальный и социальный исток.

Мазохистский характер основывается на очень необычном *спастическом положении* не только психического, но и генитального аппарата, которое *сдерживает всякое сильное ощущение удовольствия и таким образом превращает его в неудовольствие.* Это постоянно подпитывает страдание, которое составляет основу мазохистского характерного реагирования. Понятно, что как бы основательно ни был проанализирован смысл и генезис мазохистского характера, мы не получим никакого терапевтического результата, пока не проникнем в генезис этого спастического положения. В противном случае мы не сможем установить оргастическую потенцию, а ведь только она способна устранить внутренний источник неудовольствия и тревоги. Давайте вернемся к нашему пациенту.

Когда произошел его первый коитус, эрекция была, но он не осмелился ввести пенис в вагину. Сначала мы думали, что в этом повинна робость или неведение. Понадобилось некоторое время, чтобы установить истинную причину: *он боялся усиления приятного возбуждения, вызывающего удовольствие.* На первый взгляд это, несомненно, кажется странным. Мы сталкиваемся с подобным, когда лечим оргастическую

импотенцию, особенно у фригидных женщин. У мазохиста, однако, эта особенность носит специфический оттенок. Это станет ясно из изложенного ниже материала.

После того как наш пациент вступил в коитус несколько раз, выяснилось, что это приносит ему гораздо меньше удовольствия, чем мастурбация. Тем не менее он смог живо представить себе генитальное удовольствие, которое стало желаемым благодаря лечению. Собственно, до удовольствия такого рода дело на доходило, и это было достаточно серьезно. Чтобы устранить функционирование прегенитального удовольствия, было необходимо установить более интенсивное генитальное удовольствие, отсутствие которого во время полового акта не давало достаточного стимула для развития генитальности.

При дальнейших попытках полового взаимодействия появилась новая проблема: во время полового акта не возникало эрекции. Происходило ли это только из-за кастрационной тревоги или было что-то еще, неизвестно, но дальнейший анализ кастрационных страхов не изменил его состояния. В конце концов выяснилось, что судороги мускулатуры тазового дна, предшествующие эякуляции, которые возникали во время мастурбации, имели большее значение, чем это показалось вначале. Мне пришлось на основе детского материала, предоставленного этим пациентом, сделать заключение, что, несмотря на видимую свободу и избыточную анальную и уретральную удовлетворенность, имели место анальный и уретральный запрет и тревога, которые вели в раннее детство. Его сдерживание позже перенеслось на генитальное функционирование и заложило непосредственную основу для излишнего продуцирования неудовольствия.

Между тремя и шестью годами у пациента возник страх перед туалетом. У него появилась идея, что какие-то твари могут заползти в его задний проход. В связи с этим он стал сдерживать эвакуацию, что, в свою очередь, вызывало страх испачкать трусики. Если ребенок измазал штанишки, то папа его побьет. Это он понял после уже упомянутого нами случая, который произошел с ним в возрасте трех лет. Если отец бьет его, то существует и опасность кастрации, чтобы избежать повреждения гениталий, мальчик вынужден был отвлечь удары и подставить ягодицы. Тем не менее возник страх, что в другой раз, когда он будет лежать на животе, можно занозить пенис. Все это вместе породило спастичность мускулатуры тазового дна, гениталий и прямой кишки. Запоры усиливались еще и потому, что мать очень внимательно относилась к работе его кишечника, но это создало другой конфликт. В то время как она проявляла острый интерес к опорожнению кишечника, отец бил его за это. Таким образом, сформировалось преимущественно анальное основание для эдипова комплекса. У пациента вскоре развился последующий страх, что мочевой пузырь или прямая кишка могут лопнуть, другими словами, что сдерживание не принесет пользы, и он снова может стать жертвой отцовских истязаний. Возникла безнадежная ситуация, которая обычно имеет не биологические, а чисто социальные истоки. Надо принять во внимание, что отец любил щипать своих детей за попку и угрожал, что он «заголит то, что они прячут», если те не будут вести себя хорошо.

У мальчика был анальный страх перед отцом, анальная фиксация на матери и тенденция бить себя самого. Из-за расслабления и удовлетворения, которое он при этом испытывал, возникало чувство, что эвакуация была своеобразным наказанием; от страха перед тем наказанием, которое мог наложить на него отец, он начал бить себя сам. Ясно, что этот простой процесс гораздо важнее для понимания патологии данного случая, чем идентификация с наказывающим отцом и мазохистская позиция по отношению к развившемуся анальному супер-эго. Не следует забывать, что такие патологические отождествления сами по себе являются невротическими образованиями и становятся результатом, а не причиной неврозов*.

---

* Неврозы возникают из-за конфликта между удовольствием (эго) и супер-эго. Супер-эго продолжает функционировать на основе повторяющегося опыта, что сексуальное удовольствие несет в себе наказание. Эффект детского запрета решительно поддерживает социальная действительность.

Итак, мы раскрыли все более сложные связи между эго и супер-эго, но мы не будем останавливаться на этом. Более важная задача — строгая дифференциация тех мазохистских решений, которые были откликами на актуальное поведение отца, и тех, которые соответствуют внутренним эрогенным импульсам. Этот случай, как и многие другие, ясно показывает, что наши методы образования требуют серьезных изменений. Мы безобразно распределяем наше внимание, если 98% уделяем аналитической работе с деталями и только 2% — тому сильному ущербу, который наносят детям их родители. Именно поэтому психоаналитические решения не получают продолжения в должной критике патриархального семейного воспитания.

Детская конфликтная ситуация нашего пациента главным образом связана с конфликтным поведением матери и отца в отношении анальности. Этот конфликт детерминировал не только его фемининное отношение к мужчине (отцу), но и чувство пустоты и импотенции. Позже пациент мог ощущать свою импотенцию, когда находился рядом с взрослым мужчиной. Ему становилось страшно, хотелось отвести интерес от гениталий и стать анальным, пассивным; это выражалось в преклонении перед такими мужчинами.

Все вышесказанное позволяет сделать следующие выводы: привычное приучение ребенка к чистоплотности (слишком раннее и слишком строгое) приводит к фиксации на анальном удовольствии; с этим ассоциируется мысль о побоях, которая определенно не приносит удовольствие и изначально наполнена тревогой. Было бы неправильно утверждать, что неудовольствие от побоев оборачивается удовольствием. Скорее, страх побоев препятствует возникновению удовольствия. Этот механизм, приобретенный на анальном уровне, позже переносится на гениталии.

Уже в пубертате пациент все еще зачастую спал в одной кровати с матерью. Б семнадцатилетнем возрасте у него появилась фобия, что мать забеременеет от него. Близость к матери и теплу ее тела стимулировала мастурбацию. Эякуляция несла в себе смысл уринации на свою мать, что вполне правомерно, если учесть специфику его развития. Если бы мать забеременела, это послужило бы доказательством уретрального инцеста и обернулось бы суровым наказанием. В это время он стал сдерживать семя и мастурбировать с живыми мазохистскими фантазиями, что и стало актуальным началом его заболевания. Он больше не мог учиться в школе. После попытки «самоанализа», которая потерпела неудачу, появились прогрессирующая психическая опустошенность и ночные мастурбации, которые носили затяжной анально-мазохистский характер.

Окончательный надлом заявил о себе тяжелым невротическим застоем, сопровождавшимся раздражительностью, бессонницей и головными болями, напоминавшими мигрень. В то время он пережил значительное усиление генитального влечения. У него была девушка, которую он любил, но за которой не решался поухаживать: он боялся, что «обдаст ее газами», и чувствовал, что умирает от стыда при одной мысли об этом. Он следовал за девушкой на некотором расстоянии, живо фантазируя, что они «прижимаются друг к другу животами» и что в результате этого могла бы наступить беременность, которая развела бы их прочь друг от друга. При таком поведении большую роль играл страх получить отпор из-за анальных тенденций. Здесь налицо типичная подростковая ситуация: запрет на генитальность, отчасти организованный социальными барьерами, отчасти порожденный невротической фиксацией, которая возникла из-за раннего повреждения сексуальной структуры воспитанием.

Сначала, кроме генитального, присутствовало еще и анальное напряжение в форме позывов на дефекацию или выпускания газов, которые необходимо было постоянно контролировать. Пациент не позволял себе генитальной релаксации. Первое испускание семени произошло не раньше семнадцати лет, и то лишь с помощью многочасовых фантазий об истязании. После этого невротический застой несколько смягчился. Но саму по себе первую эмиссию пациент пережил травматически. Он так боялся испачкать

кровать, что во время истекания семени выпрыгнул из нее и схватил какую-то посудину; при этом он пережил очень сильное потрясение, потому что часть семени все же попала на кровать.

Когда в процессе лечения начала развиваться его генитальность, эрекция во время полового акта не возникала. В этой генитальной фазе мастурбации стали происходить в сопровождении нормальных маскулинных фантазий, но когда усиливалось удовольствие, возвращались прежние мазохистские фантазии. Анализ такого сдвига с генитальности на мазохизм во время полового акта выявил следующее: пока ощущение удовольствия было слабым, присутствовали генитальные фантазии, но как только удовольствие усиливалось и возникали «ощущения размягченности», он начинал бояться. Вместо того чтобы расслабиться, он вызывал спазм тазового дна и таким образом заменял удовольствие неудовольствием. Он боялся, что пенис «размягчится». Он очень ярко описывал, как он переживает «размягчение пениса» — нормальное приятное чувство при оргазме — с неприязнью и тревогой. Он боялся, что пенис «рассосется совсем». В результате ощущения, что кожа пениса может рассосаться, он делал вывод: пенис разорвется, если напряжется еще сильнее (как раз так, как это бывает в норме перед самой высшей точкой). Он ощущал, что пенис — мешочек, который переполняется жидкостью до такого состояния, что может разорваться.

Это неопровержимо доказывает, что для мазохизма характерно не превращение неудовольствия в удовольствие. Наоборот. Механизм здесь устроен так, что всякое ощущение, приносящее удовольствие, когда оно достигает определенной степени интенсивности, сдерживается и таким образом оборачивается неудовольствием. Здесь уместно предположение, что страх кастрации нашего пациента концентрируется на коже пениса: «Я становлюсь размягченным, как сваренный цыпленок, когда с него можно содрать кожу».

Из-за страха наказания ощущение «размягчающего» жара, которое в преддверии кульминационного момента сопровождается нарастающим возбуждением, переживается как наступление неизбежного разрушения пениса. Все это сдерживает нормальный ход сексуального возбуждения и вызывает на чисто физиологической почве неудовольствие, которое может усилиться вплоть до болезненных ощущений. Этот процесс состоит из трех фаз:

1. «Я стремлюсь к удовольствию»;
2. «Я начинаю размягчаться — это наказание, которого я боюсь»;
3. «Мне надо устранить эти ощущения, если я хочу сохранить свой пенис».

В связи с этим могут возникнуть возражения. Ведь известно, что в каждом неврозе можно обнаружить сдерживание сексуального удовольствия инфантильной тревогой, поэтому его нельзя считать специфически мазохистским фактором. Почему же не всякое сдерживание непроизвольного нарастания приятных ощущений (приносящих удовольствие) приводит к мазохизму? По этому поводу можно сказать следующее.

Сдерживание ощущения удовольствия может производиться двумя способами. «Размягчающее» ощущение однажды было пережито без тревоги; позже тревога сдерживала ход сексуального возбуждения, но удовольствие тем не менее все же переживалось как удовольствие. Неудовольствие и удовольствие — два отличных друг от друга процесса. Этот механизм действует при каждом немазохистском сдерживании оргазма.

При мазохизме же ощущение размягчения, предваряющее оргазм, само по себе переживается как ожидаемая угроза. Возникшая в связи с анальным удовольствием тревога создает психическую установку, которая заставляет представить генитальное удовольствие, становящееся все более интенсивным, в виде нанесения увечья или наказания. Таким образом, мазохистский характер, сохраняя направленность к ожидаемому удовольствию, обнаруживает, что встретился с неудовольствием. А выглядит это так, будто он стремился к неудовольствию. На самом же деле всегда вмешивается

тревога, и желание удовольствия ощущается как предполагаемая опасность. Конечное удовольствие замещается конечным неудовольствием.

Это разрешает проблему навязчивого повторения *вне* принципа удовольствия. Мазохист производит впечатление человека, который хочет повторить неприятный опыт. В действительности же *он стремится к ситуации, приносящей удовольствие, но фрустрация, тревога и страх наказания мешают и обуславливают исходную цель, уничтожая ее или превращая в неудовольствие.* Другими словами, навязчивого повторения вне принципа удовольствия не существует, этот феномен объясним в рамках принципа удовольствия и страха наказания.

Если вернуться к нашему случаю, можно заметить, что нарушение механизма удовольствия объясняет уплощение и увеличение продолжительности его мастурбаций. Пациент избегал любого нагнетания переживания удовольствия. Постепенно выяснилось, что «нельзя позволить этим ощущениям продолжаться бесконтрольно, это совершенно нестерпимо». Теперь понятно, почему он часами занимался мастурбацией: он никогда не достигал удовлетворения, потому что не мог позволить возбуждению расти непроизвольно.

Кроме страха нарастания возбуждения, такое сдерживание происходит и по другой причине. Мазохистский характер использует анальный тип удовольствия, которое имеет плоскую кривую возбуждения, но у него отсутствует высшая точка. Можно сказать, что этот «прохладный» тип удовольствия. Мазохистский характер переносит анальную практику и анальный тип удовольствия на генитальный аппарат, который функционирует совсем иным образом. Интенсивный, внезапный и крутой подъем генитального удовольствия не только непривычен для человека, который использовал лишь слабое анальное удовольствие, но может его испугать. Если к этому добавить предполагаемое наказание, то создаются все условия для немедленной конверсии удовольствия в неудовольствие.

Оглядываясь назад, можно объяснить многие случаи, в которых пациенты демонстрировали страдание, мазохистское настроение после неудовлетворительного (теперь можно добавить, после специфически искаженного) сексуального действия. Это объясняет с точки зрения экономики либидо наличие определенных мазохистских склонностей в случаях оргастического отклонения, которые я описал в своих книгах *«Инстинктивный характер»* и *«Функция оргазма».* Относительно мазохистских извращений пациентов женского пола можно предложить следующий отрывок из последней книги: «Она мастурбировала... с мазохистской фантазией о том, что ее, голую, заковали в кандалы и поместили в клетку умирать голодной смертью. В этот момент оргазм сдерживается, потому что она вдруг подумала об аппарате, который мог бы автоматически удалять фекалии и урину закованной девушки, которая не может двигаться... Во время анализа, когда перенос мог бы принять форму сексуального возбуждения, у нее возникала интенсивная потребность помочиться или опорожнить кишечник. Если она мастурбировала с фантазиями о коитусе, то мазохистские фантазии возникали незадолго до оргазма».

Мазохистская установка и фантазия вытекают из неправильного восприятия приятных ощущений; это попытка преодолеть неудовольствие через позицию, которая психически формулируется так: «Я так несчастен — люби меня». Фантазии об истязании, которые приходят из-за требования любви, содержат в себе и генитальные требования, которые заставляют пациента отвлечь наказание и перенести его с переднего края в тыл: «Бей меня, но не кастрируй!» Другими словами, мазохистская фантазия имеет специфическую застойно-невротическую основу.

Ядро проблемы мазохизма составляет специфическое отклонение в функции удовольствия. Выяснилось, что это страх предваряющего оргазм «размягчающего» приятного ощущения, который заставляет пациента придерживаться анального удовольствия. Может быть, это результат анальной фиксации или генитального

сдерживания? На первый взгляд кажется, что оба фактора имеют здесь одинаковый вес и они же служат причиной хронического неврастенического состояния. Анальность мобилизует весь аппарат либидо, однако при этом не способна вызвать ослабление напряжения. Сдерживание генитальности не только результат тревоги, оно само порождает тревогу, что усиливает несоответствие между напряжением и разрядкой. Остается вопрос, почему фантазии об истязании, как правило, появляются или усиливаются как раз перед высшей точкой.

Интересно пронаблюдать, как психический аппарат пытается сгладить несоответствие напряжения и разрядки, как побуждение к расслаблению прорывается, в конце концов, через фантазию об истязании. Наш пациент утверждал, что «быть избитым женщиной, все равно что потихоньку мастурбировать в ее (= матери) присутствии». Это действительно полностью соответствовало его актуальному переживанию: в детстве и отрочестве он, лежа в кровати с матерью, мастурбировал мазохистским способом. То есть сжимал пенис, предотвращая эякуляцию (из-за фобии по поводу беременности), и мог фантазировать, что мать бьет его; только после этого происходило семяизвержение. Это имело следующее значение в соответствии с объяснениями пациента: «Мой пенис представлялся мне обваренным. С пятым или шестым ударом он готов лопнуть, как мочевой пузырь». Другими словами, истязания приносили ту релаксацию, которую он пытался запретить любыми способами. Если его мочевой пузырь или пенис лопнут в результате материнских побоев и произойдет эякуляция, это случится не по его вине, его вынудит к этому мучительница. Иными словами, желание наказания имеет следующий смысл: осуществить релаксацию во что бы то ни стало обходным путем и переложить ответственность на наказывающую персону. Мы имеем дело с тем же механизмом базового процесса, что и в характерологической суперструктуре. Последнее выражается в следующем: «Люби меня, тогда я не буду бояться»; жалоба означает: «Виновата ты, а не я»; смысл фантазии об истязании таков: «Побей меня, тогда я смогу расслабиться, не отвечая за это». Пожалуй, это самый глубокий смысл фантазии о пассивной позиции истязаемого.

С тех пор как я впервые понял эту глубочайшую функцию фантазии пассивно истязаемого на пути к изменению характера, тот же механизм обнаружился и у других пациентов, хоть и не страдавших явной перверсией, но несущих в себе скрытые мазохистские склонности. Вот лишь несколько примеров: у компульсивного характера появились мастурбационные фантазии, что он находится среди примитивных людей, которые заставляют его совершить коитус и вести себя не сдерживаясь. У пассивно-феминного характера, не проявлявшего видимой перверсии, возникла фантазия о том, что ему надо эякулировать, когда его бьют по пенису, при этом он закован в цепи, чтобы не иметь возможности убежать, спасаясь от побоев. Мы также упомянули обычную мазохистскую сексуальную позицию невротичных женщин, которую многие аналитики считают нормальной феминнной позицией. Эти женщины могут приступить к половому акту, не чувствуя за собой вины, только если их изнасиловали (действительно или в фантазии). Таким образом они перемещают ответственность на мужчину. Формальное сопротивление многих женщин во время полового акта имеет тот же смысл.

Это подводит нас к проблеме так называемого *«Angstlust»* (удовольствия в тревоге), которое играет столь большую роль в мазохизме. Вот подходящий пример из другого курса анализа. Пациент рассказал, что в возрасте четырех лет он сознательно вызывал у себя ночные кошмары. Он забивался в угол, мастурбировал, ему становилось страшно, а затем он освобождался от страха, выпрыгивая из своего угла. В этом случае очень соблазнительно было предположить наличие навязчивого повторения: у него были ночные кошмары, но он снова хотел пережить страх. Но такому предположению противоречили две вещи. Во-первых, у него не было желания вновь переживать страх, он хотел удовольствия, которое тем не менее всегда приводило к страху. Во-вторых, освобождение от страха служило источником удовольствия. Важным моментом этого

процесса было то, что страх возникал в результате анальных и уретральных ощущений, ради которых он готов был страдать и бояться. Такой страх не связан с приятными ощущениями, он всего лишь дает возможность возникнуть определенному виду удовольствия. Очень часто дети переживают ощущение расслабленности, только испытывая тревогу, ощущение, которое обычно подавлено страхом наказания. Расслабление связано с внезапной дефекацией или уринацией в ситуации тревоги, что зачастую служит причиной желания снова пережить последнюю. Но объяснять эти факты вне принципа удовольствия было бы совершенно неверно. Тревога или боль при определенных условиях становятся единственной возможностью пе-режить расслабление, которого в других случаях боятся. Выражения «наслаждение болью» (Schmerzlus) или «наслаждение страхом» (Angstlust) означают, что боль или тревога могут стать причиной сексуального возбуждения.

Тот факт, что у нашего пациента «лопается пенис», по-видимому, должен быть инстинктивной целью, что никак не противоречит нашей концепции мазохизма. Эта идея, с одной стороны, представляет мысль о тревоге или наказании, но с другой — она также указывает на желание конечного удовольствия, релаксации. Двойственность связана с образом «лопающегося пениса» — что конечное удовольствие само по себе наступает и переживается как исполнение страшного наказания.

5. ТЕРАПИЯ МАЗОХИЗМА

Установление здоровой сексуальной жизни, гармоничной сексуальной экономики требует двух терапевтических процессов: освобождения либидо от прегенитальных фиксаций и устранения генитальной тревоги. Разумеется, это дело анализа прегенитального и генитального эдипова комплекса. С точки зрения техники, однако, необходимы специальные акценты: опасно разрешить прегенитальную фиксацию, не устранив одновременно генитальную тревогу. Поскольку в этом случае оргастическая разрядка энергии продолжает сдерживаться, присутствует опасность усиления сексуального застоя. Опасность может достигнуть суицидальной точки как раз в то время, когда анализ прегенитальности вот-вот станет успешным. Если же, напротив, устранить генитальную тревогу, не освободившись от прегенитальной фиксации, то генитальные энергии останутся слабыми и генитальное функционирование не сможет высвободить весь объем тревоги.

Главная проблема терапии мазохизма — преодоление стремления пациента выставлять аналитика в плохом свете. Важнее всего показать садистскую сущность его мазохистского поведения. Это направляет доходный процесс садизма внутрь, по направлению к самому себе: пассивно-мазохистско-анальные фантазии оборачиваются активно-садистско-фаллическими. Когда таким образом реактивируется инфантильная генитальность, появляется возможность раскрыть кастрационную тревогу, которая прежде скрывалась мазохистским поведением.

Нет сомнений, что эти меры ни в малейшей степени не повлияют на мазохистский характер пациента. Его жалобы, злобность, склонность к нанесению себе вреда, его неловкость, представляющая собой рациональную причину ухода от мира, обычно присутствуют до тех пор, пока не появляется возможность устранить описанное выше отклонение в мастурбационном механизме удовольствия. Однажды достигнув генитального оргазма, пациент быстро начинает меняться. Тем не менее еще некоторое время сохраняется тенденция возврата в мазохизм при малейшем разочаровании, фрустрации или неудовлетворенности. Последовательная и основательная работа над генитальной тревогой и прегенитальной фиксацией может гарантировать успех, только если ущербность генитального аппарата невелика и окружение пациента не таково, чтобы спровоцировать его на шаг в обратном направлении, в его старую мазохистскую «сточную канаву». Так, анализ молодого неженатого мужчины будет проходить гораздо легче, чем

мазохистской женщины, которая переживает менопаузу или экономически связана по рукам и ногам неблагоприятной семейной ситуацией.

Основательная работа с чертами мазохистского характера не должна прекращаться до завершения лечения, иначе человек в то время, когда устанавливается примат генитальности в наиболее трудных ситуациях предпочтет бегство в болезнь. Не следует забывать, что изменения мазохистского характера не смогут состояться в достаточной мере, пока пациент не проработает его и не проживет в любовной связи определенный период времени, то есть пока не минует достаточно большой срок после окончания лечения.

Следует очень скептически относиться к успехам в лечении мазохистского характера, особенно тех его представителей, которые страдают перверсией, пока не прояснятся все детали характерного реагирования и пока не произойдет реальный прорыв через него. С другой стороны, есть все основания надеяться на то, что однажды придет успех, то есть установится генитальность на первом этапе хотя бы в форме генитальной тревоги. После этого пациенту незачем будет впадать в рецидивы. Мы знаем, что лечение мазохизма является одной из наиболее трудноразрешимых терапевтических проблем. Невозможно следовать лишенной эмпирической основы психоаналитической теории. Те гипотезы, которые я здесь критиковал, зачастую выступают в качестве символа терапевтической неудачи.

Объяснять мазохизм инстинктом смерти значит поддерживать пациента в том, что он якобы хочет страдать. Единственная и реальная гарантия терапевтического успеха — это раскрытие желания страдать как скрытой агрессии.

Мы упомянули две конкретные задачи терапии мазохизма: обратное изменение мазохизма на садизм и продвижение от прегенитальности к генитальности. Третья задача — устранение анального и генитального спастического положения, которая, как мы описали, составляет источник страдания.

Нет сомнений, что данное изложение мазохистского процесса далеко оттого, чтобы разрешить все проблемы мазохизма. Но поскольку они рассматриваются в рамках принципа удовольствия-неудовольствия, тот путь решения проблем, который был блокирован гипотезой об инстинкте смерти, снова открыт.

ГЛАВА XII
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЧУМА

Термин «эмоциональная чума» не несет дискредитирующего значения. Он не имеет отношения к сознательной злобе, моральной или биологической деградации, аморальности и т. д. Организм, с рождения испытывающий проблему в развитии естественных способностей к передвижению, развивает *искусственные формы локомоции.* Он хромает или передвигается на костылях. Подобным же образом, если подавляются присущие человеку с рождения естественные, саморегулируемые жизненные проявления, он идет по жизни эмоционально зачумленным. *С характерологической точки зрения* такой человек поражен эмоциональной чумной *хромотой. Эмоциональная чума — это хроническая биопатия организма.* Она дает о себе знать массовым масштабным подавлением генитальной любви; она стала эпидемией, которая тысячелетиями косит людей на Земле. Нет оснований считать, что она передается по наследству от матери к ребенку. Она, скорее, «имплантируется» ему с первого дня жизни. Это эпидемическое заболевание, подобное шизофрении или раку, имеет важное отличие; оно проявляется в социальной жизни. Шизофрения или рак — это биопатические результаты эмоциональной чумы в социальной жизни. Эффект эмоциональной чумы виден как на примере отдельного организма, так и на примере социальной жизни. Периодически, как и всякое бедствие (например, бубонная чума или холера), эмоциональная чума достигает размеров пандемии, принимающей форму гигантских прорывов садизма или криминогеннсти, по масштабу сравнимых с католической инквизицией средних веков или с международным фашизмом в нашем столетии.

Если бы мы не считали эмоциональную чуму болезнью в строгом смысле этого слова, то оказались бы перед опасностью мобилизации против нее полицейских дубинок, а не медицины и образования. Для эмоциональной чумы характерно то, что она может воспроизводить себя посредством полицейских дубинок. Несмотря на то что она угрожает жизни, ее никогда не преодолеть с помощью полицейских мер.

Ни один человек не обидится, если его назовут неврологическим больным или сердечником. Никто не расстроится, если о нем скажут, что он страдает «острыми приступами эмоционального беспокойства». Оргонный терапевт может сказать о себе: «Сегодня мне нехорошо. Я чувствую себя зачумленным». В наших кругах такие приступы эмоциональной чумы, если ими не пренебрегать, можно преодолеть, только устранясь от дел до тех пор, пока не пройдет приступ иррационализма. При серьезных неврозах, когда рациональных мыслей и дружеских советов недостаточно, ситуацию можно прояснить с помощью оргонной терапии. Человек обнаруживает, что такие приступы вызваны нарушением любовной жизни и что они проходят, когда это нарушение устранено. Для меня и моих ближайших коллег острые приступы эмоциональной чумы настолько знакомое явление, что мы относимся к этому спокойно и объективно. Одно из важнейших требований, предъявляемых при обучении оргонных терапевтов, состоит в том, чтобы они научились ощущать собственные приступы эмоциональной чумы и не терялись в момент их появления, чтобы не позволяли этим приступам оказывать какое бы то ни было воздействие на социальное, окружение, и преодолевали их, занимая объективную позицию. Таким способом можно свести к минимуму тот вред, который подобные приступы способны нанести нашему делу. Бывает, конечно, что острые приступы эмоциональной чумы преодолеть не удается, и человек терпит поражение, и даже уходит с работы. Мы рассматриваем такие происшествия как серьезное физическое заболевание или смерть уважаемого сотрудника.

Эмоциональная чума по своему происхождению ближе к характерному неврозу, нежели к органической болезни сердца, но при длительном течении она может привести к сердечному заболеванию или раку. Как и характерные неврозы, она поддерживается

вторичными влечениями. В отличие от физических дефектов она представляет собой функцию характера и поэтому хорошо защищена. Если сравнивать ее, скажем, с истерическими приступами, то она не воспринимается как инородное для эго образование или патологический симптом. Как нам известно, характерно-невротическое поведение обычно в высшей степени рационализировано. При эмоционально зачумленном реагировании этот процесс носит более глубокий характер: осознание заболевания почти отсутствует. Может возникнуть вопрос, как же распознать чумную реакцию и как отличить ее от рациональной реакции. Ответ здесь тот же, что и в случае различения характерно-невротической и рациональной реакции: *как только затрагиваются мотивы чумного реагирования, немедленно возникают тревога и гнев.* Давайте обсудим это подробнее. У оргастически потентного человека, который свободен от эмоциональной чумы, тревога не возникает, напротив, когда терапевт обсуждает, скажем, динамику естественных жизненных процессов, пациент проявляет живой интерес. Тот же, кто страдает эмоциональной чумой, при обсуждении механизмов этого заболевания будет испытывать беспокойство и злиться. Не всякая оргастическая импотенция приводит к эмоциональной чуме, но каждый, кого она поразила, — либо устойчивый оргастический импотент, либо становится таковым незадолго до приступа чумы. Поэтому не так уж сложно отличить чумные и рациональные реакции.

Далее: естественное, здоровое поведение никак нельзя нарушить или устранить с помощью терапии. К примеру, нет «панацеи» от счастливых любовных отношений. Невротический симптом, как и чумную реакцию, напротив, можно устранить в процессе характерно-аналитической терапии. Можно излечиться от жадности к деньгам (типичная черта характера при эмоциональной чуме), а вот вылечиться от щедрости невозможно. Можно избавиться от склонности к надувательству, но нельзя излечиться от открытости и честности. Чумные реакции можно уподобить импотенции, которую можно устранить (излечить), а вот генитальная потенция неизлечима.

Основная характеристика чумной реакции состоит в том, что действие и мотив никогда не совпадают. Реальный мотив всегда скрыт и замещен поверхностным мотивом. В естественной реакции здорового характера мотив, действие и цель составляют органическое единство. Здесь ничего не скрыто. К примеру, у здорового индивида нет иных мотивов для сексуальной активности, кроме естественной потребности в любви и стремления удовлетворить эту потребность. А аскетичный чумной человек оправдывает свою сексуальную слабость требованиями этики. Это оправдание не имеет никакого отношения к его образу жизни. Он прикрыт отношением опровергающего жизнь аскетизма. Здоровый индивид не станет навязывать кому-нибудь свой образ жизни. Если же его попросят о помощи, то он сделает все, что в его силах. Здоровый человек ни в коем случае не будет требовать, чтобы все люди «были здоровыми». Во-первых, такое требование было бы неразумным, поскольку здоровье нельзя обрести по приказу. Кроме того, у здорового человека не возникает желания навязать свой образ жизни другим людям, поскольку определяющие его жизнь мотивы подходят только для него одного, и ни для кого другого. Эмоционально зачумленный человек отличается от здорового тем, что выдвигает жизненные требования не только себе самому, но прежде всего своему окружению. Если здоровый индивид советует и помогает, если он передает другим свой жизненный опыт, независимо от того, будет он использован или нет, то зачумленный человек силой навязывает свой образ жизни другим. Зачумленные люди не терпят взглядов, которые разрушают их панцирь или раскрывают их иррациональные мотивы.

Здоровый человек испытывает удовольствие от того, что его мотивы обсуждаются, а зачумленный — приходит при этом в ярость. Если чье-то мировоззрение нарушает образ жизни здорового человека, он борется за его сохранение рациональным способом, а зачумленный — выступает против других жизненных позиций, даже если они совершенно его не затрагивают. Мотив его борьбы — провокация, которую порождает одно лишь существование иного уклада жизни.

Энергия, подпитывающая эмоционально-чумное реагирование, регулярно черпается из генитальной фрустрации независимо от того, имеем ли мы дело с войной как с явлением, садистским по своей сути, или с клеветой на друзей. Застой сексуальной энергии, свойственный зачумленному индивиду, сходен со всеми другими биопа-тиями. Что касается различий, то я вскоре коснусь этого вопроса. О биопатической природе эмоциональной чумы свидетельствует тот факт, что, как и всякая иная биопатия, она излечивается возвращением естественной способности любить.

Эмоциональная чума распространена повсеместно. Нет людей, совершенно свободных от нее или, наоборот, хронически больных ею. Склонность к иррациональным чумным реакциям может таиться в глубине каждого из нас, пусть даже самого здорового и жизнерадостного, как и склонность к раку, шизофрении или алкоголизму.

Гораздо легче отличить эмоциональную чуму от генитального характера, чем отличить ее от простого характерного невроза. Правда, сама она является характерным неврозом или биопатией в строгом смысле этого слова, но представляет собой нечто большее, и именно это «большее» отличает ее и от того, и от другого. Эмоциональная чума — это такое поведение, которое на основе биопати-ческой структуры характера проявляется в межперсональных, то есть социальных взаимоотношениях и организуется в соответствующие институты. Сфера ее действия столь велика, сколь велика сфера характерной биопатии. Я хочу сказать, что там, где есть характерные биопатии, существует возможность возникновения хронического эффекта или острого эпидемического взрыва эмоциональной чумы. Если обозначить наиболее типичные для возникновения эпидемии сферы жизнедеятельности, мы заметим, что это прежде всего: мистицизм в его наиболее экстремальной форме; пассивная и активная борьба за власть; морализм; биопатия автономных систем жизни; политика; семья; система воспитания с ее садистскими методами; мазохистское терпение этих методов или криминальный бунт против них; сплетничество и клевета; авторитарная бюрократия; империалистическая военная идеология; все, что подразумевается под словом «рэкет»; криминальная антиобщественность; порнография; ростовщичество; расовая ненависть.

Мы видим, что область распространения эмоциональной чумы охватывает почти все социальное зло, против которого с незапамятных времен борется общественно-освободительное движение. Нельзя считать областью распространения эмоциональной чумы только «политическую реакцию» или даже политические принципы вообще. Чтобы быть точными, следует приложить основные принципы всякой политики — стремление к силе и превосходству — к тем различным явлениям жизни, которые не считаются политическими. К примеру, случай, когда мать, которая пользуется политическими методами, пытается развести собственную дочь с ее мужем; или ученый-карьерист, занимающий высокое социальное положение не в силу реальных научных достижений, а благодаря интригам, что свидетельствует о несоответствии его поста реальным успехам.

Мы уже упоминали о биологическом сексуальном застое как о биофизическом ядре, который присущ всем формам эмоциональной чумы. Насколько позволяет судить наш опыт, генитальный характер неспособен пользоваться методами, несущими печать эмоциональной чумы. В социальной жизни это оказывается очень невыгодным, до такой степени в ней доминируют институты эмоциональной чумы. Есть и второй общий знаменатель всех форм эмоциональной чумы: отсутствие способности переживать естественное оргастическое удовлетворение регулярно приводит к развитию вторичных импульсов, особенно садистских. Это несомненный клинический факт. Неудивительно, что биопсихическая энергия, которая питает реакции эмоциональной чумы, всегда носит характер энергии вторичного влечения. В случаях явно выраженного садизма это влечение, свойственное только человеку, как правило, имеет место.

Теперь понятно, почему честность и прямодушие являются столь редкими чертами характера человека и почему такое поведение, если оно преобладает, часто вызывает изумление и восхищение. С точки зрения «культурных» идеалов можно было бы ожидать,

что честность и прямота должны быть повседневными и естественными чертами. Ничего подобного, даже напротив: честных и прямодушных людей считают странными, больше того, быть честным и прямодушным зачастую означает подвергать свою жизнь опасности. Все это базируется на идеологии, управляющей современном культурой. Понять тот факт, что столетие за столетием силы всякого движения к свободе, правде и объективности терпели провал, можно, только зная об эмоциональной чуме. Мы вынуждены сделать вывод, что никакое освободительное движение не добьется успеха, если не противопоставит организованной эмоциональной чуме гласность и если оно не осуществляет этого противостояния открыто и решительно.

То, что суть эмоциональной чумы до нынешнего времени остается не понятой до конца, служит ей наилучшей защитой. Следовательно, точное осмысление природы этого явления и способов его действия позволяет смести эти защиты. Носители эмоциональной чумы, конечно же, заинтересованы в том, чтобы ее существование истолковывали как фатальное бедствие. Реакция носителей и распространителей этого заболевания фактически представляет собой действия, доказывающие его неизбежность. Это позволяет разделить людей на тех, кто хочет помочь борьбе против эмоциональной чумы, и тех, кто желает сохранить ее фундамент. Если вникнуть в суть эмоциональной чумы, то раскроется ее иррациональная природа. Реакции эмоциональной чумы могут быть только иррациональными, они четко и бескомпромиссно противостоят рациональному образу мыслей и естественному восприятию жизни. Но не стоит брать ее приступом или воевать с ней, достаточно всего лишь дать точное фактическое правдивое описание естественных жизненных Функций, чтобы нанести ей серьезный удар.

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ГЕНИТАЛЬНЫМ ХАРАКТЕРОМ, НЕВРОТИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРОМ И РЕАКЦИЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЧУМЫ

а) В сфере мышления

Мышление генитального характера ориентировано на объективные факты и процессы: он отличает существенное от второстепенного и пытается выявить и устранить иррациональные эмоциональные искажения. Это заложено в его природе, которая функциональна, а не механистична и не мистична. Суждение — есть результат мыслительного процесса: рациональное мышление принимает факты, аргументируя ими свою позицию, и учитывает факты, выступающие в качестве контраргументов.

Надо отметить, что невротический характер в своем мышлении тоже старается исходить из объективных процессов и фактов. Но, поскольку наряду с рациональным мышлением всегда имеет место сексуальный застой, образующий с ним сложное сочетание, невротический характер при этом будет ориентироваться еще и на стремление избежать неудовольствия. В таком случае мыслительный процесс, который может вызвать неудовольствие или противоречить системе взглядов, скажем, компульсивного невротика, будет развиваться так, что человек различными способами постарается избегать или станет размышлять таким образом, что рациональная цель станет недостижимой. К примеру, любой страстно желает мира. Однако поскольку процесс мышления происходит по большей части в невротических характерных структурах, а значит, одновременно имеет место страх свободы и страх ответственности (страх удовольствия), мир и свобода обсуждаются с формальной, а не содержательной точки зрения. Наиболее явные и самоочевидные жизненные факты, которые действительно представляют естественное основание мира и свободы, будто намеренно не замечаются; важные связи между различными фактами тоже упускаются из виду. Так, например, хорошо известные факты, свидетельствующие, что политика разрушительна, а человечество неблагополучно с психиатрической точки зрения, никак не увязываются со здравой необходимостью в оптимальном социальном самоуправляющем механизме. Таким образом, два наиболее хорошо известных и, в общем, весомых факта сосуществуют бок о бок и совершенно

несвязанно друг с другом. Причина в следующем: соотнесение этих фактов неизбежно и незамедлительно породит призыв к практическому изменению повседневной жизни. Невротический характер может подтвердить идейную необходимость таких изменений, но практических перемен он боится: его характерный панцирь не позволяет изменить образ жизни, ставший уже привычным. В связи с этим он согласится с критикой иррациональности в обществе и науке, но практически ничего менять не станет: не внесет никаких изменений в соответствии со своей критикой, не возьмется за передел себя и общества, а также не станет создавать социальный центр необходимых реформ. Очень часто происходит так, что характер, выражающий согласие с идейной точкой зрения, на практике становится яростным оппонентом того, кто действительно пытается осуществить исполнение реформ. В этом случае пограничная линия между невротическим характером и зачумленным индивидом становится нечеткой и расплывчатой.

Подверженный эмоциональной чуме индивид не пассивен — он отличается от невротического характера активной социальной деятельностью, которая в той или иной степени служит разрушению жизни. Его мышление совершенно затуманено иррациональными концепциями и по сути дела детерминировано иррациональными эмоциями, правда, оно, как и у генитального характера, полностью созвучно его действиям (в отличие от невротического характера, мышление которого диссоциировано с действием). Однако при эмоциональной чуме выводы всегда готовы раньше самого процесса размышления: мышление не служит, как это бывает в сфере рационального, тому, чтобы сделать точное заключение, оно в данном случае, скорее, предназначено для того, чтобы подтвердить уже существующее иррациональное «мнение» и рационализировать его. Обычно это называется «предубеждением», но при этом упускается из виду, что такая предубежденность обладает весьма ощутимыми социальными последствиями и что это очень распространенное явление, которое часто встречается на практике и которое синонимично тому, что называется «инерцией и традицией». Подобное положение дел несоотносимо с рациональным мышлением, то есть совершенно нетерпимо при рациональном образе мыслей, который всегда стремится покончить с этим явлением. Эмоционально зачумленное мышление не приемлет аргументов, у него есть собственная техника в собственной сфере, оно обладает собственной «логикой» и по этой причине производит впечатление рациональности, хотя на самом деле вовсе не рационально.

Строгий авторитарный педагог, к примеру, отмечает, вроде бы логично и корректно, что дети бывают непослушными. В этом узком контексте подобное заключение кажется вполне справедливым. Но если рациональное мышление объясняет это непослушание тем иррациональным образом мыслей, который приносит свои социальные плоды, проникая в образование, то сталкивается с неприятием подобных выводов, и это именно та точка, в которой иррациональный характер зачумленного мышления становится очевидным.

Еще один пример: навязанное моралью сексуальное вытеснение порождает вторичные влечения, вторичные влечения делают необходимым моральное подавление. Само по себе каждое заключение здесь логично. Если теперь предложить кому-то, отстаивающему необходимость вытеснения, устранить вторичные влечения путем высвобождения естественного удовлетворения, то придется прорываться в систему мышления зачумленного индивида, поскольку реакции последнего по обыкновению будут непонимающими или некорректными, в этом случае можно натолкнуться на иррациональные аргументы, молчание или даже ненависть. Для такого человека эмоционально важно, чтобы вытеснение, как и вторичное влечение, продолжало существовать. Каким бы парадоксом это ни казалось, причина проста: он боится естественных импульсов. Его страх — это иррациональная движущая сила, лежащая в основании всей мыслительной системы, которая сама по себе может быть и логичной, но

это тот же самый страх, который направляет человека к опасным действиям, если кто-то всерьез угрожает его социальной системе.

б) В сфере действий

Мотив, цель и действие генитального характера гармоничны; мотивы и цели имеют рациональную, то есть социальную направленность. Основываясь на своей преимущественно биологической природе, мотивы и цели направлены на улучшение условий жизни и условий жизни других людей: это то, что мы называем «социальными достижениями».

При невротическом характере способность к деятельности регулярно снижается, потому что мотивы лишены аффекта или противоречивы. Поскольку иррациональность невротического характера, как правило, прочно вытеснена, он вынужден постоянно бороться с ней. Именно эта борьба уменьшает его способность действовать. Он страшится дать себе свободу при любой активности, потому что никогда не уверен в том, что не прорвутся садистские или другие патологические импульсы. Как правило, он страдает, если понимает, что сдерживает свое витальное функционирование, но при этом, однако, не испытывает зависти к здоровым индивидам. Его позиция такова: «Мне не везет в жизни, но мои дети будут жить лучше». Эта позиция делает его «стерильным» зрителем, симпатизирующим и не препятствующим прогрессу.

Индивид, зараженный эмоциональной чумой, смотрит на вещи иначе. Мотив его действия всегда вымышлен, он никогда не бывает актуальным, независимо оттого, сознается или не сознается актуальный мотив. Цель тоже не идентична реальной цели. Предполагаемой целью германского фашизма, к примеру, было «сохранение миролюбивой германской нации», а реальной — основанной на характерной структуре — была империалистическая война, покорение мира и ничего кроме этого. Основная характеристика охваченного чумой индивида состоит в том, что он серьезно и честно верит предполагаемой цели и мотиву. Мне бы хотелось подчеркнуть, что невозможно понять характерную структуру пораженного чумой индивида, если не отнестись серьезно к следующим фактам: зачумленный индивид действует под влиянием структурной **компульсии**; независимо от того, насколько благородны его побуждения, он не может выбрать никакой другой образ действий, кроме обусловленного эмоциональной чумой; этот образ действий столь же присущ ему, сколь присуща генитальному характеру потребность в любви и истине; пораженный чумой человек, защищенный субъективной убежденностью, не понимает что его действия приносят вред, и не страдает от этого. Мужчина может добиваться опеки над ребенком, потому что ненавидит жену, которая, скажем, неверна ему. При этом он честно верит в то, что действует «в интересах ребенка», а скорректировать свою позицию неспособен, даже если ребенок страдает без матери и даже если он от этого болеет. Пораженный чумой отец будет тщательно вырабатывать всевозможные рационализации, чтобы сохранить уверенность, что он, забирая ребенка от матери, действует «исключительно для его блага». Такой отец не может понять, что реальный мотив его действий — садистское наказание матери. Зачумленный человек, в противоположность невротическому характеру, постоянно испытывает сильнейшую зависть и смертельную ненависть ко всему здоровому. Старая дева с невротическим характером живет уединенно и не вмешивается в любовную жизнь других девушек. Зачумленная старая дева относится к счастливой любви других представительниц своего пола нетерпимо, скажем, если она работает воспитателем в школе, то будет делать все, что в ее силах, чтобы лишить девушек способности переживать счастье любви. Это относится к любым жизненным ситуациям. Пораженный чумой характер при любых обстоятельствах и любыми способами будет стараться так изменить окружающих людей, чтобы ни в коем случае не был задет его образ мыслей и жизни. Он воспринимает все, что противоречит его образу жизни, как провокацию и постоянно борется с этим. Такая позиция особенно заметна у аскетов, которая выражается следующим образом: «Другие

не могут быть счастливее меня, они должны страдать так же». Эта исходная позиция в каждом случае так хорошо закамуфлирована идеологией или жизненной теорией, которая сама по себе кажется логичной, что необходим большой опыт, чтобы обнаружить и раскрыть ее. Надо сказать, что европейское образование — от начала столетия и до наших дней — следовало этому принципу.

в) В сфере сексуальности

По своей сути сексуальная жизнь генитального характера определяется базовыми естественными законами биологической энергии. Для генитального характера радость очевидного счастья в любви к другим само собой разумеющийся факт, как и полное равнодушие к извращениям и отвращение к порнографии. Генитальный характер легко определить по легкому установлению контакта с здоровыми детьми. Согласно его структуре, совершенно нормален тот факт, что интересы детей и подростков в значительной степени носят сексуальный характер, и это основано на биологических фактах. Это отношение спонтанно, независимо от того, понимает ли это сам человек. В современной социальной жизни существующие авторитарные институты, остерегаясь именно таких отцов и матерей — живут ли они при поддержке благоприятного окружения, или нет — выставляют как преступников и обращаются с ними соответствующим образом, в то время как они заслуживают как раз противоположного — максимальной социальной защиты. Они формируют в обществе центры, из которых когда-нибудь выйдут рационально действующие воспитатели и врачи. Основу их жизнедеятельности составляет сопутствующее им счастье в любви. Уже сегодня родителям, которые хотели бы позволить детям жить в полном соответствии со здоровыми естественными законами, угрожает опасность попасть под влияние аскетов и потерять своих детей.

Невротический характер живет в сексуальном отчуждении или скрыто вовлекается в перверсивные действия. Его оргастическая импотенция сопровождается страстным стремлением к счастливой любви. Сталкиваясь с сексуальной проблемой, он реагирует на нее не ненавистью, а скорее — тревогой. Его панцирь направлен только на собственную сексуальность, а не на сексуальность других людей. Его стремление к оргазму часто заключено внутри культурных и религиозных идеалов, мало гармонирующих со здоровым обществом. Обычно он активен в кругах или группах, не оказывающих заметного социального влияния. Многие подобные группы имеют несомненную культурную ценность, но не могут внести своего вклада в проблему массовой психической гигиены, потому что массы придерживаются гораздо более определенного отношения к вопросу естественной любовной жизни, нежели эти сообщества.

Описанная выше базовая установка сексуально ущербного невротического характера при определенных условиях может в любой момент принять форму эмоциональной чумы. Обычно происходит следующее: вторичное влечение, которое сдерживается с помощью культурных и религиозных идеалов, прорывается. Сексуальность пораженного чумой индивида всегда тесно связана с садизмом и порнографией из-за сосуществования сексуальной похотливости (благодаря неспособности получить сексуальное удовлетворение) и садистской морали. Такова данность структуры этого типа. Он не может изменить ее, даже если обладает пониманием и знаниями, и не способен ни на что, кроме порнографической похоти и одновременно садистского морализаторства.

Это — ядро характерной структуры эмоциональной чумы. Она порождает безудержную ненависть, направленную на любой процесс, провоцирующий оргастическое влечение, а вместе с ним и оргастическую тревогу. Требование аскетизма направлено не только на себя самого, но садистским образом на естественную любовь других людей. Пораженные чумой индивиды в достаточной мере склонны формировать социальные круги, которые становятся центрами общественного мнения, характеризуемого активной

нетерпимостью в вопросах естественной любовной жизни. Такие центры есть везде, они хорошо известны. Под маской «культуры» и «морали» они неумолимо преследуют всякое проявление естественной любви. За время своего существования они развили гораздо более «совершенную», чем ранее, технику осуждения.

Клинические исследования не оставляют сомнений в том, что эти круги пораженных чумой индивидов, занимающихся болтовней о сексе и клеветой, представляют собой своеобразную разновидность сексуального удовлетворения. Это способ получить сексуальное удовольствие, исключив естественное генитальное функционирование. В этих кругах вовсе не редкость гомосексуализм, сексуальные связи с животными и другие перверсии. Садистское осуждение направлено на естественную сексуальность других людей, особенно яростно оно обрушивается на детей и подростков. В то же самое время оно будто не замечает извращенной сексуальной активности. Кажется, что эти люди сидят в секретном суде и выносят приговор естественной сексуальности других, имея на своей совести множество человеческих жизней.

г) В работе

Генитальный характер активно развивает рабочий процесс. Внимание по сути дела непосредственно направлено на процесс работы, которая в итоге не требует специальных усилий, поскольку результат спонтанно возникает из процесса, а получаемый продукт является основной характеристикой биологического удовольствия, которое вызывает работа. Эти факты и выводы — предмет острой критики всех современных методов детского воспитания, при которых активность ребенка определяется ожиданием заранее заданного результата работы. Ожидание определенного продукта и ригидная детерминированность рабочего процесса душит собственное воображение ребенка, то есть его продуктивность. Биологическое удовольствие от работы сопряжено со способностью испытывать энтузиазм. Компульсивная мораль не терпит подлинного энтузиазма, она «выносит» только мистический экстаз. Ребенок, который должен построить заданный дом из заданных кубиков заданным способом, не может реализовать собственного воображения, и поэтому не испытает энтузиазма. Нетрудно понять, что эта основная черта авторитарного воспитания существует из-за тревоги, которую у взрослых вызывает удовольствие, она всегда лишает ребенка возможности получить радость от своего занятия. Генитальный характер руководит работой других людей на собственном примере, а не диктует, каким должен быть готовый продукт и какие методы надо использовать для его получения. Это подразумевает вегетативную подвижность и способность освободить себя, дать себе волю.

Невротический характер в той или иной мере ограничен в работе. Его биологическая энергия тратится на защиту от извращенных фантазий. Невротическая ущербность в работе связана с неверным распределением биологической энергии, поэтому работа невротического типа характеризуется автоматизмом, механистичностью и лишена радости. Поскольку невротический характер не способен на подлинный энтузиазм, он оценивает детскую воодушевленность как нечто «неприличное и неправильное», считая, что работу других так же определяет компульсивно-невротическая манера.

Пораженный чумой индивид ненавидит работу, он относится к ней как к тяжкой ноше, избегает любой ответственности и особенно сторонится работы, при которой необходимо терпение и настойчивость. Он может мечтать написать важную книгу, создать выдающееся художественное полотно, работать на ферме, но поскольку работать он не способен, то сторонится поэтапного органического развития, свойственного любому рабочему процессу. У таких людей есть склонность к деятельности идеолога, мистика или политика, другими словами, они с удовольствием вовлекаются в то занятие, которое не требует терпения и органического развития. Индивид подобного рода при тех или иных условиях жизни в равной степени может стать как неработающим бездельником, так и

диктатором. Он имеет готовую картину жизни, сотканную из невротических фантазий. Сам он работать не способен, но желает заставить работать других, производя соответствующую его патогенной картине жизни продукцию. То, что американцы подразумевают под негативным смыслом слова «босс», и является продуктом подобной констелляции. Генитальный характер, который руководит коллективным рабочим процессом, спонтанно становится примером: он работает больше других. Пораженный чумой индивид, напротив, всегда стремится работать меньше, чем другие. И чем меньше его способность работать, тем меньше уверенность в себе и тем больше он стремится наставлять других, как надо работать.

Представленная выше дифференциация, конечно, очень схематична. В реальной жизни каждый генитальный характер тоже содержит в себе характерно-невротические проблемы, случаются у него и чумные реакции, а каждый пораженный чумой индивид внутри себя содержит возможности генитального характера. Оргонно-терапевтический опыт не оставляет сомнений, что люди, охваченные эмоциональной чумой и подпадающие под психиатрическое определение «морального идиотизма», не только излечимы в принципе, но даже вполне могут развить экстраординарные способности, причем это относится и к интеллекту, и к работе, и к сексуальности. Итак, понятие «эмоциональная чума» не содержит и намека на осуждение. За 30 лет биопсихиатрической работы я убедился, что подверженность заражению эмоциональной чуме — признак избытка биологической энергии. Именно это интенсивное давление биологической энергии заставляет человека стать жертвой чумы, если из-за мускульной ригидности и характерного панциря он не может развиваться естественным образом. Пораженный чумой индивид является продуктом авторитарного компульсивного воспитания и образования, но поскольку его способности, которые сами по себе значительно превышают способности тихого и сдавшегося невротического характера, остаются нераскрытыми, он бунтует против Него. Однако этот бунт социально бесцелен и не может привести ни к каким рациональным переменам, направленным на улучшение жизни социума, — этим он отличается от генитального характера, хотя и не сдается, как невротический.

Генитальный характер преодолевает свои чумные реакции двумя способами. Первый. Основываясь на сути своей рациональной характерной структуры, он переживает свои чумные реакции как чуждые и лишенные смысла. Второй. Укореняется в рациональных процессах до такой степени, что немедленно ощущает угрожающие его жизненному процессу опасности, которые могут возникнуть из-за иррациональных тенденций. Это позволяет ему контролировать себя рациональным способом. Пораженный чумой индивид, напротив, получает так много вторичного, садистского удовольствия от своего поведения, что не принимает никакой коррекции. Действия здорового индивида вытекают непосредственно из резервуара биологической энергии, как и действия зачумленного человека. Но в последнем случае при каждом действии энергия вынуждена пробиваться сквозь характерологический и мышечный панцирь, и в результате самые лучшие мотивы оборачиваются антисоциальными и иррациональными действиями. Проходя сквозь характерный панцирь, действия меняют свою функцию. Импульс начинается с рационального намерения, но скованность панцирем делает естественное и органическое развитие импульса невозможным. Пораженный чумой индивид переживает это как нестерпимое торможение: ведь для того, чтобы как-то выразить себя, импульс должен сначала пробить панцирь, но во время этого процесса теряется исходное намерение и рациональная цель. Результат действия содержит очень малую долю исходного рационального намерения и отражает лишь деструктив-ность, которая была мобилизована для прорыва сквозь панцирь. Жестокость пораженных чумой людей соответствует неосуществленному прорыву мышечного и характерного панциря. Разрушение панциря невозможно, потому что чумные действия никогда не обеспечивают оргастической разрядки энергии и не сопровождаются рациональной уверенностью в себе.

Таким образом можно понять многие противоречия в структуре пораженного чумой индивидуума. Такой человек может стремиться к любви и может найти женщину, которую, по его разумению, он будет любить, но как только он убеждается в своей неспособности любить, тут же доводит себя до садистского безумия против себя самого или против любимой женщины, безумия, которое нередко кончается убийством.

Основная характеристика зачумленного человека состоит в противоречии между сильной жаждой жизни и неспособностью реализовать это соответствующим образом из-за собственного панциря. Внимательное наблюдение позволяет обнаружить, что политический иррационализм в Европе характеризуется как раз таким противоречием: самые лучшие намерения и компульсивная логика привели к деструктивным результатам.

Теперь давайте попытаемся проиллюстрировать описанные нами отличия с помощью жизненных *примеров.*

В качестве первого примера возьмем борьбу за родительские права при разводах. Мы разберем каждую из трех возможных поведенческих реакций: рациональную, свойственную невротическому характеру и чумную реакцию.

а) Рациональная реакция

Отец и мать борются за дальнейшее здоровое развитие ребенка, используя рациональные основания и рациональные способы. Они могут согласовать принципы, на которых будет строиться судебное разбирательство, а могут разойтись во мнениях. В любом случае в интересах ребенка они постараются избегать применения тайных методов: они будут говорить с ним честно и позволят ему самому принимать решение; не станут оказывать на него давление, преследуя при этом свои корыстные интересы, а будут руководствоваться лишь потребностями ребенка. Если кто-то из партнеров по браку алкоголик или психотик, другой обязательно даст ребенку это понять, используя подходящие для этого способы, доведет до его сознания, что это — несчастье, с которым придется мириться. При этом используется основной мотив — не навредить ребенку. Позиция определяется отказом от личных интересов.

б) Характерно-невротическая реакция

Борьба за родительские права окружена всяческими неуместными соображениями, такими, например, как страх перед общественным мнением. Он детерминирован не столько участием к ребенку, сколько адаптацией к тому, кто и что по этому поводу подумает и скажет. Характерно-невротические родители приспосабливаются к существующему взгляду на вещи. В обществе принято, что ребенок при любых обстоятельствах должен быть с матерью или что надо обратиться к какому-то авторитету, например, пойти Б суд. Если один из партнеров алкоголик или сумасшедший, налицо стремление сокрыть или умолчать этот факт, в результате чего и ребенок, и второй партнер по браку страдают и запугиваются, но развода усиленно стремятся избежать. Мотив такого поведения снабжен девизом: «Давайте не будем бросаться в глаза». Позиция определяется покорностью.

в) Эмоционально-зачумленная реакция

В этом случае налицо претензия на соблюдение интересов ребенка, но по результатам становится видно, что данный мотив остается не реализованным. Настоящий мотив — отомстить партнеру, лишив его или ее удовольствия от совместной жизни с ребенком. Поэтому при борьбе за родительские права используется техника клеветы на партнера, независимо от того, болен он или здоров. Пожелания ребенка не принимаются во внимание, так же как и его предпочтения в любви к одному из родителей. Чтобы оторвать его от этого родителя, ему говорят, что тот алкоголик или сумасшедший, совершенно не заботясь о правдивости этих заявлений. В итоге ребенку наносят вред.

Мотив в этом случае — деструктивная месть партнеру и доминирование над ребенком, но не любовь к нему.

Возможны бесконечные вариации на тему этого примера, но основные его характеристики типичны и имеют определенный социальный смысл. Рациональная юрисдикция, формируя свое мнение, должна в первую очередь рассматривать данные особенности. Можно уверенно предположить, что число разводов будет расти, и только очень опытный психиатр и педагог сможет определить степень вреда, причиненного подобными чумными реакциями при разводе.

Давайте рассмотрим другой пример, когда эмоциональная чума свирепствует в полную силу, — измена (неверность).

а) Рациональная реакция:

В случае угрожающей или актуальной измены партнера здоровый человек реагирует одним из трех способов:

1) фактически порывает с партнером; 2) относится к этому с пониманием и пытается вернуть партнера; 3) относится к этому терпимо, если новые взаимоотношения не очень серьезны и носят временный характер.

В этой ситуации здоровый человек не использует бегство в невроз, он не оказывает давления и проявляет злость только в том случае, если произошедшее непорядочно.

б) Характерно-невротическая реакция

Здесь измена переживается либо с мазохистской реакцией, либо панцирь препятствует ее пониманию. Налицо сильный страх разлуки. Очень часто происходит бегство в невротическое расстройство, в алкоголизм или истерические приступы, а порой — в покорное подчинение.

в) Эмоционально-зачумленная реакция

Измена, как правило, не является результатом влюбленности в другого человека, а мотивируется усталостью партнера или желанием отомстить. Обманутый партнер предпринимает различные попытки удержать «изменника» в семье: закатывает истерики, старается установить свое доминирование путем самых отвратительных сцен и даже начинает следить за ним, прибегая к помощи детектива. Часто происходит уход в алкоголизм, чтобы способствовать ужесточению партнера. Мотив здесь — не любовь к партнеру, а жажда силы и власти.

Трагедии ревности составляют большой сектор деятельности эмоциональной чумы. На сегодняшний день нет ни медицинских, ни социальных, ни юридических способов, которые могли бы оказать влияние на эту обширную и безрассудную сферу жизненной реальности.

Теперь давайте суммируем основные проявления и типичные модели реакций эмоциональной чумы. Эти реакции мы назовем «специфическим чумным реагированием».

Специфически чумное реагирование похоже на использование приема сексуальной, то есть моральной клеветы. Оно функционирует подобно механизму проекции при мании преследования: в данном случае извращенный импульс ошибочно истолковывается как угроза извне. То же относится и к ощущениям, возникающим при протекании оргономической плазмы: то, что для здорового человека является частью жизнерадостного ощущения, для шизофреника из-за его характерного панциря оборачивается идеей мистической машины, которую некий враг якобы использует для разрушения его тела при помощи потока электричества. Такие механизмы мании хорошо изучены психиатрией, но ее ошибка заключается в ограничении таких механизмов проекциями психотических пациентов; при этом упускается из виду, что те же самые механизмы проекции часто проявляются в социальной жизни как специфическое чумное реагирование якобы нормальных людей. Их-то мы и рассмотрим ниже.

Биопсихический механизм таков: компульсивный морализм в воспитании, образовании и жизни порождает сексуальную похотливость, которая не имеет ничего общего с естественной потребностью в любви и представляет собой настоящий вторичный импульс, такой, каким является, скажем, садизм или мазохизм. Поскольку более не существует живости естественного переживания удовольствия, это место занимают похотливость и болтовня о сексе как вторичное компульсивное влечение. Так же, как шизофреник проецирует свое оргонное течение и извращенные импульсы на других людей, воспринимая их как исходящую от них угрозу, зачумленный индивидуум проецирует собственную похотливость и извращенность на окружающих. Но в противоположность психотическому индивиду он воспринимает свои импульсы, проецируемые на других людей, не как мазохист и не как угрозу. Он, скорее, использует сплетни и клевету в манере садиста, приписывая другим то, что не осмеливается узнать про самого себя. Это правда естественной генитальности, так же как и вторичного, извращенного импульса. Образ жизни генитально здорового индивида напоминает пораженному чумой о его собственной генитальной слабости и, таким образом, угрожает его невротическому равновесию. Все, что он может сделать в связи с этим напоминанием, — подлить грязи в естественную генитальность ближнего, следуя принципу «виноград-то зелен!». Поскольку он не способен полностью скрыть свою похотливость за этическим морализмом, то жертвует ее для своей болтовни. В каждом случае такого вида чумной реакции можно совершенно точно обнаружить те характеристики, которые приписываются здоровому индивиду, против которых пораженный чумой тщетно борется внутри себя или с которыми, с нечистой совестью, он уживается.

Теперь проиллюстрируем специфическое чумное реагирование несколькими примерами из жизни.

Существует тип «интеллектуалов», всегда рассуждающих о «культурных ценностях». Такие люди обращаются к классике вовсе не потому, что понимают и переживают те серьезные проблемы, о которых говорит, скажем, Гете или Ницше. При этом они циничны, а себя считают людьми современными и либеральными, не связанными условностями. Они неспособны на серьезные переживания и рассматривают сексуальную любовь как некую игру, по поводу которой можно отпустить остроумную шутку с намеком на то, сколько раз кто-то сыграл в «игру» прошлой ночью и т. д. Внимательный слушатель, которому известны и глубокие людские страдания, вызванные сексуальными проблемами, и та деструктивная роль, которую играет отсутствие серьезности в отношении секса, узнает похотливость, порожденную сексуальным голодом в результате оргастической импотенции.

Такие «культурные» индивиды склонны считать сексуальную экономику, которая несмотря ни на какие препятствия серьезно борется с эмоциональной чумой, поражающей людские массы, продуктом поврежденного ума. Они продолжают рассуждать о «культурных ценностях», которые необходимо отстаивать, но приходят в ярость, когда кто-то переводит их разглагольствования в массовую социальную практику. Представитель данного слоя встречался с женщиной, которая собиралась обучаться у меня. В разговоре они коснулись предмета моей работы, и он «предостерег» ее, заявив, что не пожелал бы своему злейшему врагу иметь со мной дела, поскольку, по его словам, я — «директор публичного дома без лицензии», но тут же постарался оправдаться, сказав, что я — отличный клиницист. Эта клевета, свойственная всякой специфически чумной реакции, конечно же, не достигла цели. Женщина все равно пришла ко мне изучать сексуально-экономическую педагогику и вскоре поняла, что мы называем эмоциональной чумой.

В таких ситуациях трудно оставаться объективным и корректным. Чтобы не запачкаться, нельзя, поддавшись вполне понятному импульсу, позволить себе поколотить такого человека. Совсем игнорировать такие происшествия — значит делать как раз то, на что пораженный чумой индивид делает ставку, чтобы продолжать свое социальное

«вредительство». Правда, есть еще возможность приспособиться к клевете. Это, однако, должно подразумевать борьбу с эмоциональной чумой немедицинскими способами, то есть опустившись на один уровень с ней. Кто-то решится пустить все на самотек, надеясь, что какой-нибудь зачумленный индивид угодит в ту же ловушку и что среди ему подобных найдется некий «ученый историк», который напишет о «тайном содержателе публичного дома». Произошедшее важно, потому что эмоциональная чума опять и опять преуспевает, подрывая подобными слухами честность и прогрессивные достижения. Социальная борьба с ней совершенно необходима, поскольку она действует более деструктивно, чем тысячи единиц стрелкового оружия. Чтобы понять это, достаточно прочитать книгу Ланге* о том, как в семнадцатом столетии пострадал от клеветы пионер-естествоиспытатель де ля Меттри. Он не только понял важнейшие связи между перцепцией и физиологическими стимулами, но и точно описал связь между проблемой «душа — тело» и биологическим сексуальным процессом. Для обывателей, число которых намного превышало количество честных и добросовестных исследователей, это было слишком. Они начали говорить, что де ля Меттри смог создать свои концепции только потому, что был «развратником». До нас дошли слухи, что он умер, объевшись пирогом, как типичный сластолюбец, хотя с медицинской точки зрения это просто нонсенс. Вот типичный пример чумных слухов, которые, принятые человеческими организмами, неспособными к удовольствию, дошли до потомков, осквернив доброе имя человека без каких бы то ни было оснований для этого. Несложно заметить, какую катастрофическую роль играют подобные чумные реакции в социальной жизни. Мне бы хотелось привести еще один пример защитного механизма эмоциональной чумы, проявляющегося в форме клеветы, который, пожалуй, еще более очевиден. Приехав в Норвегию, я неожиданно услышал сплетню о себе самом. Ходили слухи, что у меня шизофрения и что я провел некоторое время в сумасшедшем доме. Когда я в 1939 году приехал в США, то обнаружил, что эта сплетня докатилась и сюда, выйдя за пределы своей страны и даже за пределы Европы, где были знакомы с моей работой лучше. Скоро стало ясно, что сплетня порождена тем же европейским источником, человеком, который тоже приехал в Америку**.

Ситуация не лишена определенной иронии: этот человек, вскоре после моего разрыва с Психоаналитической ассоциацией, пережил нервный срыв и вынужден был провести несколько недель в психиатрической больнице. Несчастный случай, сопроводившийся нервным потрясением, по-видимому, вызвал у сплетника шок. В то время он оказался в конфликтном положении: с одной стороны, он понял правильность моей научной концепции, а с другой — никак не мог разорвать собственных отношений с организацией, выступавшей против моей деятельности. Как и должно было произойти в таком случае, он попытался переключить пристальное внимание со своей персоны на мою. В то время я оказался в центре угрожающей мне и вовлекшей в себя многих полемики. Он был уверен, что я безнадежно увяз, и испытывал искушение нанести мне дополнительный удар. Его реакция представляла собой проекцию, которая составляет специфический паттерн эмоциональной чумы. Я никогда не был психотиком и никогда не лежал в психиатрической больнице. Наоборот, обременившая меня тяжелейшая ноша тех дней не нарушила моей способности работать и любить.

Помимо всего прочего, душевное заболевание само по себе не является позором. Как всякий порядочный психиатр я испытываю глубокую симпатию к своим пациентам,

---

* Lange, «Geschichte des Materialismus».

** Один из наших известных терапевтов в 1939 году вернулся в США из Осло. Он пробыл несколько дней в Цюрихе, где сказал коллеге-психиатру, что работал со мной. Его собеседник, очень удивленный, воскликнул: «Но такой-то сказал, что Райх стал шизофреником». «Такой-то» был сомнительным человеком. Вскоре после возвращения в Соединенные Штаты он оправдался тем, что услышал это от своего аналитика: «Такой-то (опять тот же самый человек) сказал, что Райх — шизофреник». Этот сплетник через несколько лет умер от сердечного приступа. Я знаю, что долгое время он страдал импотенцией.

часто даже восхищаюсь их борьбой. Душевно больной человек более серьезен, он гораздо ближе к жизненному функционированию, чем Бэббитт* или социально опасный зачумленный индивид. Данная клевета была направлена на полное разрушение моей работы и уничтожение меня самого. Она повлекла за собой несколько опасных и трудных ситуаций. Мне пришлось решать дополнительную задачу, разубеждая многих моих студентов, что я не психотик. На определенных фазах оргонной терапии специфический механизм эмоциональной чумы проявляется типичным образом: как только пациент или студент приходит в контакт с плазматическим потоком, у него проявляется сильная оргастическая тревога. На этой фазе оргонный терапевт воспринимается как «грязная сексуальная свинья» или «псих». Я подчеркиваю, что эта реакция возникает во всех случаях. Теория сексуальной экономики во многих отношениях настолько революционна, что ее легко счесть «сумасшедшей». Из-за этой сплетни ситуация осложнилась до такой степени, что стала представлять собой угрозу моей жизни. Подобные последствия чумной реакции были бы невозможны с точки зрения законных способов, и если мне и удалось преодолеть опасности, вызванные вышеупомянутой сплетней, то этим я обязан только своему клиническому опыту.

Когда несколько лет спустя зашел разговор о том, что моя научная работа была несовместима с диагнозом «шизофрения», наш сплетник встретил это замечание почти с юмором. Он сказал, что я «выздоровел».

Специфическая реакция эмоциональной чумы хорошо просматривается в политической жизни. Обратившись к истории мы увидим, как империалистические диктаторы с каждым новым актом агрессии приписывают своим жертвам всякую интенцию, которая принадлежит им самим и которую они пытаются исполнить. Так, Польшу обвинили в том, что у нее имеется секретный план нападения на германский рейх, а на самом деле это было предвосхищением действий самого рейха. В результате было принято решение о нападении на Польшу, и так далее.

Если вернуться в историю политики всего лишь на несколько десятилетий назад, мы обнаружим дело Дрейфуса. Высшие чины французского Генерального штаба вынашивали планы против Германии, чтобы скрыть их, они сфабриковали против капитана Дрейфуса, совершенно невиновного и порядочного человека, обвинение в шпионаже. Суд приговорил Дрейфуса к пожизненной каторге. Если бы Эмиль Золя, Анатоль Франс и другие прогрессивные деятели Франции не выступили в его защиту, эта специфически чумная реакция даже не была бы замечена. Подобные катастрофы происходят потому, что политики подвержены эмоциональной чуме в достаточно сильной степени, а поскольку она серьезно влияет на формирование общественного мнения, то вновь преуспевает, представляя свои поступки как досадные недосмотры правосудия, исключительно для того, чтобы получить возможность продолжать наносить свой вред.

В связи с вышеизложенным возникает множество вопросов. Каким образом клерикализм политического диктатора или любовные увлечения короля могли повлиять на благополучие нескольких поколений, на миллионы людей? Действительно ли иррациональность социальной жизни может зайти так далеко? Почему миллионы взрослых трудящихся не знали этого или даже отказывались знать?

Эти вопросы кажутся странными только оттого, что эффект эмоциональной чумы слишком фантастичен, чтобы поверить в его реальность. Человеческий разум, по-видимому, отказывается согласиться с тем, что подобное может иметь место в реальности. Это какая-то гигантская нелогичность социальных условий, которые долгие годы сохраняют свое существование. Мне бы хотелось попросить читателя обратить внимание на это противоречие между огромным масштабом и неправдоподобием эмоциональной чумы, отнесясь к этому как можно более серьезно. Я глубоко убежден, что ни одно социальное зло любого масштаба не может исчезнуть с лица земли, пока общественное

* Обыватель, конформист, от имени главного героя одноименного романа С. Льюиса — *Прим. ред.*

сознание отказывается принять факт, что подобный вздор действительно существует и он на самом деле настолько широкомасштабен, что его не увидишь. По сравнению с безграничностью социального сумасбродства, которое постоянно подпитывается хорошо укоренившейся эмоциональной чумой, базовые социальные функции, которые управляют жизненными процессами — любовь, работа и знание — выглядят карликами и кажутся нелепыми с социальной точки зрения.

Обширный медицинский опыт показывает, что неразрешенная проблема подростковой сексуальности имеет более далеко идущие последствия для социальной жизни и моральной идеологии, чем, скажем, закон о тарифах. Попробуем представить себе парламентария, который случайно оказавшись терапевтом, воздействует на правительство пространными выступлениями и парламентской дискуссией о проблемах пубертата, а после того, как его предложения потерпели неудачу, устраивает обструкцию в законодательном органе. Данная иллюстрация раскрывает основное противоречие между повседневной жизнью человека и формой исполнительной власти, которая управляет этой жизнью. Если опираться на факты, то выяснится, что в обсуждении парламентом проблемы подросткового возраста нет ничего неординарного. Все, включая каждого члена парламента, прошли через ад сексуальной фрустрации в пубертатном возрасте. Ничто в жизни несравнимо с тяжестью и значением такого конфликта. Это — проблема общего социального значения. Рациональное разрешение проблемы пубертата несомненно могло бы устранить определенный объем социального зла, такого, как подростковая преступность, страдание, вызванное разводами или обусловленное ранним воспитанием, и т. д. Итак, нам следует рассматривать требования нашего гипотетического парламентария как совершенно рациональные и полезные, но в то же самое время мы будем чувствовать, что стараемся избежать их. Что-то в нас норовит отшатнуться от публичного парламентского обсуждения проблемы пубертата. Это «что-то» как раз и есть намерение и эффект социальной эмоциональной чумы, которая постоянно стремится сохранить себя и свои институты. Она делит жизнь общества на частную и официальную. Частная жизнь исключает общественное обсуждение. Официальная — внешне асексуальна, а внутренне — порнографич-на и извращена. Если бы не было этой пропасти, она была бы идентична частной жизни и могла точно отражать повседневную жизнь в крупных социальных формах. Подобная унификация самой жизни и общественных институтов была бы простой и несложной. Но затем автоматически отпал бы тот сектор общественной структуры, который не только ничего не вносит в социальную жизнь, но периодически подводит ее на порог катастрофы. Этот сектор — «высокая политика» во всех ее аспектах.

Сохраняющаяся пропасть между актуальной жизнью социального организма и его официальным фасадом представляет собой усиленно защищаемую интенцию эмоциональной чумы. Чума регулярно проявляет разрушительные черты, если к этому провалу подступаются, рационально опираясь на факты. Она вновь представляется высокой политикой, которая действует против распространения сексуально-экономической реализации связей между биологическим организмом животного, человека и своим общественным положением. Эта процедура в своей самой мягкой форме является чем-то вроде: «Эти «проповедники сексуальной философии» — как аморальные нарывы на теле социума, которые иногда прорываются. К сожалению, нет сомнений, что животное и человек в том числе имеют сексуальность. Но сексуальность еще не вся жизнь. Существуют другие, более важные вопросы, такие, к примеру, как экономика и политика. Сексуальная экономика — это уже слишком. Было бы гораздо лучше обходиться без нее».

Подобный аргумент постоянно встречается при индивидуальном лечении биопатии или работе со студентами. Нет сомнений в том, что он имеет в основании оргастическую тревогу и представляет собой нежелание устранить существующее отклонение. Столкнувшись с таким аргументом во время публичного выступления, связанного, скажем, с психической гигиеной, невозможно разоружить существующие культурные и

другие «ценности», говоря о панцире и страхе удовольствия. Человек, занимающий позицию сексуальной экономики, обнаружит, что общество против него, поскольку его члены обладают такими чертами характера и иррациональными аргументами, порожденными этими чертами, которые имеют много общего с враждебными. Это тот момент обсуждения, во время которого многие терапевты и педагоги терпят крушение. Но есть неопровержимый, чисто логический аргумент, который, согласно нашему опыту, имеет успех.

Можно согласиться с нашими противниками в том, что сексуальность еще не вся жизнь, и добавить, что здоровая сексуальность человека не является предметом разговора и центральным моментом размышлений. Но затем нужно задать вопрос: почему же несмотря на все это сексуальность занимает центральное положение в жизни и мыслях людей? Рассмотрим пример.

Нет никаких сомнений, что циркуляция пара на фабрике — необходимое условие для ее функционирования. И тем не менее рабочие, которые трудятся на этой фабрике, никогда об этом не задумываются; они полностью сконцентрированы на производстве продукта. Энергия пара действительно еще «не все», есть и другие, более важные запросы, например, изготовление машин и т. д. Но давайте предположим, что вдруг произошли какие-то сбои в системе: циркуляция энергии нарушилась, машины встали и вместе с ними остановилось производство. Теперь внимание рабочих концентрируется исключительно на нарушении циркуляции энергии и они заняты только тем, как устранить этот сбой. Но что, если кто-то из рабочих вдруг заявит: «Это глупая теория, которая преувеличивает значение пара. Да, действительно, пар необходим, но он еще не все. Разве вы не видите, что у нас есть и другие потребности, что существуют экономические факторы, которые необходимо принимать в расчет?» В этом случае те «умники» просто рассмеялись бы и постарались прежде всего устранить нарушение циркуляции пара, прежде чем продолжать «думать о других вещах».

Сексуальные проблемы нашего общества в подобной же ситуации. Поток биологической и сексуальной энергии нарушен у подавляющего большинства людей. По этой причине биологический механизм общества не функционирует должным образом или не функционирует вовсе. Вот откуда иррациональность политики, людская безответственность, биопатия, убийства, короче говоря, — эмоциональная чума. Если бы все люди исполнили естественные сексуальные потребности и это не было сопряжено с искажениями и отклонениями, сексуальные проблемы решались бы сами собой. Вот тогда можно было бы порассуждать и «о других потребностях».

Сексуальная экономика прилагает большие усилия для того, чтобы помочь этим так называемым «другим» вещам исполнить собственное предназначение. То, что сегодня творится вокруг сексуальности, свидетельствует о серьезном нарушении в потоке сексуальной энергии человека, а следовательно, и его биосоциального функционирования. Сексуальная экономика стремится раскрыть клапан потока биологической энергии с тем, чтобы благодаря ее течению могли функционировать «другие» важные вещи: ясное мышление, естественная порядочность, удовлетворяющая работа. Другими словами, надо добиться, чтобы преобладающая сегодня форма сексуальности — порнография — перестала занимать все мысли людей.

Нарушение энергетического потока, как я уже говорил, достигает самой глубины, основ биосоциального функционирования человека и, таким образом, воздействует на любые его функции. Я сомневаюсь, что базовый биологический характер этого нарушения понимается людьми, даже, пожалуй, некоторыми оргонными терапевтами, во всей полноте и глубине. Давайте рассмотрим эту глубину и связь оргономики с другими естественными науками, обратившись к следующему примеру.

Сравним естественные науки, опускающие изучение базового биологического нарушения, описанного выше, с группой инженеров, конструирующих железную дорогу. Эти инженеры написали тысячи очень правильных и точных книг о размерах и

материалах для дверей и окон, посадочных местах, о химическом составе стали и леса, силе тормозов; о скоростях, устройстве станций и т. д. Но предположим, что они постоянно упускают из виду только один конкретный момент: энергию пара и ее назначение. Естественные науки не знакомы с функциональными исследованиями жизнедеятельности организма. Поэтому их можно уподобить таким инженерам. Оргономист не может выполнять свою работу, не отдавая себе отчет, что он инженер аппарата жизни. Как инженеры аппарата жизни мы имеем дело прежде всего с биосексуальной энергией и нет никаких причин чувствовать себя неполноценными из-за этого факта. Напротив, у нас есть все основания, чтобы гордиться своей тяжелой работой.

У кого-то может возникнуть вопрос: как могло случиться, что неистовство чумы упускалось из виду столь длительное время? Дело в том, что этот мрак имеет отношение к сути эмоциональной чумы. Увидеть и рассмотреть чуму практически невозможно, а значит, она успешно существует. Как я уже говорил, широкомасштабность пандемии была слишком привычной, чтобы ее замечать (Гитлер говорил: «Чем больше ложь, тем охотнее в нее верят»). До возникновения оргономики не было никакого научного метода исследования и понимания эмоциональной чумы. Политика по собственным причинам не замечала чумы и ничего не предпринимала даже для намека на свой зачумленный иррациональный характер. Более того, чума имеет в собственном распоряжении весомые социальные средства, препятствующие тому, чтобы можно было понять ее природу.

В каждом случае лечения биопатии или изменения структуры характера терапевта или учителя мы сталкиваемся с эмоциональной чумой в форме характерологических реакций сопротивления. Таким образом, мы научились распознавать их клиническим способом. Клинический опыт полностью подтверждает наше предположение, что никто, ни одно человеческое существо не застраховано от поражения эмоциональной чумой.

Другим способом знакомства с эмоциональной чумой стала реакция на научное открытие оргономики. На носителей эмоциональной чумы могут вовсе и не повлиять впрямую последствия нашей научной работы, эти люди могут быть вовсе и незнакомы с ней, и все же они могут сознавать разоблачение эмоциональной чумы по мере того, как это происходило бы при обучении характерных аналитиков и позже оргонных терапевтов, и видеть, что она излечима. Они реагировали осуждением и специфически чумной реакцией еще задолго до того, как кто-то из нас понял, что мы вовлекаемся в тяжкую борьбу, вечный удел терапевтов и учителей. Благодаря своим хорошо замаскированным и рационализованным действиям чума может предохранить себя от разоблачения. Она ведет себя как преступник в смокинге, с лица которого сорвали маску. Более чем столетия чума преуспевала, она почти обеспечила собственную неприкосновенность и далее на века. Она могла и дальше вести успешное существование, если бы не проявлялась разрушительным и зачастую неприкрытым образом в форме диктатуры и массового заражения. Она разжигает войну в невообразимых масштабах в дополнение к существующему в нашей жизни, благодаря ей, хроническому насилию, стараясь спрятаться за «интересами штата», «новыми законами» и за «требованиями населения или расы». Годами психически больной мир доверялся ей. Но она окончательно выдала себя, вступив в конфликт с естественным восприятием жизни людей вообще; не осталось ни одной семьи, ни одной профессии, которой бы она не коснулась. То, что оргонный терапевт должен научиться понимать и преодолевать в процессе обучения, вдруг слилось воедино с проявлениями мировой катастрофы. Одни и те же базовые характеристики проявляются как в больших, так и в малых масштабах. Через это эмоциональная чума сама приходит на помощь естественной науке, некоторым психиатрам и педагогам. Мир должен задаться вопросом: какова же природа эмоциональной чумы. Но для того, чтобы получить ответ на этот вопрос, необходимы глубокие познания. Каждый сознательный человек обнаружит в себе эмоциональную чуму и начнет понимать, что она постепенно подводит мир на грань катастрофы. «Новые порядки», как всегда, должны устанавливаться, начиная с собственной семьи.

Разоблачение скрытых действий и механизмов, нарушающих жизнь, имеет две цели. Первая — исполнение долга перед обществом: если возникает пожар и для его тушения нет воды, очевидец должен немедленно сообщить об этом. Вторая — будущее сексуально-экономической и оргонной биофизики должно быть защищено от эмоциональной чумы. Следует преклоняться, выражая чувство признательности, перед теми людьми, которые в 1930-м году в Австрии, в 1932-м и 1933-м году в Германии, в 1933-м — в Дании, в 1934-м — в Люцерне, в 1934-ми 1935-м — в Дании и Швеции, в 1937-м и 1938-м году в Норвегии и в 1947-м — в США сплотились для честной, но бесхитростной работы над человеческими структурами; признательности за то, что они, покончив с простодушием, открывают людям глаза на социальные угрозы, несмотря на патологию, систему клеветы и преследований. Если взломщик заходит слишком далеко и становится неосторожным, он рискует быть пойманным и предстать перед судом. Около десяти лет назад носители и распространители чумы чувствовали себя относительно безопасно. Они были уверены в своей победе, годы шли, и, казалось, будто они добились успеха. Только огромное упорство, углубленная научная работа и независимость от общественного мнения не позволили этому успеху закрепиться. Эмоциональная чума никогда не успокоится, пока не уничтожит значительные открытия, плоды человеческой деятельности и поиска истины. Я не думаю, что она преуспевает в данное время или что она будет преуспевать. Впервые наступил момент, когда эмоциональная чума столкнулась не только с догадками, но и необходимым знанием жизненных процессов, которое, укрепляясь, доказывает свою первостатейную мощь. Это мощь и согласованность оргономической естественной науки, которая позволила мне оправиться от тяжких и опасных ударов эмоциональной чумы. Если это стало возможным, значит преодолима и большая проблема.

Чтобы понять меня и мою работу, я бы попросил читателя рассмотреть следующие факты: невротичные психоаналитики называли меня шизофреником; фашиствующие коммунисты боролись со мной как с троцкистом; сексуально похотливые люди обвиняли меня в содержании публичного дома; германская секретная служба считала меня большевиком, а американская — нацистом; деспотичные матери пытались ославить меня как растлителя детей; шарлатаны от психиатрии называли меня шарлатаном, а грядущие спасители мира — новым Иисусом или Лениным. Все это может как льстить, так и не льстить. Кроме того, я увлекся другой работой, которая поглотила все время и силы: работой над иррациональностью человеческой структуры и изучением космической энергии жизни, открытой много лет назад, короче говоря, оргономикой.

Великие писатели и поэты уже описывали эмоциональную чуму и боролись с ней, несмотря на всю ее свирепость. Однако их литературные произведения, одного из которых хватило бы, чтобы построить разумный мир, если воспринять его действительно серьезно, не дали в целом нужного социального эффекта. Они никогда не были организованы, в них отсутствовала идея социального управления, которое обеспечило бы необходимыми условиями жизнеутверждающие институты. Все это выглядело так, будто эмоциональная чума преуспела в возведении гигантского музея, в котором заперты все достижения, скрытые лживым восхищением. Таким образом, я вовсе не первый человек, который пытается понять эмоциональную чуму и бороться с ней. Я только уверен, что являюсь первым естественнонаучным работником, который, благодаря открытию оргона, обеспечил твердую научную основу для того, чтобы понять и преодолеть эмоциональную чуму.

Сегодня, спустя пять, восемь, десять и четырнадцать лет после различных неожиданных и непостижимых катастроф, я придерживаюсь следующей точки зрения: так же, как бактериолог видит цель своей работы в устранении инфекционных болезней, так ме-дик-оргономист ставит перед собой задачу раскрыть природу эмоциональной чумы и бороться с ней как с заразной болезнью. Мир привыкнет к такому новому для него полю деятельности медицины. Необходимо научиться распознавать эмоциональную чуму в себе

и вне себя и обращаться в научные центры, а не в полицию, к адвокату или партийному лидеру. Полиция и адвокаты тоже, как и любой другой человек, заинтересованы в том, чтобы преодолеть эмоциональную чуму в себе и своем окружении. Они имеют дело с биопатичной криминогенностью и оказываются беспомощными перед массовой биопатией людей. Мы выбрали в качестве решающего критерия следующий: использует ли кто-то в своих делах, которые он ведет с нами, способы клеветы и преследования, или же прибегнет к научной дискуссии. Это верный способ отличить пораженного чумой человека от здорового.

Я уверен, что придет время, когда мы больше не будем чувствовать себя беспомощными перед лицом эмоциональной чумы. До сих пор ее приступы переживаются, как обвал в горах или как упавшее на голову дерево. Это не зависит от того, повезло человеку и его не ударило, или не повезло, и он погиб или покалечен. Теперь мы знаем, что дерево не падает просто так, и камень ни с того, ни с сего не свалится. Мы знаем, что в каждом случае есть что-то, что мешает человеку, дерево обрушивается и камень падает по какой-то скрытой причине. Отсюда следует и все прочее.

Если некоторые терапевты настроены против некоторых оргоно-мистов из-за какой-то «нелегальной деятельности», если политики доносят на оргономистов в полицию, объясняя это «неуплатой подоходного налога», «совращением детей», или даже «шпионажем» и «троцкизмом», если до нас доходят слухи, что некоего оргономиста обвинили в психическом нездоровье, соблазнении своих пациентов, в том, что он содержит бордель и т. д., то мы понимаем, что имеем дело с эмоциональной чумой, а не с научной дискуссией. Институт органа, благодаря его подготовке необходимых условий и необходимости ежедневной работы, служит для общества гарантией того, что мы всегда будем решительно бороться против основных проявлений эмоциональной чумы.

Мы не можем быть уверены в удовлетворительном человеческом существовании, пока биология, психиатрия и педагогика не вступят в схватку со вселенской эмоциональной чумой и не начнут бороться с ней так же безжалостно, как с зачумленными крысами. Подробные, тщательные и продуманные клинические исследования делают совершенно очевидным тот факт, что одна только вещь — восстановление естественной любовной жизни детей, подростков и взрослых людей — может избавить мир от характерных неврозов, а вместе с ними от эмоциональной чумы во всех ее формах.

http://koob.ru

ГЛАВА XIII
БАЗОВЫЙ КОНФЛИКТ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЯМИ И ВНЕШНИМ МИРОМ*

Для того чтобы оценить теоретическую значимость наших клинических наблюдений, необходимо рассмотреть некоторые вопросы теории инстинктов. Клинический опыт не только предоставил доказательства точности фрейдовской гипотезы о фундаментальной двойственности психического аппарата, но и указал на некоторые противоречия. Сегодня с клинической точки зрения проблему отношений между инстинктами и внешним миром нельзя решать широкомасштабно. Мне бы хотелось сказать об этом несколько слов, чтобы, с одной стороны, дать настоящей работе теоретическое обоснование, а с другой — представить некоторые аргументы против чрезмерной «биологизации» аналитической психологии.

Согласно фрейдовской теории инстинктов в психическом аппарате объединяются серии пар противоположных инстинктов, а в общем смысле — противоположные стремления. Определяя психические стремления, которые, несмотря на свою противоположность, никогда не существуют по отдельности, Фрейд впервые, хоть и неосознанно, заложил основу будущего функционирования психологии. На первых порах инстинкт самосохранения (голод) противопоставлялся сексуальному инстинкту (эрос). Позже Фрейд противопоставил сексуальности инстинкт разрушения — инстинкт смерти. Сначала аналитическая психология исходила из противопоставленности эго и внешнего мира, что соответствовало либидо эго и объектному либидо. Противопоставленность сексуальности и тревожности не считалась основным противоречием психического аппарата, но тем не менее играла фундаментальную роль в объяснении невротической тревоги.

Согласно исходной концепции лишенное подвижности и неосознанное либидо оборачивается тревогой. Позже, и я уверен, почти безосновательно, Фрейд отказался от этой тесной связи сексуальности и тревоги**. Можно доказать, что эти различные противоположные стремления сосуществуют не беспорядочно, а, скорее, вытекают друг из друга согласно определенным закономерностям. Необходимо определить основные противоположные стремления и факторы, вызвавшие последовавшее развитие антагонистичности.

Любой достаточно глубокий анализ показывает, что основу всех реакций составляет не противопоставленность любви и ненависти и не инстинкты эроса и смерти, а противопоставленность эго («личность», ид = удовлетворение эго) и внешнего мира. Биопсихическое единство личности порождает в первую очередь единственное стремление: устранить внутренние напряжения независимо от того, имеют ли они отношение к голоду или сексуальности. Это невозможно без контакта с внешним миром, следовательно, основным для всякого живого организма является стремление к такому контакту. Психоанализ считает, что голод и либидинальная потребность противоположны и сцеплены друг с другом с самого начала, поскольку мы имеем дело с либидинальным стимулированием области рта, с удовольствием, которое человек получает от сосания, подающего пищу внутрь. Руководствуясь концепцией биолога Хартмана, касающейся функции поверхностного напряжения органов, можно прийти к неожиданным выводам. Если теория Хартмана точна (ее основные аспекты подтверждают открытия Крауса и Зонде-ка), то психическая энергия должна возникать из простого физиологического и механического поверхностного напряжения различных тканей, в частности, вегетативной системы, а также кровеносной и лимфатической систем. Нарушение физиологически-

---

* (1948) Открытие организмической оргонной энергии вынуждает пересмотреть нашу концепцию «инстинктов»; они являются прямой функцией Физической энергии.

** Freud, *Hemmung, Symptom und Angst,* Ges. Sehr., Bd. XI

химического равновесия, порожденного этими напряжениями, могло бы стать скрытой двигательной силой деятельности и по последним данным еще и мышления. Такие нарушения осмотического равновесия тканей организма бывают двух видов: сжатие тканей, при котором происходит потеря тканевой жидкости, и расширение тканей, повышающее содержание жидкости. В каждом случае налицо неудовольствие. Только если в первом приносящие неудовольствие ощущения соответствуют снижению поверхностного напряжения, которое можно устранить, только приняв новую субстанцию, то во втором, наоборот, неудовольствие связано с реальным напряжением: от него можно избавиться только с помощью релаксации, то есть устранив субстанцию. Только последний случай гарантирует достижение реального удовольствия, в первом же всего лишь устраняется неудовольствие.

В каждом случае присутствует «инстинкт»; в первом — мы имеем дело с голодом и жаждой, а во втором — с прототипом оргастической разрядки, которая характеризует всякое сексуальное напряжение. Простейшие, когда им необходимо принять пищу, должны переместить плазму от центра к периферии, то есть усилить напряжение на периферии, а значит, устранить негативное давление в центре. Иными словами, они должны с помощью механизма влечения дотянуться до внешнего мира, чтобы устранить «отрицательное давление», то есть голод. Рост, копуляция и деление клетки детерминировано либидинальной функцией периферического напряжения с последующей релаксацией, то есть ослаблением поверхностного напряжения. Таким образом, сексуальная энергия всегда расходуется при удовлетворении потребности в голоде, в то время как поглощение пищи вводит субстанцию, которая в итоге путем физиохимических процессов, напротив, приводит к напряжению либидо. Прием пищи является основой существования и функционирования либидо; последнее в свою очередь составляет основу продуктивных достижений, начиная с самого примитивного — локомоции. Эти биофизиологические факты совершенно справедливы и для более высоко организованного психического аппарата: голод не сублимируется, в то время как сексуальная энергия заменима и продуктивна. Это положение основано на том, что в случае голода удовольствие не вырабатывается, а только устраняется негативное состояние; в случае сексуальной потребности имеет место разрядка или простейшая форма выработки удовольствия. Кроме того, релаксация обеспечивает удовольствие, которое согласно с еще не осмысленной нами до конца закономерностью заставляет организм повторить действие. Это повторение, вероятно, представляет собой важный аспект проблемы памяти. Голод является признаком иссякшей энергии; удовлетворение голода не вырабатывает энергию, которая могла бы проявиться через достижение (затрата энергии), оно только представляет собой устранение недостатка. Эмпирический психоаналитический тезис о том, что достижение в работе — это либидинально энергетический процесс, а нарушение способности работать тесно связано со сбоем в либидинальной экономике, скорее всего основан на различии двух базовых биологических потребностей.

Но вернемся к противоположности стремлений. Они не являются исходной частью биопсихического единства, одну из противоположных сторон которого представляет внешний мир. Противоречит ли это фрейдовскому положению о внутренней противопоставленности влечений? Естественно, нет. Вопрос заключается в следующем: является ли внутренняя противопоставленность, внутренний дуализм, биологически данным фактом или он развивается вторично в результате конфликта с внешним миром; и является ли внутренний конфликт личности конфликтом между влечениями или он представляет собой нечто иное? Давайте рассмотрим данную амбивалентность.

Амбивалентность осознания сосуществующих реакций любви и ненависти не является биологической, это лишь социально обусловленный факт. Изначально имеет место лишь способность биопсихического аппарата реагировать на внешний мир тем способом, который может — но не обязательно должен — стать хроническим и который

мы именуем «амбивалентностью». Если рассматривать этот феномен поверхностно, можно решить, что он подразумевает колебание между ненавистью и любовью. Но на более глубинном уровне, который соответствует ранней стадии развития, такие признаки амбивалентности, как сомнение и нерешительность, следует понимать как либидинальное влечение, которое стремится вырваться, но снова и снова сдерживается страхом наказания. Очень часто, а при компульсивном характере — всегда импульс любви замещается импульсом ненависти, который глубоко сохраняет влечение к недостижимой цели любви и сдерживается тревогой. Таким образом, амбивалентность может иметь три разных значения в соответствии с генезисом и глубиной, на которой она функционирует:

1. «Я тебя люблю, но боюсь, что меня накажут за это» (любовь — страх).

2. «Я ненавижу тебя, потому что мне не разрешается тебя любить, но боюсь выразить свою ненависть» (ненависть — страх).

3. «Я не знаю, люблю я тебя или ненавижу» (любовь — ненависть).

Складывается следующая картина генезиса психических противоречий. Во-первых, мы имеем дело с противопоставленностью эго внешнему миру, что позже обнаруживаем в противопоставлении нарциссизма объектному либидо. Это основа первой внутриличностной противопоставленности, проявляющейся в форме антитезы либидо (движение, направленное во внешний мир) и тревоги, представленной первым и основным бегством в нарциссизм от неудовольствия внешнего мира обратно в эго. Выбрасывание и втягивание ложноножек у простейших представляет собой гораздо больше, чем чистую аналогию с выпусканием и впусканием либидо. Неудовольствие, создаваемое внешним миром, приводит к оттягиванию либидо назад или тревожному уходу в себя (уход в нарциссизм). Напряжение, вызывающее неудовольствие, возникает из-за неудовлетворенных потребностей, что, наоборот, заставляет обратиться во внешний мир. Если внешний мир обеспечивает лишь удовольствие и удовлетворяет, тревоги не возникает. Если же он вызывает неудовольствие и грозит опасностью, влечение к объектному либидо дополняется его противоположностью — стремлением к нарциссическому уходу, наиболее примитивное выражение такого ухода — тревога. Либидинальная тяга к миру и нарциссическое бегство от него — это только выражение примитивного функционирования, которое присуще каждому без исключения живому организму. У простейших оно представлено в форме двух противоположных направлений течения плазмы: одно — от центра к периферии, а другое — от периферии к центру[*]. Бледность при испуге, дрожь при тревоге соответствуют прохождению катексиса от периферии тела к центру, что обусловлено сокращением периферических сосудов и расширением центральных (застой тревоги). Тургор, цвет и теплота периферических тканей, кожи при сексуальном возбуждении противоположны состоянию тревоги и соответствуют как психически, так и физиологически движению энергии по направлению от центра к периферии, а следовательно, к внешнему миру. Эрекция пениса и увлажнение вагины представляют собой выражение такого течения энергии в состоянии сексуального возбуждения; съеженный пенис и сухая вагина, наоборот, выражают противоположное направление катексиса и телесной жидкости от периферии к центру.

Первая антитеза между сексуальным возбуждением и тревогой является только интрапсихическим отражением базовой антитезы между индивидом и внешним миром, которая затем становится психической реальностью внутреннего конфликта «я хочу — я боюсь». Тревога всегда представляет собой первый признак внутреннего напряжения, независимо от того, обусловлена ли она фрустрацией удовлетворения, пришедшей извне, или течением энергии, катектируемой к центру организма. В первом случае мы имеем дело с застоем тревоги («актуальной тревогой»), а в последнем — с «реальной тревогой», которая также ведет к застою, а следовательно, к тревожности. Таким образом, обе формы

---

[*] Согласно Веберу ощущение неудовольствия сопровождается центростремительными, а удовольствия — центробежными движениями телесной жидкости. См. также Krause, Fr., Syzygiologie. Allgemeine und spezielle Pathologie der Person, 1926.

тревоги (застой тревоги и реальная тревога) основаны на одном и том же феномене: центральном застое энергии. Различие состоит в том, что застой тревоги является непосредственным выражением застоя, в то время как реальная тревога с самого начала есть только ожидание опасности. Она становится аффективной тревогой во вторую очередь, когда течение катексиса к центру вызывает застой в центральном вегетативном аппарате. Исходная реакция «бегство-обратно-в-себя» позже принимает более раннюю филогенетическую форму бегства, которая состоит в увеличении расстояния до источника опасности. Это зависит от развития двигательной системы (мышечное бегство).

Помимо бегства в форме прикрытия собственным телом и мышечного бегства высшие организмы обладают другой важной реакцией: устранение источника опасности. Она не может принимать никакую иную форму, кроме деструктивного импульса*. Избегание застоя или тревоги, которое возникает при нарциссическом бегстве, это, по сути дела, не что иное, как особый способ миновать напряжение или устранить его. На этом уровне развития стремление к миру может быть только двух видов: либо для удовлетворения потребности (либидо), либо для того, чтобы избежать состояния тревоги, устранив источник опасности (деструкция). На основе первой антитезы либидо и тревоги возникает другая, а именно, антитеза либидо («любви») и деструкции («ненависти»). Каждая фрустрация удовлетворения инстинкта оборачивается игрой, будь то первый «собрат» либидо, тревога или деструктивный импульс, генетически более ранний и нацеленный на избегание тревоги. Есть две формы характера, которые соответствуют этим способам реагирования: истерический характер, который избегает опасности, и компульсивный характер, который стремится разрушить источник опасности. Мазохистский характер не имеет генитального объектного либидо так же, как и прямого деструктивного импульса, нацеленного на устранение источника опасности. По этой причине он вынужден возрождать внутреннее напряжение с помощью обходных маневров, скрытого требования, направленного к объекту любви, для того, чтобы каким-то образом сбросить либидинальное напряжение. Совершенно ясно, что эти попытки всегда обречены на провал.

Функция второй пары антитетичных импульсов — либидо и деструкции — претерпевает новое изменение, потому что внешний мир отрицает не только либидинальное удовлетворение, но и удовлетворение деструктивного импульса. Из-за угрозы наказания каждый деструктивный импульс оказывается перегруженным либидо, которое снова усиливает стремление к нарциссическому бегству. Это порождает четвертую антитезу между деструкцией и тревогой. Хотя она целиком лежит на поверхности, адлеровская индивидуальная психология никогда не проникала дальше, вглубь. Процесс формирования новых противоположных влечений, возникающих в результате конфликта между прежними влечениями и внешним миром, продолжается. С одной стороны, каждая фрустрация либидинального влечения придает силу деструктивному импульсу, что легко может обернуться садизмом, сочетающим в себе и деструктивное, и либидинальное влечение. С другой — деструктивные импульсы усиливаются устойчивой склонностью к тревоге и попытками деструктивным способом сбросить напряжение, эту тревогу порождающее. Поскольку, однако, каждое из появляющихся стремлений вызывает карательные реакции со стороны внешнего мира, то развивается «порочный круг», исходной точкой которого служит первая вызванная тревогой фрустрация либидинального импульса. Сдерживание деструктивных импульсов,

* Можно заметить деструктивную тенденцию при удовлетворении голода в умерщвлении и поглощении пищи. В этом случае деструктивный импульс становится первостепенной биологической тенденцией. Однако необходимо отличать деструкцию ради деструкции и деструкцию с целью удовлетворения потребности в пище. Только первое можно отнести к инстинктивному влечению как таковому, в то время как последнее определяет лишь способ положить конец голоду. В первом случае деструкция является субъективным желанием, а в последнем — это только объективный факт. За голодом не стоит мотив деструкции.

вызванное угрозой из внешнего мира, не только усиливает тревожность и делает разрядку либидо еще труднее, чем раньше; оно еще вызывает новую антитезу. Деструктивный импульс, направленный во внешний мир, так или иначе оборачивается против себя, таким образом, добавляя «пару» — самодеструкцию к деструктивному импульсу, а мазохизм — садизму.

Чувство вины является результатом конфликта между любовью и ненавистью, направленными на один и тот же объект. Динамически это соответствует интенсивности сдерживаемой агрессии, которая сильна настолько, насколько велика сдерживаемая тревога.

Общая картина психических процессов, полученная на основе клинического опыта, показывает следующее: 1) Мазохизм является более поздним продуктом развития. Его редко можно встретить раньше трех- или четырехлетнего возраста, и по этой причине он не может быть проявлением первичного биологического импульса. 2) Все те феномены, рассматривая которые можно прийти к выводу о существовании инстинкта смерти, являются признаками и результатами нарциссического (не мышечного) бегства от мира. Импульс к нанесению себе вреда есть результат деструкции, обращенной на себя; ухудшение физического состояния, порожденное хроническими невротическими процессами обусловлено хроническим нарушением сексуальной экономики, хроническим эффектом несброшенного внутреннего напряжения, которое имеет физиологическую основу: это — результат постоянного психического страдания с объективной основой, но без субъективного желания. Сознательное стремление к смерти, к не-бытию («нирвана»), возникает только при условиях генитальной фрустрации и беспомощности; это — не что иное, как крайняя форма выражения покорности, бегства от реальности, которая превращается в крайнее неудовольствие, в ничто. Это ничто, вызванное приматом либидо, осмысливается в терминах другого вида либидинального удовлетворения, неким пребыванием под защитой заботливой матери или в ее утробе. Всякое оттягивание либидо из внешнего мира в эго, то есть каждое явление нарциссической регрессии, приводится в качестве доказательства существования инстинкта смерти. На самом деле это не что иное, как реакции актуальной фрустрации удовлетворения голода или либидинальных потребностей с помощью внешнего мира. Анализ показывает: если эта реакция полностью развивается даже при отсутствии актуально исходящей из внешнего мира фрустрации, то она является ранней инфантильной фрустрацией либидо, которая неизбежно влечет за собой бегство от мира в эго и создает психическую структуру, позже лишающую личность способности извлекать пользу из возможного удовольствия, предоставляемого внешним миром. К примеру, меланхолия, столь часто используемая в качестве доказательства существования инстинкта смерти, показывает, что суицидальные импульсы вторичны. Во-первых, они составляют фрустрированную надстройку оральности, которая в конце концов начала полностью сдерживать генитальную функцию, став точкой фиксации, а во-вторых — деструктивный импульс, сдерживаемый и направленный на себя, не может получить иного пути выражения, кроме самодеструкции. Если человек разрушает себя, он делает это не потому, что «хочет» или у него есть такая биологическая потребность, а потому что реальность вызывает внутреннее напряжение, которое становится нестерпимым и может разрешиться только путем самодеструкции. Так же как внешний мир превращается только в неспособную удовлетворить внешнюю реальность, инстинктивный аппарат превращается в неспособную удовлетворить внутреннюю реальность. Однако поскольку конечный мотив жизненной силы представляет собой напряжение с перспективой релаксации, то есть удовольствия, организм, лишен-ный'этих возможностей, как внутренне, так и внешне, будет желать прекращения своего существования. Самодеструкция становится последней и единственной возможностью получить релаксацию. Итак, можно сказать, что даже в желании умереть выражен принцип удовольствия-неудовольствия.

Любая другая концепция отвергает основные клинические открытия, избегая проблемы реальной структуры нашего мира, поскольку это порождает необходимость критики социального устройства, и улучшения качества оказываемой терапевтической помощи. Такая помощь может состоять только в аналитической деятельности, содействующей пациенту в преодолении страха перед угрожающим извне наказанием и избавлению от напряжения единственным биологически и сексуально-экономически здоровым способом, а именно — способом оргастического удовлетворения.

Клинические исследования мазохизма позволяют предположить наличие избыточной первичной потребности в наказании. Если это нельзя приложить к мазохизму, то вряд ли это можно отнести к какой-нибудь другой форме заболевания. Страдание реально и объективно. Субъективное желание страдать отсутствует; самобичевание является механизмом защиты от генитальной кастрации; членовредительство — это применение более мягкого наказания, призванного защитить от того, чего боятся на самом деле; фантазии об истязании — остаток возможности расслабиться без чувства вины. Точная исходная генетическая формула невроза: невроз развивается из конфликта между сексуальным влечением и страхом актуального наказания от рук авторитарного общества. Приверженность этой формуле приводит к иным заключениям, нежели приверженность инстинкту смерти. Если страдание вызвано обществом, необходимо задаться вопросом, почему это так, почему общество заинтересовано в том, чтобы наказывать? Согласно формуле Фрейда фрустрация приходит из внешнего мира. Этот простой факт в значительной степени перечеркивается гипотезой об инстинкте смерти. К примеру, это заметно в следующем высказывании Бенедек: «Если мы воспринимаем дуалистическую теорию инстинкта только как устаревшую, мы обнаруживаем пробел. Остается невыясненным вопрос, почему в человеческом организме развиваются механизмы, противоположные сексуальности». Итак, гипотеза об инстинкте смерти полностью оставляет в стороне тот факт, что противоположные сексуальности «внутренние механизмы» представляют собой моральные запреты, налагаемые внешним миром, то есть обществом. Инстинкт смерти можно объяснить с биологической точки зрения, опираясь на те факты, которые, если придерживаться прежней теории, возникают из структуры современного социума. Остается добавить, что «непреодолимые деструктивные импульсы», от которых страдает человек, не стоит приписывать его биологической природе, их следует считать социально обусловленными. Именно они сдерживают сексуальность авторитарным воспитанием, которое делает агрессию непреодолимой силой, когда сдерживаемая сексуальная энергия оборачивается энергией деструктивной. Те аспекты нашей культурной жизни, которые похожи на саморазрушение, не являются проявлениями неких «импульсов саморазрушения», а представляют собой выражение совершенно реальных деструктивных интенций части авторитарного общества, заинтересованного в подавлении сексуальности.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ
ОТ ПСИХОАНАЛИЗА К ОРГОННОЙ БИОФИЗИКЕ

ГЛАВА XIV
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТАКТ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ ПОТОК

ВВЕДЕНИЕ

Данная монография — полный вариант статьи, представленной на XIII Международном психоаналитическом конгрессе, проходившем в Люцерне в августе 1934 года. Она продолжает обсуждение проблем анализа характера, поставленных в моей книге *«Анализ характера»,* опубликованной в 1933 году. Здесь затрагиваются в основном две проблемы, о которых мы еще не говорили: отсутствие психологического контакта и механизмы «замещающего контакта», а также единство и противоположность вегетативных и психических проявлений аффективной жизни. Обсуждение последней проблемы находит свое продолжение в моих статьях[*].

Эта монография включает в себя достоверные клинические данные, позволяющие продвинуться в решении невыясненных проблем взаимоотношений психики и сомы. Применительно к технике анализа характера она позволит проверить данные наработки каждому терапевту, который столкнется с необходимостью преодолеть начальные технические трудности.

Обсуждение литературы, касающейся проблемы «тотальности» и единства психического и соматического функционирования, намеренно опускается. Сексуальная экономика подходит к проблеме со стороны феномена, который обычно недооценивают, а именно оргазма, и применяет метод функционализма. Обращение к литературе подразумевало бы как завершенность моих собственных концепций, так и существование определенных точек зрения на проблему оргазма со стороны других авторов. На данный момент и то, и другое отсутствует. Поэтому критическое обсуждение литературы было бы преждевременным.

Клиническое опровержение фрейдовской теории инстинкта смерти остается в силе. Более глубокий анализ так называемого стремления к нирване подтвердил мое мнение о том, что эта теория пытается объяснить определенные факты, в действительности не существующие, и тем самым вводит в заблуждение.

Возможно, данное эссе в сравнении с предыдущим позволит психоаналитикам лучше скоординировать свою профессиональную деятельность, а молодым ученым, работающим в русле сексуальной экономики, и аналитикам, занимающимся исследованием характера, облегчит восприятие и понимание теории и окажет практическую помощь в применении техники анализа характера. Открытие «бесконтактности» (contactlessness), или отсутствия контактности, и страха контакта стало новым этапом в развитии концепции и техники анализа характера. Возможно, представленные здесь описания скоро окажутся неполными или отчасти неточными, что лишний раз докажет: идти в ногу с развитием новых концепций можно, только опираясь на живую практику. Тот, кто стремится серьезно изучать технику анализа характера, без труда поймет и использует на практике связи между психическим контактом и вегетативной возбудимостью человека, о которых здесь впервые пойдет речь. Определение таких связей не только поможет вывести нашу психотерапевтическую работу из сложившейся сегодня мистической атмосферы, но и откроет перспективу для

---

[*] «Der Urgegensatz des vegetativen Lebens» и «Die vegetative Urform des Libido-Angst-Genesatzes» *(Zeitschr. f. po!it. Psychol. u. Sexualckonomie, l934).*

достижения прежде нереальных результатов. В то же время я настроен против излишнего терапевтического энтузиазма. Успех анализа характера больше не может подвергаться сомнениям, хотя завершающие стадии характерно-анали-тической терапии, особенно оживление оргастической контактной тревоги и ее устранение, изучены еще недостаточно хорошо. К тому же теория оргазма часто оказывается грубо недопонятой, причем такое ложное толкование встречается и среди моих друзей. Наиболее распространенная ошибка обусловлена неосведомленностью о несдерживаемой непроизвольной оргастической самоотдаче, что часто путают с предор-гастическим возбуждением. Необходимо сказать, что успешное окончание анализа характера без внесения ясности в проблему оргазма может носить лишь случайный характер.

Выступив на последнем психоаналитическом конгрессе со своей статьей, которая легла в основу данного эссе, я перестал быть членом Международной психоаналитической ассоциации. Ее руководители больше не пожелали отождествлять ассоциацию с моими концепциями.

Февраль 1935.
В. Р.

1. ОТПРАВНАЯ ТОЧКА: КОНФЛИКТ МЕЖДУ ИНСТИНКТОМ И ВНЕШНИМ МИРОМ

Прежде всего я должен вспомнить хорошо известные психоаналитические положения, которые послужили отправной точкой моей работы. Не зная о них, невозможно понять результаты характерно-аналитических исследований. Самые первые психоаналитические концепции базировались на идее о конфликте между инстинктом и внешним миром. Полное затемнение этого исходного понятия современными теориями не влияет на его точность, его проявление безошибочно можно узнать в каждом клиническом случае, и, надо сказать, это наиболее плодотворная формулировка во всей аналитической психологии. В свете этого представления психический процесс является результатом конфликта между инстинктивной потребностью и внешней фрустрацией инстинкта. Именно из этого конфликта, но только во вторую очередь, развивается внутренний конфликт между желанием и самоотречением. Самоотречение составляет ядро того, что мы называем «внутренней моралью». Необходимо помнить, что основные теоретические понятия вытекают из этой формулы психического конфликта. При исследовании источника фрустрации инстинкта может возникнуть необходимость выйти за пределы сферы интересов психологии. В этом случае придется обратиться к социологии и иметь дело с проблемами, которые выходят за рамки психологии, так как она не в состоянии ответить на вопрос, почему общество требует подавления инстинктов. Существуют социальные, более суровые экономические запросы, которые служат причиной данного феномена[*]. Политическая психология, несмотря на упрек моих оппонентов в том, что я смешиваю политику с наукой, начинается как раз с этого строго научного вопроса.

Если подросток поймет, что подавление его инстинктивных сексуальных влечений происходит не из-за биологических факторов (скажем, не из-за инстинкта смерти), а что в этом скорее повинны определенные запросы современного общества, что родители и учителя при этом являются только бессознательно используемыми социальной машиной органами, то он не станет принимать во внимание только высшие, вызывающие научный интерес положения, а поймет причины своих страданий, не станет признавать их божественное происхождение и перестанет подчиняться требованиям родителей, являющихся выразителями внешних сил. Возможно, в первое время он будет использовать свою способность к критике, чтобы разобраться в существующем порядке вещей. Это одно из многих последствий, которые входят в состав того, что я называю сексуальной политикой.

---

[*] См. мою книгу *«Der Einbruch der Sexualmoral»*.

Это социальная, то есть политическая, практика, которая возникла в результате установления социального источника вытеснения сексуальности. На ХШ конгрессе Бернфелд высказал мнение, что половые сношения подростков являются результатом слабого режима воспитания. Такая концепция будет только поддерживать невротическое чувство вины подростка, кроме того, она будет усложнять проблему пубертата и препятствовать любой позитивной сексуально-экономической помощи подросткам. Вопрос пубертата полностью умещается в рамки связей между вегетативным возбуждением и психическим поведением, несмотря на все «объективно научные» опровержения того факта, что развитие подростка четко детерминировано социальными запретами на сексуальную жизнь в этом возрасте. Возможность сексуально-экономической регуляции вегетативных энергий зависит от структуры, которую общество формирует в подростках.

Как известно, эго приходится посредничать между социальными воздействиями, которые позже интернализуются как моральный или внутренний инстинкт запрета, с одной стороны, и биологической потребностью — с другой. Если продолжать рассматривать психические проявления биологических потребностей, феномена ид, мы придем к проблемам психологии и биологии, которые не более приемлемы с точки зрения наших психологических методов исследования, чем проблемы социологии. Я обнаружил ограниченность психологического метода. Мои оппоненты, напротив, психологизировали социологию, как и биологию. После этого читателя может удивить мой предмет исследований, представляющий собой как раз изучение развития вегетативного возбуждения, исходящего из характера, то есть из психического образования. Он может спросить, не изменяю ли я собственным принципам. Мы пока отложим ответ на этот вопрос.

2. НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ

Связь между психическим аппаратом и вегетативным возбуждением невозможно понять, не освободившись от источника ошибок, свойственных теоретическим методам. В нашей работе теория и практика неразделимы. Ошибочная теоретическая позиция непременно породит некорректную технику, а та в свою очередь может привести к ложным теоретическим воззрениям. Если поискать источник, из которого возникла теория инстинкта смерти, то можно обнаружить, что вдобавок к социальным причинам, которые я уже упоминал, есть еще и технические. Многие практики Венского Семинара психоаналитической терапии будут вспоминать, насколько трудно было теоретически и практически справиться с проблемой латентного отрицательного переноса.

Хотя понятие отрицательного переноса уже давно было сформулировано Фрейдом, понадобилось время (с 1923 года по 1930-й), чтобы научиться понимать его с точки зрения практики. Клиническим основанием, на котором Фрейд построил свою теорию инстинкта смерти, была так называемая «отрицательная реакция на терапию». Этот термин подразумевает, что многие пациенты реагировали на наши интерпретации не улучшением состояния, а, напротив, усилением своих невротических реакций. Тогда Фрейд сделал заключение, что это — результат бессознательного чувства вины или того, что было названо «потребностью в наказании», которая заставляет пациента сопротивляться аналитической работе и продолжать невротически страдать. Я признаю, что на протяжении первых лет после публикации его работы «Я и оно», сам придерживался такого мнения и только со временем начал сомневаться в точности этой формулировки. Секрет негативной терапевтической реакции постепенно проявился в технических отчетах на Семинаре. Они показали, что негативные тенденции пациентов, соответствующие вытесненной ненависти, анализировались недостаточно, если вообще подвергались анализу; что аналитики оперировали почти исключительно позитивными проявлениями переноса; что даже наиболее опытные из них не составляли исключения; и, что самое важное, проявления латентной, замаскированной и вытесненной ненависти, как правило,

ошибочно принимались за признаки положительного переноса. Мне не удавалось точно сформулировать это до встречи в Осло со скандинавскими психоаналитиками в 1934 году. Наша аналитическая работа освобождала психическую энергию, которая стремилась к разрядке. Если анализ переноса с самого начала производится преимущественно или исключительно как положительный перенос, без предварительного раскрытия негативных тенденций, то произойдет следующее: освобожденная любовь будет требовать удовлетворения и во время анализа столкнется с фрустрацией, так же как внутреннее сдерживание, вызванное вытесненным импульсом ненависти по отношению к объекту любви. Короче говоря, можно пребывать в уверенности об «освобожденности» импульсов любви, но обнаружить, что пациент продолжает оставаться неспособным любить.

Фрустрированная любовь оборачивается ненавистью. Бессознательные импульсы ненависти действуют на искусственно вызванную ненависть подобно магниту. То и другое смешивается, и вторичная ненависть тоже становится бессознательной, не получает разрядки и оборачивается самодеструктивными импульсами. Потребность в наказании, которую мы обнаруживаем у наших пациентов, является не причиной, а следствием, результатом невротического конфликта. Негативная терапевтическая реакция возникает, потому что не было адекватной техники для того, чтобы иметь дело со скрытым отрицательным переносом. Доказательством здесь служит тот факт, что негативная терапевтическая реакция не возникает, если выполняются два правила. Первое — надо обязательно выкристаллизовать скрытый отрицательный перенос пациента и вывести его в сознание; обеспечить разрядку всей высвободившейся агрессии; лечить любую склонность к мазохизму не' как выражение первичного самодеструктивного инстинкта, а как замаскированную агрессию, направленную против объектов внешнего мира. Второе правило — оставить в покое позитивные проявления, пока они не обернутся ненавистью, то, есть невыявленной реакцией, или пока они в конце концов не сконцентрируются на идее генитального инцеста. В этом пункте появилось то самое возражение, которое возникло у Фрейда, когда я представил ему свои ранние представления о технике анализа характера, и которое постоянно высказываются моими коллегами. Возражение это состоит в следующем: нельзя производить никакого отбора, надо анализировать все в том порядке, в котором подается материал. Ответ на это возражение содержится в моей книге «Анализ характера», и я не вижу необходимости повторять его здесь. Возражение, однако, требует фундаментального разъяснения теории, которая заложена в основу техники анализа характера и которую мне бы хотелось кратко изложить здесь.

Задача нашей техники — вывести бессознательное в сознание. Это называется интерпретацией. Такая работа детерминирована топической точкой зрения. При интерпретациях нам необходимо принимать во внимание тот факт, что между бессознательным психическим материалом и нашими интерпретациями вмешиваются сопротивления; эти сопротивления необходимо устранять, если интерпретации направлены на терапевтический эффект. Это динамический взгляд на терапевтический процесс. Опыт контролируемого анализа и опыт технического семинара проясняет, что хотя обе точки зрения теоретически известны аналитикам, они, как правило, действуют, исходя только из одной, топической. Это в чистой форме выражено в концепции Штекеля и Ранка, касающейся аналитической техники. Необходимо признать, однако, что все мы ранее в своей практической работе в той или иной степени упускали из виду динамическую точку зрения, просто потому, что не знали, как ее применить.

Работа по анализу характера добавляет к топической и динамической структурную и экономическую точки зрения. По крайней мере, для меня включение совокупности наших представлений о психических процессах в практическую работу имеет даже большее значение, нежели переход от прямых интерпретаций содержания бессознательного к технике сопротивления. Если учитывать структурную и

экономическую точки зрения, идея о том, что необходимо анализировать все, что всплывает на поверхность, становится несостоятельной.

Пациент даже на протяжении одного сеанса представляет очень разнообразный материал из разных пластов психики и разных стадий развития. Сексуально-экономический подход заставляет нас строго придерживаться предписанного пути, который начинается с разрешения прегенитальных и негативных установок и оканчивается концентрацией всей высвобожденой психической энергии на генитальном аппарате. Установление оргастической потенции является самой важной целью терапии. Надо еще отметить экономическую обусловленность того, что вытесненные аффекты должны обнаруживаться в различных формах поведения. Их необходимо выкристаллизовывать при последовательном анализе поведения и снова устанавливать связь с детскими идеями. Анализ характера, следовательно, происходит по плану, который определяет структура индивидуальной истории болезни. Точно проведенный анализ характера, несмотря на множество возможных вариантов содержания, конфликтов и структур, проходит следующие фазы:

а) ослабление панциря в процессе анализа характера;

б) разрушение панциря, то есть определенное нарушение невротического равновесия;

в) прорыв глубоко вытесненного и эмоционально заряженного материала с возрождением детской истерии;

г) проработка высвобожденного материала без сопротивления; выкристаллизование либидо из прегенитальных фиксаций;

д) возрождение детской генитальной тревоги (невроз застоя) и генитальности;

е) появление оргастической тревоги и установление оргастической потенции, которая является предпосылкой полноценного функционирования.

Хотя сегодня установление генитальности уже осуществляется в процессе работы многих аналитиков, оргастическая потенция все еще недостаточно известна и остается недопонятой.

До 1923 года единственной понятной целью терапии было «осуждение инстинктов» и сублимация. Импотенцию и фригидность не считали специфическими симптомами невроза, а рассматривали в общем ряду с многими другими симптомами, которые могли как присутствовать так и отсутствовать. Правда был еще один известный критерий — оргазм, но некоторые утверждали, что есть некоторое количество неврозов с «совершенно ненарушенным оргазмом». Неврозы считались выражением сексуального отклонения вообще, и только сексуально-экономические открытия показали, что не бывает неврозов без нарушения генитальности. Стало понятно, что такие неврозы невозможно вылечить, если не устранить это отклонение. Фрейд, Сакс, Нанберг, Дейч, Александер и многие другие аналитики отказались принять мою концепцию психо-экономической и терапевтической значимости генитальности. В своем *«Введении в психоанализ»,* опубликованном в 1933 году, Фрейд даже не упоминает о проблеме генитального оргазма; ничего не говорит о нем и Нанберг в *«Общем курсе неврозов».* Таким образом, вопрос об источнике энергии невроза остался открытым. Включение функции оргазма в теорию невроза всегда оказывалось неудобным и оставалось обделенным. Правда, его все же начали изучать, но не психоанализ, а физиология. Ференци пытался рассматривать теорию генитальности только как психологизированную физиологию или как биологический феномен. Оргазм — не психический феномен. Напротив, это явление, которое означает только снижение всей психической активности до базового вегетативного функционирования, то есть устранение психической активности. И тем не менее это решающая проблема психической экономики. Включение ее в психологию даст возможность конкретного понимания количественного фактора психического функционирования и установления связи между психическим и вегетативным функционированием, что в свою очередь приведет к важным изменениям

психоаналитического понимания невротического процесса. Раньше наличием у современного человека эдипова комплекса легко объясняли его невротическое заболевание. Сегодня этот тезис перестал иметь такое значение: детско-родительский конфликт становится патогенным только в результате отклонений в сексуальной экономике ребенка. Таким образом, он обуславливает более позднюю неспособность регулирования либидинальной экономики и получает энергию как раз из того, что помогает сохранять это состояние, а именно — из застоя генитальной сексуальной энергии[*].

Если правильно понять этот момент, то акцент смещается с эмпирического содержания на экономику вегетативной энергии.

В начале анализа не слишком важен объем предоставляемого материала и то, насколько изучено прошлое пациента. Решающим вопросом становится четкая логика исследования тех переживаний, которые представлены концентрацией вегетативной энергии.

Многие аналитики, которым приходилось иметь дело с сексуальной экономикой, не заметили данного расхождения в концепциях невроза, а следовательно, не поняли центрального места и значимости проблемы оргазма. Если учесть, что только с помощью техники анализа характера можно проникнуть в физиологический феномен нарушения оргазма и его отражения в психике, а также, что эту технику одни опровергают, а другие ею еще не овладели, то можно ясно понять, почему аналитики удивляются, обнаружив, что мазохисты обязательно характеризуются специфическим видом страха оргастических ощущений. Человек, который не прошел анализ характера, не способен критически оценить его открытия просто потому, что для этого у него нет соответствующего органа восприятия. Он, в лучшем случае, сможет его понять с интеллектуальной точки зрения, но сущность теории оргазма останется недопонятой. Однажды я проводил аналитическую работу с обучающимся аналитиком, уже имеющим некоторый опыт. Тот был настроен очень скептически и совершенно уверен, что уж он-то «во всяком случае знает об этом все». Часто люди убеждают себя в том, что их переживания во время анализа характера были им до сих пор неизвестны просто потому, что их можно вывести на поверхность, используя только определенную технику; особенно это относится к основным оргастическим ощущениям, которые впервые проявляются как непроизвольные сокращения генитальной мускулатуры.

Я ограничусь следующим кратким заключением. Включение структуры и либидинальной экономики в аналитическую работу значительно изменяет и дополняет не только всю картину работы в целом, но и основные технические понятия. Технические проблемы более комплексны, но это компенсируется большей уверенностью и лучшими и более стойкими результатами в тех случаях, когда успешно развертывается анализ характера.

В результате изменений техники и ряда основных понятий динамического и психического функционирования аналитики, которые последние двенадцать лет ничего не знали о развитии моих технических и теоретических концепций, не способны понять их. Боюсь, что возникшее препятствие труднопреодолимо, даже если человек утверждает, что разделяет мои взгляды. В связи с этим мне бы хотелось прояснить, в чем состоит ошибочность понимания моих представлений.

Аналитики, как правило, делятся на две группы. Одни считают, что все эти вещи давно известны, что они банальны и не представляют собой ничего нового, а другие провозглашают, что все это ошибочно и ни к чему не приведет. Почему так получается? Это нетрудно понять, если принять во внимание путь, по которому шло развитие моих научных открытий. Моя техника анализа характера возникла из фрейдовской техники работы с сопротивлением, более того, она является ее наиболее последовательным

---

[*] См. мое описание взаимозависимости психоневроза и актуального невроза в книге *«Функция оргазма»,* 927.

продолжением. По этой причине моя техника должна в своей основе совпадать с фрейдовской. И первая группа аналитиков уверена, что пользуется совершенно такой же техникой, как и я. На основании огромного числа повторных анализов я могу заверить читателя, что нет ничего более далекого от истины. Это не просто утверждение, существуют очень глубокие и фундаментальные отличия. Исходя из новой точки зрения, в частности, понятия о том, что оргастическая потенция представляет собой цель терапии, техника изменилась таким образом, что вторая группа аналитиков не улавливает в ней аналитической техники как таковой. Это объяснение верно для истории развития любой науки: новые открытия, концепции и методы никогда не возникают из ничего, они всегда базируются на твердом фундаменте тщательной работы, которую провели другие исследователи.

3. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ИМПУЛЬСА

Необходимо сказать, что теоретические выводы, к которым я пришел, стали возможными и подтвердились только благодаря использованию техники анализа характера, а не устаревшей технике сопротивления и прямых интерпретаций. Основной принцип моей техники состоит в том, что к вытесненному материалу надо подходить, анализируя защиту против него, и никогда не производить директивный анализ инстинкта.

Мои критики ошибочно истолковали этот принцип. Они посчитали, что для меня характер и защита являются чем-то идентичным, что я неоправданно ограничиваю значение характера. На самом деле я считаю, что важная черта характера на протяжении анализа превращается в ведущее сопротивление, которое в детстве сформировалось именно в целях защиты. Кроме того, это сопротивление выполняет много других функций, особенно сексуально-экономических: помогает установить взаимоотношения с внешним миром, создает психическое равновесие. Об этом я подробно написал в своей книге «Анализ характера», поэтому полагаю, что такая критика не имеет достаточных оснований.

Наиболее важный теоретический вопрос в данном контексте состоит в том, какова структура, функционирование и генезис эго, порождающего защиты. Для нашей терапевтической работы было бы полезно расширить понимание эго-защиты, и если наши терапевтаческие возможности имеют шанс возрасти, то произойдет это не за счет лучшего понимания ид, а за счет более полного осмысления эго[*].

---

[*] *Примечание 1945 года.* Эта формулировка была односторонней, и поэтому некорректной. Исследования панциря эго только начинались. После успешного теоретического и практического исследования открылся путь в огромную область биологической энергии, который в конце концов привел к открытию организмической и космической оргонной энергии. То, что психоаналитическая теория называла «ид», на самом деле является физической оргонной функцией биосистемы. Термин «ид» (оно) метафизическим образом выражает тот факт, что в биосистеме есть «нечто», чье функционирование определяется чем-то, находящимся за пределами индивида. Это «нечто», «ид», есть физическая реальность: космическая оргонная энергия. Не так давно один психоаналитик заявил, что «оргон идентичен фрейдовскому ид». Это так же верно, как, скажем, утверждение, что оргон идентичен аристотелевской «энтелехии». Правда, на самом деле термины «ид», «энтелехии», «elan vital» и «оргон» описывают «одно и то же». Но такая аналогия является слишком сильным упрощением. «Оргон» — это видимая, ощутимая энергия космической природы, которую можно использовать. Такие понятия, как «ид», «энтелехия» или «elan vital», только выражают представления о существовании такой энергии. Разве являются электромагнитные волны Максвелла тем же самым, что и электромагнитные волны Герца?

Но с помощью последних можно послать сообщение через океан, а с помощью первых — нет. Такие «уточняющие» уравнивания без упоминания практических различий выполняют функцию оговаривания больших естественнонаучных открытий. Они так же ненаучны, как тот социолог, который в недавнем обзоре упомянул оргон как «гипотезу». С помощью гипотез, с помощью «ид» или «энтелехий» невозможно зарядить кровяные тельца или разрушить раковые образования, а с помощью оргонной энергии — можно.

Обсуждение психологических проблем, тех, которые представлены в данном тексте, важно и уместно в рамках глубинной психологии. Оргонная биофизика выходит за эти рамки. Вместе с ростом знаний об оргонном функционировании организма данные проблемы глубинной психологии утрачивают

Здесь связанная с анализом характера проблема совпадает с проблемой, которой психоанализ занимается почти сорок лет: как функционирует эго? Все мы помним, какое впечатление произвели на нас слова Фрейда о том, что мы изучили и поняли только вытеснение, но очень мало знаем об источнике вытеснения и о структуре эго-защит. Удивительно, но наши знания об эго настолько малы, что оно кажется гораздо более недоступным, чем ид. Тем не менее для этого должны быть причины, и они состоят не только в трудностях понимания психологии.

Правда, в *«Я и Оно»* Фрейд размышляет об источнике энергии инстинкта эго, что в то время (в 1922 году) было чем-то новым. Он объясняет его собственной теорией инстинкта смерти, говоря о нем как о результате трудностей, которые создает эго, сопротивляясь устранению вытеснения и выздоровлению. Согласно этой теории трудности возникают из врожденного мазохизма, то есть из желания страдать. Но теория инстинкта смерти не говорит о том, какова структура эго-защиты и вытеснения либидинальных импульсов и что же такое инстинкт эго.

Давайте вспомним, что в понимании инстинктов эго всегда имела место некоторая неясность, сопутствующая аналитической теории. Изначально голод, в противоположность сексуальности, считался эго-инстинктом, служащим самосохранению. Эта формулировка противоречила другой, которая утверждала, что эго-инстинкты антагонистичны сексуальности. Позже сексуально-экономический подход показал, что голод не может считаться инстинктом в строгом смысле этого слова, так как в отличие от сексуальности он не является выражением избыточной энергии, а, напротив, указывает на пониженный энергетический уровень организма. Кроме того, голод обычно осмысливается как нечто, по структуре относящееся к ид, а не к эго. Это подтверждает, что голод не может быть составной частью энергии эго-инстинкта.

Шилдер утверждает нечто противоположное: цеплятельный и хватательный инстинкты относятся к сексуальности. Эта концепция тоже несостоятельна, потому что данные импульсы, несомненно, являются частью функций мышечного аппарата и вместе с ним вегетативного функционирования. Последняя попытка Фрейда заместить таинственные эго-инстинкты инстинктом смерти, то есть антагонистом сексуальности, всего лишь подразумевала замену антагонизма между эго и ид на антагонизм между двумя тенденциями внутри ид. Это еще больше осложнило проблему.

Характерно-аналитическая работа над эго-защитами отвечает на вопрос, кажущийся столь очевидным, что стоит задуматься, почему же аналитическая теория, неоднократно наталкиваясь на этот факт, оставила его без должного внимания.

Нам вновь придется обратиться к базовому конфликту между влечением и внешним миром. Влечение, направленное на объекты внешнего мира, противостоит запретам этого внешнего мира *(рис. 2 (I)*. Возникает вопрос: откуда берется энергия, за счет которой существуют и действуют запреты внешнего мира? Ответ таков: только содержание запрета возникает извне, а энергия (катексис) запрета берет начало из энергетического резервуара самого индивида. Давление внешнего мира образует раскол, диссоциацию единого стремления человека. Таким образом, становится возможным, что одно влечение оборачивается против другого или даже одно и то же влечение расщепляется и образует две тенденции, одна из которых по-прежнему будет направлена вовне, а другая обернется против самого человека. Это обращение против себя описано Фрейдом во *«Влечениях и судьбах влечений».* Однако в связи с процессом внутренней диссоциации и противопоставленности возникает новая проблема. К примеру, когда мальчик мастурбирует, сопровождая это инцестуозными фантазиями, его любовь к себе и

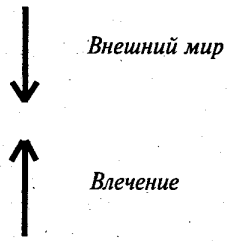
свою значимость. Разрешение психологической проблемы лежит вне сферы психологии. Блокирование оргастической пульсации, скажем, в горле позволяет понять самые сложные проблемы орального садизма. Оглядываясь назад, мы понимаем, насколько тяжелой была борьба серьезного психоаналитика с биофизическими проблемами, и почему ему не удавалось отыскать к ним реальный подход. Действуя сугубо психологически, это сделать так же трудно, как выпить воду из стакана, который видишь в зеркале.

объектная любовь становятся единым целым; влечение к матери и любовь к себе имеют одно и то же направление, они не противоречат друг другу. Запрет на мастурбацию, наложенный матерью, фрустрирует объектно-либидинальное стремление и воздействует на нарциссическую целостность угрозой кастрации. Но когда внешняя фрустрация становится активной, нарциссическое влечение к самосохранению формирует антитезу объектно-либидинальному влечению к мастурбации *(рис. 2(11, III).* Другой вариант — противопоставленность нежного отношения к матери и страха утратить любовь, с одной стороны, и чувственного сексуального влечения — с другой; первоначально они тоже формируют единое целое. Диссоциация единого влечения следует из противопоставленности частей, на которые расчленено данное влечение. Теперь понятно, что запрет, исходящий из внешнего мира, может оказать влияние только с помощью противопоставленной энергии.

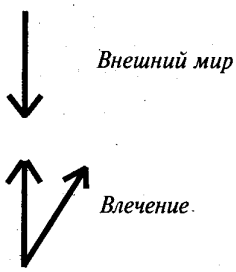
Я разъясню это схематическое изображение на примере из практики. Пациента, о котором пойдет речь, характеризовали преувеличенное стремление оказывать помощь посторонним, отсутствие агрессии, склонность полагаться на других людей и пассивное поведение. Все черты пассивно-фемининного характера конценти-ровались в определенном назойливом поведении, которое помогало ему устанавливать и сохранять контакты с окружающими. Было нетрудно понять, что инстинктивной силой, поддерживающей эту позицию, была пассивно-анальная гомосексуальность. Таким образом эго использовало влечение ид, чтобы сохранить объектные связи. Это было объектно-либидинальное функционирование анальности или ид-функционирование анальности.

Рис. 2. ***Изменение функционирования влечения, внутренняя диссоциация и противопоставленность***

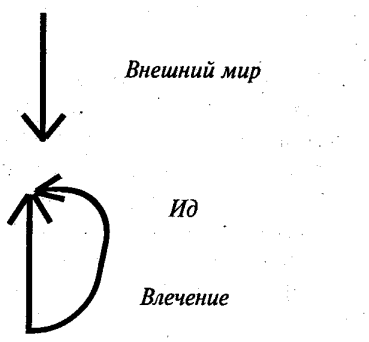
I. ***Базовый конфликт между влечением и внешним миром***



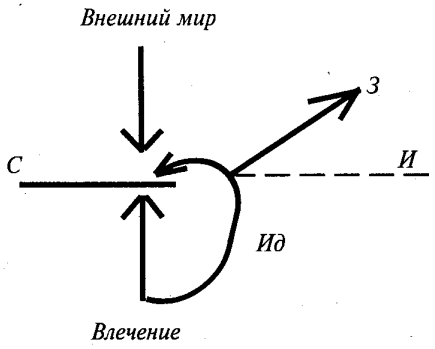
II. ***Диссоциация единого влечения под влиянием внешнего мира***



III. ***Противопоставленность диссоциированных влечений ид=ид в функционировании эго-инстинкта (защита, изменение функционирования)***



IV. ***Влечение при двойственном функционировании (ид = защита; З — замещающий контакт), И — место, где происходит изменение функционирования; С — структурное отсутствие контакта. Защита (ид) и актуальная ситуация внешнего мира становятся единым (внутренняя мораль, социальная идеология)***



Во время анализа характер пациента проявился в виде сильного сопротивления. С точки зрения анализа характера было бы ошибочно интерпретировать его поведение как выражение бессознательных анально-гомосексуальных влечений, хотя именно это имело место «в нем самом». Экономический и структурный подходы диктовали другое направление. Если верно, что основной характерной чертой стало ведущее характерное сопротивление лечению, то тот факт, что пациент дорос до анально-пассивно-фемининных объектных влечений, становится малозначительным по сравнению с тем вопросом, где кроется энергия защиты? Спустя некоторое время обнаружилось, что та же анально-пассивно-гомосексуальная позиция, которая поддерживает связи с внешними миром, одновременно выполняет и функцию защиты эго. То есть одно и то же влечение, расчленившись, служит или попеременно, или одновременно двум противоположным функциям: то как объектное влечение, то как защита влечения эго. Тщательная проверка других случаев показала, что эта смена функций, одновременное обслуживание ид и эго-защиты представляет собой универсальный феномен. Прежде чем сделать теоретические выводы, мы представим несколько клинических иллюстраций, знакомых всякому аналитику. Двойственность функционирования отчетливо видна на примере сексуального кокетства истерического характера. С одной стороны, это выражение вытесненного генитального желания, направленного вовне, а с другой — защита от генитальности, выражение опасения, направленного на объекты, вызванное необходимостью определить, откуда может угрожать генитальная опасность. Именно этим объясняется тот факт, что женщина с истерическим характером, несмотря на интенсивную сексуальную тревогу, имеет богатый сексуальный опыт. То же верно и для садистской установки женщины с компульсивным характером: ее агрессия к объекту любви удовлетворяет ее садистские объектные отношения и одновременно отводит реальное желание вагинального коитуса.

Инстинкты эго, таким образом, представляют собой не что иное, как совокупность вегетативных потребностей в их защитной функции. Инстинкт эго — это инстинкт ид, направленный либо на себя, либо против другого инстинкта. Психический процесс в целом характеризуется расчленением и противопоставлением единых стремлений. Но все это будет представлять лишь академический интерес, если не последуют определенные выводы.

Во-первых, теоретический вывод: если наша концепция структуры эго и защитной функции верна, то системы «эго» и «ид» представляют собой всего лишь разные функции психического аппарата*, а не отдельные сферы. Раньше считалось, что ответом на подобный вопрос служит та форма, в которой инфантильный исторический опыт человека представлен в актуальной реальности. Клинические исследования показали, что это

* *Примечание 1945 года.* Биопсихический аппарат оргонной системы человека.

совсем не скрытая, а активная форма характерных установок, и эта форма, содержащая детские переживания, может быть выкристаллизована. Мы обнаружили нечто подобное в психической системе: вытесненное и вытеснение не являются какими-то различными, топически отделенными сферами или силами, они, скорее, составляют функциональное единство с синхронными противоположностями. Топическая концепция психического аппарата — понятие вспомогательное, и Фрейд был прав, отказавшись переместить систему «бессознательного» на нижний уровень невротической системы. Восприятие со стороны эго, к примеру, является функцией вегетативной системы в не меньшей степени, чем инстинкт.

Во-вторых, технический вывод: опыт показывает, что мы не высвобождаем энергию вытесненного инстинкта или высвобождаем ее недостаточно, если начинаем интерпретировать ее ид-функционирование. В этом случае пациент может достичь значительного интеллектуального понимания и, возможно, убежденности в теоретической точности аналитической работы. Истинная цель, состоящая в высвобождении инстинкта от вытеснения, остается недостигнутой, а следовательно, структура почти не изменяется. Но мы получим совсем иной результат, если согласно нашим принципам сперва разрушим защитную функцию этого же самого инстинкта. Клинический опыт показывает, что только таким образом можно вновь «оживить» вегетативные источники личности. Неизбежен вывод: если мы интерпретируем ид, то на самом деле не устраняем вытеснение, это произойдет, если изолировать вытесненный инстинкт от характерного защитного образования не как вытеснение, а с самого начала как то, что уже вытеснено. Вернемся к нашему пациенту: он оставался безучастным, пока ему не удалось понять, что его подчиненная позиция была не любовью, не удовлетворением, не кооперацией, не гомосексуальностью, а, прежде всего, защитой от чего-то еще. Это «что-то еще» было завистью, сдерживаемой агрессией, деструктивными тенденциями и т. д.

Другой пациент сдерживал импульсивные, беспорядочные движения, которых не сознавал, — некая разновидность тика[*]. Если бы я интерпретировал либидинальные мотивы этих движений, скажем, их мастурбационный смысл, результат был бы иным. Я отметил, что эти движения напоминали смущение, защиту от болезненного восприятия своего внешнего вида, что его тщеславие затрудняло осознание определенных телесных черт. Моя интерпретация защиты вызвала у него очень сильное возбуждение, обострение тика и смущения и, к моему большому удивлению, сильные конвульсии брюшной мускулатуры. Эти конвульсии проявили себя как защита от воображаемой раздутости его «беременного» живота. Фантазии были интерпретированы не как идентификация с матерью, а как защита от импульса агрессии, направленной на объект. Сразу последовали импульсивные подергивания ног, затем усиленные тазовые движения, сопровождаемые мастурбацией и завершившиеся оргазмом. Интерпретировать эти напоминающие тик движения как замещение мастурбации было совершенно излишне: он испытал эту связь прямым и очевидным образом. Такой результат был бы невозможен при малейшем отступлении от правила, гласящего, что установки необходимо лечить последовательно, как защиты.

У читателя может возникнуть вопрос, каково основное отличие интерпретации ид от интерпретации сопротивления. Оно состоит в следующем: при точном анализе защитных функций и избегании интерпретаций их ид-функционирования проявляется состояние вегетативного возбуждения и напряжения, которое прежде было незнакомо пациенту. В случае интерпретации ид эти состояния не возникают или, если все же возникают, это происходит случайно и непредсказуемо. К примеру, пациент ощущает то, что было ему незнакомо благодаря периоду сильного вытеснения в пубертатном периоде:

---

[*] *Примечание 1945 года.* В то время, в 1933 году, я еще не знал, что такие непроизвольные движения пациента представляют собой расщепленные части оргастического рефлекса. Я не понимал биопсихической функции этих движений, учитывая только их «психический смысл». Именно это происходит сегодня с большинством, если не со всеми психоаналитиками.

яркий румянец, тяжесть в области сердца и сосание под ложечкой, как при катании на американских горках. В иных случаях такие ощущения возникают одновременно с ощущением, будто человек плавает или падает.

Более важными симптомами вегетативного возбуждения являются ощущение тяжести в области сердца, специфическая сердечная угнетенность, ощущения вегетативного течения и приятные ощущения, напоминающие те, что переживаются после завершения полового акта, принесшего удовлетворение; напряжение в голове; жар и холод; гусиная кожа; зуд, особенно в уретре и промежности; обильное слюноотделение или высыхание слизистой оболочки рта; удушье; ощущение неспособности сделать вдох; головокружение; тошнота; «давящие ощущения» в гениталиях (как при падении); сосание под ложечкой (как при катании на американских горках); непроизвольные подергивания мускулатуры; приятные ощущения от сокращений гладких мышц и т. д.

Прежде чем разобраться в этом феномене с теоретических позиций, давайте вернемся к началу, к структуре характерного панциря, к тому моменту, когда мы отметили, что этот панцирь является тем, из чего мы, используя нашу характерно-аналитическую технику, высвобождаем энергию.

4. ИНТЕЛЛЕКТ КАК ЗАЩИТНАЯ ФУНКЦИЯ

Клинический пример снова покажет нам, как именно характерная установка сохраняет и отводит детские ситуации. Согласно распространенной точке зрения деятельность человеческого интеллекта исключительно объективна и направлена на реальность. Этика и философия, в частности, рассматривают интеллектуальную активность как «непредвзятое» понимание реальности, они считают ее чем-то совершенно противоположным аффекту. В этом случае упускается из виду следующие моменты: интеллектуальная деятельность сама по себе является вегетативной активностью и может быть не менее интенсивно заряжена аффектом, чем любая исключительно аффективная реакция. Характерно-аналитическая работа в дальнейшем выявила специфическую защитную функцию интеллекта. Деятельность интеллекта часто приобретает такую структуру и направленность, которые свидетельствуют о функционировании исключительно рациональной системы, служащей для избегания реальности или действующей с целью обесценивания реальности. Таким образом, интеллект может работать в двух основных направлениях аналогично психической системе — его активность может быть направлена на окружающий мир или на защиту от него. Он может работать в том же направлении, что и явный аффект или как его противоположность. Таким образом, между интеллектом и аффектом нет механических, совершенно противоположных взаимоотношений. Они состоят в отношениях функциональных.

До настоящего времени было крайне трудно отделить деятельность интеллекта от деятельности вегетативной системы. Наш опыт анализа характера, однако, помог решить и эту проблему. Это подтверждает работа с пациентом, на примере которого можно было наблюдать аффективную природу хитрой, изобретательной работы интеллекта в очень своеобразной манере.

Анализ характера в данном случае установил, что вежливость и кажущаяся уступчивость пациента — это не более чем защита от интенсивной агрессии. Это послужило началом развития следующего рода защиты: проявляя чудеса сообразительности, он стремился предугадать проявление каждого из своих бессознательных механизмов. Фактически он преуспевал в разрушении почти любой аффективной ситуации, предугадывая ее и заранее маскируя. Все происходило так, будто он исподволь использовал свой интеллект для того, чтобы заглянуть во все углы и потом ничему не удивляться. Выяснилось, что таким образом деятельность интеллекта направлялась на то, чтобы избежать тревоги, а мотивом его интеллектуальной деятельности было беспокойное ожидание. Он, например, всегда очень тонко мог выяснить, что я думаю о нем или догадаться об этом, сопоставив происходящее или

понаблюдав за ходом анализа; он знал, чего ждать в каждый конкретный момент. Такое поведение тем не менее не несло в себе элементов сотрудничества, а напротив, трактовалось как крайне хитрый маневр, направленный на избегание. Следующая задача заключалась в том, чтобы лишить его этого «оружия», что можно было осуществить только путем последовательного анализа функционирования его маневра крайне осторожными интерпретациями. Пациент продолжал свою интеллектуальную деятельность, но вскоре почувствовал себя небезопасно и некомфортно и в конце концов начал яростно протестовать, говоря, что я отказываюсь его понимать, что его интеллектуальная поддержка свидетельствует о готовности сотрудничать и прочее. Тогда я усилил свои интерпретации, касающиеся его интеллектуальной деятельности, подчеркивая, что такова его защита от любых неожиданностей. Я сказал ему, что он ведет себя, как хитрая лиса. Однажды после непродолжительного возбуждения его защитное поведение разбилось вдребезги, и произошло это так. Сперва он вновь посетовал на то, что я больше не понимаю его, а затем его вниманием постепенно завладела сцена, относящаяся к трехлетнему возрасту, и о которой он уже упоминал, но без деталей и аффекта. Он повредил при падении левую руку, нужна была операция. Отец ободрял его на пути в больницу. Теперь, рыдая, он вспоминал следующие подробности: они проходили мимо витрины магазина, в которой были выставлены игрушечные звери, двух из них он помнит отчетливо — *лису* и северного оленя с большими рогами. В ту нашу встречу он не вспомнил, что происходило между этим наблюдением и операцией. Позже, однако, он увидел себя лежащим на операционном столе со связанными руками и напряженными в ожидании плечами. Ему почудился запах хлороформа, и вдруг он вспомнил *маску* с хлороформом. Когда ему на лицо наложили эту маску, он подумал: «Но это же лицо той лисы, которую мне хотелось!» Лисья голова и маска с хлороформом на самом деле имеют схожие очертания. Будучи ребенком, он слышал, что лисы попадают в капканы, которые зажимают лапу животного и «ломают ее кость». По пути в больницу мальчик использовал весь свой интеллект, чтобы избежать надвигающейся беды; возможно, именно тогда его интеллект

впервые сработал как защита от угрожающей опасности. Та опасность, которую представлял собой анализ, тоже отводилась хитрым, «лисьим» способом. Пациент отчетливо вспомнил, как в результате, затратив на поиски выхода колоссальные усилия, он в конце концов решил: «Все бесполезно, это совершенно бессмысленно. Я попался». Теперь стало ясно, *что* составляло основу одной из его слабостей: он был так хитро пойман, что не мог сформировать ни позитивного политического мнения, ни произвести никакого действия, поскольку его мучил страх. Всю свою жизнь он ощущал себя лисой в капкане, и по-лисьи хитроумно он нейтрализовывал детский страх быть лисой, пойманной в капкан.

5. ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ СИЛ

Было бы ошибочно считать, что за утратой или устранением единственной защиты может последовать высвобождение и восстановление либидинального функционирования или что это даст пациенту возможность свободно выражать ассоциации. Правда, часто бывает так, что после устранения одного слоя защитного механизма высвобождается аффект и выносит на поверхность материал детских переживаний. Терапевт упустит шанс полного разрушения панциря, если на этом этапе не ограничится работой непосредственно только с той частью «всплывающего» материала, которая связана с актуальной ситуацией переноса. Он обнаружит, что брешь в панцире скоро закроется и все пойдет по-прежнему. Эти небольшие прорывы, следующие за устранением индивидуальных пластов панциря, нельзя путать с окончательным его разрушением. Разница заключается в специфической структуре закованного в панцирь психического аппарата, которую можно назвать переплетением защитных сил и описать следующим образом.

Если, к примеру, раскрыто значение чрезмерно вежливого обращения, которое составляет верхний слой защитной функции, проявляется то, что отводилось, скажем, агрессия. Даже если это проявление агрессии происходит открыто, было бы неверно в этот момент говорить пациенту, что он пережил инфантильную агрессивность. Ведь эта агрессия не только выражает инфантильное отношение к миру, но и сама по себе является защитой от чего-то скрытого на глубине, например, от пассивно-анальных импульсов. Если преуспеть в устранении и этого слоя защиты, может случиться так, что проявится не предполагаемая пассивность, а уход от контакта в форме безразличного отношения к аналитику и т. д. Подобная «бесконтактность», несомненно, является защитой, скажем, против ожидаемого непринятия со стороны аналитика. Успешно преодолев бесконтактность путем выведения на поверхность страха непринятия, можно натолкнуться на глубинный инфантильный страх потерять объект любви, страх, который в то же время представляет собой защиту от глубинного импульса агрессии, направленного на когда-то отказавший в любви объект. Этот пример можно варьировать, дополнять или упрощать в соответствии с типом. Например, глубоко скрытая агрессия, которая теперь проявилась, сама по себе не является выражением исходных деструктивных стремлений, но может выполнять функцию отведения интенсивных орально-нарциссических тенденций. В этом случае ее вновь необходимо интерпретировать с точки зрения анализа характера как защиту, а не как вегетативную инстинктивную потребность. Пласты или слои панциря, таким образом, переплетаются: каждый отведенный импульс выполняет еще и функцию отведения более глубоко вытесненного импульса. Возвращаясь к рассмотренному выше случаю, хочу заметить, что только анализ орально-нарциссических потребностей в любви как защиты против исходных оральных и генитальных импульсов смог обеспечить прорыв вегетативного возбуждения. Пока оставались непроработанными разнообразные защитные функции, финальный прорыв не мог пройти успешно. Эта работа потребовала бесконечного терпения и полной уверенности в том, что в конце концов прорвется исходный инстинктивный импульс, который не выполняет функцию защиты. Когда мы подходим к этой точке, пациент, как правило, уже восстанавливает свою генитальность. Переплетение защитных функций, однако, все еще требует интенсивного и детального клинического изучения. В связи с этим нам необходимо обсудить в концепцию Кайзера[*], который уверен, что можно вообще обойтись без интерпретаций. Ошибка Кайзера заключается в том, что он ограничивает понимание интерпретации процессом выведения в сознание вытесненного, в то время как в моей книге «Анализ характера» этот термин означает любой вид аналитической коммуникации. Трактовка Кайзера, ограничивающая смысл термина «интерпретация», может иметь свои преимущества; в этом случае установление внешних аналитических связей или выявление объективных черт характера не будет интерпретацией в строгом смысле этого слова. Но даже приняв ограничение смысла термина, со словами Кайзера о том, что последовательный анализ сопротивления не только делает всякое интерпретирование лишним, но и ошибочным, я могу согласиться только на уровне теоретических принципов. Рассуждая таким образом, он забывает, что моя формулировка «окончательной интерпретации» необходима с точки зрения практики до тех пор, пока техника анализа характера не усовершенствуется до такой степени, что при поиске выхода из лабиринта защит больше не будет возникать трудностей. Утверждение Кайзера корректно только для идеального случая работы по анализу характера. Должен признать, что я все еще далек от этого идеала и до сих пор нахожусь в поисках, проводя сложную, особенно учитывая наличие бесконтактности и переплетения зашит, работу по разрешению защитных образований. Столь трудной характерно-аналитическую работу делает условие сексуально-экономического подхода (не принятое в расчет Кайзером), требующее действовать таким образом, чтобы максимальное количество сексуального

[*] «Probleme der Technik». Internat, f. Psychoan., 1934.

возбуждения концентрировалась в гениталиях и, таким образом, проявлялось как оргастическая тревога.

6. ОТСУТСТВИЕ КОНТАКТА

Ранее характерно-аналитическое представление о характерном панцире было следующим: он аккумулирует все вытесненные защитные силы; и его можно разбить, анализируя способы поведения. Позже оказалось, что такое понятие о панцире не было полным. Более того, выяснилось, что хотя основательное разрушение моделей поведения приводит к достаточно глубокому прорыву вегетативной энергии, тем не менее процесс остается незавершенным, и этому не находилось объяснения. Возникало чувство, что пациент не хочет отказываться от некоторых элементов своей «нарциссической позиции» и знает, как скрыть их от себя и от аналитика, причем делает это довольно хитро. Поскольку, с одной стороны, анализ активных защитных сил и характерологического реактивного образования казался полным, а, с другой стороны, существование этого неопределенного остатка не вызывало сомнений, мы сталкивались с трудной проблемой. Теоретическая концепция панциря была точной: общая сумма вытесненных импульсов, направленных во внешний мир, противостояла общей сумме защитных сил, сохранявших вытеснение; то и другое формировало функциональное единство характера пациента. Где же искать неизвестный остаток, когда и вытесненное и силы вытеснения уже были обнаружены?

Гипотеза, заключающаяся в том, что один и тот же импульс, направленный во внешний мир одновременно выполняет защитную функцию от эго, не решает задачу, хотя и способствует изучению структуры эго. Иллюстрация из клинического опыта демонстрирует нам что скрытый остаток панциря можно обнаружить в феномене психической бесконтактности.

У пациента, о котором я уже упоминал, анализ выявил отсутствие контакта с миром (он не интересовался им и не был подвержен его влиянию), скрытое за реактивной пассивно-фемининной позицией. Сам пациент этого не сознавал, напротив, его пассивно-феминное стремление опираться на других вводило его в иллюзию, создавая обманчивое представление, что он находится в интенсивных отношениях с внешним миром. Это оказалось сложным противоречием. С одной стороны, имела место либидинальная прилипчивость, его готовность помочь и услужить (вроде бы налицо интенсивные объектные связи), а с другой — несомненное отсутствие контактности. Ситуация прояснилась, когда нам удалось, опираясь на его истории, понять, что попытки и готовность оказать помощь выполняли не только функцию отведения вытесненных афессивных импульсов, но и компенсировали отсутствие контактности с миром. Мы должны выделить, во-первых, вытесненные импульсы, во-вторых, вытесняющие защитные силы, а в-третьих, пласт психической структуры, лежащий между ними, — отсутствие контактности.

Последнее представляло собой на первый взгляд не динамическую силу, а ригидное статичное образование, некую стену в психическом организме, возникшую в результате конфликта между двумя противопоставленными либидинальными потоками. Эту структуру легче всего было понять, обратившись к истории пациента.

Просматривая клинические записи, сделанные после того, как у пациента обнаружилось отсутствие контактности, я выяснил, что это надо рассматривать, как обычное невротическое явление, как изменение функции импульса. Сперва я обосную теоретическую концепцию отсутствия контакта, а затем изложу ее историю, приводя по ходу дела клинические примеры. Когда либидинальные тенденции, направленные вовне, сдерживаются запретом, исходящим из внешнего мира, между инстинктивными и сдерживающими силами может установиться равновесие. Это состояние как будто статично. Возможно, что основа фиксации импульсов на ранних стадиях развития — как и фиксация психического сдерживания — и есть это динамическое состояние. Подобное

можно описать следующим образом: когда импульс сталкивается с запретом, он может, как мы уже сказали, расщепиться. Часть его оборачивается против себя самого (реактивное образование), а часть — сохраняет прежнюю направленность на внешний мир. Однако теперь динамическая ситуация изменяется за счет диссоциации и возникновения противоположных тенденций. В той точке, где две тенденции — направленная на себя и направленная вовне — расщепляются, должно иметь место состояние парализованности или ригидности, возникшее в результате противостояния двух противоположных сил. Но это не только вспомогательная гипотетическая концепция. Однажды поняв суть этого процесса и предложив пациенту детально описать его чувства, можно обнаружить, что он очень тяжело переживает это сдерживание, несмотря на какие бы то ни было объектные отношения, которые могут присутствовать в этот момент. Я хочу представить здесь несколько наиболее обычных клинических проявлений данного ди-намико-структурного состояния.

Чаще всего встречается чувство внутреннего одиночества, которое имеет место, несмотря на широту социальных и объектных взаимоотношений. Иногда можно обнаружить чувство «внутренней омертвелости». Эго несомненно служит основой компульсивно-невротической и шизоидной деперсонализации; у шизофреников такое состояние непосредственно представлено в форме ощущений расщепления. Если пациенты чувствуют себя необычно, переживают разобщенность и отсутствие интереса, то происходит это из-за конфликта между объектно-либидинальной тенденцией и стремлением уйти в себя. Расщепление и амбивалентность ясно выражают это; а отсутствие интереса является результатом уравновешенности противоположных сил. В связи с этим представление об отсутствии контакта как о чем-то статичном, устойчивом, подобном стене — не корректно. Это не пассивная позиция, а динамическое взаимодействие двух противоположных сил. То же самое справедливо для компульсивных невротиков, блокирующих аффект, а также для кататонической ригидности. На мой взгляд, здесь достаточно нескольких этих примеров.

После разрушения панциря мы наблюдаем у пациентов изменение вегетативного потока и блокирование аффектов. Восстановление вегетативного потока представляет собой самую важную терапевтическую цель, переход от текучего состояния к состоянию «замороженности» — одна из наиболее важных теоретических и терапевтических проблем. Подобные состояния заблокированных аффектов наблюдаются у людей в условиях войны и среди политических заключенных. Здесь импульсы ярости сдерживаются жесткой внешней силой. Поскольку постоянное колебание между одним и другим направлениями постепенно становится невыносимым, возникает подавленность, которая свидетельствует о наличии противостояния двух сил, но не о состоянии пассивности или окончательном застывании динамического состояния. Доказательством этому служит тот факт, что подобное состояние подавленности — в результате внешних условий или наших характерно-аналитических усилий — снова может распасться на составные части, в которых данная подавленность присутствует в той же степени, что и сексуальность, и тревога, поскольку это второй, противоположно направленный вегетативный поток.

У наших пациентов мы обнаружили вытесненные импульсы, вытесняющие силы и находящееся между ними отсутствие контакта, которые существуют бок о бок и действуют одновременно. Анализ же выявляет определенную последовательность исторического развития. Это видно на следующем примере.

Рис. 3. ***Схема сдерживания***

Этот пациент очень страдал от чувства внутренней омертвелости, в отличие от ранее упомянутого нами, который не воспринимал этого состояния. Внешне пациент был чрезмерно вежлив, сдержан и даже величав. Люди со свободной вегетативной подвижностью чувствовали в нем некую ригидность и безжизненность, а у него не было более заветного желания, чем обрести способность «чувствовать мир» и стать «текучим». Характерно-аналитическое высвобождение аффектов его поведения привело к полному реактивированию тех инфантильных ситуаций, в которых образовалась его бесконтактность, а также страстное стремление ощутить себя живым. Одним из явных невротических симптомов этого человека был интенсивный страх объектной любви; он впадал в сильную депрессию, если, целуя женщину, не испытывал немедленной эрекции. Анализ выявил, что помимо этого он испытывал страстное стремление к живому объектному взаимодействию, сильную тенденцию уступать объекту при малейшей провокации. Эта склонность возникла из-за страха собственной ненависти к каждому объекту, к которому он хотел направить свой «поток». Важно заметить, что он страдал нечувствительностью пениса, то есть отсутствием вегетативного контакта. Такие проявления чаще всего встречаются у компульсивных характеров. Их формула «новой жизни», которую они постоянно стремятся начать, связана с чувством, что они не смогут стать «иными», то есть живыми и продуктивными, а не ригидными и безжизненными. Эта формула представляет собой выражение последних остатков вегетативной подвижности и, как правило, сильнейшее побуждение к обретению здоровья. Вернемся к нашему случаю. Когда была устранена нечувствительность пениса, бесконтактность тоже исчезла, появляясь только в тех случаях, когда вновь возникало генитальное отклонение. Эта связь между отсутствием психического контакта и физиологической нечувствительностью, с одной стороны, и психическим контактом и вегетативной возбудимостью, с другой, вытекала из ранней истории пациента. Вот ее краткое изложение.

Пациент испытывал сильное генитальное желание, направленное на мать. Его первые попытки генитального сближения получили отпор. Важно отметить, что мать допускала любой негенитальный контакт — она позволяла лежать рядом с ней, обнимать ее и т. д.; более того, она поощряла подобные контакты. В результате генитальной фрустрации у этого человека развилась сильная агрессивно-садистская позиция по отношению к матери, которая была вытеснена страхом наказания. Он оказался в серьезном конфликте. С одной стороны, он испытывал нежную любовь к матери и стремился к физическому контакту с ней. С другой — ненавидел ее и боялся этой ненависти, как боялся и генитального влечения, опасаясь потерять объект любви. Позже при каждом увлечении женщиной генитальное влечение, которое было более или менее

вытесненным, замещалось садистскими импульсами, и это заставляло его отступать. Когда он был ребенком, ему пришлось заглушить ощущения в пенисе, чтобы осуществить вытеснение. Как это удалось — неизвестно. Возможно, агрессивный импульс сдерживал сексуальный и наоборот. Налицо тот факт, что генитальная нечувствительность при наличии эрективной потенции является непосредственным выражением и наиболее важным признаком утраты способности к контакту. Возможно, это не только психический процесс, но и нарушение электрофизиологического функционирования поверхности пениса. Такова рациональная основа актуальной потери ощущений в пенисе. Вот из-за чего возникала его депрессия*.

Итак, феномен бесконтактности возник в то время, когда естественное генитальное влечение пациента вступило в конфликт с ненавистью по отношению к объекту, в результате чего появилась склонность к уединению. Без сомнения можно сказать, что это общий процесс: как только фрустрируются естественные импульсы, направленные на объект, возникает не только тревога как свидетельство ухода в себя, но и теряется контакт. Это верно как для ребенка прошедшего первую интенсивную фазу генитального вытеснения, так и для подростка, который — по внешним причинам или из-за внутренней неспособности — не может найти свой путь к объекту. То же самое происходит в случае очень продолжительных семейных отношений, когда возникает некий ступор или подавленность в генитальных взаимоотношениях, а путь к другому сексуальному удовлетворению перекрыт вытеснением. В подобных случаях мы наблюдаем картину психической подавленности, которая характеризуется покорностью, отсутствием интереса, чувством одиночества и серьезно вредит практической деятельности.

Для того чтобы лучше понять динамику характера, мы должны внести некоторые уточнения в концепцию психического аппарата. Как уже упоминалось выше, между вытесненным и вытеснением (вытесняющими силами) есть пласт бесконтактности, который соответствует сдерживанию, возникающему из-за противопоставления двух импульсов или расщепления (диссоциации) одного и того же импульса *(см. рис. 3}*

Формулируя это определение, мы не отметили тот факт, что невротизированный психический аппарат состоит из неопределенного количества импульсов, часть которых противоположна, а часть расщеплена. Переплетение защитных сил указывает на то, что импульс в глубине панциря может на поверхности исполнять функцию защиты и делать это так, что все психические тенденции расщепляются на импульсы «направленные вовне» и «от внешнего мира» и в то же время становятся противоположными. Короче говоря, перед нами картина сложной структуры панциря, в которой вытесненное и вытеснение не только не отделены, но, напротив, переплетены так, что составляют комплекс и выглядят- беспорядочно. Только анализ характера может навести порядок в этой картине, порядок, который соответствует истории структуры. Такая структурная концепция несовместима с топической. Вытесненное и вытеснение формируют функциональное единство, скажем, такое, как характерологическое сдерживание. Учитывая, что количество таких слитых воедино различных стремлений и расщепленных импульсов неопределенно велико, можно сделать вывод, что данный процесс невозможно осмыслить механически или систематически, он становится понятен только в русле функционального и структурного мышления. Развитие характера — прогрессивный процесс, во время которого происходят расщепление и противопоставление простого

---

* *Примечание 1945 года.* По прошествии времени клинические проявления бесконтактности дали путеводную нить исследованию оргонно-биопсихических отклонений. Отсутствие контакта основано на блокировании подвижности телесного органа (аноргония). В случае нечувствительности пениса кожа не обладает оргонным зарядом, оргонное энергетическое поле сжато; прикосновение к пенису вызывает только тактильные ощущения, но не порождает ощущения удовольствия. Поскольку удовольствие вызывает только заряд на энергетическом Уровне, можно сделать вывод, что блокирование подвижности плазмы выражается отсутствием контакта. В 1942 году при демонстрации оргонного энергетического поля оно успешно заставило светиться нить накаливания. См. также «Биоэлектрические функции удовольствия и тревоги» в *«Функциях оргазма».*

вегетативного функционирования сил, действующих в различных направлениях. Это видно на следующем рисунке (см. *рис. 4).*

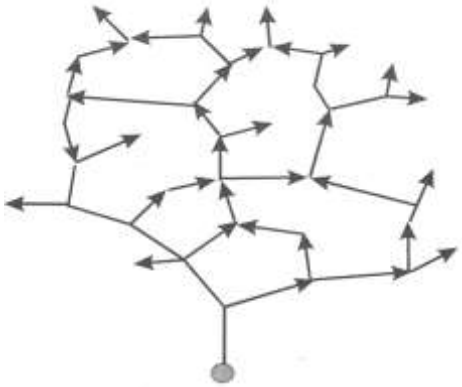


Рис. 4. ***Схема структуры панциря.***

Следовательно, бесконтактность — это не пласт, расположенный между двумя другими пластами противоположных сил, а выражение сосредоточения антитез и диссоциаций. То, с чем мы имеем дело при анализе характера как с компактным образованием, есть не что иное, как подобное сосредоточение противоположных сил в характере. Мы уже говорили, насколько важно бывает перед «настоящим окончанием» разрешить подобные характерные образования. К примеру, такая свойственная характеру черта, как скрытность, может стать компактным характерным сопротивлением, выразившись во время лечения в форме упрямого, беспокойного молчания, которое является результатом неспособности вербально выразить внутренние импульсы. Во время анализа характера можно даже и не мечтать преодолеть такое молчание путем побуждения, уговоров или угроз, так как это только усиливает упрямство, не устраняя его неспособность выразить себя, а, напротив, акцентируя ее. На самом деле пациенту хотелось бы говорить и выражать себя, но что-то сдерживает его; перед ним встает задача самовыражения, но он ее не выполняет. Он не знает, что не способен к самовыражению, и совершенно уверен, что просто не хочет этого. Втайне он надеется на аналитика, который поймет его. Это желание «быть понятым» обычно сочетается с защитой против всякой помощи, а она принимает форму упрямства. Все это затрудняет работу, но не делает ее невозможной. Пациенту надо дать почувствовать, что его сдерживание понятно и что какое-то время от него и не ожидают самовыражения, но вместе с тем надо снизить то давление, которое оказывает на него «задача», и снять причину его упрямства. Если успешно справиться с простым и аккуратным описанием его позиции, не пытаясь немедленно изменить ее, можно обнаружить, что пациент тут же почувствует себя «понятым». У него появятся некие чувства с которыми он сперва будет бороться, подчеркивая свое молчание но они же вызовут определенное волнение. Такое волнение служит первым признаком выхода из ригидного состояния. Спустя несколько дней или, самое большее, недель после описания подобного отношения пациента он постепенно начнет говорить. В большинстве случаев характерная позиция молчания происходит от спазма горловой мускулатуры, который пациент не сознает и который удерживает возбуждение, как только оно возникает.

Чтобы устранить бесконтактность, недостаточно воссоздать историю развития или обнаружить составные части вытесненного или импульсов вытеснения. Скорее, как это бывает с каждой характерной установкой, пациент должен научиться рассматривать ее объективно до того, как он сможет разрешить ее аналитически. Основной способ сделать это — точно описать поведение. Есть другие способы: постоянно раскрывать перед пациентом различие между идеалами, которые он себе создал, и пустотой его актуального существования; делать акцент на отсутствие реального внутреннего опыта, несмотря на

вроде бы интенсивную любовную жизнь. Все это постепенно составит опыт пациента, свидетельствующий о болезненном отсутствии контакта. Как правило, по-настоящему это возможно, только когда определенное количество сексуальной энергии уже высвобождено, а следовательно, возросли потребности пациента в живом контакте с реальностью. Бесконтактность становится нестерпимой, когда пациент впервые начинает переживать, хоть и слабо, ощущения оргастического потока в теле и отчасти в гениталиях. Обычная психическая бесконтактность представляет собой всего лишь отражение оргастической тревоги, то есть страха оргастического контакта; соответственно, это автоматически исчезает, когда устанавливается способность к оргастическому контакту.

Наше знание психофизических механизмов, промежуточных между состоянием полноценного переживания мира и состоянием внутренней пустоты, все еще недостаточно. Особенно таких знаний не хватает для ответа на вопрос о том, как получается, что исчезновение сексуального интереса или сдерживание импульса извне переживаются как «похолодание», «замораживание» или «умирание». Наши прежние объяснения этого феномена как «сдерживания», возникна основе действия двух противоположных сил, верны, но неполны. Сказать, что либидо отступает, это значит не сказать ничего; динамическое понимание подменить словами нельзя. Короче говоря, мы этого все еще не знаем*. Однако мы многое узнаем об этом феномене, если позволяем пациенту пережить переход от живого к мертвому состоянию настолько живо, насколько это возможно, и если мы в процессе лечения уделяем пристальное внимание переходам из одного состояния в другое. Поступая таким образом, мы можем наблюдать очень странную реакцию. Один пациент, к примеру, пережил переход, механически повторяя: «Это нехорошо, это хуже всего!» и т. д. Смысл этих слов был таков: «Ни к чему эти попытки, жертвы, поиски любви, все равно я ничего не понимаю». Маленькие дети сталкиваются с самым трагическим переживанием: не имея возможности выразить свои желания и потребности словами, они апеллируют к взрослым в какой-то иной форме; взрослые, как они есть, почти неспособны чувствовать, что происходит с ребенком; а он вновь и вновь пытается добиться понимания, но безрезультатно; в конце концов он отказывается от борьбы за понимание и смиряется. Переход от переживания полной жизни к внутренней омертвелости, как правило, происходит из-за очень сильной потребности в любви. Однако это не объясняет полностью механизма возникновения такого внутреннего замораживания.

Часто обнаруживается, что подобная замороженность мотивируется и поддерживается боязнью контактов с событиями, переживаниями и людьми, происходящей из боязни оргастического контакта. Такой страх, как правило, связан с детской мастурбацией. Нет сомнений в том, что ядром боязни искренних, непосредственных психических контактов с людьми и миром является страх оргастического контакта. Устранение этой оргастической тревоги является самой важной и самой сложной задачей анализа характера. Если наблюдать за пациентами, можно увидеть, как они воспроизводят старые невротические состояния, в которых противодействовали установлению оргастического генитального контакта, независимо от того, насколько они освободились от инфантильных фиксаций. Это невозможно преодолеть, не устранив оргастическую тревогу. Данная фаза, более или менее четко ограниченная, присутствует в каждом случае корректно проводимого анализа характера и сопровождается следующими проявлениями: поверхностность аналитической коммуникации; сны и фантазии о падении; повышенная сдержанность; избегание объекта генитальных желаний; усиление идей о телесной дезинтеграции (которые следует отличать от кастрационных идей); повторение прежних симптомов; уход от сексуальных и других взаимоотношений с миром; реактивирование инфантильных способов реагирования; рецидив ощущения пустоты и т. д. В этой фазе совершенно необходим

* См. примечание па с. 335.

очень точный анализ установок и ощущений во время мастурбации и полового акта. Можно обнаружить, что пациенты тем или иным образом сдерживают возрастающее возбуждение. К примеру, они могут не признавать возрастания возбуждения; скрывать возбуждение быстрыми, порывистыми движениями; напрягать тазовую мускулатуру, сами того не сознавая; довольно часто они могут при приближении оргастических ощущений оставаться спокойными вместо того, чтобы отдаться спонтанному ритму усиливающегося возбуждения. Устранить сдерживание оргастических ощущений труднее всего, когда нет явных признаков его присутствия, а возбуждение просто угасает и исчезает.

Поразительно, но часто упускаемый из виду нюанс, имеющий отношение к половому акту, состоит в следующем: при полноценном дооргастическом контакте имеет место спонтанный вегетативный импульс фрикционных движений; при наличии оргастической тревоги и психической бесконтактности этот импульс, как правило, отсутствует. Мягкий, спонтанный ритм фрикций стимулируется ощущениями контакта и вскоре сменяется форсированными, произвольными, более или менее насильственными фрикциями в попытке преодолеть бесконтактность и разрядиться, несмотря на сдерживание. По этой причине невозможно обнаружить и устранить страх генитального контакта, пока такая модель фрикций не будет разрешена как защита против оргастических ощущений. Пациенты, как правило, проявляют сильную воинственность, восставая против того, чтобы отойти от этой модели фрикций и перейти к вегетативной модели. Они стараются избежать того «разрушения», которое ощущается при переживании оргазма.

Вообще говоря, точный и успешный анализ характера определяют три явления:

1. Основательный прорыв панциря.

2. Полное проявление страха оргастического контакта.

3. Полное преодоление оргастического сдерживания и появление раскованного, непроизвольного движения в момент кульминации полового акта.

Быстрое и полное изменение обычного поведения в смысле свободно текущей вегетативной подвижности щедро компенсирует усилия, затраченные на то, чтобы точно сконцентрировать возбуждение на оргастической тревоге и преодолеть ее.

7. ЗАМЕЩЕНИЕ КОНТАКТА

Чем сильнее и обширнее подавление вегетативной подвижности ребенка, тем труднее будет ему в подростковом периоде находиться в соответствующих его возрасту взаимоотношениях с миром, с объектами любви, деятельности и вообще реальности и тем выше будет его готовность вернуться к тактике отказа от контактов и обращения к неестественным замещающим контактам. В процессе анализа характера большая часть того, что официально принято называть «характерными чертами пубертата», оказывается искусственным результатом подавления естественной любовной энергии. Это относится как к мечтам и фантазиям, так и к чувству неполноценности. Последнее не только выражает чрезмерно завышенные идеалы и воображаемую неполноценность, но и соответствует реальному противоречию в структуре. Чувство неполноценности — это внутреннее восприятие пропасти между актуальными сексуальными и социальными достижениями, с одной стороны, и скрытыми возможностями и способностями, парализованными сдерживаемой вегетативной подвижностью, — с другой. Большинство людей актуально гораздо менее потентны, чем им самим представляется в мечтах, и в то же время они наделены гораздо большими способностями, чем выражают в своих действиях. Это абсурдное противоречие в структуре современного человека возникает в результате того деструктивного социального регулирования сексуальности, которому он подвержен. Устранение этого противоречия будет одной из главных задач нового социального устройства, продуктивной, «движущей силой», задачей, успешное решение которой прежде всего зависит от установления соответствия актуальных достижений

скрытым способностям, а это, в свою очередь, предполагает восстановление вегетативной подвижности.

Данное состояние становится психически невыносимым и социально ущербным, психический аппарат протестует против него и разными способами пытается преодолеть. Мы не будем сейчас обсуждать невротические симптомы, возникающие из-за сексуального застоя. Нас гораздо больше интересуют функции характера, который формируется в процессе этой борьбы. Если непосредственный вегетативный контакт с миром так или иначе нарушен, того, что от него осталось, недостаточно, чтобы сохранить взаимоотношения с внешним миром, следовательно, начинают развиваться некие замещающие функции, иначе говоря, осуществляются попытки установить замещающий контакт. Несколько клинических иллюстраций покажут — то, что понимается под «замещающим контактом», противоположно непосредственному вегетативному контакту. Некоторая сложность состоит в том, что замещающий контакт тоже основан на вегетативной энергии. Тем не менее существующие различия гораздо значительнее, чем этот общий фактор.

Поведение пассивно-феминиинного характера, к примеру, основано на анальном возбуждении, но это — замещающий контакт, подменяющий естественный, который становится невозможным из-за фрустрации. Молодой человек подрос и, скажем, борется против доминирования и авторитарности отца, чтобы стать независимым и развить собственные способности, но при этом у него отсутствует агрессия, которая вытеснена, но совершенно необходима. Чтобы сохранить ее вытесненной, он развивает пассивно-феминиинные способы поведения. Теперь вместо того чтобы овладеть миром с помощью сублимированной агрессии, он пытается обезопасить свое существование путем невротической адаптации, хотя это подразумевает гораздо большую личностную жертву. Садистская позиция компульсивной женщины по отношению к мужчине не только выполняет функцию отведения генитальности, но и компенсирует либидинальную бесконтактность, а также сохраняет, хоть и в иной форме, контакт с исходным объектом любви. Подобным образом искусственная и преувеличенная нежность супругов представляет собой замещающий контакт, потому что при этом отсутствуют истинно сексуальные взаимоотношения. Невротически агрессивное поведение ворчливых людей — это не только защита от пассивно-феминиинных стремлений по отношению к мужчинам, но и попытка сохранить контакт с миром, несмотря на отсутствие непосредственного вегетативного контакта. Мазохистское поведение — это не только выражение защиты от садистской агрессии, но и замещение прямого проявления любви, на которое мазохистский характер не способен.

Стоит однажды «ухватить» различие между свободно протекающим, непосредственным вегетативным контактом и вторичным, искусственным контактом, после чего его легко будет замечать в повседневной жизни. Вот типичные примеры неестественного поведения: крикливый, назойливый смех; сильное ригидное рукопожатие; неизменное дружелюбие; нарциссическое проявление поверхностных знаний; стереотипное, бессмысленное изображение удивления или восхищения; ригидная приверженность определенным взглядам, планам и целям; навязчивая скромность в поведении; преувеличенные жесты, сопровождающие речь; невинная обходительность с людьми, которым отдается предпочтение; сексуальное хвастовство; щегольство сексуальными чарами; неразборчивое кокетство; нездоровая распутная сексуальность; чрезмерно высокомерное поведение; аффектированная патетичная или слишком утонченная речь; диктаторское или покровительственное поведение; преувеличенно дружелюбное поведение; ригидная манера речи; скандальное или распутное поведение; сальные шуточки или непристойные разговоры; донжуанство; смущение. Точно так же движения, сопровождающие нарциссические тенденции, часто говорят о замещающем контакте: характерное порывистое откидывание волос; типичное нахмуривание лба;

внушающий взгляд, направленный в глаза собеседника; усиленное покачивание бедрами, подчеркнуто атлетичная походка и т. д.

Можно сказать, что какая бы позиция ни превалировала у личности в целом, связана она с изолированностью или конфликтностью — мы имеем дело с замещающими функциями, которые скрывают более или менее глубоко скрытую бесконтактность. Опыт анализа характера показывает, что черты характера, которые принято считать «плохими», «неприятными» или «отклоняющимися», обычно относятся к невротическому поведению. То же самое можно сказать и о позициях, которые управляют жизнью так называемых «хороших людей», считающих, что форма важнее содержания. И напротив, большая часть того, что принято называть «простым», «естественным», «сочувственным», «привлекательным» и т. д., идентифицируется с здоровым (не-невротичным) поведением генитального характера. («Невротичность» здесь означает состояние, которое возникло в результате вытеснения импульса и которое продолжает существовать из-за контркатексиса, «пожирающего» энергию.)

Двойственность жизни, которую вынуждены вести эти люди, может произвести сильное впечатление. Их внешняя позиция, измененная в соответствии с социальной, представляет собой искусственное образование, конфликтующее с истинной вегетативно детерминированной природой личности, которая часто оказывается не совсем скрытой. Придирчивый полицейский, тонкий и сдержанный ученый, элегантная недоступная леди из высшего общества, исполнительный функционер, действующий, как машина, — все они раскрывают себя как негармоничные в своей основе индивиды с самыми простыми стремлениями, влечениями, тревогами и ненавистью. Важно подчеркнуть, что «обычный человек» рассматривает эти характерологические маски с поразительным и все возрастающим уважением.

С точки зрения анализа характера различие между естественной сексуальной гармонией и ловушкой сексапильности, естественным и искусственным достоинством, искренним и напускным стыдом, вегетативным мышечным ритмом и виляние бедрами и потряхиванием плечами, верностью, порожденной сексуальной удовлетворенностью, и верностью, вызванной страхом и чувством вины, и т. д. представляет собой то же самое, что и различие между структурой, способной развиваться, и консервативной структурой, между жизнью, которая означает подлинное существование, и жизнью, наполненной суррогатами. Здесь мы находим подход к психически-структурной основе идеологий и социальной деятельности.

В идеологии всех авторитарных социальных формаций вегетативная жизнь -— как примитивная и животная — противопоставляется «культурной», которая на самом деле является суррогатом подлинной жизни; и поскольку культурная жизнь никак не связана с вегетативной, в реальности она совершенно непродуктивна, на ее основании образуются жесткие формы и догматы. Вегетативная жизнь, с другой стороны, благодаря несвойственной ей хронической ригидности и неподвижности энергии, напротив, хранит в себе бесконечные возможности развития. Это не суррогатные образования, которые создает культура, а все то прогрессивное, что позаимствовано из остатков прямого вегетативного контакта с миром. Несложно догадаться, какие грандиозные силы находятся в ожидании своего развития, когда появится возможность освободить человеческие структуры от замещающих функций и восстановить прямую связь с природой и обществом. Эти силы не могут принять форму новой религии, например, нового вида движения йоги, которое люди хотят использовать для «практического обретения прямого контакта». Нет, такое изменение структуры предполагало бы изменение социального порядка, что неприемлемо для последователей мистических практик.

Замещающий контакт, который устанавливает человек, представляет собой всего лишь компромисс между волей к жизни и социально обусловленным страхом жизни, поскольку человек, как живое существо, оказался в положении, когда отрицается

реализация его естественных потребностей, а необходимость в социальных отношениях обусловлена его вегетативной природой. В отличие от прямого вегетативного контакта замещающий контакт имеет структуру, похожую на невротический симптом: это — деятельность, замещающая какую-то другую. Он служит защитой, он абсорбирует энергию и представляет собой попытку гармонизировать конфликтующие силы. Как и при наличии симптома, достигнутый результат совершенно несоизмерим с количеством израсходованной энергии. Замещающий контакт, таким образом, является одним из многих проявлений нарушенной социальной и персональной сексуальной экономики. Поскольку функция замещающих контактов остается неопознанной и поскольку их проявления принимают форму традиций, они неизбежно воспринимаются как некая неизменная данность. Тем не менее в качестве социального феномена и элемента человеческой структуры проявления замещающего контакта формируют историческую структуру человека, то есть развиваются определенным образом и поддаются изменениям. Когда едущий на нескоростном поезде не решается покинуть его ради другого доступного поезда, который едет быстрее и направляется в то же место назначения, у него возникает не только странная инертность, но и иллюзии относительно поезда. Точно так же идея упорядоченной сексуальной экономики должна стать настолько же осознанной, как идея нынешней устойчивости нарушенной сексуальной экономики, только тогда высвободятся силы, которых хватит, чтобы изменить образ жизни.

Если современная повседневная жизнь людей представляет собой суррогат, если их работа — досадная обязанность, а любовь и ненависть — всего лишь жалкое подобие этих чувств, если характерно-аналитическое разрушение панциря освобождает их от этих суррогатных функций, в то время когда человеческая структура, которая функционировала главным образом реактивно, является продуктом и незаменимым основанием современного социального устройства, то читатель вправе задать вопрос: что же придет на смену такого рода психической деятельности после успешного анализа характера? Какова связь между социальными достижениями и сексуальностью? Это трудные вопросы, ответы на которые связаны с огромной ответственностью. Характерно-аналитические понятия «невротический характер» и «генитальный характер» — это уже ответы. Однако исследование деятельности здорового индивида делает только свои первые шаги и сталкивается к тому же с сильнейшим сопротивлением той части человечества, которая существует в соответствии с моральными и авторитарными правилами. Эти правила со всеми их институтами и этическими нормами резко отличаются от психической структуры, которую характеризует не моральное регулирование, а сексуально-экономическое саморегулирование, которая действует не потому, что обязана, а потому, что заинтересована, чьи вегетативные истоки свободно контактируют с миром. Одной из наиболее трудных теоретических и практических задач будет применение знания, полученного при характерно-аналитическом изменении индивидуальной структуры, для изменения структуры масс на основе коллективного воспитания.

8. ПСИХИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКОГО

а) Идея «взрыва»

То, что биофизиологические состояния отражаются или отображаются в психических моделях поведения, полностью вписывается в рамки нашего знания о психофизиологических связях. Однако имеет место таинственный факт, который до сих пор остается невыясненным. Дело в том что язык, как и восприятие поведения других, бессознательно переводит соответствующее психологическое состояние не только метафорически, но и напрямую. Аналитический опыт показывает: если пациент говорит, что он «сдержанный» или «напряженный», то его мускулатура характеризуется состоянием гипертонуса, когда пациент чувствует себя «гадким» или «грязным», анализ

показывает, что его характер имеет выраженную анальную основу. Если генитальный характер можно назвать «свободным», «текучим», «расслабленным» и «естественным», то это полностью соответствует биофизической структуре его вегетативного аппарата; если же кто-то «фальшив» и «неискренен», анализ показывает преобладание замещающего контакта и почти полное отсутствие свободно текущего либидо. Эта таинственная связь восприятия вегетативного состояния и его лингвистической формулировки подлежит детальному изучению. Здесь мы рассмотрим только один аспект этого вопроса.

Пациенты воспринимают характерно-аналитические атаки на их панцирь как угрозу их самости (seif)- Таким образом, аналитическая ситуация периодически ассоциируется со страхом нанесения вреда телу (кастрационная тревога), а победа анализа характера пугает, как гибель тела. Сознательно пациент хочет, чтобы атака была успешной, он хочет крушения своей психической ригидности, то есть стремится к тому, чего на самом деле сильно боится. Пугает не только разрушение характерного панциря, существует страх потерять опору. Существующее желание того, что вызывает страх, оборачивается типичным сопротивлением. Здесь имеется в виду не отношение эго к возникающему импульсу, а отношение к помощи, ожидаемой от аналитика. Пока не разбит характерный панцирь, пациент не способен к свободному выражению ассоциаций, как и к переживанию себя самого в полной мере. Таким образом, он ожидает от аналитика, что тот исправит его неким магическим способом; он занимает пассивную позицию, которая, однако, имеет совершенно активное содержание. То есть пациент мобилизует свои мазохистские стремления и использует их для собственного сопротивления, со следующим психическим содержанием: «Ты не помогаешь мне, ты не понимаешь меня, ты не любишь меня. Я заставлю тебя мне помочь, я буду упрямиться и использую к тебе скрытые ходы». На самом же деле пациент отклоняет всякое воздействие анализа. Такие ситуации в конце концов истолковываются загадочными явлениями: разрушение панциря, проникновение внутрь бессознательных секретов пациента неосознанно переживается им как процесс взламывания или взрывания. Легко понять, что здесь получают развитие пассивно-фемининные фантазии о протыкании или пронза-нии, причем это свойственно как мужчинам, так и женщинам. В частности, у мужчин встречаются следующие вариации подобной бессознательной фантазии. Из-за отсутствия генитальной уверенности в себе пациент чувствует себя импотентом, а затем у него рождается фантазия о том, что аналитик отдает ему собственную потенцию, свою способность к достижениям или свой пенис. Как правило, в основу такой фантазии заложена идея, что во время полового акта пациента с женщиной аналитик проникает в его анус своим пенисом, усиливая таким образом его пенис и делая его потентным. Эта бессознательная фантазия объясняется идентификацией с аналитиком и укоризненным требованием помощи; в то же время она объясняет сопротивление тому, чтобы принять эту помощь, поскольку бессознательный смысл терапии заключается в нанесении раны, в протыкании или пронзании.

Как известно, мазохистское стремление появляется у пациента из-за его неспособности самостоятельно освободиться от психического напряжения, поскольку он воспринимает рост приятного возбуждения как опасность взрыва. Но по естественным причинам его потребность в этом достаточно велика и в результате он принимает одновременно выжидающую и требовательную позицию к кому-то, кто должен оказать ему помощь в достижении этого освобождения. Однако поскольку это высвобождение одновременно означает взрыв, оно пугает и отводится. Подобное состояние сохраняется до тех пор, пока в гениталиях не возникают первые генитальные ощущения. До сегодняшнего момента все это оставалось незамеченным и до сих пор остается совершенно непонятым теми аналитиками, которые не используют технику установления способности к оргастическому возбуждению.

Данные клинические находки подводят нас к рассмотрению важного вопроса. Ощущения размягченности или распада, несомненно, являются прямым выражением

возбуждения, возникающего в мышечной и вазикулярной системе организма. Эякуляция, как таковая, аналогична процессу, который можно запустить, проколов наполненный жидкостью пузырь. Такой процесс угрожает пациентам возникновением оргастической тревоги. Так как же физиологическое функционирование настолько непосредственно может выражаться через психическое поведение? Откровенно говоря, я не знаю. Но прояснение данного вопроса означало бы огромный шаг вперед в нашем понимании связи физиологического и психологического функционирования. Время подскажет решение*.

Но это клиническое исследование приводит нас к следующему, не менее важному вопросу: как представлена в психике идея смерти?

б) Идея смерти

Проблема психической репрезентации биофизиологических процессов отчасти пересекается с вопросом существования воли к смерти. Эта сфера *не* только наиболее недоступна, но и наиболее опасна, потому что здесь более чем где бы то ни было преждевременные домыслы преграждает путь конкретным фактам". Теория инстинкта смерти является, как мы говорили, попыткой метафизически объяснить проявления, которые при существующих знаниях и методах пока необъяснимы. Как и другие метафизические концепции, теория инстинкта смерти содержит в себе некое рациональное ядро, но его трудно выявить, поскольку мистификация этого вопроса заставляет нас делать неверные выводы. Если руководствоваться теорией первичного мазохизма, можно предположить, что желание страдать и умереть является биологической данностью, так называемым принципом нирваны.

Сексуально-экономические исследования механизмов удовольствие-вызывающих и удовольствие-сдерживающих, напротив, ведут к теории оргазма. Здесь я хочу резюмировать предварительные выводы, представленные в работе «Мазохистский характер»:

1 Мазохизм, который ошибочно принимается за стремление к неудовольствию, выходящему за рамки принципа удовольствия, является вторичным невротическим образованием; его можно аналитически разложить на составные части, и поэтому он не представляет собой первичный биологический факт. Радо в его «новой» теории неврозов сводит любую тревожность к «прорыву первичного мазохизма». Это демонстрирует не только неверное понимание теории либидо, но и ошибку, подобную той, которую Адлер допустил ранее: в своем объяснении он остановился как раз в том месте, где на самом деле возник вопрос. Этот вопрос состоит в следующем: как живой организм может желать переживания неудовольствия или уничтожения?

2. Кажущееся стремление к неудовольствию возникает из-за того, что исходное стремление к удовольствию сталкивается с определенным видом фрустрации. Пациент в своем стремлении к удовольствию сохраняет настрой против фиксированной фрустрации, но выглядит все так, будто он стремится к фрустрирующей ситуации, в то время как на самом деле он нацелен на удовлетворение, скрытое за ней. Страдание мазохиста представляет собой объективную данность, а не субъективное желание. Это отличие имеет первостепенное значение.

3. Мазохист страдает от специфического нарушения в механизме получения удовольствия, которое выявляется только с помощью характерно-аналитического разрушения панциря. Поясню: в результате мышечных спазмов пациент переживает усиление оргастических ощущений, превышающих определенный уровень как неудовольствие и опасность «разрушения». Оргастическая разрядка воспринимается им как физически ощущаемый взрыв, разрушение или растворение и он старается избежать ее. Фантазия об истязании выполняет функцию достижения релаксации, к которой

---

* *Примечание 1945 года.* Тремя годами позже это подтвердилось: биоэлектрические эксперименты, вызывающие удовольствие и тревогу, доказали, что ип-тснипшость ощущения функционально идентична количеству биоэнергетического возбуждения.

человек страстно стремится и одновременно боится, причем достижения, не сопровождаемого чувством вины, поскольку принести желаемое состояние должен кто-то другой, кто принимает на себя ответственность. Такое положение вещей можно обнаружить в каждом случае эрогенного мазохизма. Выбор меньшей опасности для того, чтобы избежать большей, представляет собой только промежуточный мазохизм.

4. Если внешняя и внутренняя реальность в результате действия внешних обстоятельств, подавляющих стремление к удовольствию, превращается в ситуацию исключительного неудовольствия, то организм все равно следует принципу удовольствия-неудовольствия, даже если при этом разрушает себя. Суицид при меланхолии, к примеру, служит последней возможностью освободиться от болезненного напряжения.

Клинические исследования мазохизма позволяют сделать выводы, которые не противоречат принципу удовольствия-неудоволь ствия или тому, что нам известно о психической деятельности. Однако остаются нерешенными вопросы, касающиеся, в частности, | страха смерти и идеи смерти. Анализ характера показывает, что «инстинкт смерти» является результатом биопсихического подавления и что такого феномена, как первичный мазохизм, не существует. Более того, неверно было бы говорить о мазохизме, как об і особом импульсе стремления к неудовольствию. Однако в связи с этими вопросами возникают другие осложнения.

Поиск фактов, который я предпринимал, чтобы понять «принцип нирваны», помог выявить у моих пациентов стремление к разрушению, к неосознанности, к небытию; иными словами, появился психический материал, который вроде бы подтверждал существование исходного и искреннего стремления к смерти. Я всегда был готов пересмотреть свою позицию по этому вопросу и согласиться с оппонентами, если клинический материал подтвердил бы существование такого стремления.

Но мои тщательные поиски клинического материала, который смог бы подтвердить теорию инстинкта смерти, были безуспешными. Когда я все же начинал колебаться в правильности своего отказа от этой теории, вдруг обнаруживались новые неопровержимые аргументы против нее. С самого начала меня настораживало, что эта интенсивная борьба за разрушение возникает в большинстве случаев в конце лечения, то есть в то время, когда перед пациентами возникает задача преодоления оргастической тревоги. Такое стремление редко проявлялось у мазохистов, но довольно часто — у пациентов, демонстрирующих незначительные мазохистские реакции и при этом имеющих достаточно высокоразвитые генитальные установки. Я задавался вопросом: почему у пациентов, находящихся в шаге от обретения здоровья, имеющих едва выраженные признаки мазохизма и не проявляющих никакой негативной реакции на терапию (отсутствие «бессознательной потребности в наказании»), «молчащий» инстинкт смерти выражался столь сильно?

Ответ я нашел в своей собственной книге «Функция оргазма». Дело в том, что еще в 1926 году описал странный факт оргастической тревоги, столь часто возникающей под маской страха смерти, и отметил, что для многих невротиков идея полного сексуального удовлетворения ассоциируется с идеей смерти. Теперь такое объяснение показалось мне вполне удовлетворительным.

Типичная клиническая картина покажет то, что прежде, как правило, упускалось из внимания. Еще раз хочу подчеркнуть, что проверить этот феномен невозможно без применения техники анализа характера, которая полностью высвобождает вегетативное возбуждение. У пациентки с истерическим характером, ближе к концу лечения и через некоторое время после разрушения панциря, возникла интенсивная генитальная тревога. В своих фантазиях она представляла, что при половом акте ранит вагину; у нее появилась идея, что очень большой пенис, проникнув в маленькую вагину, проткнет ее насквозь. Эти фантазии основывались на опасениях, имевших место в раннем детстве, в связи с сексуальной игрой. В той степени, в которой генитальная тревога снималась, появлялись прежде незнакомые ей оргастические ощущения в гениталиях и бедрах. Она описывала их

как «поток», «покраснение», «сладостное чувство» и, наконец, как прекрасное чувство растворения, приносящее ощущение удовольствия. Тем не менее очевидные остатки генитальной тревоги все еще сохранялись. Однажды ей пришла в голову фантазия о враче, который должен был сделать ей болезненную операцию, и в связи с этим она вспомнила, что сильно боялась врачей в возрасте двух-трех лет. Было ясно, что мы имеем дело с перегруженным тревогой генитальным влечением к аналитику, отводящемуся с помощью инфантильного страха операции на гениталиях. В этом не было ничего необычного. Но затем у нее возникли фантазии, доставляющие удовольствие, связанные с болезненной операцией на гениталиях. Она сказала: «Это замечательно, когда почти растворяешься, умираешь и в конце концов обретаешь покой». Она фантазировала почти в экстатичной манере, это напоминало ощущения под общей анестезией. Чувства, испытанные при этом, по ее словам, выражались в том, что она теряла себя и становилась «одним целым с миром», слышала звуки, «уже не слыша их», погружалась в себя и растворялась. Пожалуй, трудно пожелать лучшего описания «инстинкта смерти». Однако дальнейший анализ выявил истинную функцию такого поведения. Постепенно фантазии становились более конкретными, и обнаружилось разделение их на две различные серии: фантазии, сопряженные с удовольствием и связанные с неудовольствием. Содержание неприятных фантазий служило предпосылкой для реализации приятных. То, что казалось доставляющим неудовольствие переживанием и к чему по-мазохистски влекло, фактически состояло из двух частей. Перенасыщенные тревогой фантазии были такими: «Врач отнимает «что-то» от моих гениталий». Скрытые фантазии об удовольствии были следующими: «Вместо этого он дает мне лучшие гениталии — мужские». Для того чтобы понять это, необходимо принять во внимание, что у этой пациентки был старший брат и она испытывала сильную зависть к его гениталиям. У нее возникла идея, что девочка не может получить такого удовольствия, как мальчик, поэтому ей хотелось сменить собственные гениталии на мужские. То, к чему она стремилась на самом деле, было возможностью более полного интенсивного оргастического удовольствия, для которого, как ей казалось, необходимы были мужские гениталии. Сами по себе оргастические ощущения, однако, она переживала, испытывая те же самые чувства, которыми выражалось ее стремление к смерти. Оргазм, как и смерть, представлялся разрушением, потерей себя, растворением. Таким образом, один и тот же объект может быть предметом интенсивного стремления и интенсивного страха. Подобная ассоциация умирания и оргазма — явление всеобщее. Стремление к небытию, к нирване, к смерти, таким образом, идентично стремлению к оргастическому высвобождению, то есть к самому важному проявлению жизни. Не может быть идеи смерти, опирающейся на реальный опыт умирания, поскольку идея способна лишь изображать то, что уже пережито, а ведь никому еще не удавалось пережить собственную смерть. Анализ показывает, что идеи о смерти и умирании могут быть двух видов. В первом случае это идеи о тяжелом увечье, травме или уничтожении всего организма, в этом случае они сопровождаются сильной тревогой и группируются вокруг идеи генитальной кастрации. В других случаях — это идеи о полном оргастическом удовлетворении и удовольствии в форме растворения тела, расплавления и т. д., которые основаны на сексуальных целях. При особых обстоятельствах, как в случае мазохизма, оргастическое ощущение само по себе переживается с тревогой. В исключительно редких случаях, как ни парадоксально это может выглядеть с точки зрения теоретика инстинкта смерти, имеют место мечты о нирване. Таким образом, это свойственно мазохисту, у которого идея смерти развита слабо, поскольку здесь налицо застой тревоги.

Только сейчас, спустя почти двенадцать лет с начала резкого расхождения метафизической теории инстинкта смерти и клинической теории оргазма, стали проясняться важнейшие детали: эти два противоположных взгляда имеют общую отправную точку — это негативная реакция пациента на терапию, связанная с интерпретацией симптома. И тот, и другой имеют биофизиологическую направленность.

Первый делает вывод о том, что существует безусловное желание страдать и умереть; второй — открывает характерно-аналитический подход к физиологическим и психофизиологическим проблемам. Может статься, что трудная борьба за точное понимание стоящих за этим фактов однажды закончится открытиями, касающимися жизненного процесса как он есть. Но многое уже определено: то, что теория инстинкта смерти пытается предстать как разрушение жизни, это именно то, что оргастическая теория все в большей степени начинает понимать как саму сущность живой материи[*]. Обсуждение, подобное этому, биологическое в своей основе, не укладывается в рамки психологии. Это определенно беседа не о пустяках, и от ее результата зависит многое, и ее содержание — решающий вопрос естественной науки. Это вопрос сущности и функций стремления к ослаблению напряжения, присущего всему живому[**].

9. УДОВОЛЬСТВИЕ, ТРЕВОГА, ГНЕВ И МЫШЕЧНЫЙ ПАНЦИРЬ

В процессе характерно-аналитической работы мы сталкиваемся с функционированием панциря, которое выражается в форме хронически фиксированных мышечных позиций. Данное функционирование можно понять, только исходя из принципа о заключении в панцирь периферии биопсихической системы.

Сексуально-экономический подход к этим поблемам осуществляется со стороны психического функционирования панциря и терапевтической задачи возвращения пациенту вегетативной подвижности. Помимо двух основных аффектов — сексуальности и тревоги, мы имеем третий — гнев или ненависть. Здесь нам придется представить себе то реальное явление, которое в речи именуется «внутренним кипением», чтобы понять, что подразумевается под неразряженным гневом или ненавистью. Эти три основных аффекта в принципе охватывают всю аффективную сферу: все остальное, что можно отнести к аффективному реагированию, происходит из них. Остается показать как и в какой степени гнев может возникнуть из определенных обстоятельств, вызванных двумя другими аффектами.

Сексуальность и тревогу, как мы выяснили, можно понимать как два противоположных направления возбуждения. Каковы же их функциональные отношения с ненавистью?

Давайте исходить из клинического представления характерного панциря. Эта концепция возникла на основе изучения динамического и экономического функционирования характера. По ходу конфликтов между либидинальной потребностью и страхом наказания эго принимает определенную форму. Чтобы добиться либидинальных ограничений, которых требует современное общество, и преодолеть при этом застой энергии, ему приходится измениться. Эго, составляющему часть личности, при длительном конфликте между либидинальной потребностью и угрозами внешнего мира требуется определенная ригидность, хронический, автоматически действующий способ реагирования, который как раз и называется «характером». Это выглядит так, будто аффективную личность поместили в панцирь, в жесткую раковину, которая ограничивает силу ударов, наносимых извне, и силу требований, исходящих изнутри. Этот панцирь делает человека менее чувствительным к неудовольствию, но он же снижает его либидинальную и агрессивную подвижность, а следовательно, его способность к удовольствию и достижениям. Эго становится более ригидным и менее мобильным,

---

[*] Например, представьте себе слияние двух половых клеток, гамет. О более глубокой связи с оргастическими ощущениями слияния можно лишь смутно догадываться.

[**] *Примечание 1945 года.* Решающее значение сексуально-экономической концепции в вопросах, касающихся идей «взрыва», «умирания», «распада» и т. д., оставалось неясным до того, пока в период с 1936 по 1940 год на основе этой гипотезы была открыта бионическая и биологическая атмосферная энергия. Сегодня нам известно, что невротический страх взрыва представляет собой выражение сдерживаемой оргастической экспансии биосистемы.

степень закованности в панцирь детерминируется степенью способности регулировать энергетическую экономику. Мера этой способности — оргастическая потенция, поскольку именно она является непосредственным выражением вегетативной подвижности. Характерный панцирь поддерживается непрерывным поглощением вегетативной энергии, таким образом, он расходует энергию, которая в противном случае, в условиях сдерживания моторики, вызовет тревогу. Поглощение вегетативной энергии — одна из функций характерного панциря.

Характерно-аналитическое разрушение панциря регулярно высвобождает связанную агрессию. Но как конкретно проявляется это часто упоминаемое связывание агрессии или тревоги? Если анализ преуспевает в высвобождении агрессии, которая связана панцирем, то появляется тревога. Таким образом, тревога может «конвертироваться» в агрессию, а агрессия — в тревогу. Имеем ли мы здесь дело с отношениями, аналогичными существующим между сексуальным возбуждением и тревогой? На этот вопрос не так легко ответить.

Для начала надо отметить, что клинические исследования выявили ряд странных фактов. Подавление агрессии и психическая закованность в панцирь идут рука об руку с повышением тонуса, даже с ригидностью мускулатуры. Блокирующие аффект пациенты лежат на кушетке, прямые, как доска, и не совершают никаких движений. Устранить такое мышечное напряжение трудно. Если предложить пациенту сознательно расслабиться, мышечное напряжение сменится беспокойством. В других случаях пациенты совершают различные бессознательные движения, и если остановить их, то они немедленно начинают ощущать тревогу. Именно эти исследования побудили Ференци создать свою «активную технику». Он понял, что сдерживание хронических мышечных реакций усиливает напряжение, но вопрос не только в количественном изменении возбуждения, а скорее в функциональной идентичности характерного панциря и мышечного гипертонуса. Любое усиление мышечного тонуса в сторону ригидности указывает на то, что вегетативное возбуждение, тревога или сексуальность оказываются «связанными». Многие пациенты успешно устранили или, по меньшей мере, снизили генитальные ощущения или тревогу с помощью двигательного беспокойства. В связи с этим необходимо вспомнить, какую большую роль играет двигательное беспокойство у детей, поскольку именно оно служит разрядкой энергии.

Очень часто можно обнаружить, что состояния мышечного налряжения до разрешения острого вытеснения и после него отличаются друг от друга. Когда пациенты проявляют сильное сопротивление — пытаются удержать идею или импульс от выхода в сознание, — они зачастую ощущают напряжение, скажем, в голове, бедрах или ягодицах. Преодолев сопротивление, они внезапно чувствуют, что расслабились. Один пациент сказал о такой ситуации: «Я чувствую себя так, будто получил сексуальное удовлетворение».

Известно, что каждое воспоминание вытесненного идейного содержания сопровождается психическим облегчением, которое, как мы знаем, не означает излечения. Откуда же берется это облегчение? Дело в том, что в этом случае происходит разрядка психической энергии, которая до этого момента сдерживалась. Психическое напряжение и облегчение не могут произойти без соматического проявления, поскольку напряжение и расслабление представляют собой биофизические процессы. Убеждение, существовавшее до сих пор, что эти понятия относятся к психической сфере, было правильным, за исключением одного момента: это не имеет отношения к «перенесению» физиологического понятия в сферу психики, это не аналогия, а настоящая идентичность, идентичное функционирование психики и сомы.

Каждый невротик имеет мускульную дистонию*, и всякое лечение непосредственно отражается в изменении мышечного хабитуса. Наиболее отчетливо это

* Расстройство тонуса. — *Прим. ред.*

проявляется при компульсивном характере. Ригидность его мускулатуры выражается в неловких, неритмичных движениях, особенно во время полового акта; у него отсутствует мимика, лицевая мускулатура типично застывшая, лицо часто бывает похоже на маску; типичны глубокие складки, проходящие от носа к углам рта, и характерное суровое выражение глаз, порожденное ригидностью мышц глазных век; ягодичные мышцы тоже напряжены.

Если типичный компульсивный характер демонстрирует значительную мышечную ригидность, то у других пациентов обнаруживаются определенные зоны ригидности, сочетающиеся с вялостью (гипотону-сом) других областей тела. Подобное обычно наблюдается у пассивно-фемининного характера. Полная ригидность при кататоническом ступоре соответствует полной закованности в психический панцирь. Это объясняется нарушением экстрапирамидальной иннервации. Те нервные пути, которые обеспечивают изменение мышечного тонуса, несомненно действуют, но совершенно очевидно, что такая иннервация является только выражением общего нарушения функционирования. Неверно было бы думать, что, обнаружив иннервацию или поняв ход этого процесса, можно было бы объяснить все.

Психическая ригидность постэнцефалитного состояния вовсе не является выражением или результатом мышечной ригидности, скорее, мышечная или психическая ригидность, вместе взятые, служат признаком нарушения вегетативной подвижности всей биологической системы. Остается открытым вопрос о том, не является ли само по себе нарушение экстрапирамидальной иннервации результатом действия какого-либо первичного фактора, который проявляется не на поверхности органов, а непосредственно в вегетативном аппарате. Механистичная неврология объясняет, скажем, спазм анального сфинктера длительным возбуждением соответствующих нервов. Здесь легко уловить различие между механистично-анатомическим и функциональным подходом: сексуальная экономика считает нервы только передатчиками общего вегетативного возбуждения.

Спазм анального сфинктера, который часто приводит к тяжелым состояниям кишечника, возникает из-за инфантильного страха дефекации. Объяснение, что это имеет отношение к удовольствию от удерживания внутри каловой массы, по меньшей мере, недостаточно. Мышечное удерживание каловой массы является прототипом вытеснения вообще и его первого шага в сфере анальности. В оральной и генитальной сфере вытеснение имеет мышечное выражение в виде сжатого рта, спазма гортани и груди, а также хронического напряжения тазовой мускулатуры.

Высвобождение вегетативного возбуждения от фиксации в напряжениях мускулатуры головы, шеи, гортани и т. д. является обязательной предпосылкой для разрушения оральной фиксации как таковой. Его не может заменить ни воспоминание орального опыта, ни обсуждение генитальной тревожности. Без него можно лишь получить воспоминания, но не соответствующее им возбуждение, которое, как правило, бывает надежно скрыто. Поскольку они скрыты в ненавязчивых моделях поведения, которые кажутся почти естественными, внимание легко уходит от них. Механизмы патологического замещения и фиксации вегетативной энергии могут скрываться в следующих явлениях: слабый голос, который почти неслышен; отсутствие во время разговора мимики рта; отчетливая маскоподобность лица; выражение лица, явно напоминающее сосущего молоко ребенка; ненавязчивая слабая наморщенность лба; полуолущенность век; напряжение кожи головы; скрытая гиперсензитивность гортани; торопливая, порывистая манера речи; побочные звуки или движения в момент разговора; определенным образом склоненная набок голова; потряхивание ею и т. д. Страх генитального контакта не проявляется до тех пор, пока не выявлены и не устранены симптомы в области головы и шеи. Генитальная тревожность в большинстве случаев смещается с нижней части тела вверх и сковывается гипертонусом мышц шеи. К примеру, у молодой девушки страх операции на гениталиях был выражен в специфическом положении головы, которое после осознания она описала следующим образом: «Я лежу

здесь так, будто моя голова прибита». Она на самом деле видела себя так, будто ее голова прижата невидимой силой, препятствующей любому движению.

Кто-то может спросить: разве эти понятия не противоречат другому положению, утверждающему, что усиление мышечного тонуса является сексуально-парасимпатической функцией, а снижение тонуса парализует тревожное симпатическое функционирование? Как же может, скажем, тревожное удерживание каловых масс ребенком сопровождаться сокращением мышц? Долгое время мне не удавалось объяснить это противоречие. Но именно в процессе возникновения трудностей в исследовании связей и появилось предположение, приведшее к новому пониманию.

С самого начала необходимо усвоить, что процесс мышечного напряжения при сексуальном возбуждении и процесс тревожного напряжения мышц — это совершенно разные вещи. В ожидании опасности мускулатура напряжена, готова к действию (например, олень, приготовившийся убежать), при испуге же она вдруг оказывается в состоянии энергетической истощенности (вспомните: «парализован страхом»). Тот факт, что в момент испуга человека может вдруг прослабить, поскольку анальный сфинктер оказывается парализованным, подтверждает наше понятие о связи между тревогой и симпатическим функционированием. Необходимо отличать симпатическую тревожную диарею в момент испуга и парасимпатическую диарею при сексуальном возбуждении. Первое происходит из-за парализованности сфинктера (симпатическое функционирование), а последнее — усиливает перистальтику (парасимпатическое функционирование). При сексуальном возбуждении мышцы находятся в тонусе, то есть в полной готовности к моторным действиям, к сокращению и релаксации. В тревожном ожидании, напротив, мускулатура, если за ней не следует двигательная активность, сильно напряжена и при возникновении реакция испуга на смену этому состоянию приходит паралич или реакция физического бегства. Но может случиться так, что ни одна из этих реакций не произойдет. Тогда мы будем иметь дело с состоянием, которое, в противоположность парализованности испугом можно назвать ригидностью, порожденной испугом («одеревенение», «застылостъ»). При параличе, вызванном испугом, мышцы становятся дряблыми, лишенными энергии, в то время как вазомоторная система, наоборот, очень возбуждена: пульс учащен, человека пробивает пот, он резко бледнеет. При ригидности, вызванной испугом, периферическая мускулатура жесткая, тревожные ощущения почти или полностью отсутствуют: человек вроде бы «спокоен», но на самом деле он не может двинуться, он не способен ни к бегству, ни к вегетативному бегству в себя.

Эти факты демонстрируют, что мышечная ригидность может занимать место вегетативной реакции тревоги, другими словами, то же самое возбуждение, которое в случае паралича, вызванного испугом, направляется к центру организма, в случае ригидности, вызванной испугом, формирует периферический мышечный панцирь организма*. Стойкое мышечное напряжение, не исчезающее при моторной активности, поглощает энергию, которая в противном случае проявилась бы как тревожность, и таким образом препятствует возникновению последней. В этом процессе несложно увидеть прототип хорошо известного связывание тревоги через агрессию, когда агрессия, если ее сдерживать, приводит к блокированию аффекта.

Данные клинические находки имеют огромное значение для теории аффекта. Теперь хорошо прослеживается связь между:

-характерным панцирем и мышечным панцирем;

-ослаблением мышечного панциря и восстановлением тревоги;

-связыванием тревоги и установлением мышечной ригидности;

-мышечным напряжением и подавлением либидо;

-развитием либидинальной подвижности и мышечной слабостью.

---

* Остается заметить, что, скажем, биологический панцирь черепах развивается подобным образом.

Прежде чем сделать теоретические выводы, давайте обратимся к клиническим фактам, имеющим отношение к связи между мышечным тонусом и сексуальным напряжением. Во время анализа характера, когда в результате разрушения характерной ригидности начинает появляться мускульное напряжение, возникает одна из трех реакций: тревога, деструкция или либидинальный импульс. Последний означает протекание возбуждения и телесных флюидов к периферии, первый — поток, направленный в центр организма. Деструктивное возбуждение тоже соответствует возбуждению, направленному к периферии, но только к: мышцам конечностей. Ясно, что все три типа базовых возбуждений можно освободить от мускульного панциря. Итак, можно сделать следующее заключение: хронический мышечный гипертонус представляет сдерживание всякого вида возбуждения, удовольствия, тревоги и ненависти. Это выглядит так, будто сдерживание жизненного функционирования (либидо, тревоги, деструкции) подменилось образованием мышечного панциря вокруг центра биологической личности. Если характерная формация столь тесно связана с тонусом мускулатуры, мы правы, делая вывод о функциональной идентичности невротического характера и мышечной дистонии. Ниже мы рассмотрим факты, подтверждающие этот и другие выводы, которые могут ограничить валидность концепции о функциональной идентичности характерного панциря и мышечного панциря.

С точки зрения внешних проявлений сексуальное обаяние связано с расслабленной мускулатурой и свободно протекающей психической активностью. Ритм движения, смена напряжения и расслабления мышц сочетаются с модулированной речью и общей музыкальностью; *с* такими людьми сразу возникает чувство психического контакта. Очарование детей, у которых еще нет вытеснения, особенно в анальной сфере, основано на том же самом. Ригидные неловкие и аритмичные люди производят впечатление психического одеревенения, специфической окостенелости и неподвижности; речь плохо модулирована, и их нельзя назвать музыкальными. Многие из них никогда не «оттаивают» и способны «чуть-чуть отпустить себя» в условиях интимного знакомства. Опытный наблюдатель в таких случаях сразу заметит изменение в действиях мускулатуры. Нельзя сказать, что психическая и соматическая ригидности выражаются одна через другую, они составляют форму единого функционирования. Крепко закованные в панцирь люди производят впечатление неэротичных, а кроме того, лишенных чувства тревожноси. В зависимости от толщины панциря ригидность может сочетаться с внутренним возбуждением различной степени.

Меланхоличные или депрессивные люди обладают застывшим одеревенелым лицом, точно каждое движение требует преодоления сопротивления. При маниакальных состояниях, напротив, импульсы внезапно заполоняют всю личность. При кататоническом ступоре психическая и мышечная ригидности полностью идентичны, а разрешение ситуации возвращает таким людям психическую и мышечную подвижность.

Здесь мы достигаем некоторого понимания природы смеха (выражение радости на лице) и природы горя (выражение подавленности, депрессии). Во время смеха лицевая мускулатура сокращается, а когда человек переживает горе, она становится вялой. Это соответствует тому факту, что мышечные сокращения (диафрагмальный клонус*, смех, о котором говорят «живот надорвешь») являются парасимпатическими, либидинальными, в то время как вялость мышц связана с симпатическим функционированием и антилибидинальна.

Возникает вопрос, может ли «генитальный характер», не страдающий хроническим застоем энергии, иметь мышечный панцирь? Если да, то это опровергает мой тезис о функциональной идентичности характерного и мышечного панциря. Дело в том, что генитальный характер тоже имеет сформированный «характер». Наблюдения за такими людьми показали, что и здесь налицо определенное «панцирное покрытие», что

* Быстрые ритмические сокращения мышц или группы мышц. — *Прим. ред.*

способность избегать неудовольствия и тревоги достигается формированием периферического панциря. В этих случах общая поза и выражение лица тоже становятся более напряженными, сексуальная возбудимость и способность к сексуальному удовольствию снижаются, так же как порой и работоспособность. При этом свободно протекающая, удовлетворяющая работа заменяется механическим и не приносящим удовольствия спектаклем. В связи с этим счастливая сексуальная жизнь является наилучшей структурной основой для продуктивной деятельности. Различие здесь заключается в том, что в случае невротического панциря мышечная ригидность хроническая и действует автоматически, генитальный же характер сам распоряжается своим панцирем: он может «пустить его в дело» или «вывести из игры» по собственной воле. С точки зрения сексуальной экономики неважно, что биопсихическая энергия становится связанной, важно, в какой форме это происходит и может ли снизиться доступность этой энергии. Целью психической гигиены не может быть предупреждение способности формирования панциря, она (цель) может состоять только в том, чтобы обеспечить гарантию максимальной вегетативной подвижности, то есть формирование такого панциря, который обладал бы подвижностью. Это — задача, которая недоступна ни одному из существующих ныне воспитательных и моральных институтов.

Следующий пример продемонстрирует функциональные взаимоотношения между характерной установкой, мышечным напряжением и вегетативным возбуждением. В этом пациенте больше всего поражало, что все его высказывания были поверхностны; он сам чувствовал, что все это не более чем «болтовня», даже при разговоре о серьезных вещах. Позже стало понятно, что эта поверхностность и есть центральное характерное сопротивление, которое позволяет ему свести к нулю всякий аффективный импульс. Выяснилось также, что «болтовня» и «поверхностность» соответствуют его идентификации с мачехой, которую характеризовали те же черты. Эта идентификация обусловила возникновение пассивно-феминного отношения к отцу: болтовня была попыткой победить, умилостивить и развлечь гомосексуальный объект, «задобрить» его, как опасного зверя. Но кроме того, она играла роль замещающего контакта, поскольку, как позже показал анализ, контакта с собственным отцом этот пациент не имел. Болтовня, таким образом, имела троякий смысл: пассивно-феминное ухаживание (вегетативная функция), защиту от агрессивных импульсов (функция панциря) и компенсацию отсутствия контакта. Психическое содержание этой поверхностности можно представить следующим образом: «Мне надо одержать победу над отцом, я должен умилостивить его и быть ему приятным; но вместе с тем я чувствую пустоту, я не забочусь о нем, на самом деле я его ненавижу; я не могу показать, что с самого начала у нас с ним не был установлен контакт». Неловкость этого пациента и его мышечная скованность поражали не меньше, чем описанное психическое поведение. Он лежал на кушетке, застыв, как доска, совершенно неподвижно. Было ясно, что любые аналитические «ухищрения» бесполезны, пока не разбит его мышечный панцирь. Несмотря на то что пациент производил впечатление понятливого и восприимчивого человека, он отрицал, что чувствует тревогу; у него были моменты сильной деперсонализации, он ощущал себя бесчувственным. Но на этой стадии сами по себе детские переживания были неважны, как и их связь с невротическим симптомом. Они имели огромное значение только в связи с его закованностью в панцирь. Перед нами стояла задача пробить панцирь и выкристаллизовать из него историю детства и подавленное вегетативное возбуждение.

С самого начала поверхностность проявилась в «страхе смерти» или страхе падения. Этот пациент долгое время очень боялся упасть, скатиться, провалиться в бездну, вывалиться из лодки в воду, выпасть из несущихся с горы саней и т. д. Скоро выяснилось, что его страхи основывались на страхе, вызванном типичными ощущениями в области диафрагмы, которые испытывает человек, катаясь на американских горках. В своей книге «Функции оргазма» я писал, что страх оргастического возбуждения часто выражается страхом падения. Было неудивительно обнаружить, что этот пациент страдал

сильным оргастическим нарушением как раз такого рода. Поверхностность, таким образом, была не только пассивной позицией, она выполняла совершенно определенную функцию: была активной установкой, защитой от «страха смерти» и страха перед вегетативным возбуждением. Итак, совершенно ясно, что между двумя отклоняемыми состояниями — страх падения был идентичен страху вегетативного возбуждения — существовала связь. В чем эта связь заключалась?

Пациент вспомнил, что в детстве на качелях каменел, как только возникали ощущения в области диафрагмы. С этого времени появилось мышечное состояние, которое характеризовалось неритмичностью и отсутствием координации, а также неловкостью. Возможно, музыкальный теоретик обратил бы внимание на полную немузыкальность пациента, которая, однако, имела определенную историю. Что касается отсутствия контакта и мышечного панциря, анализ выявил, что данный дефект возник из-за защиты от вегетативного возбуждения. Пациент вспомнил, что его мать, когда он был маленьким, пела ему сентиментальные песни, которые очень возбуждали его, вызывая напряжение и двигательное беспокойство. Когда же в результате фрустрации он вытеснил либидинальное влечение к матери, его музыкальность постигла такая же участь. Произошло это не только потому, что переживания, связанные с музыкой, составляли интегральную часть отношений с матерью, но и потому, что он не мог выдержать вегетативного возбуждения, возникающего от песен, а также возбуждения, испытываемого во время детской мастурбации и служившего причиной сильной тревоги.

В сновидениях сопротивление пациента против неприкрытого бессознательного материала часто представлялось в виде страха, например, падения в подвал или пропасть. Такая связь не подлежит сомнению, но ее не так-то просто объяснить. Почему, например, бессознательное ассоциировалось с глубиной, а страх бессознательного со страхом падения? Задача решалась следующим образом: бессознательное представляло собой резервуар вытесненного вегетативного возбуждения, то есть возбуждения, которое не получало разрядки. Здоровый индивид переживает это как сексуальное возбуждение и удовлетворение; люди, сдерживающие вегетативную подвижность, переживают его как неприятные ощущения тревоги или давления в области солнечного сплетения. Эти ощущения очень похожи на те, что возникают при испуге, резком спуске в лифте или на американских горках, а также на ощущения сжатия в области гениталий, возникающие, когда стоишь над обрывом и смотришь вниз. В таких ситуациях вместе с мыслью о падении возникают ощущения сжатия гениталий. Таким образом, при возникновении мысли об угрожающей опасности организм ведет себя так, будто она реально существует, и происходит уход в себя. Поскольку при испуге возбуждение и телесная жидкость уходят к центру организма, а в случае настоящего падения этот процесс имеет место в качестве автоматической реакции организма, становится ясно, что мысль о глубине и падении должна быть идентична ощущениям центрального возбуждения в организме. Это позволяет нам понять обычно ускользающий от внимания факт, что многие люди переживают качание на качелях или катание на американских горках со смесью страха и удовольствия. Согласно сексуально-экономической концепции тревога и удовольствие есть не что иное, как все то же вегетативное возбуждение, протекающее в противоположных направлениях. Вернемся к нашему пациенту. Его страх бессознательного действительно был объективно идентичен страху глубины. Теперь его поверхностность становилась сексуально-экономически понятна как активная установка, сформированная для того, чтобы избежать вегетативного возбуждения, порожденного как тревогой, так и удовольствием, но, поскольку последнее сопровождалось тревогой, оно вызывало неудовольствие.

Оставалось неясно, какова же связь между мышечной ригидностью и характерологической поверхностностью и бесконтактностью. Можно сказать, что мышечный панцирь исполнял в физиологическом поведении ту же самую функцию, что и бесконтактность и поверхностность в характерологическом и психическом поведении.

Поскольку сексуально-экономическое представление о базовых отношениях между физиологическим и психическим аппаратами включает не только отношения общей взаимосвязи, но и отношения функциональной идентичности с одновременным существованием противоположностей, возникает следующий вопрос: идентична ли с функциональной точки зрения мышечная ригидность с характерным панцирем, бесконтактностью, блокированием аффекта и т. д. Антитетичные взаимоотноше-ния ясны: физиологическое поведение детерминирует поведение психическое и наоборот. Но это менее важно для понимания психосоматических связей, чем их функциональная идентичность.

Я приведу еще один клинический пример, чтобы показать, как вегетативная энергия может освободиться от психического и мышечного панциря. Пациента характеризовала интенсивная фаллически-нарциссическая защита от гомосексуальных импульсов. Этот основной психический конфликт выражался в соматической ригидности и агрессии компенсаторного свойства. Было чрезвычайно трудно добиться осознания этого конфликта, так как он яростно боролся против прорыва и осознания своих гомосексуальных склонностей. Когда прорыв все же произошел, у пациента, к моему изумлению, случился вегетативный шок. Однажды он пришел на встречу со мной с одеревеневшей шеей, ужасной головной болью, расширенными зрачками, покрасневшими глазами, бледной кожей, в совершенно угнетенном состоянии. Когда он двигал головой, давление в ней ослабевало, а когда нет — усиливалось. Картину симпатикото-нии дополняли тошнота и рвота. Пациент вскоре вышел из этого состояния. Этот случай подтвердил мою концепцию взаимоотношений между характером, сексуальным застоем и вегетативным возбуждением. Здесь просматривалась проблема шизофрении. Связь между вегетативным и характерологическим, столь удивительная при психозе, может однажды получить разъяснение с помощью названных выше понятий. Новое здесь заключается не в связи между психическим аппаратом и вегетативной системой, не в их функциональном взаимодействии, а в том что:

1. Базовая функция психической жизни имеет сексуально-экономическую природу.
2. Сексуальность и тревога — идентичные и противоположно направленные возбуждения; они представляют собой свое базовое противоречие в вегетативной жизни, имеющее единственно физическое происхождение.
3. Характерное образование возникает в результате ограничения биоэнергии;
4. Характерный панцирь и мышечный панцирь функционально идентичны;
5. Биоэнергия может быть вновь мобилизована, освобождена из характерного и мышечного панциря с помощью определенной техники и никакой другой.

Мне бы хотелось подчеркнуть, что теория, выросшая из характерно-аналитических клинических исследований, представляет собой только начало расширенного понимания функциональных психосоматических отношений, что проблемы гораздо труднее и сложнее, чем это может показаться, глядя на результаты. Однако можно сформулировать некоторые фундаментальные положения, которые в дальнейшем помогут нашему знакомству с психофизическими отношениями. Применение функционального метода исследований было успешным, что подтверждают его результаты. Однако это противоречит попыткам получить полезные знания о психосоматических связях с помощью метафизически-идеалистических или механистично-каузально-материалистических методов. К сожалению, здесь невозможно представить фундаментальные эпистемологические моменты того метода, о котором л рассказываю. Отличие сексуально-экономической концепции от последних «организмических» концепций психофизиологических взаимоотношений заключается в функциональном подходе и концентрации проблемы на функции оргазма.

10. ДВА ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ СКАЧКА ЕСТЕСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ*

Итак, мы изложили идею связи между психикой и сомой, базирующуюся на обширном клиническом опыте. На основе данной концепции мы можем позволить себе сформулировать гипотезу для дальнейшей работы на этом поле, если хотим возделать его, чтобы оно не казалось неплодородным или бесперспективным.

В ходе естественного развития было сделано два больших и стремительных скачка, которые способствовали последовательному ходу процесса. Первый — от неорганической в органическую, вегетативную жизнь. Второй — от органически-вегетативного развития в психический аппарат, в частности в сознание с его основной способностью к самовосприятию. Органическое выросло из неорганического, а психическое — из вегетативного. И то и другое в функциях и процессах сохранило законы действования своих матриц. В сфере органики мы обнаруживаем те же основные физические и химические закономерности, что и в области неорганического; в психике — те же базовые реакции напряжения и расслабления, застоя и разрядки энергии, возбудимость и т. д., что и в области вегетативного.

Функциональный феномен, который мы находим в характерном образовании и описываем, как диссоциацию и антитезу, также, вероятно, управляет переходом неорганического в органическое и органически-вегетативного в психическое. В организме органическое занимает полярное положение к неорганическому, а психическое — к вегетативному**. Они едины и в то же время противопоставлены.

В способности психического аппарата развивать сознание и самовосприятие, наиболее странные и неясные функции сознательной психической жизни мы видим прямое выражение этой противоположности; в феномене деперсонализации функция самовосприятия предстает в патологически искаженной форме. Более тщательное изучение деперсонализации и связь этого феномена через функциональный метод, возможно, поспособствуют разрешению проблемы сознания.

Я должен просить читателя рассматривать данные предположения как то, чем они являются на самом деле: черновыми высказываниями на туманном поле, на котором правильные и точные положения еще не обнаружены. Хотя они фундаментально отличаются от прежних взглядов на связь психики и сомы, но претендовать на серьезность не могут, пока не преуспеют в решении тех проблем, которые продолжают ждать своего решения в рамках старых воззрений (механистично-материалистического или идеалистического) и которые, по-видимому, неприемлемы для них.

Эти основные вопросы жизни до сих пор остаются неясными, что требует от нас; во-первых, быть крайне осторожными при формулировке новых взглядов; во-вторых, бороться с теми взглядами, которые не ведут вперед и не продвигают нас хотя бы на шаг и которые представляют собой только преждевременные попытки предвосхитить еще невозможное решение проблем. Путь, предшествующий функциональной психологии, неопределен и «полон камней преткновения». Только теперь сексуальная экономика нащупала основание в некоторых фундаментальных формулировках и все еще ожидает экспериментальных исследований оргазма. Один момент, однако, совершенно ясен: если естественная наука однажды преуспеет в реальном разрешении проблемы психосоматических связей, результатом которого станут практические мероприятия, а не только теории; достижения прозвонят «похоронный звон» всякому трансцендентальному мистицизму, «абсолютно объективному духу» и другим подобным идеологиям, которые объединены понятием «мистицизм» в узком и широком смысле. Вегетативная жизнь человека представляет собой только часть общего природного процесса, в вегетативном

---

* *Примечание 1945г.* См. мои оргонно-биофизические публикации в International Journal of Sex-economy & Orgone-Reserch, 1942-1945.

** Данные утверждения неточны. Однако в то время еще рано было делать обязательные заключения, связанные с отношениями «психического» к вегетативному и о сознавании первым и того и другого.

потоке которого он переживает себя как частичку природы. Истинная всеобъемлемость природы выходит за рамки психической формации, которая обязана своим жизнеразрушающим существованием только нашему поверхностному знанию ее истоков, препятствующему продуктивному раскрытию вегетативной энергии. Это вызывает болезнь и страдание, и, чтобы оправдать себя, она представляется как неизбежность и неизменность. Человек, движимый смутными «океаническими» чувствами, мечтает, вместо того чтобы «делать» собственное существование, и гибнет от своих мечтаний. Но эта мечтательность — только намек на будущую продуктивность его вегетативной жизни. Возможно, наука однажды успешно превратит мечты человека в реальность, и тогда перед нами встанет вопрос, на который до сих пор нет ответа, вопрос о смысле жизни и о замене его вопросом об исполнении собственной жизни.

ГЛАВА XV
ВЫРАЗИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ЖИВОГО В ОРГОННОЙ ТЕРАПИИ

1. ФУНКЦИЯ ЭМОЦИИ

Концепция «оргонной терапии» включает в себя все медицинские и педагогические техники, работающие с «биологической» энергией, оргоном. Правда космическая оргонная энергия была открыта только в 1939 году, но цель анализа характера, появившаяся задолго до этого открытия, состояла в освобождении так называемой «психической энергии» от характерного и мышечного панциря и установлении оргастической потенции. Знакомый с оргонной биофизикой читатель имеет представление как о развитии анализа характера с 1926 по 1934 год, так и о его перерастании начиная с 1935 года в «вегетотерапию». Неудивительно, что эта смена терминов произошла в русле одной и той же научной дисциплины. Последовательное применение естественно-научной энергетической концепции в области психических процессов привело к возникновению нового языка для новых техник на следующем витке развития.

Сам факт существования сексуально-экономически ориентированной психиатрии, которая обеспечила доступ к космической энергии, следует считать великим триумфом оргономического функционализма. Хотя оргонная энергия по своей природе несомненно является физической, есть множество причин тому, что ее открытие принадлежало не физикам, а психиатрам. Логика данного открытия в области биопсихиатрии отражена в ее развитии, и с этими вопросами можно ознакомиться в книге «Открытие оргона», том 1: «Функция оргазма».

После 1935 года, когда был открыт оргастический рефлекс, акцент характерно-аналитической работы сместился в область соматики. Термин «вегетотерапия» отражает тот факт, что теперь моя терапевтическая техника воздействует на характерный невроз в области физиологии. Термин «характерно-аналитическая вегетотерапия» подчеркивал синхронную работу психического и соматического, но имел свои недостатки, которые ничуть не помогали делу: он был слишком громоздок и содержал термин «вегетативный» (vegetative), который в Германии звучал достаточно точно, но в Англии напоминал совершенно иное по смыслу слово -- «растительный» (vegetables); и, наконец, все еще содержал в себе некое деление организма на две области — психики и сомы, которое противоречило нашей концепции об организмическом единстве.

Открытие оргона положило конец этим концептуальным затруднениям. Космическая оргонная энергия функционирует в живых организмах как специфическая биологическая энергия. Она управляет всем организмом и выражается как в эмоциях, так и в чисто биофизических движениях органов. Таким образом, психиатрия впервые обнаружила корни объективных естественно-научных процессов. Это утверждение требует более развернутого комментария.

До открытия оргона психиатрия, пытаясь подвести объективную и количественную основу под психологическое содержание, всегда вынуждена была оглядываться на неорганическую физику. Ни механические повреждения мозга, ни химико-физические процессы организма, ни устаревшие понятия церебральной локализации ощущений и мыслей не давали удовлетворительного объяснения эмоциональных процессов. Оргонная биофизика, напротив, с самого начала имела дело с центральной проблемой психиатрии — с эмоциями. Слово «эмоции» буквально означает «движение, направленное вовне», «выступающий вперед». Употребляя это слово, мы не только допускаем, но и несомненно подразумеваем ощущения и движения. Микроскопические исследования амебы свидетельствует о том, что при воздействии слабых электрических стимулов смысл термина «эмоция» (emotion) становится однозначным. В своей основе эмоция является проявлением движения плазмы. Приятные стимулы вызывают «эмоцию» протоплазмы от

центра к периферии. И наоборот, неприятные стимулы провоцируют «эмоции» — или, скорее, «ремоции» (remotion) — удаление от периферии к центру организма. Два основных направления биофизического течения плазмы соответствуют двум основным аффектам психического аппарата: удовольствию и тревоге. Осциллографические исследования показывают функциональную идентичность движения физической плазмы и соответствующих ощущений, одно не может существовать без другого. Но, как мы знаем, они не только функционально идентичны, но и антитетичны, то есть противоположны: возбуждение биофизической плазмы отзывается в ощущениях, а ощущения выражаются в движении плазмы. Сегодня эти факты составляют прочный фундамент оргонной биофизики.

Мы вызываем возбуждение плазмы и движение в любом случае: освобождаем ли эмоции от характерного панциря путем анализа характера, или от мышечного панциря с помощью «вегетоте-рапии». То, что движется, по сути дела и есть оргонная энергия, флюиды которой заряжают тело. Мобилизация плазматических потоков и эмоций поэтому идентична мобилизации оргонной энергии организма. Это совершенно очевидно при вазомоторных изменениях. В каждом случае, продуцируем ли мы воспоминания, разрушаем защитные механизмы или устраняем мышечные спазмы, мы работаем с оргонной энергией организма. Разница только в действенности методов; вспоминание не вызовет прорыва аффекта, который может произойти, скажем, при разрушении диафрагмального блока.

Все это объясняет, почему термин «оргонная терапия» включает в себя характерно-аналитическую терапию и вегетотерапию*. Общая цель здесь — мобилизация плазматического потока пациента. Другими словами, мы не можем расщепить живой организм на установки характера, мышцы и функционирование плазмы, если действительно придерживаемся концепции единого организма, соотносясь с ней в своей практической работе.

Оргонная терапия работает с биологической глубинной плазменной системой, с «биологическим ядром» организма. Читатель должен понять, что это важный шаг. Мы оставляем область психологии, включая «глубинную психологию», и движемся глубже, проникая даже за физиологию нервной системы и мышц, в область функционирования протоплазмы. Данные шаги необходимо воспринимать очень серьезно; они имеют значительные практические и теоретические последствия и меняют наши биопсихиатрические техники в самом их основании. Мы больше не работаем исключительно с индивидуальными конфликтами и особенностями панциря, а имеем дело с сутью функционирования живого. Если мы постепенно научимся понимать его и оказывать на него влияние, чисто психологическое и физиологическое функционирование тоже автоматически окажется под нашим влиянием. Схематичная специализация, таким образом, исключается.

2. ВЫРАЗИТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПЛАЗМЫ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Трудно дать точное функциональное определение «живому». Понятия и традиционной, и глубинной психологии ограничены вербальными конструктами. Функционирование живого не вписывается ни в какие вербальные идеи и понятия. Вербальный язык является биологической формой выражения, свойственной высшему уровню развития. Это неоспоримый атрибут живого, но ведь живое начало свое функционирование гораздо раньше формирования речи. Глубинная психология поэтому оперирует деятельностью недавнего происхождения. Животные выражают собственные переживания при помощи звуков. Но живое существует прежде и за пределами всякого звукового образования как формы выражения.

---

* Физическая оргонная терапия в чистом виде при помощи оргонного аккумулятора обсуждается в книге «Discovery of the Orgone», vol. 2: «The Cancer Biopathy».

Процессы словообразования сами по себе показывают способ, при помощи которого происходит «самовыражение» живого. Термин «выражение», по-видимому, на основе органических ощущений, описывает как раз язык живого: живое выражает себя в движениях, в «выразительных движениях». Выразительное движение представляет собой неотъемлемую характеристику протоплазмы. Именно оно отличает живые системы от неживых. Термин буквально означает, что нечто в живых системах «выдавливает себя» и, следовательно, «движется». Это есть не что иное, как движение протоплазмы, то есть расширение (экспансия) и сокращение (сжатие). Буквальный смысл «эмоции» — «выдвижение», то есть то же самое, что «выразительное движение». Физические процессы плазматической «эмоции» или выразительного движения всегда совпадают с непосредственно понимаемым нами смыслом, который мы называем эмоциональным проявлением. Движения плазмы, таким образом, выражаются в эмоциональных ощущениях, а эмоция, или внешние проявления организма, обязана движению. Последняя часть этой фразы требует некоторой оговорки, поскольку благодаря оргонной терапии нам известно, что внешние проявления многих людей вызваны неподвижностью и скованностью.

Сказанное отнюдь не игра слов. Ясно, что речь в процессе словообразования определяется восприятием внутренних движений и органических ощущений, а слова, описывающие эмоциональное состояние, напрямую дают описание соответствующих выразительных движений живой материи.

Несмотря на то что речь напрямую отражает состояние плазматического возбуждения, в одиночку она не способна передать это состояние. Живое не только функционирует прежде и за пределами словесной речи, оно имеет свои специфические формы выражения, которые вообще невозможно облечь в слова. Любому поклоннику музыки известны те эмоциональные состояния, которые вызывают великие музыкальные произведения и которые невозможно передать словами. Музыка невыразима словами. Тем не менее, это экспрессия движения, вызывающая у слушателя ощущение жизни в движении. Невыразимость музыки словами, как правило, рассматривается либо через призму мистической духовности, либо как глубочайшая эмоция, которую невозможно выразить в словах. Естественно-научное толкование заключается в том, что музыкальная экспрессия поднимается из самых глубин живого. То, что понимается как «духовность» великой музыки, есть не что иное, как описание простого факта, что серьезность чувства идентична контакту с живым, выходящему за рамки слов.

Наука не может ничего сказать относительно природы музыкального эмоционального выражения. Нет сомнений в том, что художник говорит с нами в форме бессловесных выразительных движений из глубин источника жизни; но то, что он выражает в музыке или на холсте, он может облечь в слова не больше, чем мы сами. Более того, он возражает против попыток перевести выразительный язык искусства в слова; он больше обеспокоен чистотой собственного экспрессивного языка. Таким образом, он подтверждает оргонобиопсихическое предположение, что живое выходит за рамки вербального и не зависит от него, что оно имеет собственный выразительный язык. Обратимся к иллюстрации, взятой из повседневной работы оргонного терапевта.

Пациенты, приходящие к оргонному терапевту, переполнены проблемами. Опытный глаз обнаруживает эти проблемы через выразительные движения и эмоциональные проявления их тел. Если позволить пациенту говорить то, что он хочет, разговор уведет от проблем, он так или иначе закамуфлирует и затуманит их. Для того, чтобы верно оценить ситуацию, необходимо попросить пациента помолчать. Этот метод очень плодотворен. Когда пациент перестает говорить, его тело проявляет эмоции гораздо отчетливее. После нескольких минут молчания, как правило, можно выявить выделяющуюся черту характера или, более точно, плазматическое эмоциональное проявление. Если пациент во время разговора казался дружелюбно улыбающимся, то теперь, когда он замолчал, его улыбка превращается в пустой оскал, маскообразный

характер которого вскоре станет заметен и ему самому. Если пациент вроде бы очень серьезно рассуждал о своей жизни, то стоило ему замолчать, как через подбородок и шею появилось выражение вытесненной злости.

Приведенные мной примеры свидетельствуют о том, что словесное выражение или речь зачастую выполняют роль защиты: слова заслоняют выразительный язык биологического ядра. В большинстве случаев бывает так, что слова больше ничего не значат и речь ничего не выражает, она превращается в бессмысленную активность собственной мускулатуры. Накопленный опыт показывает, что во многих курсах психоанализа, длящихся годами, лечение стало своеобразной «жертвой» такого патологического свойства речи. Этот клинический опыт можно и необходимо применять и на социальной сцене: бесконечные выступления, публикации и политические дебаты не помогают приблизиться к жизненно важным вопросам, а уводят от них в пустословие.

Оргонная терапия отличается от других методов воздействия на организм тем, что пациента просят выразить себя биологически, отбросив как можно дальше привычный язык слов. Это заставляет его сделать то, от чего он всегда старался уйти, — заглянуть в глубь своей души. Таким образом, в течение курса оргонной терапии человек учится понимать язык живого и воздействовать на него. Исходный выразительный язык живой протоплазмы не представляется в «чистой» форме, так как если бы способ выражения пациента был биологическим в чистом виде, помощь оргонного терапевта ему была бы не нужна. Сначала необходимо проникнуть через наслоения патологических, неестественных способов выражения для того, чтобы подойти к истинно биологическому способу выражения. В конце концов, человеческая биопатия представляет собой общую сумму всех искажений естественных способов выражения живого организма. Выявляя патологические формы выражения, мы учимся познавать глубинную человеческую биопатию, что невозможно сделать, используя техники, связанные с вербальным выражением. К сожалению, биопатия с ее необычным выражением жизнедеятельности, находится вне сферы языка и вербальных понятий.

Оргонно-терапевтическая работа с биопатией происходит по сути дела вне словесной сферы. Конечно, мы используем слова, но они отсылают не к повседневным концепциям способности к восприятию и формированию идей, а к организмическим ощущениям. Было бы совершенно бесполезно пытаться заставить пациента понять его состояние, скажем, с помощью терминов физиологии. Нельзя сказать ему: «Твои мышцы при массаже находятся в хронически сокращенном состоянии, поэтому твой подбородок не может двигаться во время разговора, а твой голос монотонен, поэтому ты не можешь заплакать; ты постоянно сглатываешь для того, чтобы подавить выступающие слезы». Правда, пациент может понять все это на интеллектуальном уровне, но изменить свое состояние он не сможет.

Мы работаем на более глубоком биологическом уровне понимания. Не слишком важно как и почему мышцы напряжены. Было бы бесполезно надавливать на них при массаже, — такое давление может вызвать лишь болезненную реакцию, то есть ощутимую боль. Мы работаем с выразительным языком. Только почувствовав выражение лица пациента, мы начинаем понимать его. Термин «понимать» в данном случае подразумевает очень точное знание того, какая эмоция «выражена». Неважно, активно мобилизована эмоция или она остается скрытой (неподвижной). Необходимо выяснить, какова разница между активной и скрытой эмоцией.

«Чувствуя» эмоциональное проявление пациента, мы оперируем с первичным биологическим функционированием. Если, например, одна из птиц начинает беспокоиться и, «почувствовав опасность», взлетает, вся стая следует за ней, независимо от того, заметили остальные птицы причину беспокойства или нет. Реакция паники у животных основана на непроизвольном воспроизводстве эмоционального проявления тревоги. Нетрудно остановить людей на улице и заставить их смотреть в небо, если кто-то сделает вид, что он увидел там нечто интересное. Таких примеров можно привести множество.

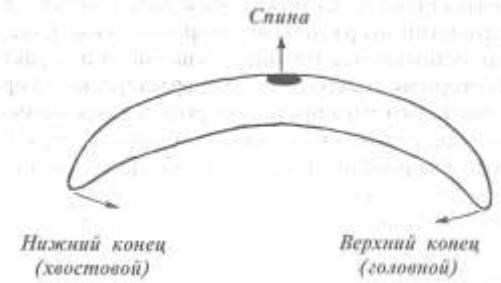


Рис. 5. ***Основная биофизическая поза не закованного в панцирь организма.***

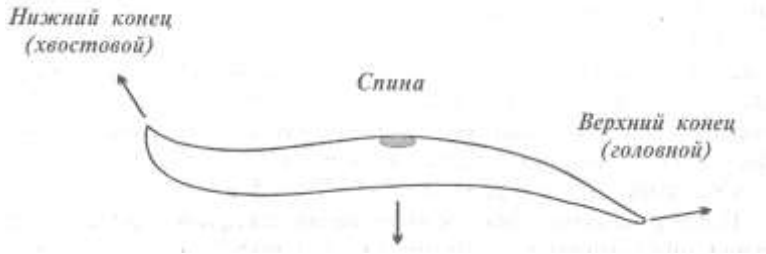


Рис. 6. ***Основная биофизическая поза закованного в панцирь организма: «сдерживание».***

Эмоциональное проявление пациента вызывает в организме терапевта непроизвольную имитацию. Заражаясь внешними проявлениями пациента, он чувствует и понимает свои внешние проявления, и благодаря этому — проявления пациента. Поскольку каждое движение что-то выражает и, таким образом, раскрывает эмоциональное состояние протоплазмы, язык выражения становится сутью коммуникации с эмоциями пациента. Как мы уже говорили, слова искажают язык выражения. Под «характерной позой» мы подразумеваем общую выразительность организма, буквально идентичную общему впечатлению, которое производит на нас организм.

У разных людей эмоциональная выразительность может сильно различаться в деталях. Не существует двух индивидов с совершенно одинаковой речью, дыхательными блоками или походкой. Тем не менее некоторые общие типы можно выделить довольно легко. В глубинной психологии мы различали «невротический» и «генитальный» характер, основываясь на типе мышечного и характерного панциря. Мы говорили о невротическом характере, когда организм был снабжен ригидным панцирем, который человек не мог изменить или устранить; называли генитальным характер, при котором эмоциональное реагирование не сдерживалось ригидными автоматизмами, то есть когда человек способен на биологическое реагирование в соответствии с ситуацией, в которой оказался. Такие основные типы характера можно так же четко выделить в сфере биологического функционирования.

Когда человек начинает понимать язык биологического выражения, нетрудно определить вид панциря и оценить степень его ригидности. Общую выразительность индивида, закованного в панцирь, можно описать как «сдерживание».

Это следует понимать буквально: организм показывает, что он сдерживается. Плечи опущены, грудная клетка втянута, подбородок скован, дыхание поверхностно, поясница выгнута, таз напряжен и «бесчувствен», ноги одеревенело выпрямлены или малоподвижны — вот основные позиции общего сдерживания.

Схематически это представлено *на рис. 5, 6.*

Последняя поза наиболее явно выражена при истерической дуге и при опистотонусе в кататоническом ступоре*.

Здесь четко видно, что проявление основной позы закованного в панцирь организма связано не с сознанием, а с вегетативной нервной системой. Закованный в панцирь человек не чувствует его. Если попытаться описать ему этот панцирь, он может не понять, о чем, собственно, идет речь. Его ощущения представляют собой не скованность как таковую, а только нарушение восприятия жизни: он чувствует себя незаинтересованным, скованным, пустым или жалуется на невротическое беспокойство, дрожь, запор, бессонницу, тошноту и т. д. Присутствие панциря в течение длительного срока оказывает влияние на ткани и органы: у пациента возможны язвенная болезнь, ревматизм, артрит, у него может развиться рак или стенокардия. Перечисление заболеваний можно продолжить, клинические примеры подобного рода встречаются довольно часто. Здесь мы имеем дело с постижением глубинных биологических функций и с определением на его основании функционирования живого.

Закованный в панцирь индивид неспособен его разрушить. Он не может выразить свои примитивные биологические эмоции. Ему знакомо ощущение, вызванное щекоткой, но ощущение оргонотичес-кого удовольствия незнакомо, и потому он не может имитировать его, а если пытается, то издает стон, сдавленный крик или у него возникнет позыв к рвоте. Он неспособен испустить вопль ярости или убедительно имитировать жесткий, изо всех сил удар по кушетке. Он не в состоянии сделать полный выдох: движения диафрагмы (согласно показаниям рентгеновского исследования) очень ограничены. Если попросить его выдвинуть вперед таз, у него это не получится. Причем довольно часто человек вообще не понимает, о чем идет речь и может сделать совершенно противоположное движение, отведя таз назад, выпячивая и напрягая его, что свойственно при сдерживании. Напряженность периферической мускулатуры и нервной системы проявляется в чрезмерной сензитивности к надавливанию. Порой невозможно коснуться определенных частей организма, закованного в панцирь, чтобы не вызвать сильную тревогу и нервозность. То, что обычно называют «повышенной возбудимостью», является результатом такой гиперсензитивности чрезвычайно напряженной мускулатуры.

Общее сдерживание вызывает неспособность к плазматической пульсации в процессе сексуального акта, то есть оргастическую импотенцию, что, в свою очередь, порождает застой сексуальной энергии, а отсюда следует все то, что заключается в понятии «биопатия».

Центральная задача оргонной терапии — разрушение панциря, другими словами, восстановление подвижности плазмы. У скованного панцирем человека во всех органах в той или иной степени снижена или ограничена пульсация, и оргонная терапия призвана полностью ее восстановить. Это делается биофизически, путем разрушения позы сдерживания. Идеальный результат оргонной терапии — появление оргастического рефлекса. Как известно, этот рефлекс, второй после дыхательного, является самым важным двигательным проявлением у животных. В момент оргазма происходит полное организмическое погружение, организм отдается оргастическим ощущениям и непроизвольной пульсации. Поэтому движения оргастического рефлекса неизменно связаны с проявлением самоотдачи. Конечно же, бесполезно убеждать пациента «отдаться», поскольку он просто не способен на это, иначе наша помощь ему бы не понадобилась. Мы не можем вооружить его никакими техническими приемами, позволяющими автоматически обрести эту способность к самоотдаче. Живое функционирование подчинено вегетативной системе, оно выходит за рамки языка, интеллекта или воли и развивается в соответствии с законами природы, о которых мы сейчас поговорим. Мы выяснили, что оргазм с его проявлением отдачи представляет

* Истерическая дуга — поза тела, обусловленная приступом общих тонических Судорог; тело выгибается дугой и опирается на затылок и пятки. Опистото-нус — тоническое сокращение мышц спины и шеи с запрокидыванием головы и вытягиванием конечностей. — *Прим. ред.*

собой некий ключ к пониманию базовых природных процессов, которые выходят за рамки личности и даже самой жизни. Читателю, решившему исследовать это подробнее, предстоит серьезный экскурс в область космической энергии. Он ничего не поймет и испытает разочарование, если ему не удастся полностью освободиться от того понимания сексуальности, иллюстрацией которого являются ночные клубы.

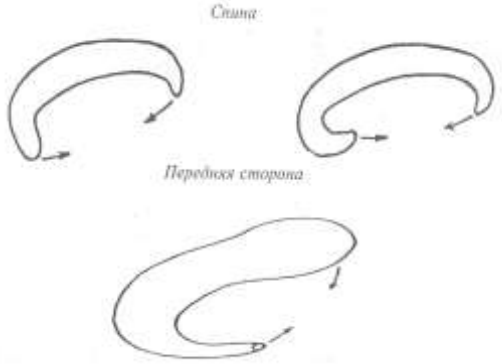


Рис. 7 Эмоциональное проявление оргастического рефлекса.

У нас уже достаточно знаний о функции оргазма в области психологии и физиологии, чтобы сконцентрировать свое внимание исключительно на базовом природном феномене — на «оргазме». Весьма странно, что при оргазме организм неизменно стремится свести эмбриологически важные рот и анус (см. *рис. 7).*

Итак, поза оргастического рефлекса — «отдавание»: организм отдается плазматическому возбуждению и ощущениям потока, течения; он также полностью отдает себя партнеру, не оставляя никаких резервов, не сдерживаясь и не закрываясь панцирем. Всякая биологическая активность сводится к базовому функционированию пульсации плазмы. У мужчин прекращается всякая мыслительная деятельность и фантазирование.

Эмоциональное проявление отдавания предельно ясно. Какова же функция оргастических конвульсий, которые состоят в смене сокращений и расширений всей плазмы тела? Какова функция сближения обоих концов торса при оргастической конвульсии? На первый взгляд проявление этого движения кажется непостижимым. Мы были правы, когда определили, что можно понять проявление всякого организмического движения, но в данном случае это совсем не так. Невозможно обнаружить в оргазме проявление, которое можно было бы перевести на язык слов.

Не отвлекаясь на философские рассуждения, перейдем к естественно-научному объяснению оргастических конвульсий: они, как и любое движение живого, являются выразительным движением в чистом виде и, соответственно, содержат также и эмоциональный компонент.

В свое время мы найдем удивительный, но единственный ответ на этот базовый вопрос функционирования живого, но перед тем, как отыскать его, необходимо собрать и точно интерпретировать огромное количество биологических проявлений. Ответ этот лежит за пределами индивидуального биологического организма, но не имеет ничего общего с мистикой, метафизикой и духовностью. Загадка его заключается в том, каким конкретным способом животные и растения связаны с космической оргонной энергией. Необходимо также узнать, почему оргастическое влечение представляет собой не только самое глубокое стремление, но и почему оно является космическим. Действительно, общеизвестно, что организм является частицей космоса, но что до сих пор остается неизвестным - *как.* Давайте вновь обратимся к оргонно-терапевтическому опыту.

Задача оргонной терапии состоит в том, чтобы предоставить человеческому организму возможность преодолеть автоматизм сдерживания и вместо этого научить отдаваться. Пока оба эмбрионных окончаний торса выгнуты назад, а не вперед, навстречу

друг другу, организм неспособен отдаваться переживанию и получать удовольствие. Поскольку мышечный панцирь препятствует любой самоотдаче и вызывает биопатическое ограничение функционирования живого, его необходимо разрушить. Именно в этом заключается наша терапевтическая цель, а не в психоанализе, не во внушении, не в закаливании или воспитании воли. Мы не информируем пациента об этой цели, так как знаем из опыта, что тотальный оргастический рефлекс обязательно появится, когда успешно разрушится мышечный панцирь. В процессе лечения становится понятно, что основная функция мышечного панциря состоит в предохранении от оргастического рефлекса как такового.

Многочисленные проявления мышечного панциря и его соответствие характерному панцирю уже описывались. Сейчас мне бы хотелось представить новую точку зрения, которая позволяет понять характерный и мышечный панцирь на уровне самого примитивного функционирования. Основу этой точки зрения составляют исследования, проводившиеся более десяти лет, поэтому я с полной ответственностью могу заявить о ее значимости в области биофизики.

3. СЕГМЕНТАРНОЕ СТРОЕНИЕ ПАНЦИРЯ

Психиатрам не первое десятилетие известно, что соматические нарушения при истерии не имеют отношения к анатомии и физиологии мышц, нервов и кровеносных сосудов, а лишь эмоционально значимым органам. Патологическое покраснение, например, обычно ограничивается лицом и шеей, хотя кровеносные сосуды проходят по всему телу. Таким же образом сенсорные нарушения при истерии соответствуют не обычным нервным путям, а эмоционально значимым регионам тела.

Разрушая мышечный панцирь, мы сталкиваемся с тем же самым феноменом; индивидуальные мышечные блоки не соответствуют мышцам или нервам индивида. Если попытаться уловить какую-то закономерность, отражающую расположение блоков, то выясняется, что мышечный панцирь имеет сегментарное строение.

Сегментарное функционирование — гораздо более примитивная модель жизнедеятельности, чем та, с которой мы встречаемся у высокоорганизованных животных. Яркий пример такой модели — обычный дождевой червь. У высших позвоночных единственной сегментарной структурой является позвоночный столб, который соответствует сегментам спинного мозга и спинальным нервам, а также сегментарному устройству, относящемуся к вегетативному ганглию, свидетельствующему о том, что эти животные произошли от сегментарно функционирующих примитивных организмов.

Я попытаюсь дать очень грубое, приблизительное описание сегментарной структуры мышечного панциря, которое основано на многолетних исследованиях «панцирного» реагирования.

Так как тело пациента сдерживается, и поскольку цель оргонной терапии состоит в восстановлении плазматического потока в области таза, совершенно необходимо начинать разрушение панциря с самых отдаленных от таза областей тела. В области головы можно выделить по крайней мере два сегмента панциря: один включает лоб, глаза и область щек, а другой — губы, подбородок и гортань. Сегментарная структура панциря означает, что область его функционирования располагается начиная от передней через боковые и до задней части тела, то есть по *кольцу.*

Давайте сначала рассмотрим глазное панцирное кольцо, а затем — оральное. В глазном панцирном сегменте мы обнаружим сокращение и неподвижность всех или большинства мышц глазного яблока, век, лба, слезных каналов и т. д. Это выражается в неподвижности лба и глазных век, пустом выражении глаз или выпуклых глазных яблоках, маскообразности или неподвижности носа. Глаза, словно смотрят из застывшей маски, пациент не может их широко раскрыть, как это бывает при испуге. У шизофреников в результате сокращения мышц глазных яблок глаза выражают пустоту

или взгляд в никуда. Некоторые пациенты на протяжении многих лет не могут заплакать, у других — глаза превращаются в узкие щелки, а лоб ничего не выражает, как будто он «сплющен». Очень часто такие люди страдают миопией, астигматизмом или иными глазными болезнями.

Разрушить глазной панцирный сегмент можно, предложив пациенту широко раскрыть глаза, как при испуге; при этом лоб и веки приходят в движение и выражают эмоции. Как правило, этот процесс охватывает верхнюю часть щек, особенно если предложить пациенту погримасничать. Натяжение щек обычно приводит к «ухмылке», которая носит характер недоброжелательной провокации.

Сегментарный характер данной группы мышц состоит в том, что каждое эмоциональное движение в этой области влияет на другие ее части, в то время как оральная область оказывается неохваченной. Широко раскрытые, как при испуге, глаза, к примеру, вызывают движение лба или верхней области щек, но никак не влияют, скажем, на скованный подбородок.

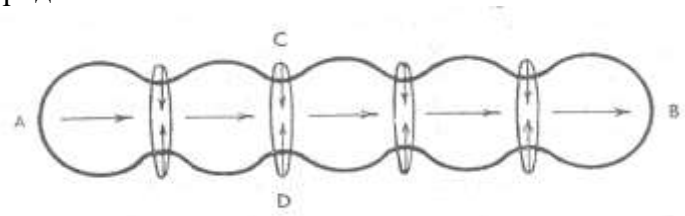


Рис. 8. ***Направление оргономического потока перпендикулярно панцирным кольцам.***

Сегменты панциря, таким образом, включают в себя те органы и мышечные группы, которые находятся в функциональном контакте и могут сообщать друг другу импульс выразительного движения. Ближайший к глазному сегмент остается незатронутым его экспрессивным движением.

Сегменты панциря всегда расположены поперек торса и никогда -вдоль. Единственное исключение — руки и ноги. Они всегда функционируют в паре с соответствующими сегментами торса: руки — с сегментом, в который входят плечи, а ноги — с тазовым сегментом. Необходимо помнить об этом исключении; объяснение этому можно найти в конкретном биофизическом контексте.

Второй, оральный сегмент включает в себя мускулатуру подбородка, горла и затылочную мускулатуру, а также кольцевидную мускулатуру рта. Они составляют функциональное целое, и разрушение панциря подбородка вызывает клонизм* губ и плач или желания сосать. Так, рвотный рефлекс может мобилизовать весь оральный сегмент.

Выражение эмоций, сопровождающих плач, агрессивные укусы, крик, сосание и гримасы любого вида зависят от того, насколько свободны движения глазного сегмента. К примеру, бывает трудно вызвать слезный импульс, мобилизуя рвотный рефлекс, если глазной сегмент не был прежде активизирован. Даже после активизации двух вышерасположенных сегментов может быть все так же трудно вызвать плач, пока третий и четвертый сегменты шеи и горла будут оставаться в спастическом состоянии. Сложность высвобождения эмоций объясняется чрезвычайно важным биофизиологическим фактом:

1. Панцирь имеет сегментарное строение, он состоит из колец, расположенных перпендикулярно позвоночнику.

2. Плазматическое течение и эмоциональное возбуждение проходит вдоль вертикальной оси тела (см. *рис. 8).*

* Длительные клонические судороги. — *Прим. ред.*

Подавление эмоционального проявления, таким образом, работает перпендикулярно направлению оргонотического потока.

Поскольку оргонотические потоки могут объединяться с оргастическим рефлексом, только когда они свободно протекают вдоль всего организма, а панцирные сегменты расположены под прямым углом к этому потоку, то оргастический рефлекс может установиться только после разрушения всех сегментных колец. Вот почему чувство единства телесных ощущений возникает только с первыми оргастическими конвульсиями. Именно они возвещают о прорыве мышечного панциря. Оргонотический поток, разрушая новый виток панцирного кольца, прорывается и оказывает огромную помощь в разрушении панциря. Когда высвобождается энергия, которая стремится к спонтанному течению вдоль тела, происходит столкновение с существующими поперечными сжатиями; это вызывает у пациента безошибочное ощущение «блоков» — очень слабое или полностью отсутствующее чувство, если нет плазматического потока.

Читателю необходимо понять, что данные процессы — первичное функционирование плазматической системы, они не только выходят за рамки вербального языка, но и представляют собой базовые процессы жизненного аппарата. Это касается филогенетически первичных функций. Сегментарная структура мышечного панциря выглядит как червь в человеке.

Движения червя основано на волнообразном возбуждении, проходящем от хвостовой части тела к головному. В хвостовой части при передвижении одна задругой возникают волны возбуждения, которые последовательно проходят сегмент за сегментом, пока не дойдут до головной части: сегменты при этом ритмично и регулярно сокращаются и расширяются. Передвижение червей и гусениц сложным образом связана с плазматическим волнообразным движением. Следовательно, можно сделать вывод, что именно биологическая энергия движется таким волнообразным способом. Данное заключение подтверждается исследованием способа движения **бионов.** Волнообразные движения телесного оргона замедленны и по темпу и экспрессии вполне соответствуют эмоциональному возбуждению функции удовольствия, которую мы субъективно переживаем как волнообразную.

В закованном в панцирь человеческом организме оргонная энергия связана хроническими мышечными спазмами. После разрушения панцирного кольца течение телесного оргона не сразу становится свободным. Сначала появляются клонизмы, сопровождающиеся покалыванием и ощущениями, подобными тем, которые можно назвать «мурашки по коже». Это свидетельствует о том, что панциря нет и энергия высвободилась. Ощущение волн плазматического возбуждения не появится, пока несколько панцирных сегментов не будут разрушены, например, блоки в глазных мышцах, в области рта, шеи и диафрагмы. После этого становятся отчетливо видны волнообразные сокращения в освобожденных частях тела, направленные вверх, к голове, и вниз — к гениталиям. Очень часто организм реагирует на этот первый поток и конвульсии восстановлением панциря. Спазмы глубокой мускулатуры горла, антиперестальтика пищевода, диафрагмальные тики и другие явления показывают, что идет борьба между потоком и панцирными блоками. Чем больше энергии высвобождается, тем больше пациент способен к разрядке, но из-за присутствия спазмов, которые сдерживают плазматический поток, у него возникает острая тревога. Подобные проявления подтверждают оргонно-биофизическую концепцию противоположности удовольствия и тревоги (см.: *«Открытие оргона»,* том 1). Здесь же я хотел бы отметить феномен, который все еще недостаточно ясен.

Если первые панцирные блоки разбиты, мы обнаруживаем, что вместе с оргонотическим потоком и ощущениями постепенно развивается способность «отдаваться», однако ее полное развитие все еще сдерживается сохранившимся панцирем. Организм будто силой пытается преодолеть оставшиеся блоки. На данном этапе эта

только что зародившаяся способность может обернуться ненавистью. Такая ситуация довольно типична, и ей необходимо уделить пристальное внимание.

Если, к примеру, целостность панциря в области рта нарушается в достаточной мере для того, чтобы освободить импульс плача, а в области горла и груди остается незатронутым, мы можем видеть, как у пациента нижняя часть лица начинает поддаваться плачу, но он сдерживается и не позволяет себе заплакать. Плач может смениться гримасой ненависти. Такое выражение отчаяния, крайнего разочарования иллюстрирует важнейший факт: *как только проявившаяся способность к отдаванию сталкивается с панцирным блоком и лишается возможности свободного течения, она тут же оборачивается деструктивной злостью.*

Панцирное кольцо *третьего* сегмента можно обнаружить главным образом в глубокой шейной мускулатуре — в подкожной мышце шеи и грудино-ключично-сосцевидных мышцах. Только имитация позы сдерживания злости или плача дает возможность понять эмоциональную функцию шейного панцирного кольца. Спастическое сокращение шейного сегмента включает в себя и язык. Это очевидно, с анатомической точки зрения, поскольку мышцы языка включены главным образом в цервикальную* костную систему. Итак, спазмы мускулатуры языка функционально связаны с подвалением адамова яблока и с сокращением глубокой и поверхностной шейной мускулатуры. Движения адамова яблока отчетливо показывают, как импульсы злости или плача буквально «проглатываются», в то время как пациент этого даже не осознает. Такой механизм подавления эмоций очень трудно преодолеть терапевтически. Невозможно руками добраться до мышц гортани, как это можно сделать с поверхностными мышцами шеи. Лучший способ справиться с подобным «проглатыванием» эмоции — вызвать рвотный рефлекс, и волна возбуждения из пищевода протолкнется через это проглатывание ненависти или плача. Если рвотный рефлекс хорошо развит или пациента действительно рвет, эмоции, сдерживаемые панцирным шейным сегментом, выходят на свободу. Это наглядно демонстрирует смысл продольного течения возбуждения: рвотный рефлекс сопровождается расширением, то есть релаксацией, диафрагмы и выдохом.

Работа с шейным сегментом панциря разрушает четвертый и пятый панцирные сегменты. Из этого следует, что нельзя ликвидировать ни одного сегмента, нарушив последовательность, в которой они расположены, и тем более невозможно сделать это механическим способом. Вероятно, мы имеем дело с единой жизненной системой общего плазматического функционирования, которому препятствуют поперечные панцирные кольца. Ослабление панцирного сегмента в результате возникающего движения приводит к мобилизации тех сегментов, которые расположены выше или ниже. По этой причине нельзя дать механического описания процесса разрушения мышечного панциря.

Теперь мне хотелось бы обратиться к *четвертому,* грудному сегменту. Я напоминаю, что функционирование панцирных сегментов невозможно отделить друг от друга, поэтому лучше лечить грудь в целом. Грудной сегмент выражается через характерную позу вдоха -сдерживания дыхания, поверхностное дыхание и неподвижность грудной клетки. Как нам известно, поза вдоха — это основной способ подавления любых эмоции. Грудной сегмент панциря особенно важен не только потому, что играет большую роль в панцире всего организма, но и потому, что здесь биопатические симптомы заболевания принимают особенно опасный характер.

Грудной сегмент сформирован межреберными мышцами, большими грудными мышцами (грудная мышца) и плечевой мускулатурой (дельтовидная мышца), а также мускулатурой, расположенной между лопатками. Экспрессия грудного панциря по сути своей означает «самоконтроль» и «ограничение». Опущенные плечи буквально выражают собой «сдерживание». Вместе с шейным панцирем грудной сегмент выражает подавленную злость и «деревянную шею» (это выражение вполне можно понимать

* Относящаяся к области шеи. — *Прим. ред.*

буквально). При отсутствии панциря выразительное движение четвертого сегмента таково: «свободное излияние чувств». Если же панцирь есть, имеет место проявление «неподвижности» или «застоя».

Хроническое расширение грудной клетки может сопровождаться склонностью к повышенному кровяному давлению, дрожью и тревогой, в особо тяжелых случаях может развиваться гипертрофия сердечной мышцы. Разные сердечные заболевания возникают непосредственно из-за хронического расширения грудной клетки и косвенно — из-за синдрома тревоги. Легочная эмфизема — это результат хронического расширения грудной клетки, отсюда же предрасположенность к пневмонии и туберкулезу.

Эмоции, возникающие в области грудного сегмента, мы называем «необузданной страстью», «душераздирающим рыданием», «воплем» или «нестерпимым томлением». Эти естественные эмоции недоступны человеку, закованному в панцирь. Его страсть «холодна», он считает, что плакать «не по-мужски», что это «ребячество» или нечто «неподобающее», а испытывать «страстное влечение или томление» — «мягкотелость» и «отсутствие характера».

Что касается плазматического возбуждения груди, то самыми выразительными с точки зрения движения являются руки и кисти. Эти конечности биологически расширяют грудной сегмент. У артиста, который может свободно выражать страстное влечение, грудное возбуждение напрямую перетекает в идентичные эмоции и выразительные движения рук и кистей. То же самое происходит, скажем, со скрипачом и пианистом. У танцора главные выразительные движения «извлекаются» из всего организма.

Грудной панцирь проявляется в неловкости рук и выражается в «жесткости» и «неприступности». Тотальная закованность в панцирь головы, шейного и грудного сегментов типична для патриархального культурного окружения — особенно в азиатских «высших кастах», — атмосферы «избранности». Этому соответствуют идеи о «несгибаемом характере», «величии», «отстраненности», «превосходстве» и «самообладании». Образу военного всегда соответствует внешнее проявление, воплощенное в закованных в панцирь голове, шее и груди. Нет сомнений, что характерная поза в этих случаях связана не с чем иным, как с панцирем.

В случаях некоторых пациентов мы встречаемся с синдромом, берущим начало в грудном панцире, представляющем особенно сложный комплекс проблем. Такие пациенты, как правило, жалуются на «узел» в груди. Это, по-видимому, связано со спазмом пищевода, напоминающим истерический комок (globus hystericus) в горле. Сложно сказать, вовлекается ли в это трахея, скорее всего да. Этот «узел» содержит в себе эмоцию злобного крика или тревоги и начинает ощущаться, только когда разрушается, что зачастую вызывает чувство давления в груди, которое заставляет пациента кричать. Сдерживание органов груди обычно охватывает и те движения рук, которые выражаются в «дотягивание» или «объятии». Эти пациенты обычно не производят впечатления парализованных механизмов, они вполне способны двигать руками, но когда движение рук ассоциируется с выражением страстного стремления или влечения, оно сдерживается. В тяжелых случаях руки и даже в большей мере кончики пальцев теряют оргонотический заряд и становятся холодными и влажными, а иногда довольно болезненными. Видимо, гангрена Рено основана именно на такой специфической аноргонии. Чаще всего это просто импульс задушить кого-то, который закован в панцирь лопаток и рук и который вызывает сжатие кончиков пальцев.

Жизнь таких пациентов характеризуют отсутствие инициативы и нарушение дееспособности, основанные на их неспособности свободно пользоваться руками. У женщин из-за грудного панциря часто пропадает чувствительность в области сосков; отсутствие или недостаточность сексуального удовлетворения и отвращение к грудному вскармливанию также представляют собой непосредственный результат этого панцирного сегмента.

Между лопатками в области трапециевидной мышцы можно обнаружить два болезненных мускула, имеющих повышенную чувствительность к щекотке. Это — биопатическая гипервозбудимость, исчезающая при разрушении панциря. В определенном случае характерная поза «высокомерия» по сути своей означает экспрессию «Не дотрагивайтесь до меня, мне щекотно».

Конечно, я совершенно не собираюсь смеяться над этими характерными позами или считать банальными столь часто встречающиеся «горделивые осанки», но в суть их биологического выражения мы проникаем, хотим того или нет. Генерал может быть «достойным» человеком, и мы вовсе не собираемся преувеличивать или преуменьшать его достоинство. Но у нас есть право рассматривать его как животное, которое заковано в определенный панцирь. Я бы не удивился, если бы какой-то ученый вдруг свел мою научную любознательность до образа биологической деятельности щенка, обнюхивающего все вокруг; я был бы рад такому сравнению, биологическому уподоблению живому, дружелюбному щенку, поскольку не страдаю амбициями и считаю, что не отличаюсь от животных.

Необходимо подчеркнуть, что установление оргастической потенции несомненно связано с предварительным разрушением грудного панцирного кольца и высвобождением эмоции неукротимой злости, страстного влечения и искреннего рыдания. Функция самоотдачи теснее всего связана с подвижностью грудного и шейного сегментов. Если есть возможность мобилизовать тазовый сегмент, то как только в области таза появится отчетливое ощущение удовольствия, голова, вместо того чтобы заваливаться назад, будет определенным образом двигаться вперед.

Грудной панцирь является центральной частью всего мышечного панциря. Он развивается во время критических конфликтов, происходящих в жизни ребенка, по-видимому, задолго до образования тазового сегмента панциря. Несложно понять, что в процессе разрушения грудного сегмента неизменно возникают травмирующие воспоминания всякого рода: о плохом отношении, фрустрации любви и разочаровании в родителях. Выявление воспоминаний не играет большой роли в оргонной терапии; они мало помогают, если не сопровождаются соответствующей эмоцией. Эмоция в выразительном движении необходима для понимания страдания пациента, и, если работа проводится корректно, в конце концов воспоминания приходят сами. Но при этом остается загадкой, как бессознательное воспоминание может зависеть от процесса плазматического возбуждения, каким образом воспоминания сохраняют плазматическую готовность к действию.

Теперь перейдем к *пятому,* диафрагмальному сегменту. Он объединяет диафрагму и органы над ней. Его функционирование не зависит от грудного сегмента. Диафрагмальный блок может сохраняться даже тогда, когда грудь становится подвижной и гнев и плач прорываются наружу. Рентгено-флюроскопия отчетливо демонстрирует неподвижность диафрагмы. Правда, с усилением дыхания диафрагма движется лучше, чем до разрушения грудного панциря. Однако блок вызван тем, что отсутствует спонтанная диафрагмаль-ная пульсация. Существуют две стадии процесса разрушения диаф-рагмального блока:

При разрушении грудного панцирного сегмента пациент непроизвольно форсирует свое дыхание. В ходе этого процесса диафрагма, безусловно, тоже приходит в движение, но неспонтанное. Если дыхание ослабевает, движения диафрагмы исчезают вместе с дыхательными движениями груди. Для того чтобы перейти ко второй стадии, которая означает спонтанную пульсацию диафрагмы, нам необходимо вызвать эмоциональное проявление диафрагмального панциря. Это вновь подтверждает, что невозможно возродить эмоциональное функционирование механическим путем. Только биологическое выразительное движение может разорвать панцирное кольцо.

Пятый панцирный сегмент сжимает кольцо вокруг надчревной области, нижней части грудины, проходит по нижним ребрам к задним креплениям диафрагмы, то есть к

десятому, одиннадцатому и двенадцатому грудному позвонкам. Он включает в себя диафрагму, грудину, солнечное сплетение, поджелудочную железу, печень и два хронически болезненных мускула, проходящих вдоль нижних грудных позвонков.

Это панцирное кольцо выражено лордозом* позвоночника. Как правило, между позвоночником такого человека и кушеткой можно просунуть руку. Передние реберные края выделяются и кажутся неподатливыми. Пациент так или иначе не способен выгнуть позвоночник. Флюроскопические исследования показывают неподвижность диафрагмы при обычных условиях и очень слабую подвижность при усиленном дыхании. Если попросить пациента подышать, он всегда делает вдох, а выдох как спонтанное действие ему недоступен, он вынужден приложить для этого большое усилие. Если же ему отчасти удается выдохнуть, тело автоматически принимает позу, противоположную позе выдоха. Например, голова уходит вперед или оральное панцирное кольцо сжимается сильнее; лопатки сводятся вместе или руки одеревенело располагаются по сторонам тела; тазовая мускулатура напрягается и еще сильнее выгибается назад.

Диафрагмальный блок составляет центральный панцирный механизм этой области тела, поэтому его разрушение является основной терапевтической задачей.

Почему же так трудно разрушить именно диафрагмальный сегмент панциря? Телесная экспрессия отчетливо сообщает — хотя пациент этого и не сознает, — что организм отказывается позволить диафрагмальному «маятнику» свободно двигаться. Если корректно провести работу с верхними сегментами панциря, то рано или поздно диафрагмальный блок тоже разрушится. Например, усиленное дыхание в грудном сегменте или неоднократное вызывание рвотного рефлекса подтолкнет организм в направлении ситуации оргастического сокращения; тот же эффект возможен от раздражения плечевой мускулатуры щипковыми движениями.

Теоретически причины столь сильного сопротивления свободной пульсации диафрагмы достаточно ясны: организм защищается от ощущений удовольствия или тревоги, которые неминуемо возникают при движении диафрагмы. Но не следует забывать, что это рациональное, весьма категоричное заявление с позиции психологии. Оно подразумевает, что организм «думает» рационально, приблизительно так: «Этот надоедливый терапевт просит меня позволить диафрагме двигаться. Если я сделаю это, возникнут ощущения тревоги и удовольствия, которые я переживал, когда мои родители наказывали меня за приятные ощущения. Мне пришлось примириться с этой ситуацией, и поэтому я не хочу вновь оказаться в ней».

Но живое не думает рационально, оно не будет делать чего-то «для того, чтобы... ». Оно функционирует согласно первичным плазматическим движениям, которые направлены на удовлетворение биологических запросов и потребностей. Человек неминуемо собьется с пути, пытаясь впрямую перевести язык живого на язык слов, которым оперирует сознание. Очень важно иметь это в виду, потому что рациональное мышление, давшее расцвет механистичной цивилизации, уничтожило понимание базового отличия речи от живого функционирования.

Я проиллюстрирую эти новые феномены достаточно ясным клиническим случаем. Пациент с весьма глубоким пониманием оргонной терапии, преуспевший в разрушении верхних сегментов своего панциря, столкнулся с задачей прорыва сквозь диафрагмальный сегмент. Терапевтическая ситуация была практически ясна. На словах и сознательно он несомненно старался преодолеть свою панцирную скованность. Но при малейшем «проломе» в диафрагмальном сегменте тело пациента ниже диафрагмы начинало изгибаться из стороны в сторону. Только после значительных усилий, удалось понять, что выражало это движение. Нижняя часть тела, изгибаясь из стороны в сторону, решительно выражала «нет», в отличие от сознания, которое говорило «да». Чтобы до конца понять

* Искривление позвоночника выпуклостью кпереди. — *Прим. ред.*

это, достаточно покачать правой рукой из стороны в сторону, как мы это делаем, говоря: «Нет, нет».

Можно было интерпретировать это с точки зрения психологии или мистики: плазма, выходя за язык слов, говорит «нет» чему-то, что утверждает «кора головного мозга» и вербальная речь. Такое объяснение процесса было бы ошибочным и не продвинуло нас ни на шаг к пониманию живого и его выразительного языка. Брюшная полость и таз пациента не «рассматривали» необходимость данной задачи для организма, они не «решали», надо ли этим заниматься. Выразительному языку живого в большей мере соответствовала другая интерпретация. Плазматические движения червя, как мы уже говорили, продольны, они проходят вдоль вертикальной оси тела. Когда тело червя в результате оргонотических волнообразных возбуждений движется вперед, у нас возникает впечатление, что он «сознательно» и «по собственной воле» ползет к своей цели. Эмоциональную экспрессию червя можно было бы перевести на наш язык словами, которые означают «намерение» или «усилие воли». Если пережать тело червя посередине, создав таким образом панцирный блок оргонотическому возбуждению, единое движение вперед прекратится, а вместе с ним исчезнет и эмоциональное проявление «усилия воли» или «намерения», и появится иное движение. Например, задняя часть начнет извиваться из стороны в сторону, в то время, как передняя будет втягиваться. Прямое впечатление, которое создает такое движение, — боль или ярость: «Нет, не делайте этого, я этого не хочу». Не следует забывать, что мы имеем дело с впечатлением, то есть с интепретаци-ей, которая возникает у нас, когда мы наблюдаем за червем. Если бы кто-то пережал наш торс огромным пинцетом, мы неизбежно стали бы втягивать голову в плечи и «выражать протест», извиваясь из стороны в сторону тазом и ногами.

Эта интерпретация не означает, что мы приняли на себя роль объективистов, которые утверждают, что «воспринимают только свои ощущения и ничего больше», и что реальности, соответствующей нашим ощущениям, не существует. Реакции червя на пинцет сходны с нашими собственными реакциями в такой же ситуации, а боль и защита —- подобные друг другу реакции. Эта функциональная идентичность человека и червя позволяет нам точно и объективно безошибочным образом «прочувствовать», что выражает корчащийся червь. Экспрессия червя представляет собой как раз то, что мы переживаем через идентификацию. Но мы не можем напрямую ощутить боль червя и его протест и воспринимаем эмоциональное проявление, которое подобно той, что возникла бы у нас самих в такой же ситуации. Из этого следует, что нам понятны выразительные движения и эмоциональная экспрессия другого живого организма, так как они идентичны нашим собственным эмоциям и эмоциям всего живого. Мы понимаем язык живого на основании функциональной идентичности биологических эмоций.

Если мы понимаем выраженное на биологическом языке экспрессии, мы накладываем на него «слова», то есть переводим на вербальный язык сознания. Но «нет! нет!» вербального языка не более соответствует экспрессивному языку живого, чем слово «кошка» реальному животному. Слово «кошка» и особая оргонотическая плазматическая система, которую мы видим перед собой, в реальности не имеют ничего общего. Просто, поскольку существует много терминов, применимых к феномену «кошка», то выбирается один из этих неточных расплывчатых терминов, обозначающих реальный феномен, движения, эмоций и т. д.

Все это напоминает естественную философию. Обыватель не расположен к естественной философии и будет склоняться к тому, чтобы отложить эту книгу, потому что, наверно, подумает, что она «не имеет отношения к суровой действительности». Это ошибочно. Мне хотелось бы подчеркнуть, насколько важно думать *правильно,* используя правильные слова и понятия. Можно заметить, что целый мир механистично думающих биологов, физиков, бактериологов и т. д., в последние десять лет, несмотря на открытие функционирования живого, на самом деле уверен, что движущееся по улице существо есть слово «кошка», а не сложный живой организм.

Вернемся к «нет-нет» нашего пациента. Разгадка такова: *когда плазматическое течение не может пройти вдоль тела из-за поперечных блоков, преграждающих путь, развивающееся в результате этого поперечное движение на языке слов означает «Нет».* Вербальное «Нет» соответствует выраженному «нет» на языке живого. Ничего удивительного, что «нет» выражается через отрицательное качание головы из стороны в сторону, а «да» — кивком. То «нет-нет», которое выражал наш пациент, покачивая тазом, не возникало до тех пор, пока не был пробит диафрагмальный блок. Это движение возникало вновь всякий раз, когда блок восстанавливался.

Данные факты имеют большое значение для понимания языка тела. Наш пациент, как правило, проявлял негативизм; его основной характерной установкой тоже было «нет». Он сильно страдал от этого, боролся с этой установкой, но безуспешно. Несмотря на сознательные и интеллектуальные попытки сказать «да», то есть проявить позитив, его характер постоянно выражал «нет». Это характерное «нет» было нетрудно понять, как с функциональной, так и с исторической точки зрения. Как и многим другим детям, его строгая мать ставила ему клизмы. Как и других детей, это очень пугало его и вызывало внутреннюю злость. И вот, чтобы подавить в себе эту злость и справиться с этой мукой, он «обуздал себя», подтянув тазовое дно, стеснив дыхание и, таким образом, сформировав телесную позу «нет-нет». Поскольку живое в нем хотело выразить «нет-нет» в ответ на нападение и не могло этого сделать, оно возвело незыблемый «рубеж» для сохранения его жизни: жизненная система стала выражать всем и вся «нет-нет». Хотя характерное «нет-нет» было весьма ощутимым симптомом, оно в то же время было еще и выражением злобного протеста, который изначально был рационально объясним. Но этот изначальный рациональный протест принял форму хронического панциря и был чрезвычайно устойчив и защищал от всего.

Я уже неоднократно упоминал, что травмирующее детское переживание может иметь эффект в реальной взрослой жизни человека, только если оно зафиксировано в устойчивом панцире. Исходно рациональное «нет-нет» со временем обернулось невротичным иррациональным «нет-нет». Это произошло из-за панциря, который, как мы увидели, выражал «нет-нет». Когда в процессе терапии панцирь разрушился, данная экспрессия ослабилась. Вместе с этим исторически значимая угроза действием, исходящая от матери, тоже утратила свое патогенное значение.

С точки зрения глубинной психологии, правильно было бы сказать, что в этом случае защитный аффект, то есть протест «нет-нет», был «подавлен». Из глубинной биологии, однако, следует, что это «нет» не подверглось сдерживанию, но организм не мог сказать «да». Позитивная установка самоотдачи возможна только тогда, когда организм функционирует как единое целое, а плазматические возбуждения с соответствующими эмоциями могут свободно охватывать все органы и ткани. Если сохраняется хоть один панцирный блок, проявление самоотдачи нарушается. Так, можно увидеть детей, неспособных полностью отдаться игре, не успевающих в школе подростков, взрослых, функционирующих как автомобили, в которых срабатывает аварийный тормоз. Своей деятельностью они создают впечатление лености, безалаберности или неприспособленности. Заблокированный индивид воспринимает себя как человека, «все усилия которого пропали даром». В переводе на наш выразительный язык живого это означает: *организм всегда начинается с биологически правильного достижения, то есть со свободного течения и самоотдачи. Однако в процессе прохождения оргонотического волнения сквозь организм функционирование сдерживается, и, таким образом, выражение — «достижение, приносящее радость» — превращается в автоматическое — «Нет, я ничего не хочу».* Это значит, что организм не отвечает за отсутствие достижений.

Данный процесс имеет огромное значение. Я выбрал клинические примеры, исходя из того, насколько они значимы с точки зрения сдерживания человеческого функционирования и насколько четкое они могут дать объяснение достаточно большому

числу вызывающих сожаление социальных явлений, которые невозможно постичь, не опираясь на их *биофизическую* основу.

После этого длинного, но необходимого отступления давайте вернемся к пятому панцирному сегменту. В верхних сегментах было несложно разглядеть эмоциональное проявление. К примеру, «пустые» или «скучные» глаза выражаются сдерживанием глазных мускулов; скованный подбородок может выражать «подавленную злость»; «узел в груди» разрешается плачем или криком. Здесь, в четырех верхних сегментах, мы воспринимаем эмоциональное проявление *напрямую,* и язык тела легко переводится на язык слов. С диафрагмальным сегментом и его атрибутами гораздо сложнее. Когда этот сегмент разрушается, мы *больше не способны перевести выразительный язык на вербальный.* Выразительность, с которой мы имеем дело, приводит нас в еще не совсем понятые глубины функционирования живого. Мы сталкиваемся здесь с проблемой, каким образом человек, как животное, связан с примитивным животным царством и с космическим функционированием оргона.

Диафрагмальный сегмент панциря можно разбить, если неоднократно вызывать рвотный рефлекс, не прерывая при этом дыхания. Этот способ приносит успех, только если все верхние сегменты были разбиты и, таким образом, оргонотический поток свободно охватывает голову, шею и грудь.

Когда диафрагма приходит в свободное колебание, то есть когда появляется полное спонтанное дыхание, торс начинает «складываться» с каждым выдохом. При этом верхняя часть тела стремится к тазу, а верх брюшной полости оттягивается. Это картина *оргастического рефлекса,* которая впервые предстает перед нами, хотя он все еще страшит, поскольку таз по-прежнему не освобожден. Наклон торса вперед, в то время как голова отклоняется назад, немедленно приводит к явлениям «самоотдачи, капитуляции». Это нетрудно понять. Гораздо сложнее понять, что выражают конвульсии передней стороны тела при оргастическом рефлексе. *Проявление конвульсий при оргастическом рефлексе сначала непонятны. Их невозможно перевести на язык слов.* Мы должны уловить некоторое базовое отличие между выразительным движениями, обнаружившимися до сих пор, и выразительностью всего тела, которая появляется с разрушением диафрагмального блока.

Я бы попросил читателя набраться терпения, так как здесь дело именно в окончательном результате. Более десяти лет я кропотливо работал над тем, чтобы понять оргастический рефлекс. Все эти годы я периодически склонялся к тому, чтобы отказаться от этих попыток, поскольку казалось, что сделать это достаточно вразумительно не получится. Но я прилип к этому, потому что не мог допустить, что хотя во всех других областях живое имеет непосредственно понимаемый экспрессивный язык, при оргастическом рефлексе оно должно выражать «пустоту». Это выглядит слишком противоречивым и совершенно «лишенным смысла». Я пытался уверить себя, что живое просто функционирует и что это не имеет никакого «смысла», что, возможно, бессмысленность оргастических конвульсий всего лишь демонстрирует это. Поза отдавания или самоотдачи, сопровождающая оргастический рефлекс, наполнена выразительностью и смыслом, так же, как и оргастические конвульсии. Пришлось заключить, что естественная наука еще не научилась понимать смысл основного проявления живого, иными словами, «выразительное движение без эмоциональной выразительности» казалось полным абсурдом.

Понять проблему помог процесс рвоты, которой часто сопровождалось разрушение диафрагмального панцирного сегмента. Например, одни люди не могут заплакать, а другие не в состоянии вызвать рвоту. Отсутствие этих способностей легко понять с оргонно-биофизической точки зрения. «Узел» в груди, «сглатывание» и напряжение глазных мышц сдерживают плач, точно так же диафрагмальный блок вместе с панцирными кольцами, расположенными выше него, сдерживают движения перистальтики, направляющие энергию тела вверх от живота ко рту. Во многих случаях

при наличии диафрагмального блока вместе с неспособностью к рвоте имеет место более или менее устойчивая тошнота. Нет сомнения, что так называемый «невротичный» желудок является результатом панциря, сковывающего эту область тела. Рвота представляет собой биологически выразительное движение, функция которого направлена на достижение как раз того, что оно «выражает»: конвульсивного сотрясения тела. Она основана на движении перистальтики брюшной области и пищевода в направлении, противоположном естественному функциональному направлению, то есть корту (антиперистальтика). Рвотный рефлекс разрушает диафрагмальный сегмент панциря быстро и радикально. Рвота сопровождается конвульсивными движениями тела, порывистым сгибом пищевода, причем голова двигается *вперед,* так же, как и таз. В случаях детского клонизма это может сопровождаться диареей. *Сточки зрения энергетики мощные волны возбуждения прокатываются от середины тела вверх и вниз, по направлению ко рту и анусу.* Это сопровождается настолько простейшим проявлением, что ее глубинная биологическая природа не вызывает сомнений, дело лишь за тем, чтобы постичь ее.

Во время рвоты общее движение тела не эмоционально, а чисто физиологически точно такое же, как и при оргастическом рефлексе. Это подтверждает и клинический опыт: разрушение диафрагмального блока неизменно предваряют конвульсивные сотрясения тела, которые постепенно переходят в общий оргастический рефлекс и которые сопровождает глубокий вдох и волна возбуждения, прокатывающаяся от диафрагмы к голове и к гениталиям.

Известно, что для возникновения тотальных телесных конвульсий необходимо разрушить верхние панцирные сегменты. Двигаясь к тазовой области, волна оргонотического возбуждения наталкивается на блок посередине брюшной полости, и в этот момент либо резко сокращается живот, либо таз оттягивается и остается в этом положении.

Сокращение середины брюшной полости представляет собой *шестое* панцирное кольцо. Спазм прямых мышц живота (Rectus abdominis) сопровождается специфическим сокращением косых мышц живота (Transversus abdominis), которые начинаются от нижних ребер и прикрепляются к верхнему краю таза. Это легко прощупывается как жесткие, болезненные жгуты. На спине этот сегмент представлен нижними отделами мышц, проходящими вдоль позвоночника (Latissimus dorsi), крестцового отдела и т.д. Их тоже можно определить как болезненные и жесткие. Разрушение шестого сегмента проходит легче, чем остальных. После этого открывается путь к *седьмому* тазовому сегменту.

Тазовый панцирь в большинстве случаев включает в себя все мышцы тазовой области. Таз напряжен и оттянут, мышцы живота, расположенные над симфизом, болезненны, поскольку являются проводящими мышцами бедер, как поверхностными, так и глубокими. Анальный сфинктер сжат, и анус приподнят. Ягодичная мускулатура болезненно напряжена. Таз «бесчувственен» и лишен выразительности. Подобная * невыразительность» сама по себе является эмоциональным проявлением асексуальности; в отношении чувств, ощущения или возбуждение не воспринимаются, а вот патологических симптомов, напротив, достаточно много.

Имеют место запоры, люмбаго, различные виды опухолей прямой кишки, воспаления яичников, маточные полипы, доброкачественные и злокачественные новообразования, раздражимость мочевого пузыря, вагинальная нечувствительность, нечувствительность поверхности пениса с раздражимостью уретры. У мужчин тазовая аноргония вызывает эректив ную импотенцию или преждевременную эякуляцию. У женщин можно обнаружить полную вагинальную нечувствительность или спазм вагинальной мускулатуры (Vaginismus). Часто имеют место бели, а анализы показывают наличие микроорганизмов в вагинальном эпителии (Trichomonas vaginaüs).

Существуют специфическая *тазовая тревога* и специфический *тазовый гнев.* Как и плечевой сегмент панциря, тазовое кольцо накапливает эмоции тревоги и гнева. Оргастическая импотенция порождает *вторичный* импульс к достижению сексуального удовлетворения при помощи силы. Когда импульс к половому акту начинает соответствовать биологическому принципу удовольствия, происходит следующее: *приятные ощущения неизбежно оборачиваются импульсами гнева, потому что панцирь препятствует развитию непроизвольных конвульсивных движений* этого сегмента; возникает болезненное чувство «необходимости прорваться», которое нельзя назвать иначе, как садистским. Как везде в сфере живого, сдерживаемое в тазовой части удовольствие оборачивается гневом, а обуздываемый гнев — мышечными спазмами. В ходе клинических исследований можно увидеть, что независимо от того, насколько продвинулось разрушение тазового панциря и насколько подвижным стал таз, в этой области тела *не возникнет приятных ощущений, пока тазовая мускулатура не высвободит гнев.*

Как и в других панцирных сегментах, здесь имеет место резкие толчковые движения таза в форме «битья» и «прокалывания». Сопровождающие их эмоциональные проявления не вызывают сомнений. Помимо выражения гнева, имеет место еще одно: презрительное отношение к тазу и всем его органам, к половому акту и, в частности, к сексуальному партнеру. Опираясь на богатый клинический материал, я пришел к выводу, что только в редких случаях люди нашей цивилизации основывают свой половой акт на любви. Захватывающая ненависть, ярость, садистские эмоции и презрение составляют неотъемлемую часть «любовной жизни» современного человека. Я не говорю о тех случаях, когда половой акт основан на корысти; я имею в виду большинство людей из всех социальных слоев. Это составляет основу того, что стало теперь научной аксиомой: «Omne animal post coitum triste» — «Каждое животное грустит после полового акта». Человек совершает ошибку, приписывая свое разочарование животному. Гнев и презрение, связанные с сексуальным взаимодействием, точно выражены в расхожем «ругательстве», которое употребляется для обозначения собственно полового акта.

4. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОРГАСТИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА И СЕКСУАЛЬНОЕ НАЛОЖЕНИЕ

Мы уже выяснили, что проявление тазового панциря легко переводится на язык слов, и высвобождающаяся в этот момент эмоция говорит сама за себя. Однако это верно лишь для эмоций панциря. А вот с выразительными движениями, которые возникают *после* исчезновения тревоги и ярости, дело обстоит иначе. Они представляют собой мягкие движения таза вперед, которые отчетливо выражают желание. Они напоминают ритмичные движения хвостового конца насекомых, например пчел или ос, их также можно увидеть во время спаривания стрекоз или бабочек. Основная форма этого движения представлена на *рис. 9.*

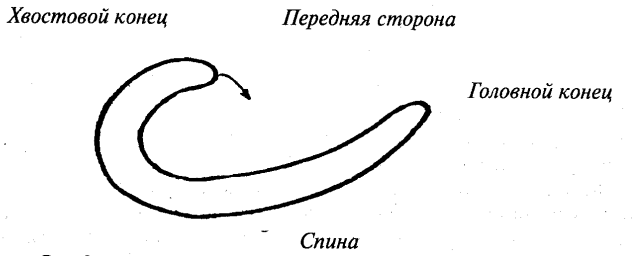


Рис. 9

Движение выражает отдавание. Субъективное восприятие говорит нам, что такой позе соответствует *влечение.* Но: влечение к чему? отдавание чему?

Язык слов выражает цель влечения и функцию отдавания так: когда в организме возникает оргастический рефлекс, влечение к «удовлетворению» заставляет его недвусмысленно проявиться. Цель ясна: половой акт. В половом акте человек «отдается» ощущению удовольствия; он «отдается» партнеру.

Слова вроде бы недвусмысленно описывают этот естественный феномен, но это только *видимость.* Поскольку вербальный язык представляет собой лишь перевод выразительного языка живого, мы не знаем, выражают ли на самом деле слова «половой акт» и «удовлетворение» функцию оргастического рефлекса. Кроме того, экспрессию оргастических *конвульсий* невозможно перевести на язык слов. Давайте еще раз усомнимся в том, что язык слов пригоден для *непосредственного* понимания естественного феномена, и после некоторых рассуждений мы убедимся, что слова часто затуманивают, а не объясняют процессы. И тогда перед нами встанет следующий вопрос.

В чем же причина огромной значимости генитального влечения? Никто не сомневается в его стихийной силе, никто не может его избежать. Ему подвержен весь живой мир. Копуляция и связанное с ней биологическое функционирование формируют основу функционирования живого, гарантирующее продолжение его существования. Копуляция является базовой функцией «зародышевой плазмы», по бессмертному — в полном смысле этого слова — выражению Вайссмана. Человеческий род только отрицает эту мощную природную силу, но отнюдь не упраздняет. Нам известны страшные трагедии, произошедшие по этой причине.

Живое обязано своим существованием *наложению* двух оргонотических систем разного пола. Необходимо усвоить, что у нас нет ответа на самые простые вопросы: *каково происхождение этого наложения двух влекомых друг к другу организмов противоположного пола? каково значение и «смысл» этого наложения? почему продолжение существования живой природы принимает такую форму движения, а не какие-то другие?*

Самая распространенная форма движения сексуального наложения представлена на *рис.* 10.

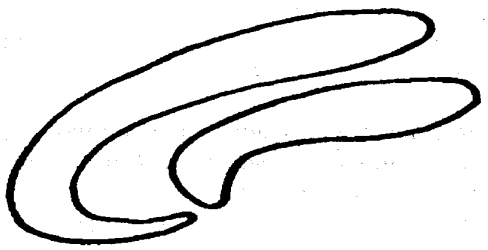


Рис. 10

Сексуальное наложение сопровождается оргонотическим свечением (lumination) клеток тела, проникновением и слиянием двух орго-нотических энергетических систем в одно функциональное целое. На пике возбуждения (=свечения) две оргонные системы, ставшие *единым* целым, разряжают свою энергию в клонических конвульсиях. В этом процессе высоко заряженная субстанция (клетки спермы) разряжается, что в свою очередь продолжает функцию наложения, проникновения и слияния.

Процесс сексуального наложения нельзя объяснить словами. Он возникает из организмических ощущений, которые вызывают наложение и сопровождают его. «Влечение», «желание», «копуляция», «удовлетворение» и т.д. — это только описания естественного процесса. Для того чтобы его понять, необходимо найти первичные естественные процессы, которые имеют гораздо большее значение, чем сексуальное наложение организмов; они намного глубже органических ощущений, для которых подобраны соответствующие понятия вербального языка.

Оргастический рефлекс безусловно следует естественным законам, он неизменно возникает в каждом случае успешного излечения, когда сдерживающие панцирные

сегменты окончательно разрушены. Сексуальное наложение также происходит по естественным законам, оно имеет место всегда, когда свободно проявляется оргастический рефлекс и если нет никаких социальных препятствий.

Прежде чем мы поймем выразительный язык живого в оргастическом рефлексе и при наложении, нам необходимо накопить достаточное количество фактов, свидетельствующих о естественных проявлениях. Непригодность словесного языка в этом случае свидетельствует о том, что естественное функционирование выходит *за пределы* сферы живого. Здесь имеется в виду не мистика, а функциональная связь между живой и неживой природой.

Мы должны усвоить, что язык слов способен описать только те проявления жизни, которые можно выразить в терминах органических ощущений и соответствующей экспрессии: «гнев», «удовольствие», «тревога», «досада», «горе», «самоотдача» и т.д. Органические ощущения и выразительные движения, однако, ни в коем случае не первичны. В определенный момент естественный закон неживой субстанции неизбежно должен проникнуть в живое и проявиться в нем. Иначе не может быть, ведь живое возникает из неживого и возвращается в него. Ощущения организма, соответствующие только живому, можно перевести на язык слов, но выразительные движения живого, а именно те, которые имеют отношение к сфере неживого, *словами выразить нельзя.* Итак, поскольку живое возникло из неживого, а неживая материя — из космической энергии, то можно предположить, что *в живом функционирует космическая энергия.* И тогда непереводимые выразительные движения оргастического рефлекса в сексуальном наложении могут представлять собой космическое оргонное функционирование.

Я знаю, насколько невероятна такая рабочая гипотеза, но тем не менее это так. Оргастическое влечение, то есть влечение к наложению, всегда идет рука об руку с космическим стремлением и космическими ощущениями, и представляет собой клинический факт. Мистические представления очень многих религий, вера в загробную жизнь и переселение душ возникли из космического стремления и функционально зафиксированы в выразительных движениях оргастического рефлекса. *В момент оргазма живое является Не чем иным, как частицей пульсирующей природы.* В конце концов, идея о том, что человек как животное является «частицей природы», достаточно широко распространена и общеизвестна. Но легче использовать фразу, чем понять с научной точки зрения: в чем *конкретно* состоит функциональная идентичность живого и природного составов. Нельзя просто заявить, что устройство локомотива в своей основе идентично устройству примитивной телеги; необходимо показать, как на протяжении тысячелетий телега превращалась в локомотив.

Мы обнаружили, что проблема выразительного языка живого поднимает сложные вопросы. Теперь пришло время выделить общие черты, связывающие высокоорганизованные формы жизни с низкоорганизованными.

Техника оргонной терапии показала, что *функционирование животного или человека имеет много общего с функционированием червя;* на это ясно указывает сегментарная структура панцирных колец. Разрушение этих сегментов высвобождает выразительные движения и плазматические потоки, которые не зависят от анатомии мускулов и нервов. Они гораздо ближе к движениям перистальтики кишечника, червя или простейших. До сих пор существует мнение, что человек, несмотря на свое развитие из филогенетически более ранних форм, представляет собой живое существо нового вида, не связанное с теми формами, от которых он произошел. В сегментах позвоночника и в ганглии угадывается сегментарный характер и ясно выраженная червеобразная биологическая система. Однако, эта система является сегментарной не только морфологически, то есть в своей жесткой форме. Оргонное функционирование и панцирные кольца тоже представляют собой *функциональные* сегменты, но при этом нельзя сказать, что это последние «пережитки» мертвого прошлого в живом настоящем. Скорее всего они представляют собой наиболее активный и функционально важный

аппарат, ядро всякого биологического функционирования как животного, так и человека. Из сегментарного функционирования рождаются биологически важные органические ощущения и эмоции: удовольствие, тревога и гнев. Расширение и сокращение как функции удовольствия и тревоги представлены от амебы до человека. Мы задираем голову от УДОВОЛЬСТВИЯ и опускаем ее вниз, испытывая тревогу так же, как это делает червь. Если амеба и червь продолжают жить в человеке как базовый аспект эмоционального функционирования, то было бы справедливо связать базовый биологический рефлекс оргастического наложения с простейшей плазматической функцией для того, чтобы его понять.

Мы уже говорили, что конечности — это лишь продолжение грудного и тазового сегментов. Наиболее важный и самый большой ганглионарный аппарат локализован в середине торса, ближе к спине.

Каждый из нас видел кошку, которую берут на руки. Когда ее поднимают, тело у нее перегибается, голова сближается с тазом, передние и задние лапы вяло обвисают, приблизительно как на *рис. 11:*

Рис. 11.

Можно вспомнить множество других животных в такой позе, человек тоже не составляет исключения. Во всех случаях, когда тело занимает определенную позу, налицо экспрессия. Нелегко сразу понять, что выражает выбранная нами поза. После небольшого расследования мы наткнулись на образ медузы со щупальцами.

Биофизикам необходимо научиться отличать *формы движения от телесных форм и экспрессию от формы движения.* Несколько позже я подробнее рассмотрю этот вопрос, сейчас же сравнения с медузой будет достаточно, так как, взяв на вооружение такую аналогию, можно двигаться дальше. Центральный нервный аппарат медузы локализован в области поясницы, как солнечное сплетение позвоночных. Когда медуза передвигается, концы ее тела ритмично сближаются и удаляются друг от друга. Это наталкивает нас на следующее заключение: *выразительные движения оргастического рефлекса функционально идентичны живой, плывущей медузе.* Окончания тела, то есть торса, движутся навстречу друг другу, будто в стремлении соприкоснуться. Их сближение демонстрирует сокращение, а максимальное расхождение — расширение или ралаксацию оргонотической системы. Это — самая примитивная форма *биологической пульсации.* Если эта пульсация становится интенсивней, то принимает *клоническую* форму, и перед нами предстает выразительное движение оргастической конвульсии *(см. рис. 12).*

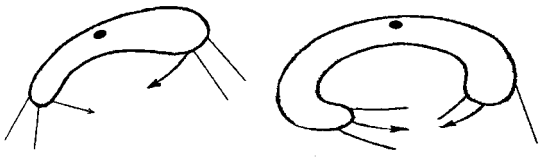


Рис. 12.

Изгнание икры у рыб и семени у высших животных происходит при плазматической конвульсии всего тела. Оргастические конвульсии сопровождаются высоким возбуждением, которое мы переживаем как «пик» удовольствия. Выразительное движение оргастического рефлекса представляет собой, таким образом, мобилизацию наиболее важной на сегодняшний день биологической формы движения, которая берет

начало от медузы. Следующий рисунок показывает колоколообразную или медузоподобную форму движения.

При более близком рассмотрении функциональная идентичность движения медузы и оргастической конвульсии уже не кажется столь странной. Если мы признаем, что сегментарная структура панцирных колец и функциональное возбуждение напоминают нам червя в человеке, то неудивительно, что через конвульсию всего тела выражается функционирование медузы. Нам необходимо понять, что это не мертвые, архаичные «пережитки» филогенетического прошлого, а *современная,* биоэнергетически значимая функция высокоразвитых организмов. Самые примитивные и самые высокоразвитые плазматические функции аналогичны. Развитие усложняет жизнедеятельность организма «высшими» функциями, как мы их называем, не изменяя сущности или функции «медузы в человеке». Именно эта «медуза в человеке» представляет собой его единство с низшим животным миром. Подобно тому, как дарвиновская теория определяет происхождение человека от низших позвоночных, так и оргонная физика редуцирует *эмоциональные* функции человека еще дальше, к формам движения моллюсков и простейших.

То, что мы называем «природой человека», таким образом, можно изъять из области мистики и поэтических фантазий и перевести на конкретный естественно-научный язык. Мы имеем дело не с метафорами и аналогиями, не с чувственным восприятием, а с конкретным, видимым и ощутимым процессом живого.

http://koob.ru

ГЛАВА XVI
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ*

«ДЬЯВОЛ» В ПРОЦЕССЕ ШИЗОФРЕНИИ

Идея *«дьявола»* — истинное проявление *искажения* человеческой природы. Нет другого такого человеческого переживания, которое позволило бы так хорошо изучить *«дьявола»,* как *шизофрения.* Мир шизофреника в чистом виде представляет собой смесь мистицизма и человеческого эмоционального ада, проницательного и все же искаженного видения, Бога и Дьявола, это извращенный секс и исковерканная мораль, рассудок в высшей степени гениальный и глубочайшее сумасшествие, сведенные воедино в ужасающих переживаниях. Я рассуждаю здесь о заболевании, которое в классической психиатрии называется «dementia paranoides» или «ргаесох», а не о так называемом «кататоническом ступоре» или «процессе гебефрении»**. Если ддя кататонии типичен тотальный уход от реальности и тотальный мышечный панцирь, а гебефренический процесс в основном состоит в вялотекущем ухудшении биофизического функционирования, то начальная фаза параноидной шизофрении, особенно в пубертате, характеризуется странными идеями, мистическими переживаниями, мыслями о преследовании и галлюцинациями, утратой силы рационального ассоциирования, потерей фактического смысла слов и медленным разрушением организма, то есть целостного функционирования.

Я ограничусь теми происходящими при шизофрении процессами, которые имеют отношение к главной линии нашего исследования: «Дьяволу» как символу извращения человеческой природы. Это область вторичных, извращенных и антисоциальных влечений, которые редко проявляются у надежно закованных в панцирь невротиков; область первичных биофизических ощущений, потоков протоплазмы и переживаний, возникающих при столкновении с космическим функционированием, переживаний, которые почти полностью блокированы у так называемого нормального человеческого существа; и, наконец, это идеи преследования как переживание, хотя и наиболее сензитивной, но больной биосистемы.

В мире шизофреника смешиваются воедино все переживания, которые у homo normalis тщательно отделены. «Хорошо приспособленный» нормальный человек переживает то же самое, что и шизофреник. Глубинная психиатрия не оставляет в этом сомнений. Homo normalis отличается от шизофреника только тем, что дифференцирует одно от другого. Днем он хорошо приспособленный, социально ориентированный торговец или клерк; внешне с ним все в порядке. Вечером им движет вторичное извращенное влечение, и он выходит из дома или офиса, чтобы нанести визит в какой-то отдаленный городской район и посетить подходящую садистскую или сексуальную оргию. Это — «второй пласт» его существования, четко отделенный от внешнего, показного. Он верит в существование божественной сверхъестественной силы и ее противоположности -дьявола и ада, представляющих содержание третьего пласта, который опять же четко отделен от первых двух. Три основные группы не смешиваются друг с другом. Нормальный человек забывает о Боге, когда ведет нечестный бизнес. Это истолковывалось бы священником на воскресной проповеди как «грех». Homo normalis не признает дьявола, занимаясь наукой; он не имеет никаких извращений, когда выступает в роли кормильца своей семьи, но напрочь забывает свою жену и детей, когда позволяет дьяволу увлечь себя в публичный дом.

---

* Задумана в 1940—1948 гг. Написана автором на английском языке в августе-сентябре 1948 г.

** Dementia paranoides — форма приобретенного слабоумия; dementia praecox — раннее слабоумие. Развитие этих понятий привело к созданию концепции шизофрении. Кататонический ступор — состояние полной неподвижности, наблюдающееся при шизофрении, инфекциях и интоксикациях, длится от нескольких часов до нескольких месяцев. Гебефрения — форма раннего слабоумия, для которой характерна преувеличенная дурашливость, гиперболизация детских черт, склонность к чудачеству. — *Прим. ред.*

Некоторые психиатры отрицают существование этих фактов. Другие их не отрицают, но говорят, что «именно так и должно быть», что подобная форма резкого разграничения дьявольского мира от социального лоска только на пользу, ибо обеспечивает безопасность социального функционирования. Но истинно верующий в Бога выразит протест в связи с этим. Он может сказать, что все, связанное с дьяволом, должно быть отвергнуто и нельзя отгородившись *тут,* открыться *там.* Моралист по этому поводу может возразить, что истинная добродетель не в отсутствии порока, а в сопротивлении дьявольским искушениям.

Мне бы не хотелось принимать участие в этом споре. Я уверен, что в рамках такого образа мышления и существования каждая сторона может быть по-своему права. Я бы хотел остаться вне этого порочного круга, чтобы понять дьявола так, как он представлен в повседневной жизни шизофреника.

Должен сказать, что обычный шизофреник гораздо честнее, нежели homo normalis, если принять во внимание прямоту его выражений за индикатор честности. Любой хороший психиатр знает, что шизофреник шокирующе честен. Это человек, который, как принято говорить, входит в «глубококий контакт» с происходящим. Шизоид не лицемерит и ничего не скрывает. Он превосходно усваивает эмоциональную суть происходящего и этим резко отличается от homo normalis. Я выделяю эти черты шизофреника для того, чтобы стало понятно, почему homo normalis так не выносит шизоидный разум.

Объективная обоснованность этого превосходства шизоидной рассудительности проявляется еще и на практике. Когда человек хочет постичь истину о социальной действительности, он изучает «сумасшедших» Ибсена или Ницше, а не произведения хорошо адаптированного дипломата или резолюции конгрессов коммунистических партий. Мы обнаруживаем волновой характер и свечение оргонной энергии на удивительных полотнах Ван Гога, которая совершенно отсутствует у его современников. Мы узнаем основные черты генитального характера из картин Гогена, которых нет у homo normalis. И Гоген, и Ван Гог стали психотиками. Если мы хотим постичь мир человеческих эмоций и глубинных человеческих переживаний, мы, как биопсихиатры, обращаемся к шизофреникам, а не к homo normalis, потому что именно шизофреник откровенно расскажет, что он думает и чувствует, в то время как homo normalis не скажет ничего и вынудит нас годами заниматься «раскопками», прежде чем раскроет свое внутреннее содержание. Поэтому я утверждаю, что шизофреник гораздо честнее, чем homo normalis.

Такое положение дел выглядит весьма печально. Где-то рядом должен быть другой путь. Если homo normalis действительно так нормален, как он считает, если он претендует на то, что самореализация и истина являются важнейшими задачами здорового индивида и здоровой социальной жизни, то ему потребуется гораздо больше решимости и воли для того, чтобы раскрыть для себя самого и для своего доктора, что он «сумасшедший». В структуре homo normalis должно быть что-то ложное в самом основании, если ему так трудно дается правда. Заявлять вслед за адаптировавшимися психоаналитиками, что все идет так, как должно, потому что иначе невозможно выдержать напора всех эмоций, все равно, что полностью согласиться с утверждением о том, что выздоровление зависит от того, какой жребий выпал человеку. Мы не можем надеяться на улучшение состояния, расширяя знания о душе человека и одновременно защищая его нежелание раскрыть себя. Либо одно, либо другое — либо мы придерживаемся тактики расширения границ знания о человеке, и тогда нам необходимо осудить обычную позицию избегания homo normalis, либо мы защищаем эту позицию и отказываемся от попыток познать человеческое сознание. Других альтернатив нет.

Для того, чтобы понять homo normalis и противоположный ему шизоидный характер, нужно выйти за рамки мышления и того, и другого. Homo normalis полностью блокирует восприятие базового оргонотического функционирования благодаря своему жесткому панцирю; у шизофреника же, напротив, панцирь почти полностью отсутствует

и, таким образом, биосистему захлестывают глубокие переживания, исходящие из биофизического ядра, с которыми та не может справиться. Поэтому понятно, что закованный в панцирь homo normalis испытывает тревогу, когда чувствует угрозу оргономических открытий, в то время как шизоидный характер принимает их мгновенно и легко и чувствует их притягательность. По этой же причине мистик, который структурно близок шизоидному характеру, как правило, принимает оргонотические факты, но только как отражение в зеркале, а вот ригидный механистичный человек смотрит на все научные достижения в области эмоций с высокомерным презрением и называет их «ненаучными».

Я полагаю, что нам следует изучить относящиеся к делу детали этих важнейших человеческих функций на примере конкретного случая параноидной шизофрении. Это обрисует нам картину дьявольского гораздо лучше, чем любые теоретические абстракции психиатрического клинического опыта.

Мир шизофренических переживаний безграничен и настолько богат, что мы должны ограничиться теми деталями, которые имеют отношение к нашему основному предмету исследования: как шизофреник переживает свое биофизическое ядро? почему его эго расщепляется таким типичным образом?

Я хочу изложить историю болезни человека, страдающего параноидной шизофренией. Как это принято в клинической психиатрии, в моем описании нельзя будет узнать конкретного человека, но в нем будут ясно отражены типичные механизмы заболевания.

Это был первый случай шизофрении, который мне пришлось лечить с помощью оргонной терапии. Мой подход в этом случае основывался на нескольких важнейших теоретических положениях, которые возникли в результате моего прежнего опыта работы с шизофрениками, а именно:

1. Психоаналитическое видение психических функций соответствует трем большим сферам — эго, суперэго и ид, и его необходимо четко отличать от *биофизического* видения жизнедеятельности всего организма, соответствующего следующим функциональным сферам: *биоэнергетическое ядро (плазматическая система), периферия (кожная поверхность) и оргонно-энергетическое поле,* расположенное за пределами поверхности тела. Эти две теории по-разному описывают различные природные сферы. Одно описание невозможно приложить к другой сфере функционирования организма, и наоборот. Есть только *одна* точка соприкосновения двух теоретических схем — в психоаналитической теории это «ид», область, где заканчивается психология и начинается биофизика.

2. Наиболее эффективным терапевтическим подходом ко всякому эмоциональному (^биофизическому) заболеванию, если оно вообще существует и если его можно определить, является отведение биоэнегии от биопатических симптомов. Для того, чтобы разрушить психоневротические или психотические симптомы, не нужно и даже вредно углубляться во все детали бесчисленных патологических разветвлений; вместо этого надо раскрыть ядро биосистемы и установить сбалансированную энергетическую экономику, которая автоматически снимет симптомы, поскольку с энергетической точки зрения они возникли в результате нарушения энергетического метаболизма этой биосистемы.

3. Когда панцирь начинает разрушаться, невротики, как и психотики, чувствуют большую опасность. Чтобы руководить этим процессом, необходимы максимальная осторожность и медицинские навыки. Поэтому практическое применение медицинской оргонной терапии ограничивается работой хорошо подготовленных терапевтов. Мы понимаем свою ответственность лучше, чем кто бы то ни был, и не должны допускать до этой работы тех, кто мало знаком с оргонной терапией.

Мне заранее было хороню известно, что у пациентки может и даже непременно произойдет срыв, когда ее панцирь будет полностью разрушен. Но вероятность того, что она выдержит процедуру, была достаточно велика, и я решился на эксперимент. Пациентка несколько раз лежала в психиатрической клинике, и лечение каждый раз

занимало больше года. Ей ставили диагноз «шизофрения», и, согласно записям, болезнь прогрессировала. Предполагалось, что окончательный срыв неминуем, поэтому риск в данном случае был не слишком велик, а перспектива достаточно многообещающа, чтобы удовлетворить совесть терапевта-экспериментатора.

Пациентка — тридцатидвухлетняя девушка, ирландка, которую привели родственники, наслышанные о моих медицинских приемах при работе с биопатиями. Я объяснил им, насколько опасно вызвать срыв. Они готовы были рискнуть, и дали письменную расписку в этом. Я сказал им, что существует риск внезапного приступа деструктивности. Поскольку по прежнему опыту я был хорошо знаком с такими деструктивными приступами, то чувствовал, что и в данном случае следует ожидать чего-то подобного. Поэтому я проводил эксперимент вне клиники, в условиях строгого надзора сиделки или родственников, которые были обязаны все время находиться около пациентки и при первых признаках беспокойства и намеков на деструкцию должны были обратиться в клинику. Было еще одно условие - пациентка, которую иногда на время выписывали, должна была регулярно встречаться с лечащим ее терапевтом. Кроме того, существовала договоренность, что все контрольные встречи будут проходить в институте, где она прежде лечилась, чтобы была возможность немедленного помещения ее в клинику в случае возможного срыва. Я так же поддерживал связь с лечащим психиатром и мог скооперироваться с ним, если бы возникла такая необходимость.

Подобные меры предосторожности необходимы, если мы хотим лечить шизофреника вне стен клиники. Следует сделать выбор в пользу клиники, которая руководствуется экспериментальной оргонной терапией. Ведь психиатрические клиники, к сожалению, за очень редким исключением не восприимчивы к новым, перспективным медицинским методам лечения шизофрении. Есть метод шоковой терапии, который с легкостью применяется для подавления активности шизофреника, и есть большое количество психотиков, испытавших на себе такую помощь от множества терапевтов. Для подробных и глубоких научных исследований времени не хватает. Я понимаю такую позицию, хотя и не могу ее принять. Вместо использования шока при работе с шизофренией проведение основательных исследований нескольких случаев могло бы в отдаленной перспективе сохранить обществу миллионы долларов. На мой взгляд, это слишком важно и требует соблюдения такой предусмотрительности. Известно, что психиатрические лечебницы слишком похожи на тюрьмы для душевнобольных, медицинская помощь там минимальна, налицо дефицит средств и в большинстве из них вообще не проводится никаких исследований. Более того, некоторые администраторы таких лечебниц не желают предпринимать никаких серьезных попыток для улучшения состояния своих пациентов, иногда они проявляют явную нетерпимость к такого рода усилиям.

Краткое описание *социальной* ситуации может дать достаточное объяснение моим размышлениям и желанию рискнуть. Я осознавал всю опасность своего предприятия, но надежда на то, что мои усилия будут не напрасны и я буду вознагражден, тоже была достаточно велика. В дальнейшем мне не пришлось испытать разочарования: пациентка, которая многие годы провела в психиатрической клинике и состояние которой к тому времени, когда я принял ее для экспериментального лечения, ухудшилось, спустя шесть лет после проведения курса лечения продолжала оставаться вне стен лечебных учреждений. Она снова стала работать; ее социализация во многих отношениях прошла успешно.

Трудно предсказать, получат ли мои начинания дальнейшее развитие. Я надеюсь, что получат. Научные и медицинские возможности здесь велики: оргонную терапию можно успешно применять при определенных видах шизофрении, для которых другие методы оказываются непригодными. Результат оправдывает риск. Более того, оргономическая теория получила подтверждение ряда своих основных гипотез и приняла определенные поправки. Появилось множество совершенно новых фактов о базовом

функционировании биосистемы человека, и впервые в истории медицины и психиатрии были получены ответы на некоторые центральные вопросы, касающиеся природы паранойяльных механизмов шизофрении.

Я опишу терапевтический эксперимент так, как он развивался в течение трех месяцев от сессии к сессии. Я тщательно отмечал наиболее важные детали и делал это непосредственно по окончании каждой встречи, а также вел специальные записи основной линии развития, для того чтобы обнаружить, если представится такая возможность, последовательность или закономерность развития событий и состояния пациентки. Сам по себе случай не представлял ничего нового с точки зрения проявлений или симптоматологии шизофренического больного. Новым здесь стало то, что проявилось как отклик на оргонно-терапевтическое воздействие. Именно оно выявило некие ранее неизвестные связи между типичной деятельностью шизоида и тем, что раскрылось как новое глубинное функционирование биосистемы, имеющее огромное значение для понимания человеческой биологии вообще.

Внешний вид пациентки

Первое мое впечатление — это не шизофреничка. Она связно и уверенно говорила о своих симптомах и переживаниях. Наблюдая за ее поведением, можно было почувствовать некоторое замешательство; ее речь была притворно бойкой. Она выглядела очень смышленой, давала развернутые ответы на самые трудные вопросы и на удивление точно понимала психиатрический язык. Она сказала, что искала встречи с психиатром, который хотел бы понять ее внутренние переживания, но все, с кем ей приходилось иметь дело, говорили, что она «сумасшедшая». Ее глаза, словно подернутые дымкой, выражали характерный «отсутствующий» взгляд — именно так смотрят шизофреники. Время от времени ее мысли путались, но она легко восстанавливала их ясность. Во время разговора можно было четко выделить некоторые темы, обсуждения которых она избегала. Когда я спросил, знакомы ли ей какие-нибудь странные или необычные переживания, ее глаза «потемнели», и она ответила: «Я вхожу в контакт с мощными силами, но сейчас их здесь нет».

Эта тема несла в себе явный эмоциональный заряд, и мы не продвинулись в этом направлении дальше. Далее выяснилось, что она «притворяется» и скрывает свое состояние. Она изъявила желание пройти курс экспериментальной оргонной терапии. Прочитав литературу на эту тему, она полностью приняла мои взгляды.

Первая сессия

Я ограничил направление работы ее панцирем и характерными защитами. Особенности пациентки стали проявляться ярче, чем в нашу первую встречу. Она отлично поняла принцип оргонной терапии. Ей не первый год было знакомо отсутствие способности подавляющего большинства людей понять внутренний мир шизофреника, «который чувствует и знает все», из-за их закованности в панцирь. Я старался выявить больше информации о «силах», но она отказывалась говорить об этом. «Силы», по ее словам, не имеют решительно никакого отношения к ее собственным внутренним побуждениям. Она отлично ориентировалась в вопросах, которые возникали в процессе обсуждения.

Ее *дыхание было почти не заметно.* При физическом обследовании ее грудь оказалась податливой и совсем *не жесткой,* как это бывает в случаях компульсивных неврозов. Ту же податливость и гибкость груди я встречал потом и у других шизофреников. Следует продолжить дальнейшее изучение того, действительно ли и в какой степени отсутствие грудного панциря характеризует шизофренческую биопатию[*].

[*] Это предположение подтвердилось при обследовании шизофреников профессором Э. Бейкером в госпитале Мальборо штата Нью-Джерси.

Податливость груди могла бы показаться нормой, если бы не сопровождалась нарушенным дыханием. Оно было *столь поверхностным,* что, казалось, вовсе отсутствовало. Когда я попросил ее вдохнуть и выдохнуть так, чтобы это было слышно, она отказалась; позже выяснилось, что она *не способна* этого сделать. Возникало впечатление, что дыхание обрывалось где-то на уровне шейных позвонков.

Она заметно забеспокоилась, встревоженно оглядывая стены и потолок. «Там какие-то тени», — заявила она. Затем внезапно сложила руки крестом на груди. «Я — посвященная, силы приходят ко мне; я могу позвать их и заставить явиться; силы любят меня...»

Я спросил, не подталкивают ли ее силы на убийство, и добавил, что она должна ответить на этот вопрос очень быстро. Если бы эксперимент проходил должным образом, мы бы все узнали об этих силах. Я попросил ее немедленно известить меня, если силы захотят, чтобы она сделала что-то опасное для себя или для других людей. Она согласилась, причем сделала это совершенно искренне. Она рассказала, что иногда силы велят ей совершить убийство. Однажды она вдруг почувствовала, что должна толкнуть женщину, стоявшую на краю станционной платформы.

Ей с трудом удалось закончить эту фразу, и она почти совсем отключилась: она не слышала моих вопросов, ее рассудок, казалось, полностью помутился. Она что-то невнятно и бессвязно бормотала. Мне удалось лишь расслышать слова: «...Силы обманывают... что я сказала...».

От ее родственников я знал, что она страшно ненавидит мать и в то же время сильно зависит от нее. Идеи «убийства», «менструации» и «матери» тесно переплетались друг с другом. Желание убивать кроме этого было каким-то образом связано с идеей «сил» или предающих «сил».

Через некоторое время пациентка пришла в себя и восстановила самообладание.

Вторая-пятая сессии

На протяжении последующих четырех терапевтических встреч я старался осторожно приблизится к теме нарушенного дыхания пациентки. Проблема состояла не в том, чтобы разрушить грудной панцирь, как это случается с невротиками, — *панциря как будто не было.* Проблема была в том, как заставить ее сделать полный вдох и выдох через гортань. Когда я пытался убедить ее сделать это, она начинала яростно сопротивляться. У меня создавалось впечатление, что дыхание сдерживалось не из-за панциря, а *благодаря мощному как бы сознательному усилию.* Кроме этого мне показалось, что организм этой женщины сильно страдал от этого напряжения, которого она совершенно не ощущала.

На каждую мою попытку усилить ее дыхание она отвечала сильнейшим раздражением. Типичный закованный в панцирь невротик оставался бы равнодушным или насмешливо усмехался бы в ответ на мои усилия. С этой пациенткой все было иначе. Сознательно она старалась сотрудничать со мной, но впадала в панику, как только я приближался к успеху. Ее переполняла тревога, боязнь «сил»; она чувствовала, как они приближаются и окружают ее, собираясь на стенах, под кушеткой и т.д. Она сказала мне, что это та же самая тревога, которая подтолкнула ее ко мне, как к врачу, которому она может доверять. Из моих книг она поняла, что я должен знать, что она имеет в виду.

Я оставил все свои попытки заставить ее подышать до тех пор, пока ее тревога не уляжется. Она сказала, что это — одно из ее основных патологических нарушений, которое ей необходимо преодолеть; что она обратилась ко мне за помощью именно поэтому, и устранение данного нарушения могло бы в значительной степени освободить ее. Она обещала помогать мне; она ясно понимала, что я знаю, как ей помочь. Она давно была уверена во мне.

Мне удалось сформулировать следующее видение ситуации. Пациентка не изолировала или не могла полностью изолировать ощущения плазматического потока, как это делают ригидные, закованные Б панцирь невротики. Она ощущала оргонотические

потоки в своем теле, которые были «слишком близко», и боролась с ними, не позволяя воздуху пройти в легкие и обратно. Действительно ли она целиком и полностью воспринимала телесные потоки, я сказать не мог, а она не знала. Она лишь испытывала «пришествие сил», но *не осознавала, что эти силы — она сама.* Когда она чувствовала приближение «сил», то замирала от ужаса, в то же время ощущая, что «посвящена», избрана некоей «миссией». Какого рода эта миссия, она отказывалась говорить.

Существует важнейшее правило работы с шизофрениками (а также и с не-психотиками, исходя из этого материала): дать пациенту понять, что его воспринимают совершенно серьезно, что никоим образом не думают, что он странный, сумасшедший, опасный или аморальный человек. Терапия окажется бесполезной, если пациент не будет абсолютно уверен в своем терапевте, и если тот в свою очередь не создаст атмосферу полного доверия и приятия всех мыслей и чувств, которые переживает пациент, какими бы странными они ни казались обычным людям. Необходимо выразить полное понимание шизофреника, даже если тот угрожает терапевту убийством. Это совершенно необходимое требование, которое не позволяет заниматься оргонно-терапевтическим лечением психотиков тем, кто эмоционально недостаточно подготовлен для такой работы. Дальнейшее повествование подтвердит справедливость этого требования.

Шестая сессия

После получасовой осторожной и болезненной работы с шейным панцирем произошел первый приступ гнева. Его сопроводило тихое рыдание; одновременно пациентка стала очень беспокойной, ее губы, плечи и отчасти грудь ходили ходуном.

В таких ситуациях, когда различные эмоции выплескиваются единым потоком, необходимо отделить их друг от друга. Это можно сделать, активизируя ту эмоцию, которая ближе всего к поверхности и которая заглушает более глубокую, «заталкивая ее обратно». Поэтому я направил свои усилия на ее плач, который блокировал гнев, и после того, как она излила через слезы часть своей горечи, предложил ей выпустить гнев, колотя ногами по кушетке. *Эта процедура опасна, если между пациентом, в особенности — шизофреником, и терапевтом не установился прочный контакт.* Чтобы сохранить этот контакт, необходимо объяснить пациенту, что он должен прекратить выражать свою ярость, как только терапевт попросит его об этом. Задача терапевта в этой ситуации — решить, когда следует остановить эмоциональное высвобождение, и точно определить момент, когда пациент окажется на грани опасного выхода из-под контроля. Только очень опытный оргонный терапевт способен на это. Поэтому я хочу предостеречь недостаточно подготовленных терапевтов, практикующих в русле данного подхода, от работы с шизофрениками. В таких случаях нельзя обойтись без высвобождения гнева, добиться которого невозможно, не имея достаточного опыта, предварительно наработанного в менее эмоциональных ситуациях.

К концу шестой сессии пациентка, излив достаточный объем своей ярости, наконец расслабилась. Она изумилась, обнаружив возможность такого освобождения, и со слезами на глазах благодарила меня. Она впервые осознала, что ее идея, будто «люди наблюдают за ней», была иллюзорна (рациональный элемент идеи о преследовании выявился позже). Пациентка высказывалась свободно. Сколько она себя помнила, ей всегда приходилось бороться против «влияния сил». Она поняла, что только огромное усилие позволяло ей поддерживать контакт с реальностью; она чувствовала себя так, будто большую часть времени провисела над пропастью, особенно в подростковом возрасте. Она всегда испытывала замешательство, когда страх перед «силами» сталкивался с любовью к ним. Она призналась, что в такие моменты у нее появлялось *желание убивать.*

Это был подходящий момент, чтобы выразить свое беспокойство по поводу возможного неконтролируемого прорыва ее деструктивности. Она тут же поняла, что я имею в виду, и в подтверждение моих опасений призналась, что сама уже давно боится именно этого, при этом взгляд ее был практически лишен всяких признаков шизофрении.

Я сказал ей, что хорошо знаю по прежнему опыту, что большинство шизофреников в начальных стадиях заболевания также обеспокоены вопросом, смогут ли они совладать с нахлынувшим желанием убивать. Она согласилась, что нет другого способа оградить ее от совершения убийства, кроме как поместить в клинику. Она почти самостоятельно пришла к решению, что ей лучше находиться под наблюдением в подобных чрезмерных эмоциональных ситуациях. В стенах клиники, по ее словам, она чувствовала себя защищенной, потому что там от нее. не требовали ничего такого, что она не в состоянии была бы выполнить. Она знала, что не совершит убийства, пока находится в клинике, хотя ей и не нравилась больничная обстановка. Она чувствовала, как болезнь медленно, но неуклонно завладевает ею, потому что жизнь в стенах клиники делала ее тупой и злобной, что соответствовало тому болезненному состоянию, к которому она постепенно приближалась. Она хорошо понимала больных и симпатизировала им, одновременно испытывая ужас к тому образу жизни, который они вели. В моменты прояснения она замечала легкомысленное и поверхностное отношение многих психиатров к больным, отсутствие понимания, жестокость многих процедур, частую несправедливость и т. д. Короче говоря, она прекрасно осознавала реальность, когда «силы» исчезали или когда они были рядом, но «не предъявляли к ней больших требований».

По мере развития терапевтического процесса, вставали чрезвычайно важные вопросы: *не олицетворяют ли собой преследующие ее и любимые ею «силы» ее собственные телесные ощущения потока удовольствия? Если это так, то почему она их боится? (Ясно, что она была «во власти» этих «сил».) Какой механизм ее тела блокировал поток удовольствия? Каким образом блокированный плазматический поток оборачивался «дьявольскими» силами ? Какова связь между этим блокированием и заболеванием?*

Я стал обращать внимание на функции, которые могли бы дать ответы на эти вопросы. У меня создалось впечатление, что блокирующий механизм был как-то связан с шейным сегментом, особенно со странным нарушением дыхания: своеобразным «отсутствием дыхания» при наличии податливой, ненапряженной груди.

Седьмая сессия

Во время этой сессии выяснилось, что частичный прорыв гнева, который мне удалось удержать под контролем в прошлый раз, усилил физиологическую потребность пациентки в полноценном дыхании. Это можно было заметить по тому, как она еще более отчаянно, чем прежде, пыталась *воспрепятствовать* прохождению воздуха через горло, гортань и трахею. Я обратился к ней с просьбой полностью выдохнуть и помог ей мягким нажатием на грудь. Она вдруг поддалась выдоху, но сразу после него впала в состояние транса. Она не отвечала на мои оклики, ее глаза пристально смотрели куда-то в потолок, казалось, что она галлюцинирует. Ноги сильно дрожали, лицевая и плечевая мускулатура в течение тридцати минут конвульсивно дергалась.

Мне удалось вывести ее из трансового состояния, ущипнув так, что она почувствовала боль. Медленно к ней вернулось сознание. Было заметно ее состояние замешательства; она старалась убедить себя, что достигла понимания вещей. Она схватила меня за руки и повторяла сквозь рыдания: «Я хочу вернуться обратно, о, я хочу обратно...» Это продолжалось около десяти минут. Потом она сказала: «Я еще не вернулась... Где Вы?» «С Богом... Я спросила его, неужели я поддалась дьяволу... что Вы — дьявол...» Отвечая на мои вопросы, она сказала, что не «галлюцинировала», но находилась в «каком-то контакте» (с силами). Она чувствовала, что ее ноги и плечи сотрясает дрожь, слышала мой голос, но была «очень, очень далеко». В этот раз ей впервые не удалось быстро «вернуться». «Это сегодня длилось такдолго... где Вы?.. Пожалуйста, дайте мне ваши руки... Я хочу быть уверенной, что я здесь...»

Держась за мои руки, она подозрительно оглядывала комнату, озиралась на стены и потолок. Более часа после нашей встречи она чувствовала себя изможденной и обессиленной, прежде чем снова овладела собой.

Я сказал ей, чтобы она пришла ко мне на следующий день и звонила в любое время, как только почувствует потребность поговорить со мной.

Восьмая сессия

После испытанного переживания пациентка чувствовала себя очень усталой и легла в постель сразу, как только пришла домой.

Теперь она излучала покой и безмятежность, ее глаза прояснились. Я решил, что не буду двигаться дальше по пути разрушения панциря, а только верну ее туда, где она находилась в прошлую встречу.

Существует важное правило: разрушая панцирь, следует это делать осторожно, шаг за шагом; нельзя продвигаться дальше в биофизические глубины, пока нет *точного* понимания происходящего и пока пациент не *адаптировался* к состоянию, которого достиг. Это относится ко всем типам оргонной терапии и особенно важно при работе с шизоидными характерами. Если пренебречь этим правилом, можно утратить целостное понимание процесса и подвергнуть пациентов опасности. Те из них, кто после частичного прорыва чувствует улучшение, часто умоляют терапевта действовать быстрее, позволить им приходить чаще и т.д. Это не следует поощрять. Когда происходит определенный прорыв, организму требуется время на то, чтобы организовать и ассимилировать прорвавшиеся эмоции. Прежде чем двигаться дальше, необходимо закрепить завоеванные позиции. Некоторая доля неблагополучия, обусловленная остатками панциря, обязательно должна иметь место для того, чтобы продолжать движение вперед в том же направлении. Особенно следует остерегаться мистической, подобно религиозной веры пациента в то, что теперь он «освобожден», «избавлен», «вырван из плена». Действительно, первые прорывы устойчивого панциря сопровождаются чувством огромного облегчения. Это часто не позволяет рассмотреть подлинную глубину биофизической структуры. Поэтому подобное правило необходимо выполнять, пока не заявит о себе базовая боязнь оргастического удовольствия. Пока не выведен на поверхность и не преодолен глубинный страх спонтанного плазматического сжатия, необходима предельная осторожность.

Во время восьмой сессии пациентка проявляла готовность к сотрудничеству. Она меньше тревожилась, гораздо легче и свободнее позволяла проявляться клонизмам, но было ясно, что она все еще обеспокоена происходящим, оставаясь «настороже», и сдерживает себя; было также заметно, что ей приходится бороться с собой, чтобы опять не погрузиться в трансовое состояние.

В каждом случае, пока не преодолено базовое недоверие, продолжать действовать можно только, соблюдая большую осторожность. Шизофреник гораздо откровеннее проявляет это недоверие, чем невротик. У невротиков оно может быть скрыто за чрезмерным дружелюбием и вежливостью. Эта пациентка спросила, загнав меня в тупик: «Могу ли я Вам верить? О, если бы только я могла поверить Вам... [глядя на меня испуганными глазами]. *Вы немецкий шпион?»*

Это происходило вскоре после того, как ФБР по ошибке сочло оргонные исследования немецкой (или русской?) шпионской деятельностью и посадило меня под арест (как «вражеского лазутчика») за введение США во Вторую мировую войну. То, что меня вскоре освободили, не произвело на пациентку никакого впечатления. Важен был факт, что меня подозревали в недозволенных действиях и это, конечно, было созвучно свойственному невротикам и психотикам отношению недоверия ко всему, особенно к собственным внутренним чувствам. Нашей пациентке хотелось верить мне, потому что в борьбе с «силами» ей необходима была моя помощь. Я заверил ее, что я не немецкий шпион, не шпион вообще и никогда им не был. Вслед за этим она сказала, что каждый мыслит в силу своей природы или характера и что поэтому на ум ФБР не может прийти

ничего иного, кроме шпионажа, если они вдруг сталкиваются с какой-то непонятной деятельностью. Я должен был согласиться с этим и опять удивился тому, насколько здраво она рассуждает. Шизофреники в моменты просветления проникают в суть индивидуальных и социальных вещей настолько отчетливо, как никакой другой тип характера. Позже мы обнаружили, что такие вспышки сознания у шизофреников являются для них одной из основных опасностей— и что именно это угрожает их существованию в современном обществе.

На следующий день пациентке был назначен контрольный визит в клинику. Я сказал, чтобы она ничего не скрывала, но также предупредил, чтобы она подготовилась к тому, что лечащий терапевт, возможно, не сможет понять всего, что она ему будет рассказывать. Мы успешно взаимодействовали с терапевтом, который не был приверженцем жестокой шоковой терапии.

Пациентка ушла с этой встречи спокойной и исполненной самообладания.

Итог восьми сессий

1. Пациентка пришла с остатками ясного осознания реальности, за которые она отчаянно хваталась, чтобы не сломаться окончательно.

2. Пациентка искала моей помощи, потому что чувствовала, что я пойму «силы» и найду с ними «контакт».

3. Она чувствовала свое превосходство над окружающим миром благодаря собственному контакту с «силами». Ее критицизм к миру homo normalis был очень точным, почти законченным и рациональным, соответствующим контакту с «силами», чем бы они ни являлись на самом деле.

4. Ее панцирь отличался от панциря простой невротической биопатии тем, что не был законченным и имел только поверхностную конструкцию. Грудь была податлива, но дыхание пациентки было неполноценным. Из-за слабости панциря она ощущала себя подвешенной над пропастью. «По ту сторону» стояли «силы», *«дьявольские»* и *«привлекательные»* одновременно.

5. Размягчающие ощущения оргонотического потока в ее теле были тесно связаны с идеей «сил», но проецировались на стены и потолок. Шизофренический страх раскола имел отношение к ее контакту с «силами».

6. Восприятие внутренних «сил» на стенах и потолке составляло основную загадку. Очевидно, что слово «проекция» ничего не объясняло.

2. «СИЛЫ»

Пациентка была хорошо знакома с «силами». Она могла описать их детально. Некоторые характеристики этих сил абсолютно совпадали с теми, которые приписывают всемогущему существу = *Богу,* другие были сходны с описанием Дьявола — хитрого, изворотливого и злобного искусителя. Первая группа характеристик давала пациентке чувство защищенности, и поэтому она была «во власти сил»; что касается второй группы, то здесь она защищалась от «сил», от их дьявольских намерений и искушений, таких, как убийство. Двойственность «сил» постепенно прояснилась в процессе работы.

Моя гипотеза на этой стадии работы была следующей. Если «силы» представляют собой «ДОБРО« и «ЗЛО» в одном эмоциональном образовании, то несомненен вывод, что расщепление на два диаметрально противоположных вида переживаний вызвано *двумя диаметрально противоположными ситуациями в структуре характера,* взаимоисключающими и несовместимыми. Таким образом, шизофреническое расщепление личности можно описать как подобную несовместимость; каждая из двух противоположных эмоциональных структур могла бы попеременно сдерживать организмическое функционирование. В противоположность шизофренической структуре структура homo normalis постоянно держит одну или другую противоречащую структуру в вытесненном состоянии. Таким образом, у homo normalis расщепление личности скрыто.

Общими принципами функционирования как «БОГА», так и «ДЬЯВОЛА» являются *базовые биофизические функции организма, «биологическое ядро»,* важнейшим проявлением которого является плазматический поток и его субъективное восприятие в виде размягчающего чувства любви, а также тревоги и ненависти. Эти идеи и должны были найти свое подтверждение в ходе дальнейшей работы с нашей пациенткой.

Девятая сессия

Придя на эту встречу, пациентка была в состоянии полного удовлетворения и абсолютного согласия с собой. Накануне она посетила лечащего психиатра. Он сказал ей, что знает меня как «блестящего» специалиста. Она объяснила ему, что мой метод терапии «освобождает поток». Психиатр велел ей продолжать терапию. Его отношение укрепило ее собственные надежды, поскольку прежде она сомневалась в моей порядочности («Вы немецкий шпион?»).

Дыхание пациентки в тот день приблизилось к полноценному *физиологическому* дыханию; глаза были ясными, а не «подернутыми дымкой», как обычно. Она заявила, что чувствует потребность в генитальном удовлетворении. Неопытный терапевт мог бы ликовать над этим «успехом», но я знал, что мы перед лицом большой опасности.

Больной организм может легко добиться некоторого прогресса энергетического функционирования и получать большее наслаждение от хорошего самочувствия, чем здоровый, поскольку между обычным состоянием напряжения и незначительным его ослаблением, следующим за частичным прорывом панциря, существует большая разница. Но биоэнергетическая система продолжит повышение своего энергетического уровня только в том случае, если имеет место периодическое высвобождение энергии. И единственный путь *полного* высвобождения усилившегося потока биоэнергии состоит, как хорошо известно, в полноценных оргастических конвульсиях, происходящих в процессе естественного процесса совокупления. Проблема психической гигиены не была бы столь сложной, если бы природа оргастических конвульсий не зависела от отсутствия хронического телесного панциря. Поскольку мы являемся естествоиспытателями и терапевтами, то не несем ответственности за эту ситуацию; наша задача заключается только в том, чтобы выявить и описать ее.

Пациентка сама прекрасно сознавала грозящую опасность, и гораздо лучше, чем обычный невротик. Она сказала мне, что «силы» давно не появлялись, но «они могут вернуться и обязательно вернутся со всей своей злобой».

Она спросила меня, не оставлю ли я ее, когда «силы» возвратятся. Ей надо было точно знать, каков механизм оргонной терапии. Ее вопросы были очень умными и точными. Она спрашивала, следует ли ей отказаться от своей прежней позиции «превосходства» над миром и сможет ли она стать полезным членом общества.

Эти вопросы показались бы странными тому, кто не знает, что данный случай недвусмысленно выявляет следующее: шизоидный характер гораздо лучше понимает естественное функционирование общества и находится в более тесном контакте с ним, нежели homo normalis. Это придает ему рациональное чувство превосходства над обычным человеком, не обладающим столь тонким умом. Пациентка логически рассудила, что для того, чтобы стать «полезным членом общества», то есть «homo normalis», ей придется отказаться от некоторых своих озарений, а вместе с этим и от своего превосходства.

Подобное чувство превосходства недалеко от рациональной истины. Обычный шизоидный характер действительно превосходит обычного homo normalis интеллектом, так же, как и «криминальностью характера». Но этот ум непрактичен, поскольку налицо глубинный раскол. Он не способен к длительной рациональной биологической деятельности, как человек, которого мы называем «гением».

Я воспользовался случаем, чтобы подготовить ее к грядущим опасностям. Я сказал ей, что она пережила только первую фазу освобождения, но ей еще предстоит бороться с

опасностями, когда силы полностью поднимутся из глубины. Она поняла меня и обещала во время необходимых процедур сохранять со мной тесный контакт.

События, которые я хочу описать далее, могут показаться совершенно непонятными тому, кто изначально не собирался рассматривать данный случай в терминах естественного функционирования биоэнергии и ее биопатического блокирования. Эти события покажутся ему очередными примерами «сумасшедших реакций», «безумия», «угроз», «антисоциальности» или подходящей причиной для помещения пациента в сумасшедший дом. Я полностью согласен с тем, что происходящее опасно, антисоциально и представляет собой достаточную причину для госпитализации; но я не могу согласиться с тем, что это «безумие» или что это в большей степени сумасшествие, чем, скажем, дела или, скорее, бездействие наших диктаторов или вояк, которых не отправляют в клиники, а напротив, приветствуют и восхваляют массы homo normalis. Поэтому меня не волнует, что шизофреник «сойдет с ума» еще больше. На худой конец он убьет себя или будет угрожать убийством кому-нибудь еще, но никогда не поведет за собой миллионы невинных людей, оторвав их от семей, ради «чести отечества»; он не потребует, чтобы миллионы были принесены в жертву ради его бессильных политических идей.

Поэтому будем благоразумны и оставим нашу фальшивую праведность. Должна быть веская причина, по которой шизофреник заслужил такое суровое обращение и по которой жестокий homo normalis так почитаем повсюду на этой безумной планете.

Десятая сессия

Подход, который я только что описал, сработал в данном случае. Я твердо уверен, что он мог спасти тысячи жизней людей, которые невинно сгинули в устаревших психиатрических клиниках из-за лживости, типичной для homo normalis, и его жестокости, выраженной в безответственном и неразборчивом применении «шоковой терапии».

Пациентка весь день вела себя совершенно непринужденно, но когда она разделась, я увидел крестообразный порез, который проходил через грудь и живот, около шести сантиметров по вертикали и четырех по горизонтали. Она порезала себя накануне вечером *«без всякого повода».* Она «просто должна была» это сделать. Сейчас она чувствовала, что «еле сдерживается» и должна спустить пар, «чтобы не взорваться».

Было совершенно очевидно (для опытного оргонного терапевта), что шейный сегмент был очень сильно сжат, бледен и неподвижен. Тяжелая ярость проступила на лице, которое стало почти голубым, синюшным. Понадобилось минут десять, чтобы ослабить шейный блок. Мне удалось это сделать, вызывая у нее рвоту, что получалось вполне успешно, а также используя форсированное дыхание. Когда горловой блок ослаб, она тихо заплакала. Повторная попытка вызвать *громкий* плач успеха не принесла. Мы столкнулись с феноменом, который при невротической биопатии встречается очень часто: эмоцию рыдания бывает чрезвычайно трудно высвободить. Обычно эмоция плача удерживает ожесточенный гнев. Если пациент позволит себе заплакать свободно, от души, он чувствует, что должен совершить убийство.

Подобный вид закованности в панцирь обычно возникает в результате жестокого наказания ребенка за совершенно безобидное поведение. Мать ненавидит отца; она желает его убить, избавиться от него, но он сильнее ее, и мать не в состоянии этого сделать. Поэтому она наказывает трех-четырехлетнюю дочку за то, что та шумит, танцует на улице или за иные, совершенно невинные действия. Естественной реакцией ребенка на жестокое обращение стала ненависть, но девочка боялась обнаружить свою ненависть, вместо этого ей хотелось заплакать, но плач тоже «запрещался», поскольку «хорошие мальчики и девочки не плачут, они никому не показывают своих чувств». Это — образец хваленого «воспитания» детей в Двадцатом столетии, в начале культурного и цивилизованного «атомного века», который «озабочен, от чего зависит, вознесется ли человечество в небеса

или обрушится в ад...» *От чего?* От того, преуспеет ли человеческая раса в искоренении без остатка такого преступного поведения больных матерей и отцов, или от того, наберутся ли наши терапевты, воспитатели и журналисты мужества, чтобы заняться этой первостепенной проблемой, и преуспеют ли они в конце концов в том, чтобы не оказывать поддержки тому, что существует — смогут ли они преодолеть свою академическую отчужденность, лживость и «объективность»?

Наша пациентка не один десяток лет страдала от жестокого чудовища, каким была ее мать. У нее родилось желание задушить мать, чтобы защититься. Подобные импульсы очень сильны, и с ними трудно бороться иначе, как прикрыться панцирем от зарождающейся в горле смертоносной ненависти.

Неожиданно пациентка попросила меня *позволить ей сдавить мое горло.* Я признался, что чувствую не просто замешательство, но и некоторый испуг, однако разрешил ей сделать это. Пациентка *чрезвычайно осторожно* обхватила мое горло руками и сдавила его, затем ее лицо прояснилось, и она в испуге отскочила. Теперь ее дыхание стало полным. Все ее тело сильно сотрясалось при каждом выдохе. Потоки и ощущения казались сильными, судя по тому, как она вытягивала правую ногу для того, чтобы Облегчить полное проявление эмоций. Иногда ее тело на мгновение замирало в положении опистотонуса*, а затем расслаблялось. Лицо то краснело, и тогда она рыдала, то синело от злости. Это продолжалось около тридцати минут. Я хорошо знал, что теперь ее психотические идеи обострились до предела. Когда ее состояние достигло уровня эмоционального потрясения, я попросил ее попытаться остановить реакцию. Она тут же проявила полное понимание и постепенно стала успокаиваться. Мне приходилось все время держать ее за руку.

За двадцать два года психиатрической работы с психотиками и так называемыми психопатами у меня выработался определенный навык преодоления подобных эмоциональных ситуаций. Я требую, чтобы все психиатры в достаточной степени владели этим навыком. Но я также утверждаю, что нынешние психиатры не в состоянии этого сделать, и поэтому категорически возражаю против повторения моего эксперимента теми из них, кто не владеет необходимыми навыками. Я не хочу нести ответственность за несчастье, которое могло бы произойти в кабинете какого-нибудь психиатра по причине отсутствия опыта.

Если мы хотим понять мир шизофреника, нельзя судить о нем с точки зрения homo normalis; разум последнего сам требует пристального изучения. Вместо этого надо постараться понять его, когда он в *искаженной* форме выражает *рациональные* функции. Поэтому его следует рассматривать, выйдя за пределы нашего «упорядоченного» мира; *надо взглянуть на него с его собственной точки зрения.* Это нелегко. Но если пройти сквозь эти искажения, открывается широкая перспектива на громадную область человеческого существования, полную правды и красоты. Это то пространство, где зарождаются все гениальные творения.

Продолжим рассказ о пациентке.

Я спросил ее, каков смысл креста на ее груди. Я не бранил ее за то, что она напугала меня своим действием. Этим я бы ничего не добился.

Она зарделась, задрожала всем телом и схватилась за горло. Потом она сказала: «Я не хочу быть еврейкой». (В действительности она не была еврейкой.) Поскольку такое мог заявить любой шизофреник, я не пытался ее переубедить, а наоборот, воспринял ее слова серьезно. «Почему?» — спросил я. «Евреи распяли Иисуса», — ответила она. Потом она попросила нож, чтобы сделать большой надрез в виде креста на *животе.*

Ситуация прояснилась не сразу. Через некоторое время стало понятно, что она прилагала отчаянные усилия, чтобы впасть в состояние транса, но ей это не удавалось. Еще через некоторое время она сказала: «Я пыталась снова войти с ними [силами] в

* Тоническое сокращение мышц спины и шеи с запрокидыванием головы и вытягиванием конечностей. — *Прим. ред.*

контакт... но... я не могу...» Она разрыдалась. Я спросил, почему. «Вероятно, есть три причины: во-первых, я слишком сильно боролась с ними, во-вторых, крест недостаточно глубок, а в-третьих, они отвергают меня, потому что я — еврейка», — ответила она.

Существование жесткой связи между ее биофизическим статусом и данными психотическими идеями все еще оставалось непонятным. Возможно, бредовые идеи не возникали так же интенсивно, как прежде; возможно она чувствовала вину перед «силами», которым была посвящена вся ее жизнь, и, соответственно, прилагала большие усилия, чтобы, принеся себя в жертву, вновь вернуть былое их расположение. Подобные механизмы хорошо известны по так называемому «нормальному» религиозному поведению, В этом случае такая же утеря контакта с «Богом» ведет к еще большей жертве ради восстановления его благорасположенности.

А может быть, она отождествляла себя с Иисусом Христом?

Через некоторое время она успокоилась и покорно ушла домой. Почему я не отправил ее в клинику после того, что произошло? Я спрашивал себя об этом. Ответ был следующим: я знал по прошлому своему опыту работы с подобными эмоциональными ситуациями, что любая угроза лишь усугубляет опасность, и, наоборот, ситуацию может спасти только совершенно искреннее доверие к пациенту, которое тот почувствует. Почему-то я испытывал к этой пациентке большое доверие. Но риск, конечно, был велик. Существовала опасность суицида, но опасности деструктивных действий по отношению к другим людям не было. С точки зрения клинической картины она, казалось, вплотную приблизилась к важному моменту изменения своей структуры, на что указывала ее неспособность установления контакта с «силами». Это была важная победа, вселяющая надежду на дальнейшее развитие.

Одиннадцатая сессия

Когда она пришла на следующую встречу, ее глаза были наполнены веселым блеском, хотя и не без маниакального оттенка. Она много и остроумно говорила. С точки зрения терапии, когда пациент чувствует себя настолько хорошо, дальнейшее развитие невозможно. Чтобы продвинуться дальше, надо докопаться до следующего пласта конфликта и поднять энергию до определенного уровня. Эти задачи были выполнены с помощью глубокого дыхания.

Когда пациентка стала воспроизводить углубленное дыхание, у нее снова возникли сильные психотические эмоции. Она начала оглядывать комнату так, как это свойственно параноикам. Она забеспокоилась, и ее тело затрепетало. Взгляд изменился: легкомысленный вначале, теперь он был пристальным и направленным точно на раскаленную спираль электрической печи. Это продолжалось некоторое время. Затем она поборола тревогу и сказала: «У меня возникла забавная мысль... что *этот жар и солнце — тоже силы;* что они [«настоящие силы»] могли подумать, будто я предпочла их другим силам [от обогревателя и солнца]».

Я был ошарашен. Какая глубокая мысль, и как она близка к истине. Я уверяю читателей, что в то время пациентка ничего не знала о феномене оргона и что я ничего не говорил ей об этом. Истина, которой коснулось ее замечание, была следующей: если правда, что ее «силы» представляли собой искаженное восприятие собственной биоэнергии; если правда, что организмическая и солнечная энергии имеют одни и те же корни, то она высказала истинно научное и важное суждение. Может быть ее организм старался восстановить здоровье, поворачиваясь от бреда, искажающего реальность, к настоящей реальности? Очевидно, что она мучительно боролась за то, чтобы расширить границы своего восприятия реальности. Вытеснение одних «сил» другими, природными, казалось логичным шагом в этом направлении. Каким-то образом бредовые «силы» утратили свою власть над ней, что нашло отражение в ее словах: «А еще я думаю, что они вполне могут перетрахаться сами с собою!... ох, что я сказала...» После этих слов ее обуяла сильная тревога, будто она упомянула черта.

Дыхание повысило биоэнергетический уровень. Она приблизилась к источнику естественных сил, чувству «размягченности» внутри себя. Если это было так, значит силы из «запределья» утратили часть своей энергии и ослабли. Она приблизилась к реальности, к реальным жизненным силам, оргонотическим ощущениям внутри себя. Это стало важным открытием, касающимся шизофренического отклонения: бредовые «силы с той стороны» не просто психотическая конструкция, не имеющая реального основания; она, скорее, описывает глубокое, но искаженное восприятие реальности. Дальнейшее развитие должно было подтвердить или опровергнуть эту гипотезу. Позже такое доказательство действительно было найдено, что, в свою очередь, подтвердило то, что бред психотика сообщает нам важные сведения о глубинном функционировании природы. Нам надо только научиться понимать этот язык.

Наша пациентка подошла очень близко к значению своего бреда, не увязнув в нем полностью. Функцией, обеспечившей этот успех, было ее усиленное дыхание. На протяжении этой сессии у нее появлялись сильные судороги, которые она переносила гораздо легче, не испытывая при этом такой сильной тревоги, как прежде. Но когда оргонотические ощущения становились для нее невыносимыми, ее глаза заволакивались дымкой.

Я чувствовал, что она что-то хочет рассказать, но не совсем доверяет мне. Я поинтересовался, верно ли я понимаю, что она переживает конфликт, в котором замешаны «силы» и я; что она не знает, на чьей она стороне, — моей или этих «сил». Она боялась «сил», когда так сильно Молила меня о помощи в борьбе с ними. Она мгновенно и очень отчетливо поняла это. Фактически она сама дошла до этой мысли.

Судороги продолжались все время, пока она говорила, она чувствовала головокружение, и я попросил ее остановить эти реакции, что она и сделала. Наконец она без всяких подначек с моей стороны начала рассказывать, что *первый раз серьезно заболела, когда «силы» велели ей отравить всю семью газом.* Она действительно однажды вечером открыла газ, но потом сразу выключила его. Вскоре после этих слов она начала невнятно бормотать. Это звучало так, будто она исполняла мистический ритуал, пытаясь умилостивить дьявольского призрака. Она не покидала комнаты приблизительно с час, застыв в одной, похожей по характеру на каталептическую, позе и не двигаясь. Она не отвечала на мои неоднократные вопросы о том, почему она не уходит. В конце концов, она сказала: «Я не могу сдвинуться с места и сменить этого положения».

Во время этой сессии определились перспективы лечения данной пациентки:

1. Она установит больший и лучший контакт с плазматическим биоэнергетическим потоком собственных ощущений, страх «сил» уменьшится. Это также подтвердит мою гипотезу, что *«силы» при шизофрении искажают восприятие базовых оргонотических органических ощущений.*

2. Этот контакт с телесными ощущениями поможет установить необходимый уровень оргастического удовлетворения, что в свою очередь устранит застой энергии, который приводил в движение механизм существования ее бреда.

3. Неискаженные переживания телесных ощущений позволят ей идентифицировать истинную природу «сил» и постепенно разрушить бред.

Прежде чем пациентка смогла бы осуществить все это, ей необходимо было пройти через ряд опасных ситуаций. Вполне можно было ожидать появления бреда и кататонических реакций, которые сопровождали каждый прорыв сильного оргонотического потока в ее теле. Ей предстояло пережить страх, возникающий при этих ощущениях; она могла неожиданно блокировать их скованностью тела и прервать течение плазмы, превратив его в деструктивные импульсы. Поэтому «вторичные» импульсы, возникающие из блокированных первичных базовых эмоций, необходимо было прорабатывать очень осторожно, освобождать их постепенно, шаг за шагом. Эта опасность особенно усилилась, когда стали появляться первые спонтанные оргастические сокращения ее организма.

Двенадцатая сессия

Мы вплотную приблизились к обнадеживающим изменениям, а вместе с этим и к большим опасностям. Пациентка пришла на сеанс в состоянии сильнейшей тревоги и возбуждения. Она без конца задавала вопросы и долго и ожесточенно боролась с моими попытками снять горловой блок, который в этот раз был особенно жестким. Ее дыхание было совсем поверхностным, а лицо бледным до голубизны.

Она просила нож. Я сказал, что мог бы дать его, если бы она сначала рассказала, для чего он ей нужен. «Я хочу вскрыть ваш живот...» Говоря это, она указала на собственный живот. Я спросил, почему она хочет вскрыть и свой, и мой живот. «Так будет больно... вы вчера плохо спустили пар...» Она чувствует там сильное напряжение? «Да... да... это ужасно... и в горле тоже...»

Я вдруг совершенно ясно понял, почему и в каких эмоциональных ситуациях шизофреник и «социально опасный» шизоидный тип совершает убийство: когда напряжение в органах, особенно в области диафрагмы и горла становится невыносимым, возникает желание вскрыть собственный живот или горло. Японский обычай харакири представляет собой нечто подобное, замаскированное идеологической рационализацией; это крайнее проявление именно такого биоэнергетического состояния. Убийство происходит, когда импульс направлен от себя к кому-то еще. Так же, как у ребенка легко сжимается горло, когда у него возникает импульс сдавить горло матери или отца, так шизоидный убийца вскрывает чье-то горло, когда его собственное ощущение удушья становится нестерпимыми.

Мне успешно удалось заставить пациентку сделать три или четыре глубоких вдоха и выдоха. После этого возник спазм голосовой щели. Ее лицо посинело, все тело затряслось, но в конце концов спазм прошел и появились автономные движения груди и ног. Она отчаянно, но безуспешно боролась с этими движениями. Тогда выявилась тесная связь между автономными движениями и развитием ее бреда: она закатила глаза и с отчаянием спросила: «Как вы думаете, я больше никогда не смогу войти с ними [«силами»] в контакт? Вы действительно сделали это со мной?.. »

Она потеряла контакт с «силами», установив другой контакт, который ее самовосприятие связало с автономным телесным функционированием.

Я ответил: «Я не связан с вашими «силами». Я ничего о них не знаю. Я лишь пытаюсь привести вас в контакт с вашим собственным телом». Если бы я стал возражать против ее идеи о «силах» или высказывать свое личное мнение о них, она отреагировала бы враждебно, поскольку ощущала свою принадлежность к ним. Поэтому я избрал следующую тактику: оставить «силы» в покое и работать только с блоками организма, которые вызывали бред о «силах».

Через некоторое время она сказала: «Я хочу обратиться в Белльвью [психиатрическая клиника в Нью-Йорке], чтобы вернуть «силы»... Я должна их где-то найти... Они пытаются сделать меня лучше, не такой грубой, чтобы я была лучше всех...»

Здесь мы сталкиваемся с целой идеологической системой homo normalis, направленной против естественного телесного функционирования. «Силы» при психозе выполняют двойную роль: они отражают, во-первых, первичные телесные функции, особенно оргоноти-ческие, биосексуальный поток ощущений; а во-вторых — презрение к телу, «превосходство» над такими «земными» и «примитивными» вещами, как телесные побуждения. Бред сводит вместе две диаметрально противоположные функции homo normalis. Но если взглянуть на мир homo normalis извне, со стороны, это объединение имеет большой смысл: оно представляет функциональное единство добродетели, богоподобия и базовых естественных телесных потребностей. Это функциональное единство проецировалось в форме бреда преследования (персекутивного бреда. — *Прим. перев.}* «силами». Теперь, когда впервые возник контакт с телесными ощущениями, это единство расщепилось на идею «морального превосходства», противопоставленного «брутальности телесных потребностей».

При простой невротической биопатии эти связи и взаимодействия редко видны столь отчетливо. Здесь «дьявольское» четко отделено от «божественного», и такое разделение прочно и продолжительно.

Все это время пациентка сильно дрожала. Она то начинала чувствовать какие-то телесные ощущения и движения, то снова деревенела. Ее борьба впечатляла. Лицо пациентки покрылось пятнами, как при шоке. Глаза то прояснялись, то блекли. «Я не хочу быть обыкновенным человеческим существом». Я спросил, что это значит. «Человеческим существом с грубыми эмоциями». Я объяснил ей различие между первичными и вторичными антисоциальными влечениями и сказал о том, как первые оборачиваются последними. Она прекрасно поняла это. В конце концов она сдалась и расслабилась. Сильное напряжение брюшной мускулатуры спало. Она почувствовала освобождение и спокойно отдыхала.

Мы увидели, как приятные «размягчающие» ощущения, наиболее желаемые для организма, пугают и вызывают сопротивление homo normalis как против «грубой плоти», а психотиков как против «сил» зла или «дьявола»,

Я бы хотел остановиться на этом структурном функционировании закованного в панцирь человеческого существа. Для биопсихиатра с достаточно большим опытом оргонной терапии подобная дихотомия и амбивалентность отношения к собственному организму по сути означает страдание животного в человеке. Это ядро всякого животного функционирования, *отклоняющегося* от естественных законов живой материи. Это основа преступного поведения, психотических процессов, невротической омертвелости, иррационального мышления и глубинная суть расщепления человеческого разума на мир божественного и мир дьявольского. То, что называется «Богом», оборачивается «дьяволом» как раз из-за этих отклонений функционирования живого, то есть из-за «отрицания Бога». У шизофреников и естественное функционирование, и возникшие нарушения практически незамаскированы. Надо только научиться читать их язык.

«Высокое» представляется «низменным», и наоборот. Из-за расщепления структуры инстинкты обретают «низменность». Исходно «высокое» и «божественное» становится недостижимым и оборачивается в «дьявольском» виде. «Бог» справедлив внутри homo normalis, но он превращает «божественное» в «дьявольское»; «божественное» становится чем-то недостижимым, тем, что напрасно ищут. Какая трагедия! Ведь не кто-нибудь, а сам человек, как животное существо, создавало свои жизненные философии и религии, так значит правда и то, что любая дихотомия в идеологиях и мыслях возникает из этого структурного расщепления с его неразрешимыми противоречиями.

Болезненная дилемма между Богом и Дьяволом разрешается без страданий и ужаса, если человек смотрит на нее, оставив рамки механистично-мистического образа мыслей, если он придерживается точки зрения естественного биофизического функционирования, что было ясно продемонстрировано. Однако необходимы дальнейшие исследования.

А теперь снова вернемся к нашей клиентке.

За последние несколько сессий у меня сложилось впечатление, что когда пациентка выходила из болезненного состояния, она сталкивалась с одним из двух возможных последствий: она могла либо впасть в ступор, внезапно полностью восстановив панцирь против плазматических потоков, либо стать невротичной, перед тем как достичь удовлетворительного состояния здоровья. В реальности процесс стал развиваться в обоих направлениях, но совершенно неожиданным образом.

Тринадцатая сессия

В этот день на встречу со мной пациентка пришла с неохотой. Ей хотелось лишь поговорить. Накануне, после сеанса, все казалось «нереальным, будто все вещи и всех людей оградила стена... эмоций вообще не осталось... Как это я могла в таком состоянии так четко все воспринимать, несмотря на эту стену?»

Я объяснил ей, что она разрядила огромное количество энергии, поэтому самые плохие симптомы временно исчезли; но ее внутренняя бесконтактность оказалось о6i гаженной. Она хорошо поняла мое объяснение, что отсутствие реального контакта в определенном слое структуры заставляет ее чувствовать все окружающее «как бы сквозь стену». «Да, — сказала она, — я не могу свободно двигаться, все движения даются мне с трудом, я не могу переставлять ноги или идти побыстрее...».

Такие отклонения нельзя понять, если не знать об аноргоноти-ческих приступах, которые очень часто сопровождаются сильнейшими эмоциональными потрясениями, это случается и при простой невротической биопатии. По-видимому, организм не привык к сильным эмоциям и поэтому отчасти лишается подвижности.

Оргастический рефлекс пациентки в этот день стал полнее и сильнее. Ее лицо заметно зарумянилось, синюшность не проявлялась, судороги не сдерживались и не сопровождались сильной тревогой.

Через некоторое время она сказала: «У Вас греческие глаза... **Вы** имеете какое-то отношение к греческим богам?.. О, Вы похожи на Иисуса...».

Я ничего не ответил, предлагая ей, таким образом, продолжать говорить. «О, мне надо многое обдумать... есть так много эмоций, противоречий... Что такое расщепление личности?»

Я объяснил ей, и она поняла, что человек чувствует себя так, будто он расколот надвое, и что он действительно расщеплен, когда воспринимает происходящее вокруг, но в-то же время чувствует, что огорожен стеной. Ближе к концу сессии она забеспокоилась; несколько раз по всему ее телу пробежали конвульсии. Она спросила меня, что я подразумеваю под словами «застой энергии». А затем сразу спросила, почему я заинтересовался ее «силами».

У меня возникло впечатление, что ее организм начинает связывать «силы» с восприятием потоков. Ее блестящий интеллект, похоже, помогал объединить иллюзию и понимание иллюзии в одно целое. Это была работа, направленная в ту же сторону, что и наши усилия, то есть в сторону преодоления расщепления, которое отделяло ощущения организма от ее самовосприятия. Ее следующие слова вроде бы не имели отношения к происходящему: «Я часто вижу белокурых девушек-христианок... Я завидую им...». «Но вы же сама — белокурая девушка-христианка», —сказал я. «О, нет, я темная еврейка».

Четырнадцатая сессия

Три дня после этой встречи она чувствовала себя хорошо. «Силы» не появлялись; она не тосковала по ним. Она ходила с подругой в кино, в музей и каталась на велосипеде.

В день нашей встречи она хорошо выглядела, но не хотела глубоко дышать; она напрягала грудь и обрывала вздох. Я не мог понять ее реакции. После продолжительного разговора она сказала: «Когда мы были в кино, у меня появилось прежнее чувство к подруге, которое было до того, как я впервые попала в клинику... Вы мне сегодня не нравитесь...»

Ее бедра были крепко закованы в панцирь, особенно глубокие приводящие мышцы этой области. Такой тип панциря хорошо знаком любому опытному оргонному терапевту как признак сильного генитального возбуждения, которое пытаются побороть. «Давление на эти места вызывает отвратительные чувства... извращенные чувства...»

Она выдвигала некоторые гомосексуальные идеи в противовес сильным естественным генитальным импульсам. В этот день она отчасти отдалась своим ощущениям и продолжала чувствовать себя освобожденной и счастливой.

Родственники, которые привели ее ко мне, позвонили и сообщили, что ей стало гораздо лучше. Я, однако, знал, что именно теперь надвигается огромная опасность, которая сопряжена как раз с таким видимым улучшением. Организм, не привыкший к функционированию на сдхшь высоком энергетическом уровне, еще не готов принять

такой объем хорошего самочувствия и удовлетворения. Как мы увидим далее, мои опасения подтвердились.

Пятнадцатая сессия

Опытный оргонный терапевт проявит огромную осторожность, продолжая курс лечения, если столь значительные улучшения состояния пациента происходят столь внезапно. Пока базовая оргастическая тревога не проявит себя и не будет пережита, остается серьезная опасность полной регрессии или рецидива, а в тяжелых случаях и суицида. Впервые такая опасность появилась в случае шизофрении. Поэтому были приняты все необходимые предосторожности.

Пациентка пришла ко мне на встречу с ясными, счастливыми глазами и на протяжении сессии находилась в совершенно здравом уме и хорошем самочувствии. Она проконсультировалась со мной относительно диафрагмы и других моментов психической гигиены, но сильно воспротивилась глубокому дыханию, заблокировала дыхание в горле и напрягла мышцы в области рта. Вскоре на ее лице проявилась пренебрежительная улыбка; она поняла, что произошло. Тогда она поддалась, и очень скоро во всем теле возник тремор, а лицо покрылось пятнами, как при шоке. Глаза опять закатились; она производила впечатление человека, переживающего глубокий уход в себя. Было совершенно очевидно, что она испытывает какие-то очень сильные телесные оргонотические ощущения. Я спросил ее, пришла ли она в контакт с «силами». «Да, почти... », — ответила она. Теперь было ясно, что «силы» есть не что иное, как оргонотический поток ощущений в ее теле.

После сессии она еще очень долго оставалась в комнате. Я позволил ей находиться в кабинете до конца своего рабочего дня, а если бы ей понадобилось, то и дольше. Находясь в соседней комнате, я вдруг услышал странный шум. Войдя в свой кабинет, я увидел разбросанные по полу подушки и матрасы, перевернутый электрокамин и стул, стоящий одной ножкой в пепельнице.

«Мне велели сделать все это «силы»...» -— тихо сказала она. Я попросил ее не расстраиваться, но в следующий раз предупредить меня, когда «силы» захотят от нее чего-нибудь подобного. В конце концов, это же мое имущество, и оно не принадлежит «силам». Она тупо и отстранение ответила «Да».

Шестнадцатая сессия

То, что пациентка сделала накануне, выявило в ней сильный импульс ненависти ко мне. Согласно старому правилу анализа характера, перешедшему и в оргонную терапию, нельзя продвигаться

дальше, пока не прояснилась позиция ненависти. Поэтому я перестал предпринимать что-либо в направлении работы с телом, а занялся анализом характера. Я сказал пациентке, что она относится ко мне с пренебрежением. Может быть, она вообразила себе, что живет в моем доме? Да, она чувствовала, что это именно так. Теперь она мстила мне таким способом, поскольку была очень чувствительна. Она совсем не получала любви от матери, та всю жизнь только придиралась к ней и девочка уходила в фантазии, где появлялись «силы». Пациентка слушала мои объяснения с презрением на лице. Я сказал ей, что прежде, чем мы сможем двинуться дальше, ей необходимо преодолеть это отношение. В противном случае мне придется расстаться с ней.

Спустя некоторое время она уступила и убрала презрительное выражение с лица. Но ее отношение было наполнено смыслом и было типичным для подобных ситуаций. Такое происходит довольно часто, когда пациент проявляет презрительное отношение к терапевту после прорыва оргонотического потока; это характерно для всех случаев, включая невротические. Таким образом данная реакция типична и созвучна ненависти и презрению, которые импотентный и закованный в панцирь индивид испытывает к здоровым людям и генитальной сексуальности; здесь обычно имеет место антисемитизм,

как у евреев, так и у людей другой национальности. Презрение, как правило, группируется вокруг идеи о том, что терапевт, имеющий дело с естественной генитальностью, — «сексуальная свинья».

Пациентка приняла мои объяснения, но заявила, что не хочет отказываться от «сил».

Ситуация в целом выглядела достаточно ясно: естественная генитальность угрожала своим прорывом и требовала удовлетворения. Организм не был в состоянии устоять перед сильным возбуждением. С учетом того, что она ослаблена шизофреническим расщеплением, ее импульсивность, с которой однажды и началось это самое расщепление, усилилась. Поэтому была определена следующая задача: во-первых, открыть энергетический клапан организма, то есть самоудовлетворение, во-вторых, побудить ее собраться с силами, чтобы не допустить отката назад, путем проработки ее ненависти ко мне, и в-третьих, предупредить, насколько это возможно, любую попытку уйти от испытываемых ею чрезвычайно обостренных органических ощущений в бред.

3. ВЫРАЖЕНИЕ ОТСТРАНЕННОСТИ ВО ВЗГЛЯДЕ ШИЗОФРЕНИКА

Хорошо известно, что шизофрению можно диагностировать, внимательно наблюдая за выражением глаз человека. Взгляд шизоидного характера и больных шизофренией обычно «отстранен», глаза таких людей выражают, что они «не здесь». Кажется, что психотик смотрит сквозь вас, но при этом отлично видит что-то в отдалении. Такой взгляд имеет место не всегда. Когда пробуждаются эмоции или в разговоре затрагиваются серьезные темы, взгляд «отстраняется».

То же выражение глаз можно заметить у по-настоящему великих ученых или артистов, к примеру, Галлилея или Бетховена. Я бы рискнул предположить, что выдающиеся в науке или искусстве люди глубоко поглощены своими внутренними созидательными силами; они сами, как и их чувства, отстранены от мелочности повседневной суеты ради полноты и совершенства их творчества. Homo normalis не понимает этой отстраненности и склонен называть это «сумасшествием». Он называет психотика «сумасшедший», поскольку тот чужд ему и угрожает его заурядности. Психотик глубоко погружен в свою внутреннюю жизнь, неотъемлемую часть которой составляют силы; он прислушивается к ним так же, как это делают гении, но здесь существует коренное отличие: гении, благодаря контакту с силами, приходят к великим достижениям, а шизофреник запутывается в сетях «сил», поскольку из-за собственной расщепленности боится их и никак не связывает с биоэнергией, как это происходит в творческой человеческой структуре. Но отстраненное выражение глаз и в том, и в другом случае вовсе не признак безжизненности, пустоты, садизма или тупости невротического характера, у которого совсем нет контакта с биоэнергией.

Я хорошо знаком с этим симптомом, поскольку проработал около двадцати лет в Венской психиатрической клинике прежде, чем произошла моя встреча с пациенткой, о которой мы говорим. Но я ничего не знал о его функциональном назначении в механизме бреда и дезориентации. У нашей пациентки этот симптом проявлялся очень отчетливо. Когда «силы» приближались, ее глаза затуманивались, их выражение становилось таким, словно она смотрит куда-то вдаль, а когда ощущения «размягченности» становились очень сильными, глазные яблоки еще и закатывались вверх. Я решил сконцентрировать внимание на этом симптоме и, если возможно, снять го, поскольку он представлялся мне важным механизмом, при помощи которого она отключалась.

Семнадцатая сессия

Войдя в комнату, она спросила: «Смогу ли я снова стать сиделкой? Мои дела очень плохи...» Она никогда не была ни медсестрой, ни сиделкой. Я ответил, что не знаю. В настоящий момент мне надо было выяснить, почему она закатывает глаза, когда ее

охватывают «силы». В оргонной терапии говорят мало, здесь пациенту предлагают принять именно то положение, которого он старается избегать. В соответствии с этим я велел ей закатить глаза. Вначале она явно засомневалась, и когда глазные яблоки заняли определенное положение, она вдруг испугалась и сказала: «Это то положение, в котором я обычно отключаюсь... теперья это поняла...» Я предложил ей попробовать еще раз. Она попыталась, но снова испугалась. «Мы договаривались, что не будем трогать «силы»... — сказала она, — я не хочу отступаться от них».

В этот день я больше не пытался уговорить ее. Но у меня возникла одна мысль, к которой я все время возвращался: *не могут ли приступы шизофрении или шизофренический процесс иметь локальную фиксацию наподобие других болезненных симптомов: анорексии, головной боли или сердцебиения ? И не основание ли это мозга, где пересекаются глазные нервы?*Обосновано ли предположить, что шизофрения — действительно «заболевание мозга», вызванное специфическим эмоциональным сдвигом, сопровождаемым *локальным сокращением определенных областей мозга, обусловленным сильной тревогой'?* Многие симптомы шизофрении кажется подтверждают правомочность такой гипотезы: типично шизофренический взгляд, дегенеративные процессы мозга, обнаруженные у людей, хронически страдающих шизофренией (в таких случаях имеют место вторичные структурные изменения тканей, подобные тем, что происходят при кальцинозе кровяных сосудов, возникающем из-за хронического тревожного спазма сосудистой системы), Многие пациенты, страдающие шизофренией, сообщают, что в моменты приступа болезни они ощущают некую пелену или «сплющенность» в области лба. Это представляется важным звеном в цепи рассуждений.

Восемнадцатая сессия

Пациентка пришла на сеанс в хорошем самочувствии. Она работала над выражением своих глаз. Я опять попросил ее отключиться и войти в контакт с «силами», закатив глаза и воспроизведя пустой, отсутствующий взгляд. Она с готовностью выполняла все мои требования, но когда ее глаза почти приняли заданное положение и выражение, она встревожилась и остановилась. Казалось, мы были на правильном пути. Вдруг она без всякого повода заявила: «Это вы внушаете мне все, что со мной происходит».

Это заявление имело явную интерпретацию: произвольное закатывание глаз запускает механизм шизофрении. Поскольку я подстрекал ее на это действие, именно я оказывался тем человеком, который внушает ей все происходящее. Идея о том, что она попала под мое влияние, зародилась в ней, когда она приняла чисто биофизическую позу. Это положение тела обычно переводило самовосприятие в область «запредельного» и таким образом вызывало мысль о постороннем влиянии на нее. Подобный механизм действует во многих, если не во всех, случаях мании преследования.

Я рискнул сделать предположение, что «отключение» было обусловлено локальным спазмом нервной системы в основании мозга. Согласно этому предположению, данный спазм выполнял ту же функцию, что и все другие биопатические сокращения: он предохранял организм от слишком интенсивных телесных потоков и ощущений. Так, впервые, я получил надежное основание для оргонотического понимания процесса шизофрении.

4. ПРОРЫВ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ И ПЕРВОЕ ПОНИМАНИЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ

Необходимо всегда помнить, что экспериментальная оргонная терапия, о которой мы сейчас говорим, строится не на психологическом основании. Напротив, все психологические проявления шизофренического процесса осмысливаются в свете глубинных биофизических процессов, лежащих в основании и определяющих

функционирование психики. Мы предположили, что область психического гораздо уже, чем область биофизического функционирования; что психологическое функционирование выполняет лишь роль самовосприятия или восприятия объективного биофизического функционирования плазмы. Таким образом, шизофреник будет впадать в состояние деперсонализации, когда его самовосприятие захлестывается сильными ощущениями оргонотического потока плазмы; здоровый генитальный характер будет чувствовать себя хорошо, счастливо и сбалансированно под воздействием оргонотического потока.

Мы подходим к шизофрении не с психологической, а с биофизической точки зрения, пытаясь понять психические нарушения, исходя из дисфункции плазмы, а космические фантазии шизофреников в терминах функционирования истинной космической оргонной энергии, которая управляет организмом, хотя шизофреник воспринимает собственную телесную энергию психотически искаженным образом. Более того, мы не уверены, что психологическое объяснение шизофренических представлений может выйти за пределы смысла слов и исторических событий. Оно не подходит для чисто физических и биофизических процессов, поскольку эти представления находятся за пределами идей и слов. Все это составляет то, что на самом деле можно назвать «глубиной» мира шизофреника в противоположность поверхностному миру невротика.

Шизофрения не психологическое, а биофизическое заболевание, охватывающее и психический аппарат. Для того, чтобы понять этот процесс, знания о функционировании оргонной энергии оказываются незаменимыми. Ядро проблемы — нарушение целостного оргонного функционирования и субъективное восприятие этого нарушения. Определенные симптомы шизофрении, такие, как дезориентация, переживание «мировой катастрофы», потеря способности к ассоциациям, утрата смысла слов, потеря интереса и т.д., являются вторичными реакциями на расстройство базового организмического биологического функционирования. Другие симптомы, такие, как отсутствующий взгляд, транс, автоматизмы, **восковая гибкость,** каталепсия, замедленность реакций, и т.д. представляют собой определенные проявления биофизического отклонения и не имеют ничего общего с психологией. Отвод либидо от внешнего мира — результат, а не причина заболевания. Значительное ухудшение состояния организма на поздних стадиях процесса происходит из-за хронического сжатия витального аппарата, как при раковой биопатии, хотя одно отличается от другого по истокам и функционированию. Сжатие пораженного раком организма не происходит из-за конфликта с социальными институтами, провоцирующими «уход». Сжатие шизофренического организма изобилует конфликтами с социальной системой, на которые организм реагирует специфическим расщеплением.

Если мы не усвоим, в чем состоит различие методов и подходов, то не сможем получить никаких практических результатов. Мы запутаемся как в отношении природы шизофрении, так и ее функционирования. Поэтому прежде, чем вернуться к нашему случаю, необходимо резюмировать вышеизложенные факты. Они свидетельствуют, что явление, обычно называемое «шизофреническим процессом», является смесью объективных биофизических процессов, психологического восприятия этих процессов и реагирования на них. Последний, но совсем немаловажный третий элемент был неизвестен до того, как произошло открытие атмосферной оргонной энергии.

То, о чем я расскажу, может показаться невероятным. Поэтому я хочу заверить читателя, что у меня не было ни малейшего представления о существовании таких механизмов. Но описанное в данном случае нашло подтверждение и в нескольких других случаях шизофрении. Можно сказать, что в реальности этих фактов больше нет сомнений ни с клинической, ни с оргонно-терапевтической точки зрения.

Пациентка пришла на *девятнадцатую сессию,* будучи спокойной и собранной, но несколько не в себе. Ее речь была очень замедленной, будто ей приходилось преодолевать значительное препятствие. Она сказала, что переживает сильнейшую депрессию. Накануне она ходила за покупками — впервые за много месяцев накупила множество вещей, получила наслаждение, какого никогда раньше не испытывала, показала покупки

подругам и хорошо спала. На следующее утро, однако, она почувствовала опустошенность и сильную усталость. Она ощущала «пустотность», ей хотелось сидеть тихо где-нибудь в укромном углу «и не двигаться с места». «Любое движение требовало неимоверных усилий». Она хотела быть собой. Она производила впечатление наступления кататонии с ее неподвижностью и упорством.

«Все слишком отдалилось... Я смотрю на себя как бы со стороны... я ясно ощущала раздвоение: тело здесь, а душа там... [говоря это, она указала на стену]... Я хорошо знала, что я — один человек... но я была вне себя... возможно там, где были «силы»...»

Ее глаза беспокойно шарили по стенам. Затем она внезапно спросила: «Что такое северное сияние? [очень медленно, словно с трудом превозмогая себя]... я однажды слышала о нем... узоры и волнистые линии на небе... (она опять пошарила глазами по стенам комнаты, словно что-то искала с совсем отсутствующим видом)... я слышу вас, я вижу вас, но как-то издалека... с очень большого расстояния... я прекрасно знаю, что сейчас меня трясет, я это чувствую... но это не я, это что-то иное... [после длинной паузы]... мне бы хотелось избавиться от этого тела; оно — не я; я хочу быть там, где «силы»...»

Я в не свойственной профессионалу манере был глубоко тронут, став свидетелем столь недвусмысленного переживания шизофренического расщепления и деперсонализации. Впервые за мою долгую практику подобное явление столь явно происходило прямо на моих глазах. Я объяснил ей, что она переживает расщепление, которое произошло с ней в детстве. «Это то, что они называют расщеплением личности?» — спросила она. Пациентка не связывала свои слова с тем, что я только что ей говорил. «Все те девушки (в психиатрической клинике) говорили об этом... это то самое?»

Такие пациенты, как правило, переживают расщепление организма очень отчетливо, но не в состоянии ни постичь, ни описать его разумно. Пока она говорила, все ее тело сотрясала сильная дрожь; она удерживала грудь в выпрямленном положении, то есть в положении вздоха, и изо всех сил боролась, чтобы не сделать полного выдоха. В ходе тщательного исследования я выяснил, что она совсем не воспринимает задержку дыхания, грудь, казалось, была исключена из самовосприятия. Глаза затуманились, лоб приобрел голубоватый оттенок, щеки и веки покрылись пятнами. «Мой мозг опустел... это никогда не происходило так сильно...» Я спросил, были ли у нее раньше такие приступы. Она ответила утвердительно. Я объяснил ей, что этот приступ не сильнее предыдущих, но просто более открыт ее самовосприятию.

Она повторила: «Что такое северное сияние?.. Я должна подготовиться к тому, чтобы стать одной только душой... моего тела нет...» Потом ее речь стала неразборчивой.

Этот сеанс определенно стал самым ключевым в ходе ее лечения, и я должен добавить, что он оказался самым поучительным за всю мою медицинскую практику. Давайте остановимся, чтобы понять, что же происходило. Для равнодушного психиатра из психиатрической клиники, который может наблюдать подобное несколько раз на дню, это не значило бы «ровным счетом ничего», кроме еще одной «сумасшедшей выходки безумного человеком». Для нас же это переживание живого организма полно смысла и глубоких тайн. Я постараюсь связать эти явления с тем, что нам известно из оргонно-биофизического функционирования организма. Насколько я знаю, ни психология, ни химия, ни классическая физика не смогли бы дать никакого удовлетворительного истолкования.

Почему наша пациентка упоминала северное сияние в связи с деперсонализацией? Что она имела в виду, когда сказала, что нашла «себя», свою «душу» там, где должны были быть ее «силы»? Что значит это ее «там»?

Здесь надо вспомнить, что подобные переживания описывались великими мистиками и спиритуалистами, например, Сведенборгом. Если с усмешкой отмахнуться от таких вещей или игнорировать их с чувством собственного превосходства, то мы ничего не поймем. Я призываю вас придерживаться логических выводов, от которых не

отвернешься: живой организм не может переживать того, что не было бы подкреплено реальностью. Исследуя мистические переживания научными методами, мы не предполагаем, что существуют сверхъестественные силы. Нам надо понять, что происходит с живым организмом, когда-он говорит о чем-то «запредельном», о «духах» или о «душе вне тела». Бесполезно стараться преодолеть суеверие, не поняв, что это такое и как оно действует. В конце концов, мистицизм и суеверие охватывают умы подавляющего большинства людей, разрушая их жизнь. Игнорировать подобное, называя «притворством», вслед за невежественным и самонадеянным человеком, значит не добиться ничего. К пониманию мистических переживаний мы должны подходить серьезно, но не позволяя себе встать на мистический путь.

Пациентка проецировала часть своего организма на стены и наблюдала за собой оттуда. Если бы нам понадобилось точно описать происходящее, пришлось бы сказать, что ее самовосприятие проявилось там, где обычно появлялись «силы» — то есть на стенах комнаты. Поэтому напрашивался вывод, что «силы» представляли собой определенную функцию ее собственного организма. Но почему на стенах?

Звуки голосов извне и какие-то образы на стенах — обычные шизофренические переживания. В основе этого должна лежать определенная базовая функция, которая «отвечает» за эти типичные явления. Проецирование определенной функции вовне, как правило, вызывает чувство раздвоенности. В то же самое время хроническое расщепление личности, или, другими словами, лишенность «целостного организма», представляет собой фон, на котором происходит острое расщепление.

Психоанализ объясняет механизм проекции в терминах вытесненного влечения, которое приписывается другим людям или чему-то вовне, и это относится только к проецируемой идее о чем-то внутреннем, но не истолковывает функционирования проекции по существу, независимо от проецируемой идеи. Проецируемые идеи варьируются от пациента к пациенту, а механизм проекции остается одним и тем же. Поэтому сам механизм гораздо важнее, чем содержание. Важно знать, что преследователь в паранойяльном бреду представляет собой любимый гомосексуальный объект; но почему одно человеческое существо проецирует свое гомосексуальное желание, в то время как другое только вытесняет его и превращает в какой-то тип симптома? Содержание в обоих случаях одно и то же. Поэтому очень важно понять *отличие,* то есть *механизм проекции, способность проецировать.* Как раз это остается понятым не до конца.

Давайте серьезно рассмотрим проявления нашей пациентки. Поверим тому, что она говорит, каждому ее слову. Впоследствии мы сможем определить, что искажение, а что соответствует реальности. Больше всего поразило положение о том, что восприятие используется «оттуда, где находятся «силы». Как будто восприятие локализовалось где-то за пределами поверхности тела. Совершенно очевидно, что здесь должно было иметь место тяжелое нарушение внутренней способности к самовосприятию, иначе как можно было ощутить «себя со стороны». Это внутреннее нарушение является, как мы уже выяснили, результатом отделения самовосприятия от объективного биофизического процесса, который приходится переживать. В здоровом организме они объединены в единое переживание. У закованного в панцирь невротика биофизические ощущения вообще не возникают, плазматический поток в значительной мере сокращается, и соответственно слабеет самовосприятие («бесчувственность»), У шизофреника напротив, плазматический поток остается сильным и незатронутым, но его субъективное восприятие повреждено и расщеплено. Функция восприятия не вытеснена и не объединена с потоком, при шизофреническом переживании она как будто «бездомна». Поскольку субъективное восприятие не связывается *перцептивно* с объективным плазматическим потоком, вроде бы понятно, что шизофреник ищет объяснение тем переживаниям, которые он не воспринимает как свои собственные.

Эта ситуация вызывает свойственное для шизофреника замешательство, которое возникает, когда разобщенность возбуждения и восприятия усугубляется. Он

воспринимает нечто чуждое для него и не может обнаружить причины, из-за которой возникло такое переживание; люди не понимают его, терапевты называют его «сумасшедшим» — все это только усугубляет его замешательство, тревога и беспокойство становятся логичным продолжением этого состояния. Шизофреник слышит, что ему говорят, но, поскольку его самовосприятие отделено от его внутреннего биологического процесса, звуки кажутся незнакомыми и удаленными от него, слова теряют связь с тем, что они обозначают, как это верно описал Фрейд, — таков первый этап дезорганизации речи. На примере нашей пациентки ясно видно, что ее речь превратилась в бессвязное бормотание именно тогда, когда смещение ее самовосприятия «на стены» произошло в максимальной степени.

Переход базового шизофренического расщепления в пиковое состояние острого переживания сенсорного бреда, такого, как обнаружение «себя вне себя», требует определенного телесного функционирования. У нашей пациентки это проявилось как сильная заблокированное^ дыхания, направленная против мощи плазматических ощущений, являющихся *прямой* причиной проекций. *Бе рассудок совершенно очевидно был в шоковом состоянии из-за недостатка кислорода, вызванного заблокированностъю дыхания.*

В связи с этим я вспоминаю свой личный опыт, который я пережил около двадцати восьми лет назад, находясь под общей анестезией. Я твердо намеревался пронаблюдать переход к бессознательному состоянию. Когда я очнулся, мне удалось вспомнить лишь небольшой фрагмент этого переживания. Больше всего мне запомнилось, как голоса людей в комнате удаляются все дальше и дальше, становятся все менее реальными; более того, я чувствовал себя так, будто мое воспринимающее эго удалилось на значительную дистанцию. Деперсонализация вызывает эффект, подобный центральному эффекту наркотического воздействия, переживаемого в следующей форме: «Я чувствую, что все еще чувствую... Я чувствую, что я чувствую, что я чувствую... Я все еще чувствую, что я все еще чувствую, что я все еще чувствую» и так далее, без конца. В то же время я ощущал отступление собственного эго на какую-то отдаленную внешнюю дистанцию, откуда каким-то образом оно воспринимало голоса, звучащие в отдалении, в то время как мое тело спало в постели.

Полная потеря самовосприятия очень похожа на то, что описывала наша пациентка. Таким образом, данное явление теряет свою таинственность.

Фактически «проекция» представляет собой процесс ухудшения способности воспринимать, ее отделение от организмического функционирования, которое должно восприниматься или обычно воспринимается. В результате возникает бредовое ощущение себя «вне организма».

Отделение функции самовосприятия от организмических функций в некоторых случаях переживается не иначе, как «душа, покинувшая тело» или «душа, существующая вне тела». Поскольку восприятие имеет лишь слабый контакт (и в конце концов теряет его вообще) с биоэнергетическим функционированием, которое оно субъективно отражает, человек испытывает типичное переживание «самоотдаление» или «я сам, перемещенный далеко на расстояние». Соответственно проекции, транс, деперсонализация, галлюцинации и т. д. в своем основании опираются на *конкретный* раскол биоэнергетической системы.

Раскол между *телесным возбуждением* и *психическим восприятием этого возбуждения* смещает телесные ощущения на расстояние. Нет особой разницы, переживается ли смещенным органическое возбуждение или его восприятие. В каждом случае налицо *блок между возбуждением и восприятием (см. рис. 12),* а не как у «холодных» компульсивных невротиков между источником энергии и ее подвижностью *(см. рис. 13).*

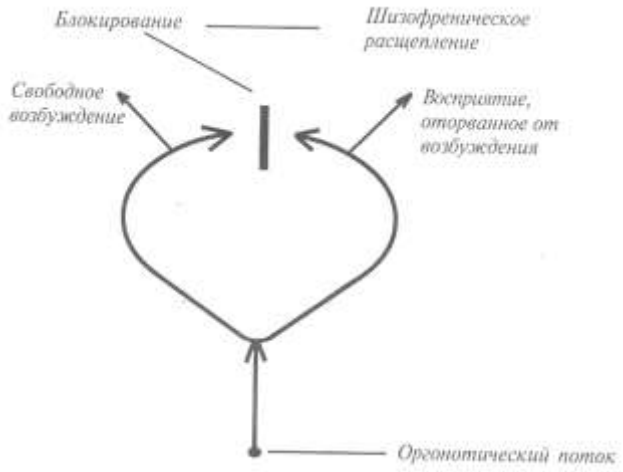


Рис. 12. ***Шизофреническое расщепление, обусловленное блокированием восприятия возбуждения; возбуждение переживается как «незнакомое», «чуждое» или «отдаленное».***

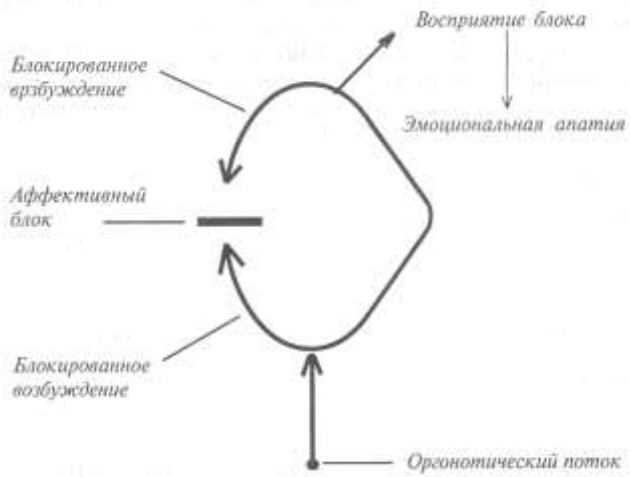


Рис.13. ***Аффективный блок компульсивного невротика, вызванный заблокированностью биоэнергии тотальным панцирем. Возбуждение не воспринимается вообще: апатия; самовосприятие полное, но «безжизненное», «бесцветное» или «пустое».***

У компульсивных невротиков поток энергии действительно ослабляется или ограничивается панцирем, едва только возрастает. У шизофреника же он не ослабевает; выработка энергии как таковая не блокируется, здесь лишь отсутствует восприятие сильного возбуждения, несомненно связанное с заблокированностью области основания мозга, особенно области глазных нервов, о чем свидетельствует типичный взгляд шизофреника. Поэтому я уверен, что *правильно* было бы искать соматическое повреждение где-то в мозге. Но ни в коем случае нельзя считать, что шизофренический процесс можно устранить путем фронтальной лоботомии. Шизофрения, как и рак, представляет собой *общий* биопатический процесс с локальными симптомами, вызванными нарушениями функционирования органов. Для шизофренического процесса неправильное определение локального мозгового нарушения столь же вредно, как и неправильное определение локального ракового образования для тотального ракового процесса. Обе ошибки идут вразрез с медицинскими задачами.

Я рассказал пациентке о своих выводах относительно ее заболевания. Она опять проявила максимум понимания, хотя ее речь в основном была сильно затруднена и замедленна.

Степень нарушения функции *самовосприятия* зависит от того, насколько сильно отделены между собой возбуждение и восприятие этого возбуждения. Диссоциация и бессвязность речи усиливаются, когда усиливается расщепление. Нормальная функция речи и ассоциирования пациентки возвращались, когда ее расщепление исчезало и она снова признавала ощущения собственного телесного потока. Это позволило сделать вывод, что функция самовосприятия в целом зависит от связи между объективным возбуждением и субъективным ощущеием возбуждения.

Чем теснее эта связь, тем сильнее функция самовосприятия. С точки зрения теории это наблюдение было очень ценным, теперь появилась возможность сделать определенное гипотетическое заключение.

5. ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ СОЗНАНИЯ И САМОВОСПРИЯТИЯ

Нижеследующие выкладки — первые пробные шаги оргономики в направлении проблемы сознания и самовосприятия. Речь здесь не идет о попытке решения величайшей в природе головоломки, а о рассмотрении проблемы самосознавания в свете более многообещающей гепотезы: *сознание является функцией самовосприятия вообще, и наоборот.* Если самовосприятие полное, сознание тоже ясное и полное. Когда функционирование самовосприятия ухудшается, функционирование сознания тоже, а вместе с ним нарушаются и все его функции: речь, ассоциирование, ориентация и т.д. Если самовосприятие не нарушено, а только отражает *ригидность* организма, как это бывает у невротиков, блокирующих аффекты, функции сознания и интеллекта тоже будут ригидными и механистичными. Когда самовосприятие отражает вялое организмическое функционирование, то сознание и интеллект тоже будут вялыми. Если самовосприятие дает смещенное, размытое отражение органического возбуждения, сознание развивает идеи о «запредельном существовании» или о «чуждых и неведомых силах». Вот почему шизофреники так легко — легче, чем любой другой вид биопатии, — поддаются ему, и вот почему на примере феномена шизофрении хорошо видна наиболее сложная и неясная проблема всей естественной науки: *способность живой материи к самовосприятию, а у высших ее представителей — способность к «самосознанию».*

Хотя самовосприятие определяет самосознание, и хотя вид самовосприятия определяется типом сознания, эти функции не идентичны. Сознание возникает как высшая функция, которая появляется в организме гораздо позже самовосприятия. Степень ясности и единства сознания, судя по исследованиям шизофренического процесса, зависит не столько от силы и интенсивности самовосприятия, сколько от того, насколько бесчисленные элементы самовосприятия интегрированы в единый образ себя. Мы можем наблюдать, как при шизофреническом приступе это единство нарушается, и как вместе с этим дезинтегрируются функции сознания. Как правило, дезинтеграция самовосприятия предшествует дезинтеграции функций сознания. Дезориентация и замешательство представляют собой первые реакции человека на нарушение самовосприятия. Мыслительные ассоциации и структурированная речь, имеющие прямую зависимость от наличия такого состояния, - следующие функции сознания человеческого существа, которые разрушаются, когда дезинтеграция самовосприятия заходит достаточно далеко. Даже тип нарушения согласованности сознания отражает тип дезинтеграции самовосприятия.

При параноидной шизофрении, когда самовосприятие нарушено в полной мере, ассоциирование и речь также бессвязны. В момент кататонического ступора, когда организм сильно и жестко сжат и неподвижен, наступает полный мутизм, то есть практически совсем отсутствует речь и эмоциональное реагирование. При гебефреническ-кой картине, когда ухудшение и смещение всех биофизических процессов происходит постепенно и также постепенно наступает улучшение, восприятие и сознание тоже, как правило, гаснут не сразу и менее эффективно восстанавливаются.

Итак, можно сделать вывод о том, что психические функции самовосприятия и сознания определенным образом связаны между собой и соответственно с определенным биоэнергетическим состоянием организма — эта взаимосвязь определяется как типом, так и степенью нарушения, если таковое имеет место. Отсюда следует, что шизофрения на самом деле представляет собой биофизическое, а не только психическое заболевание. Основу психической дисфункции, следовательно, надо искать в химических или механических повреждениях мозга и его придатков. Наш функциональный подход дает иное понимание этих взаимосвязей.

Психическая дисфункция самым непосредственным образом выражает шизофренический процесс дезинтеграции биофизической системы. Нарушение самовосприятия и сознания напрямую связано с нарушением эмоционального функционирования; однако последнее само является функцией движения оргонотической плазмы, а не структурных или химических состояний. Эмоции — это биоэнергетическое, плазматическое, а не психическое, химическое или механическое функционирование. Надо отличать биоэнергетическое, психическое и структурное функционирование от эмоционального функционирования как общего принципа функционирования. Это выглядит следующим образом *(рис. 15).*

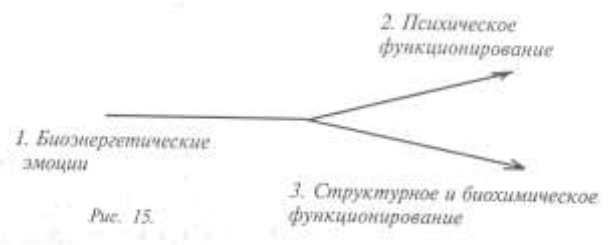


Рис. 15.

Другой дифференциации нет. Если поместить 3 вместо 1, то мы увязнем в механистичном мышлении классической психиатрии, которое ни к чему не ведет. Если же на место 1 попытаться поставить 2, то это означало бы, что эмоциональные отклонения возникают из состояния замешательства и помещало бы функции разума перед функциями протоплазмы. Это не работает и может привести только к метафизике.

Давайте попробуем понять функциональные связи между самовосприятием и биофизическими эмоциями (=движением плазмы).

В своей книге *«Раковая биопатия»* я попытался нарисовать картину развития маленького ребенка следующим образом: движения новорожденного еще не скоординированы в единую функцию и соответственно не имеют ни «цели», ни «смысла». Правда надо отметить, что реакции удовольствия и тревоги уже отчетливо оформлены, но мы не найдем здесь никаких координированных движений, которые могли бы стать свидетельством существования полного сознания или самоосознавания. Необходимо признать, что самовосприятие новорожденного уже существует и полностью функционирует, но оно еще рассогласовано и не целостно. Ручки двигаются сами по себе, как и глаза, которые еще не начали фокусироваться на объектах. Ножки совершают только бессмысленные и бесцельные движения, никак не связанные с движениями других органов. В течение первых месяцев жизни постепенно развивается координация независимых и отдельных движений. Это означает, что устанавливается какой-то вид функционального контакта между множеством органов; вместе с увеличением количества контактов появляется некоторое единство. Вероятно, мы не очень погрешим против истины, если допустим, что происходит развитие и координация функций различных ощущений. Следовательно, исходя из зависимости самовосприятия от плазматического движения, самовосприятие внутри- и внематочного существования было бы неясным и разделялось бы на множество отдельных ощущений себя соответственно с разделенностью плазматических органических движений. По мере развития

координированности движений одно ощущение начинает соотноситься с другим и со всеми остальными, пока, постепенно, не наступит момент, когда организм станет координирование двигаться как единое целое и поэтому множество разных ощущений себя объединятся в единое и полное восприятие себя в движении. Никак не раньше этого момента мы можем говорить о полностью развитом сознании. «Цель» и «смысл» биологической активности возникают как вторичное функционирование, тесно связанное с данным процессом координации. Очевидна его связь с темпом развития. У животных этот процесс идет гораздо быстрее, чем у людей, причины чему все еще не вполне выяснены. Человеческое дитя фактически не развивается, пока телесные движения и соответствующее им самовосприятие не достигнут определенного единства, а вместе с этим определенной цели и смысла.

Здесь следует заметить, что «цель» и «смысл» возникают из деятельности координации, а не наоборот. «Цель» и «смысл», таким образом, являются вторичными функциями, полностью зависимыми от степени согласованности отдельных движений органов.

Если исходить из логики и последовательности различных уровней согласованности и соответствующих функций организма, далее мы должны предположить, что *рациональность,* то есть целенаправленная и осмысленная с точки зрения окружающего мира активность и собственный биоэнергетический статус человека, тогда тоже предстает как функция эмоциональной и перцептивной согласованности. Очевидно, что рациональная активность организма невозможна, пока он не функционирует как единое хороню согласованное целое. При шизофренической дезинтеграции, отменяющей исходный процесс биоэнергетической согласованности, мы ясно видим, что рациональность, целенаправленность, осмысленность, речь, ассоциирование и другие высшие функции организма дезинтегрированы в той же степени, в которой дезинтегрирована их эмоциональная, биоэнергетическая основа.

Теперь понятно, почему шизофреническая диссоциация столь часто уходит корнями в пренатальное и раннее постнатальное развитие: каждое серьезное отклонение, которое происходит в процессе установления организмической, согласованности, составляет слабое пятно личности, где позже, в определенных эмоциональных условиях, вероятнее всего возникнет шизофреническая рассогласованность.

То, что психоанализ называет «фиксацией на младенческой стадии развития», на самом деле является нечем иным, как этой вездесущей слабостью в структуре функциональной согласованности. Шизофреник не «регрессирует в младенчество». «Регрессия» — чисто психологический термин, означающий актуальность, реальную эффективность определенных исторических событий. Детское переживание может, однако, не иметь эффективности через двадцать или тридцать дет спустя и не наносить актуального вреда процессу согласованности биосистемы. Это — реальное нарушение эмоциональной структуры, а не хроническое детское переживание, которое определяет динамический болезненный фактор. Шизофреник не «возвращается в материнскую утробу». В реальности он становится жертвой того самого раскола в согласованном организме, который он испытал, когда находился в застывшей материнской утробе; и он сохраняет этот раскол на протяжении всей своей жизни. Здесь мы имеем дело с реальным функционированием организма, а не с историческими событиями. Так, США функционируют определенным образом не потому, что этот образ сформировался из-за исторического события, которым была Декларация независимости. США функционируют так только потому, что это историческое событие стало живой, современной реальностью тех, кто живет в этой стране. Историческая Декларация независимости действует сегодня только в той степени, в которой она на самом деле закрепилась в эмоциональной структуре американцев, и не на йоту больше или меньше. Если психиатрия следует только за историческими соображениями и исследованиями, она «вязнет» с терапевтической

точки зрения. Память способна мобилизовать актуальные эмоции организма в настоящем, но вовсе не обязательно.

Оргонно-терапевтическая медицина использует не воспоминания, а реальную биопсихическую фиксацию исторического переживания; таким образом она работает с глубоко насыщенной реальностью, а не с тенями воспоминаний из прошлого. В процессе эмоционального потрясения воспоминания могут возникать, а могут и не появляться. С терапевтической точки зрения это не важно. Фактор, изменяющий человеческую структуру с «больной» на «здоровую», — эмоциональная биоэнергетическая согласованность организма. Оргастический рефлекс представляет собой всего лишь наиболее известный признак действительно успешной согласованности. Дыхание, снятие мышечных блоков, разрушение ригидного характерного панциря — только инструменты в процессе реинтеграции организма. К большому сожалению, они часто ошибочно избираются как цель терапии даже теми, кто близок к нашему полю деятельности. Ошибочное принятие инструментов медицинской практики за саму цель - результат плохого понимания, возникшего из-за недостаточно согласованных знаний об организме, то есть узости суждений, которые не учитывают широту и глубину эмоционального нарушения человека.

Если подходить к человеческому организму так узко, то нам никогда не проникнуть в базовые биоэнергетические понятия оргономик. В этом случае можно быть только знахарем или наживаться на человеческом страдании, но никогда не стать научным медицинским работником. Мне бы особенно хотелось предостеречь от каких бы то ни было попыток преодолеть шизофреническую биопатию, если не проработаны глубинные биофизические взаимосвязи между эмоциональной и плазматической активностью, восприятием и функциями сознания. Эти функциональные взаимосвязи все еще совершенно не раскрыты и не осмыслены. Мы только начинаем понимать их, и загадок еще предостаточно. Поэтому здесь важна осторожность в формулировках и заключениях. Ошибочное использование терминологии ведет нас к опасности отвлечься от основных проблем естественного функционирования. Уже можно услышать, как люди говорят, что оргонная терапия есть не что иное, как «мышечный массаж» или «работа над дыханием пациента», или что это лечение человека, страдающего от «напряжений». Склонность среднего человеческого существа избегать простых, но тем не менее основополагающих фактов путем вербализации живого функционирования является страшным и одним из наиболее вредных отношений к жизни. Дело не в «мускулах», «дыхании» или «напряжении» — дело в том, чтобы понять, *какими путями космическая оргонная энергия формирует плазматическую подвижную субстанцию и каким образом космические оргономические функции существуют и активизируются в человеческом существе,* в его эмоциях, мыслях, иррационализме, в его самых сокровенных переживаниях о себе. Шизофреническая диссоциация представляет собой только один, хотя и очень характерный, пример взаимосвязи между эмоциональным процессом живой материи и полем оргонной энергии (или эфира) вокруг нее. *Вот* в чем дело, а не в мышечном напряжении. По-видимому, положение вещей в природе таково, что живое просто функционирует и просто удовлетворено этим; размышления о собственном существовании, о его особенностях и причинах — это традиционная активность человеческого существа; но то, что ему кажется жизненно необходимым, для живого представляется сомнительным. Во всяком случае, установление государственности сводит все интересы человека к вопросам простого существования. И человеческое существо так или иначе принимает эту точку зрения *единодушно* и безоговорочно.

Для того чтобы делать хоть сколь-нибудь серьезные выводы, совершенно необходимо определить собственную точка зрения. Я хотел бы здесь подчеркнуть, что у шизофреников мы обнаружива[1] ем колоссальную глубину функционирования. Я имею в виду именно *глубину,* а не полноту. Функционирование, которое можно наблюдать в шизофренической структуре, при правильном прочтении оказывается

функционированием космических сил, то есть функционированием космической оргонной энергии внутри организма, протекающее в открытой форме. Любой симптом шизофрении будет казаться бессмысленным без учета того факта, что у шизофреника разрушена граница, которая отделяет homo normalis от космического оргонного океана; соответственно одни симптомы шизофрении вызваны интеллектуализацией этого разрушения, другие представляют собой определенные проявления слияния организмической и космической (атмосферной) оргонной энергии.

Я имею в виду такое функционирование, которое связывает воедино человека и его космический исток. В случае шизофрении, также, как в случае истинной религиозности, истинного искусства и в случае подлинного научного таланта, восприятие этого глубинного функционирования выражено очень сильно, оно просто ошеломляет. Шизофреник отличается от великого художника, религиозного деятеля или ученого тем, что его организм не выдерживает или слишком разобщен для того, чтобы быть в состоянии адекватно принять и вынести столь глобальное переживание этой идентичности внутренних и внешних функций. Бывает так, что после необычайно плодотворного периода творчества у художника или «знающего» происходит психотический срыв. Ноша оказывается слишком тяжкой; homo normalis, утратившие свое первичное восприятие, слишком осложняют жизнь таких людей и делают ее невыносимой. Окончательный срыв у таких великих людей, как Ван Гог, Гоген, Ницше, Ибсен, и многих других — дело рук homo normalis. Мистические отступления, как у Сведенборга, Лод-жа, Эддингтона, Дриша и др., произошли из-за отсутствия у них *физического* постижения космического и организмического оргонного энергетического функционирования. Это же отсутствие знания порождает механистичный панцирь у homo normalis. Но давайте вернемся к нашей пациентке.

Двадцатая сессия

Возникла новая проблема — выяснить, каков тот конкретный телесный механизм, который заложен в основу шизофренического расщепления между органическим возбуждением и восприятием этого возбуждения? Наблюдения давали четкую картину непонятного пока нарушения дыхания — имел место значительно сокращенный объем дыхания при объективно податливой груди. У скованных панцирем невротиков грудь обычно бывает жесткой; это не позволяет возникать сильным эмоциям. У шизофреника, напротив, грудь подвижная, эмоции полностью развиты, но полное восприятие этих эмоций отсутствует; наиболее типично сдерживание движений груди, которое запускает механизм, отделяющий восприятие от возбуждения. Здесь требовалось клиническое доказательство, которое было представлено при дальнейшем развитии событий.

Неподвижность груди и горла нашей пациентки в тот день была особенно устойчивой. Казалось, что через горло и гортань воздух не поступает совсем. В то же время грудная и шейная мускулатура была податливей, чем обычно. Она сказала: « Я сегодня очень чувствительна...». Попытки вызвать прохождение воздуха через горло не приносили успеха. Тремора не было, наблюдалось лишь неприязненное отношение к дыханию. «Силы» в тот день не появлялись.

Пациентка попросила разрешения выйти в ванную комнату. Она так долго находилась там, что я начал беспокоиться. Спустя какое-то время она вернулась. В верхней части живота зиял порез длиной около десяти сантиметров, пересекающий область солнечного сплетения. Она сказала: «Здесь я чувствую самые сильные эмоции...»

Я ответил ей, что подобные действия не снимут напряжения, она согласилась. Распаляться и переживать из-за ее поступка было бесполезно. Это лишь спровоцировало бы пациентку на что-нибудь более тяжкое. Если держать происходящее под контролем, то можно принять подобные действия как своеобразный способ самовыражения. Это требует, конечно, абсолютного взаимного доверия между терапевтом и пациентом,

которое может быть установлено только через проработку недоверия и достижение абсолютной искренности.

Двадцать первая сессия

Пациентка пришла на эту встречу в бодром настроении. К моему крайнему изумлению, она дышала в полную силу. Но к порезу, сделанному накануне, добавились еще три, проведенных рядом с первым. Она объяснила: «Мне пришлось это сделать по приказу «сил»; иначе они могли огорчиться тем, что я сделала мало порезов... Я должна была вырезать крест... Я боялась, что они [«силы»] не простят мне, если следующие порезы я сделаю только спустя сутки после первого...».

Было совершенно очевидно, что она порезала себя, пытаясь био-энергетически ослабить страшное эмоциональное напряжение в области диафрагмы. Именно такое поведение шизофреника называют «сумасшествием». В Японии подобное действие, только со смертельным исходом, считается «национальным обычаем». И то, и другое, по сути дела, имеет одну и ту же природу; у шизофреника это действие направлено на устранение невыносимого эмоционального напряжения в верхней части живота.

Мне показалось, что в этот день в незначительной степени проявился психотический бред. Она сказала мне, что в течение дня «силы» не появлялись. Она была способна в полной мере ощутить собственное эмоциональное возбуждение. Контакт между возбуждением и восприятием, казалось, был восстановлен, и это осложняло ее привычное восприятие потока в качестве внешних «сил». Она все еще боялась «сил», не ощущая доверия к сложившейся ситуации. Прежнее требование, поступающее со стороны «сил» «принести себя в жертву», теперь можно было объяснить стремлением высвободить сильное эмоциональное давление, вскрыв ножом «тесную оболочку». Это лишь укрепило уверенность в том, что оргонно-биофизические исследования прольют свет на природу других биопатий, к примеру, на мазохизм: сильные эмоции соответствуют расширению плазматической системы. В условиях некоторого сжатия органов, возникает чувство, что произойдет «взрыв», если при этом способность к разрядке блокируется. В таких ситуациях наблюдается само-разрушаюшее поведение, суицид, самобичевание. С биоэнергетической точки зрения возникает необходимость прорвать нестерпимо узкую оболочку.

Улучшение оказалось непродолжительным. Я могу сказать, что никогда раньше не сталкивался с такой явной неспособностью био-патического организма к полноценному здоровому функционированию. В целом биопатическая структура пригодна лишь для биопатй-ческого функционирования, она не способна справиться с сильными естественными эмоциональными переживаниями и управлять ими. Выяснилось, что существуют две четко дифференцированные группы человеческих существ: с панцирем и без него. То, что кажется простым и самоочевидным для людей без панциря, практически неприемлемо и невыносимо для людей с панцирем, и наоборот. Определенный образ жизни требует определенной структуры характера; это верно для обоих случаев. Наша пациентка не была способна к здоровому функционированию. Теперь мы можем четко представить, насколько бесполезны обычные методы психической гигиены перед лицом данной неспособности к здоровому функционированию. Обеспечивать здоровые условия закованному в панцирь организму — все равно, что просить хромого танцевать. Способы рациональной психической гигиены совсем нелишни, однако необходимы такие меры, которые позволят разрушить панцирь человеческих существ в массовом масштабе и прежде всего необходимо предотвратить биопатичес-кое образование панциря у новорожденных детей. Масштаб и глубина этой задачи очевидны.

Двадцать вторая сессия

Реакции пациентки, особенно ее речь, были очень замедленны. Даже произнесение простых слов требовало некоторого времени, она была не в силах выговаривать их. Ее

лицо застыло, лицевая мускулатура ей не подчинялась, она знала ответы на мои вопросы, но не могла их выразить. Пациентка находилась в состоянии сильного смятения и полной опустошенности, она была бледна и покрыта белыми и голубоватыми пятнами.

Пациентка с трудом выговорила: «Я могу двигаться, только если напрягу все свои силы... почему мне так трудно дается каждое движение?.. Что со мной? Со мной уже так было, но я никогда не ощущала все так отчетливо...»

Я сказал ей, что вчерашнее полное дыхание исключило возможность появления «сил». Она встала и хотела уйти, но опустилась обратно на кушетку.

Я прощупал ее лицевую мускулатуру, несколько раз поднял ей веки, пошевелил кожу лба. Это немного помогло, но кататоничес-кий приступ продолжался. По-видимому, она реагировала анорго-ническим приступом на сильные эмоции, которые переживала накануне. Хотя она сохраняла неподвижность, ее ум был ясен, она знала, что собирается сделать. К концу она все еще чувствовала «опустошенность», но впечатление «отстраненности» несколько притупились. «Если я выздоровею и совершу убийство, меня осудят. Сегодня мальчиков казнили на электрическом стуле...». (В тот день действительно привели в исполнение несколько приговоров.)

Приступ каталепсии во время сессии был вызван разрушением некоторых глубинных блоков. Медицинскому оргонному терапевту хорошо известно, что каждый скрытый в глубине патологический пласт рано или поздно должен обнаружиться. Этот процесс не вмешивается во внешнюю жизнь. В этот день она, как обычно, работала в офисе и была вполне организованна.

Когда я вышел, пациентка оставалась в кабинете. Вернувшись через десять минут я обнаружил ее, свернувшуюся калачиком, обхватившую колени руками. Она не могла двинуться. «Я молила Бога, чтобы вы пришли и освободили меня из этого положения... Я неожиданно потеряла способность двигаться...»

Я помог ей встать и подвигаться. Она сказала: «Мне показалось, что это могли со мной сделать «силы», но я не уверена...». После этого у нее затряслась голова. Спустя некоторое время она полностью овладела собой и ушла, заверив меня, что чувствует себя хорошо.

Двадцать третья сессия

В определенных кругах бытует ошибочное мнение, что в оргонной терапии важнее всего установить оргастическую потенцию, а остальное второстепенно. Действительно, установление оргастической потенции остается главной задачей нашей техники. Но достижение окончательного успеха зависит от выбора способа, с помощью которого выполняется данная задача. Очень важно преодолевать все эмоциональные блоки организма и тревогу, связанную с каждым отдельным блоком, постепенно и тщательно — только так можно добиться устойчивых результатов. Наша пациентка была близка к конечной цели терапии, но интерполированные механизмы заболевания были самым значительным препятствием, которое предстояло преодолеть, чтобы временный успех стал стабильным. В отдельных случаях можно легко достичь высвобождения сдерживаемой энергии, но если основные блоки остались незатронутыми, то прежние эффекты появятся вновь. Поэтому мы обязаны постепенно и тщательно проработать каждый уровень блокировки по отдельности. Биофизические блоки, которые препятствуют свободному потоку телесной энергии, определяют картину расположения различных видов симптоматики.

Я знал, что наша пациентка склонна к кататоническому ступору. Следовало добиться полного развития этой тенденции — она должна была полностью обнаружить себя, чтобы появилась возможность ее преодолеть. Главная опасность была еще впереди. Радоваться успеху было слишком рано.

Во время последней встречи пациентка пережила выраженный кататонический приступ. Придя в этот раз, она выглядела вполне довольной и сообщила мне, что после

предыдущей встречи чувствовала себя очень хорошо. Она могла двигать лицевыми мышцами, но лоб оставался неподвижным, если она пыталась выразить эмоции недоумения, изумления или просто нахмурить его.

Практически самостоятельно она заметила, что совсем не может гримасничать, когда чувствует сильные эмоции; но она не могла гримасничать и тогда, когда чувствовала «отстраненность». «Я с трудом научилась не выражать на лице своих эмоций; мне не нравятся женщины у которых все отражается на лице, я бы хотела, чтобы они походили на красивые, стройные статуи...»

Эти высказывания, хоть и были сделаны спокойно, но таили в себе большой эмоциональный заряд. Головная и шейная мускулатура была жестко заблокирована и напряжена, гримасы могли отчасти ослабить напряжение и неподвижность. Сильная деперсонализация и расщепление свели на нет способность гримасничать. Теперь понятно, почему гримасничают люди, страдающие кататонией и шизофренией: это отчаянная попытка освободиться от ощущения нечувствительности и неподвижности, охватывающей организм во время ступора. Они проверяют себя, чтобы убедиться, что пока еще чувствуют хоть что-нибудь.

Я не сразу понял, что означает идея о «стройных статуях». Но скоро я разобрался в этом.

Она в этот день говорила об «умирании». Идея «умирания» хорошо известна оргонным терапевтам. Как правило, она возникает, когда пациент приближается к оргастическому высвобождению биоэнергии, и связана с боязнью полностью отдаться захватывающему ощущению. Тревога не проходит до тех пор, пока основные блоки организма, обычно в области таза, не разрушены полностью. Поскольку рассудок пациентки был *явно* нарушен, я опасался преждевременного достижения состояния тотальных телесных конвульсий. Результатом этого неизбежно стал бы полный распад вследствие остаточного блокирования мускулатуры лба. «Эмоции в последнее время причиняют мне боль в области живота..., — сказала она, — здесь...», и показала на область солнечного сплетения. «Левая рука тоже живет и действует сама по себе... Я не ощущаю ее как свою...»

Усиление невротического или психотического симптома указывает на то, что эмоции, локализованные в том или ином регионе, грозят прорывом. Автономность ее левой руки, возможно, выражала сильное желание прикоснуться к гениталиям. Ее идея о «красивой, стройной статуе» не могла, таким образом, иметь никакого другого значения, кроме «статуи без гениталий», то есть чего-то «богоподобного».

Для того чтобы подготовить ее к генитальному прорыву, я сконцентрировался на неподвижности лба и на глазах. Я заставил ее двигать кожей лба и вращать глазами во всех направлениях, выражая злость и страх, удивление и пристальное внимание. Это не манипуляция и не имеет ничего общего с манипуляцией. Мы не проделывали механическую «манипуляцию», мы вызывали эмоции путем волевой имитации того или иного эмоционального выражения.

Она совершенно не желала выражать глазами эмоцию тревоги. Шизофреники проявляют гораздо большее сопротивление, чем невротики. При тяжелых формах шизофрении причина состоит в том, что поднимая веки, широко раскрывая глаза и выражая таким образом тревогу, такой пациент высвобождает импульс сильного ужаса, сопровождающегося предчувствием неминуемой катастрофы. Иногда возникает паника. Некоторые из них переживают чувство умирания, выхода в транс и невозможности «вернуться». В такие моменты очень важно быть особенно осторожным.

Я очень осторожно работал над ее выразительными движениями, затрагивающими область лба, останавливаясь, когда она начинала тревожиться слишком сильно. Через некоторое время ее лоб стал более подвижен и она почувствовала себя свободнее. Самовосприятие организма оставалось достаточно искаженным; позволить прорваться тотальным предоргастическим сокращениям все еще было слишком опасно. Она ощущала

прикосновение, надавливание, холодное и горячее, *но иногда не воспринимала дрожания.* По окончании терапевтического сеанса она задала мне много разумных вопросов, но ее речь все еще была замедленной, она опять говорила, будто преодолевая значительное сопротивление.

Во время работы с этой женщиной мне впервые пришла в голову идея о том, что органические или «оргонотические» ощущения можно назвать шестым чувством. Не считая зрения, слуха, обоняния, вкуса, тактильных ощущений, у здорового человека несомненно существуют ощущения органического функционирования, которые при биопатии полностью отсутствуют или искажены. Компульсивный невротик вовсе не обладает этим шестым чувством. Шизофреник маскирует это ощущение и трансформирует его в определенные модели своей искаженной системы, такие, как «силы», «дьявол», «голоса», «электрические потоки», «черви в мозгу или в кишечнике» и т.д.

Поскольку оргонотические ощущения и органическое восприятие, по-видимому, составляют большую часть того, что мы называем эго или самостью, то понятно, почему расщепление или диссоциация восприятия и речи идет, как правило, рука об руку с диссоциацией и вытеснением этих органических ощущений.

Можно также предположить, что тяжесть и исход заболевания зависят целиком от специфики органов, в которых «умирание» или угасание органических ощущений имело место. Диссоциация руки кажется безобидной по сравнению с обездвиженностью глаз и лба или даже части мозга.

Мы в меньшей степени возражаем против безответственных операций на мозге и лоботомии, которые производятся с целью «уничтожения дьявола» в организме, если они способствуют раскрытию особенностей динамического функционирования мозга. Вопросы о том, может ли мозг двигаться, сокращаться или расширяться во время работы, как другие органы, такие, как сердце, кишечник, железы и т. д., особенно важны для медицинской патологии и понимания организмического функционирования. Большое значение имеет изобретение устройства, которое помогало бы специалисту исследовать мозг в его естественном состоянии. «Окна» в черепе обезьян и некоторых человеческих существ, которые пробивают для того, чтобы изучить мозг, здесь не помогут. Живой орган неподвижен, когда по соседству с ним происходит тяжелая операция. Это подтверждают отеки и различные дисфункции, возникающие после операции.

Я хочу сказать вот что: имеется веский повод для того, чтобы считать, что при шизофрении часть мозга — вероятнее всего, это часть основания мозга — оказывается обездвиженной, наподобие неподвижности кишечника при хроническом запоре или неспособности к функционированию перистальтики при опухоли. Это может дать новый продуктивный, функциональный подход к соматическим нарушениям при шизофрении. Возможно, это повлечет за собой отказ от механистичного взгляда на функционирование мозга. Мозг необходимо считать таким же органом, как и другие органы человеческого тела, органом внутри целостной жизнедеятельности организма, специальным «передатчиком» тотального плазматического функционирования, а не источником моторных импульсов. Если рассматривать мозг как источник моторных импульсов, то возникает следующий вопрос: кто определяет законы его функционирования? Утверждать, что моторные импульсы исходят из серого вещества, равносильно предположению, что в мозгу живет некий чертик. Существует множество особей, вовсе не обладающих мозгом, которые вполне полноценно функционируют, подобно живым организмам; благодаря экспериментам, нам известно, что собаки, лишенные мозга, продолжают жить, даже если операция нанесла им большой вред.

Вернемся к нашей пациентке.

Ситуация в тот момент характеризовалась как переходная к этапу тотальных телесных конвульсий и генитальной активности. Однако сохраняющийся блок в лобной и глазной области создавал значительное препятствие, которое необходимо было

преодолеть, прежде чем можно было позволить ей продвинуться дальше к ее естественной генитальности.

Двадцать четвертая сессия

Пациентка излучала радость. Она была довольной и беспечной. Ее глаза светились, а взгляд стал бойким, лицо разрумянилось и посвежело. Она впервые в жизни пережила менструальный период без психотической реакции. Пациентка посетила множество друзей, в том числе девушку, которая лежала в психиатрической клинике. Дыхание у нее было более полноценным, хотя все еще не совсем свободным.

Следующий шаг был ясен: мне необходимо было вернуть ее в то состояние, в котором она пребывала днем раньше. Ей следовало «выпустить» больше эмоций, научиться выдерживать их, не отключаясь, а затем развиваться дальше.

Во время глубокого дыхания, в области подбородка и жевательных мышц возник тремор. Она сказала: «Когда мои эмоции толкают меня в одну сторону, а общество — в другую, я чувствую себя униженной, ненавижу себя, становлюсь сифиличкой или чем-то вроде этого...». Позже она добавила: «Эмоции хотят прорваться здесь», - и указала на живот, а затем вниз, на гениталии... Тогда я могу что-нибудь сотворить...»

Никто не сумел бы выразить эти связи точнее.

6. РАЦИОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ «ДЬЯВОЛЬСКОГО»

Чтобы полностью понять значение структуры характера, надо снова обратиться к базовому функционированию, которое благодаря оргонотическим исследованиям было обнаружено в глубине человеческого биофизического существования. В свете оргонной биофизики эта «структура» представляет собой сочетание взаимосвязей между оргоно-энергетической и сенсомоторной системами, которая должна воспринимать плазматические потоки, осуществлять разрядку энергии и согласовывать все энергетические функции в общую, упорядоченную функциональную систему: то есть в «орго-нотическую систему». При шизофреническом процессе система восприятия загружена сильнейшими биофизическими ощущениями, не интегрированными в тотальную биосистему, что приводит к расщеплению личности. Биосистема имеет очень низкую толерантность к внезапному усилению эмоционального, то есть биоэнергетического функционирования. Вследствие этого при внезапном повышении энергетического уровня возникают дезориентация, галлюцинации, бессвязность речи и импульс убийства. Это не имеет ничего общего с «психологией». «Психология» шизофреника — результат, а не причина процесса. Когда восприятие оторвано от биоэнергетического возбуждения, телесные ощущения переживаются как нечто «чуждое», как «дьявол», «чертовщина», влияние «сверхъестественных сил» («сверхъестественных» в смысле находящихся за пределами себя). При таком совершенно спутанном сознании в биосистеме появляются деструктивные импульсы для того, чтобы защитить себя от дьявола. Фактически это остаток разумной личности, которая борется против дьявола.

Давайте посмотрим, как дальше развивались события у нашей пациентки.

Вымолвив слова: «Эмоции хотят прорваться здесь... [в гениталиях]...», пациентка побледнела и замолчала. Она лежала совершенно неподвижно, так, что возникло впечатление о ее кончине: на вопросы она не отвечала. Через некоторое время она сказала очень неуверенно: «Я только что помолилась Господу... эмоции прошли » С этой встречи пациентка ушла спокойной и несколько «не в себе». На следующий день я получил следующее письмо (курсив мой. — В. Райх).

> 18 марта 1942 года.
>
> Итак, все это эмоции: *вы ничего не знаете о музыке Венгерской рапсодий Листа* или другой — *звуки проходят через меня,* — не через вас или кого-то еще — говорят мне о чем-то — я обычно не понимаю, о чем именно, этим вечером они говорили о моем величии, вы не можете понять о чем — никто на Земле не может. Есть цвета и тьма, тени,

и свет — сегодня шел сильный дождь, и я гуляла по лужам, мне хотелось снять обувь и прогуляться до вашего дома, люди уставились в поезде и на улице — я зашла поесть на вашей главной улице, и там была женщина, после обсуждения с парнем больничных подробностей и Бельвыо — они там работали

—они пытались говорить, а потом раздражать меня, но они смея-. лись не со мной — надо мной — люди в поезде хорошо проводили время — *и они хотели сбить меня с пути* - но я все равно осталась — Я пришла домой и обнаружила, что прошла сити-тест, который сделала один раз — так может быть я могла бы стать машинисткой в сити — это я бы не смогла легко бросить, хотя —

Просто человеческое и эмоциональное? — Вы не можете знать — Вы сказали, что я не верю в свои силы — но они верны мне — они посылают дождь и передают мне свои знания — я не хочу видеть вас в течение двух дней, может быть я смогу забыть вас и вашу работу — 86 000 евреев были убиты — уничтожены, нацистами сегодня в России

—все из-за распятия Христа — Его руки прибили гвоздями и один вколотили в ногу — я сомневаюсь, чтобы он истекал кровью, да простит меня Божья Матерь — да восславится Царствие Божие во веки веков. Аминь.

Вы; тот, кто распинает Божье таинство — Вы должны заплатить и те, кто идет за вами — я защищена от моих врагов, дождь отметил их, ибо именно они раздражали меня — что-то случится с вами — Адлер умер, когда я сказала ему, что он умрет — Кац из психиатров тоже умер — у Вас будет много проблем — вы можете подумать, что все это — естественный ход событий, но мне лучше знать —

Вы могли бы быть очень полезным, но вы идете своим неповторимым путем — воплощение знания — сферы, которые все кружатся — Помочь, когда мне будет это необходимо, вы не сможете — я защищена и укрыта, и если иногда вынуждена страдать, то это по определенной причине — еврейка во мне должна страдать так, чтобы другие могли выжить —

На Тебя, о Боже, наша надежда, так что впустим Тебя в пашу внутреннюю жизнь

Приказывай, и я повинуюсь без промедления, даже если у меня не будет сил, чтобы сохранить тех, которые смогли предохранить меня от исполнения предназначенной мне судьбы — Пожалуйста, Господи, скажи мне —

Если тебе надо, я захочу остановиться — если твое эго продолжает надуваться, я тоже захочу остановиться, поэтому я должна в первую очередь помочь раненым людям выжить — Мамочки и безумцы темнеют на солнце — (после размышлений) Вы, тоже — Ф.

Я полагаю, что мы воспримем все это очень серьезно. В таких шизофренических переживаниях перед нами предстает мир, который в обычном мистицизме и истинной религии называется «запредельным». Необходимо научиться понимать этот язык. То, что никогда не допустит homo normaiis, то, что он переживает только втайне, или над чем он смеется, представляет собой искаженные природные силы, как раз те самые силы, которые вдохновляют великих мудрецов, философов, музыкантов, гениальных ученых, в обширной сфере, которая выходит за рамки представлений homo normaiis и его повседневной политической суеты. Я берусь утверждать, что в наших психиатрических клиниках прозябает множество потенциальных великих художников, музыкантов, ученых и философов, потому что homo normaiis отказывается выглянуть из-за железного занавеса, которым он отгораживается от реальной жизни, предпочитая не видеть действительность. Возвышенные души, разбитые и сокрушенные клеймом «шизофреник», знают и воспринимают то, к чему homo normaiis боится прикоснуться. Давайте не будем считать бредом это искаженное познание. Давайте прислушаемся к тому, что могут сообщить эти одаренные, ясновидящие человеческие создания. Мы можем научиться у них благородным поступкам, тому, как быть более честными, более серьезными, менее скрытными и чванливыми, мы можем начать выполнять хоть некоторые обещания, которые впустую произносим в храмах и академических институтах. После тридцатилетнего опыта изучения шизофреников я утверждаю, что они видят насквозь все наше лицемерие, жестокость и тупость, нашу фальшивую культуру, лживость и страх правды. У них хватает мужества, чтобы вплотную приблизиться к тому, чего обычно

избегают; они ломаются, потому что пробиваются сквозь ад без какой бы то ни было поддержки со стороны невротичных родителей, самовлюбленных учителей, тех жестоких людей, которые возглавляют образовательные институты, и равнодушных терапевтов. Они мечтают вырваться из ада в чистое свежее пространство, где обитают только великие умы. То, что они не могут этого сделать и застревают в области «дьявольского», — не их вина; в этом повинно жалкое безразличие и тупость homines normales.

Наша пациентка восприняла эмоциональную бурю как великую музыку. Равнодушный человек скажет — «это сумасшествие». Но это не так. Бетховен пережил подобную эмоциональную бурю, сочиняя великую симфонию, которая обогатила некоторых совершенно немузыкальных бизнесменов. Очевидно, Бетховен обладал структурой, способной выдержать шквальный напор эмоций, который для шизофренической структуры мог бы оказаться причиной срыва. Тому, кто работает с оргономическим функционированием, становится ясно, что Бетховен, чтобы сохранить свой внутренний мир, отвел биоэнергию от слуховых нервов, оглох ради того, чтобы не слышать болтовни досаждающих «критиков» и ни для чего более. Шизофреник отличается от него тем, что не может сохранить свой гений в неприкосновенности и не может развить его так, как это сделал Бетховен. Но он страдает от дурного поведения и дурных поступков наших обывателей не меньше, чем Бетховен, и поэтому замыкается, уходит в свой внутренний мир. Его беда в том, что он имеет лишь частичный контакт с собственным внутренним миром и не приспособлен к тому, чтобы всецело его принять и жить с ним, поэтому и происходит срыв. Моя работа с «несовершеннолетними преступниками» в Германии не оставила сомнений в том, что наше молодое поколение гибнет не из-за своей «плохой» сути, а из-за того ада, который homo normaiis называет «цивилизацией» или «культурной адаптацией». О дьявольском мире можно сказать еще больше. Homo normaiis, который желает видеть своих психиатров и биологов «отстраненными», «неэмотивными», «академичными», «объективными», — чтобы он мог беспрепятственно сеять эмоциональную чуму среди миллионов здоровых новорожденных младенцев, ненавидит шизоидный характер за его близость к сфере естественного, которая навсегда закрыта для него самого.

Вечером, после эмоциональной бури, охватившей нашу пациентку, она не могла успокоится. Ей необходимо было встретиться с лечащим терапевтом и обрести твердую почву под ногами. Но внутри у нее продолжал бушевать шторм. Я понимал, что если она сумеет справиться со своими сильными рациональными эмоциями, то сумеет сохранить себя. Если же нет, — ее наверняка ожидал катато-нический приступ и психиатрическая клиника.

7. АНОРГОНОТИЧЕСКИЕ УЧАСТКИ ТЕЛА В КАТАТОНИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Двадцать пятая сессия

Пациентка пришла ко мне в очень плохом состоянии. Она «отчаянно боролась против „сил"». Обе ее руки были забинтованы. Она перебинтовала живот и гениталии таким образом, что бинты на теле образовали огромный крест. Она сказала, что «силы» велели сделать выбор, предать их или остаться им верной, они спрашивали, готова ли она полностью пожертвовать собой, отдаться им до конца. Я попросил объяснить. «Это значит, что я должна сделать глубокие порезы на своем теле...» Она сказала, что не хочет этого делать, и ей пришлось выдержать тяжелую борьбу, чтобы не поддаться этому, но она не знает, как в дальнейшем избежать этого требования. В конце концов она решила, что может попытаться «обмануть силы»: если она перебинтует себя, силы могут подумать — на какое-то короткое время, конечно, — что она выполнила их требование. Она хотела, чтобы я помог ей. Был момент, сказала она, когда она была близка к тому, чтобы взять бритву и разрезать себя.

Ее речь была заметно замедленной, будто все импульсы пригашены. Налицо была диссоциация — она старалась выглядеть изысканной, но из ее рта текла слюна. Лицо было бледным, лоб застыл в неподвижности, глаза были мутными, тело покрылось пятнами. Необходимо было что-то немедленно предпринять, если я собирался избежать ее госпитализации в клинику. Она была в состоянии, подобном шоковому. Я провел ее в комнату для оргонных процедур и обследовал с помощью люминесцентной лампы. Суть этого теста состояла в следующем: заряженная оргоном люминесцентная лампа загоралась, когда прикасалась к слегка натянутой коже. Мне хотелось выяснить, связано ли ее состояние с отсутствием заряда на поверхности кожи. Ноги давали нормальный эффект люминирова-ния. Волосы реагировали очень слабо, а лоб вовсе не реагировал. Каково же было мое удивление, когда я услышал, как она предугадала, какие части ее тела будут вызывать этот эффект, а какие нет. Ее предсказания основывались на ощущении омертвелости или безжизненности определенных участков тела.

Я попытался зарядить ее с помощью оргонного аккумулятора. Через полчаса иррадиации она начала медленно выходить из своего тяжелого состояния. Эффект люминирования стал сильнее там, где прежде был совсем слабым, ей удалось подвигать кожей лица, пятна на теле исчезли, а глаза прояснились. Самое сильное нарушение проявлялось в области сегмента, который соотносился с основанием мозга: глаза, веки, нижняя часть лба, виски. Еще через полчаса она почувствовала, что «пустые участки головы заполнились». Ее речь тоже заметно улучшилась.

В завершении встречи она попросила меня не оставлять ее в борьбе с «силами» и оберегать ее. Я сказал, что не могу ничего обещать, но буду делать все, что смогу, чтобы помочь ей. Пожалуй, она снова чувствовала себя удовлетворенной.

За время работы с этой пациенткой я пришел к твердому заключению, что обездвиженность биоэнергетических функций глазного сегмента, включая мозг, была своеобразным центром катато-нических приступов. Несколько других случаев скрытой и явной шизофрении с кататоническими тенденциями подтвердили это предположение. Дальнейшее исследование этой дисфункции позволило выяснить, что это — обычная специфика острого шизофренического срыва, и что подобный механизм ограничивается определенными типами шизофрении. Основной признак подобного случая — полное исчезновение движений, а вместе с ним и биоэнергетического функционирования мозга, особенно в области основания и во фронтальной части.

Оргономия называет остановку биоэнергетического функционирования «аноргонией» (anorgonia). Подобное явление было впервые обнаружено при раковой биопатии. Но теперь я встретился с тем же самым и у шизофреников во время приступа кататонии. Можно было сделать вывод, что большинство симптомов кататонического приступа зависит от того, насколько замирает биоэнергетическое функционирование на периферии организма. Подобная обездвиженность возникает из-за отведения биоэнергии к ядру биосистемы. Неподвижность, восковая гибкость, персеверация, вялая речь или мутизм следует, соответственно, понимать как проявления этой обездвиженности. С другой стороны, такие симптомы, как автоматические движения, манерность, эхолалия и особенно внезапные приступы гнева можно рассматривать как попытки остатков свободной биоэнергии прорваться сквозь эту неподвижность путем форсированных или автоматических действий из центра вовне. Облегчение, которое обычно испытывают люди, страдающие кататонией, после приступа ярости и последующее улучшение картины заболевания подтверждают наше истолкование. Чем больше человек закован в панцирь, тем глубже скрыто биологическое ядро и тем сильнее должна быть вспышка гнева. В противном случае, если такая вспышка была бы невозможна, могло бы иметь место ухудшение, сопровождающееся потерей веса и постепенным прекращением биологического функционирования. Можно также заключить, что картина параноидной шизофрении неожиданно может смениться ката-тонической, если биосистема утрачивает способность выдерживать мощные биофизические всплески энергии. Полное и

окончательное сокращение биосистемы в таких случаях было бы реакцией на попытки экспансии, предпринимаемые оставшимися жизненными импульсами.

Необходимо особо подчеркнуть, что нетерпимость к здоровой экспансии со стороны больного организма и составляет ядро заболевания.

8. ФУНКЦИЯ ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Из опыта терапии психической биопатии нам известно, что суицид или нанесение себе увечий вызывается нестерпимым застоем биоэнергии организма, когда ни работа, ни деструктивные действия, ни оргастическое удовлетворение не могут его разрядить. Психологические «мотивы» подобных действий вторичны и побочны; как правило, они просто рационализируются. Членовредительство шизофреника, и особенно шизофреника кататонического типа, выполняет особую функцию. Попытаемся выяснить мотивацию подобных поступков на примере нашей пациентки.

Двадцать шестая сессия

Я привел ее в оргонный кабинет и протестировал кожную поверхность с помощью заряженной оргоном лампы. Затем я попросил ее показать мне те участки кожи, где она чувствовала омертвелость, и приложил лампу к этим местам. К моему удивлению, она указала как раз на те области, которые собиралась рассечь ножом: уже однажды порезанные ею суставы рук, ладони, переносица, виски и самый неприятный участок тела, на котором она неоднократно делала крестообразный порез, — верхняя часть брюшной области. Эти участки в отличие от других не вызывали люминесценции заряженной оргоном лампы. Чувственно она воспринимала их как омертвелые, они не были зараженными, то есть были объективно «мертвы».

Это самая важная информация о биофизическом состоянии при шизофрении. У нашей пациентки идея «жертвы», которую требовали «силы», явно строилась на основе восприятия сильной биоэнергетической дисфункции конкретных участков кожной поверхности. Она вела себя точно так же, как большинство шизофреников в психиатрических клиниках: они расцарапывают или разрезают кожу, трутся лбом или пальцами о стены, усиленно моргают, трясут конечностями и т.д. — они годами совершают эти стереотипные действия. Причины таких автоматизмов и стереотипности до сих пор оставались непознанными. Теперь можно сказать, что подобные действия при кататонии представляют собой выражение отчаянной, но безуспешной попытки восстановить чувствительность в определенных «омертвевших» участках тела. Особенно мне бы хотелось обратить внимание на гримасы, которые появляются на лице страдающих кататонией людей. Как правило, их лица бывают «одеревенелыми», похожими на маску. Поэтому через гримасы больные, по-видимому, пытаются привести в движение омертвелую лицевую мускулатуру.

Теоретически изолированность какой-то части тела или целой системы органов от сферы самовосприятия может, согласно нашим биофизическим открытиям, быть результатом слабого оргонного заряда в определенных частях или органах. Компульсивно-невротический биопат чувствует только общую пустоту или мертвенность; шизофренический биопат ощущает свою дисфункцию гораздо более ясно и непосредственно. Он может точно указать вам, где локализована эта дисфункция, — если вы согласитесь уделить внимание тому, что он говорит, и постараетесь понять язык его эмоционального, то есть биоэнергетического выражения.

В своих заключениях мы основываемся на том, что шизофреник описывает объективно происходящие процессы. Здоровое, нормальное функционирование организма выражается, равно как и контролируется, в любом нарушении биоэнергии в биосистеме. Я хорошо понимаю, что встал на путь, до сих пор еще никем научно не изведанный. Это не только новая территория, но и «не-человеческая», если можно так выразиться, территория.

Ощущения благополучия, удовлетворения, силы и безопасности связаны с интеграцией в единое целое самоуправляемых функций всех отдельных органов. Соответственно ощущения диссоциации, расщепления, деперсонализации и т. д., свойственные шизофренической биосистеме, должны быть вызваны нарушением согласованности единого органического и энергетического поля систем тела; как будто некоторые органы — я полагаю, особенно это касается мозга — ведут самостоятельное существование отдельно от всего организма, а между биоэнергетическими элементами, называемыми «органы», не существует ни контакта, ни единства. Когнитивная и эмоциональная спутанность и дезориентация возникает как естественный результат нормального восприятия этой диссоциации.

Наша пациентка реагировала недвусмысленным образом: когда лоб становился «маскообразным», у нее одновременно возникали впечатления, что извилины ее мозга переплетены наподобие «спутанного кишечника». Для меня такое описание имеет вполне рациональный смысл. Несмотря на известные возражения механистичной неврологии, все же трудно поверить, что мозг с его не менее сложной, чем у кишечника, структурой при этом может оставаться неподвижным, подобно большинству других органов, когда выполняет работу по координации и передаче центральных импульсов. Разве не разумно было бы предположить, что лабиринты извилин мозга напоминают структуру кишечника, потому что, выполняя свою работу, он производит движения на манер перистальтики? Некоторые здоровые люди — «работники умственного труда», при напряженной работе мозга зачастую ощущают сильный жар в области мозга и лба или состояние накала, которое исчезает, когда умственные усилия становятся не нужны. С другой стороны, мы видим бледные, неподвижные, мертвенные лбы в случаях умственной отсталости и псевдодебильности. Если немного поразмыслить над этим, то становится очевидным, что во время интенсивного функционирования мозг ведет себя так же, как другие органы. Появление жара представляет собой хорошо знакомый признак физиологического напряжения мышц в состоянии сексуального возбуждения. Отсутствие жара наблюдается при условии слабой биоэнергетики, как это бывает при раковом заболевании, аноргонотической слабости, анемии и т.д. Следовательно, есть основания, чтобы сделать вывод, что мозговая ткань во время напряженной работы производит большое количество энергии, и соответственно имеют место нагнетание жара и активность.

Я вполне отдаю себе отчет, что эти рассуждения звучат странно и непонятно с точки зрения классической патологии, для которой мозг неподвижен, несмотря на ложное предположение, что он вместе с таламусом и гипоталамусом генерирует все импульсы жизненной активности. Я не согласен с этой теорией. Я уверен, что это неправильно и противоречит очевидным фактам функционирования живого, таким, как факт существования живого организма без мозга, и важным аспектам естественной философии. Видимое доказательство подвижности мозга обнаружить трудно, я уже говорил об этом. Но теперь уже нет причин сомневаться, что при шизофрении налицо функциональное (не структурное) нарушение мозга. Механические и структурные изменения возникают позже как результат функциональных биоэнергетических дисфункций. Самая важная среди них — остановка движений и нарушение согласованности биоэнергетической сферы деятельности. Атрофические изменения «вышедших из употребления» мозговых тканей необходимо рассматривать так же, как мышечную атрофию. Если это гак, то состояние органов отражает форму движения биоэнергии, а, следовательно, мозг с его сложной и извилистой структурой является отличным примером биоэнергетического функционирования органических форм.

Хорошо известно, что эмоциональная и биоэнергетическая диссоциация рано или поздно приводит организм шизофреника к общему разложению, которое сопровождается возникновением дурного запаха, потерей веса, тяжелыми отклонениями биохимического метаболизма, а иногда еще и возникновением ракового заболевания. Шизофреник

биофизически разрушается из-за неспособности создавать и сохранить нормальный биоэнергетический уровень.

Вернемся опять к нашей пациентке, которая помогла разрешить так много вопросов, связанных с шизофренией.

Несколько недель я лечил ее, используя оргонный аккумулятор. Оргон оказал на нее весьма позитивное воздействие, и, как и во многих других случаях организмического сжатия, благодаря этому активность ее вегетативной нервной системы повысилась. Лицо порозовело, глаза прояснились, речь стала более быстрой и связной, а после пятнадцати — тридцати минут иррадиации у нее даже возникало ощущение удовольствия. Это открывало новые перспективы биофизического лечения шизофрении.

Сочетание физической и психиатрической оргонной терапии было очень полезным. Резкий спад биоэнергии можно было ликвидировать с помощью оргонного аккумулятора. Психиатрическая оргонная терапия помогала вывести на поверхность глубинные механизмы шизофрении.

Во время *двадцать седьмой* сессии пациентка была очень бодра, кожа на лбу стала подвижной, а глаза — очень выразительными и ясными. В то же время ее дыхание все еще сдерживалось. У нас сохранялась возможность «выкачать на поверхность» через полное легочное дыхание оставшиеся патологические реакции. Однако пока биофизическая структура оставалась с примесями дисфункций вероятность того, что дыхание или некоторые типичные позы тела спровоцируют развитие тревоги, была прежней. Когда я «выкачивал» ее эмоции, она утрачивала бодрость духа, и «„силы" приближались» — тогда ее лоб бледнел и застывал. «Что-то возникает между поверхностью лба и мозгом», — говорила она. По ее словам, это происходило всегда, когда вокруг были «силы», и исчезало вместе с ними.

В следующий период работы *(с двадцать восьмой по тридцать вторую сессию)* пациентке стало гораздо лучше. Она повторяла: «Я не знаю, хочу ли я выздороветь...» Она имела в виду, что не знает, как устроится ее жизнь, если она излечится. Несколько раз она умоляла меня: «Пожалуйста, помогите мне побороть силы... их сейчас нет, но я знаю, что они вернутся... я так боюсь их... защитите меня...»

Теперь стало совершенно ясно, что «силы» представляли собой ее искаженное восприятие плазматического оргонного потока; что она одновременно любит их и страшится, и при усилении потока она склонна впадать в ступор. Ощущение «сил», бегство в психотическое состояние и неподвижность глазного сегмента составляли функциональное целое.

Я мог наблюдать, как она не желала выражать при помощи глаз эмоцию жестокости. Я уговаривал ее сдаться и позволить этой эмоции проявиться на своем лице. После некоторых усилий однажды ей это удалось, и она тут же почувствовала облегчение. Однако оказалось, что стоит ей выразить глазами ненависть, как она тут же готова впасть в кататоническое состояние. Однажды, направившись в таком состоянии в туалет, она взяла обогреватель и поставила его включенным у двери, а затем сложила крест из висящих на двери вешалок. Ей было необходимо «умиротворить и воззвать к силам». Позже она добавила, что «чувствовала только часть своего мозга», что другие части «были выключены» и «поэтому она была в смятении».

Мне было хорошо известно, что она может испытать сокрушительный приступ тревоги и, возможно, впасть в кататонию, в том случае, если плазматический поток прорвался бы с полной силой. Это зависело от того, позволит ли она себе глубоко дышать. Каждый раз, когда «силы» становились слишком настойчивыми, она сдерживала дыхание.

В течение следующих четырех недель (весной) ей стало гораздо лучше. Она достаточно успешно справлялась с работой в офисе, где получила место, стала общительной и веселой; приступы, сопровождавшиеся отключением, стали редкими и не столь острыми. Правда она продолжала прибегать к шизофреническим позициям и действиям. К примеру, однажды она пришла ко мне с заклеенным пластырем животом —

«для того, чтобы собраться..,». Невротическая биопатия могла бы проявиться боязнью взорваться; наша пациентка приняла меры против этого типичным психотическим способом. Однако мы оба понимали истинный смысл и причину ее действий, и она отлично знала, когда ей следует останавливаться. Я приложил много усилий, чтобы объяснить, какие опасности предстоит ей пережить, и она поняла это своим по-шизофренически тонким умом.

Постепенно она научилась выражать глазами жестокую ненависть и не бояться этого. Это позволило ей стать чуточку уверенней в себе: она перестала бояться того, что способна совершить убийство и поняла, что можно полностью выразить свою ненависть, и это вовсе не будет означать, что она на самом деле собирается кого-то убить.

Я долго и тщательно работал над горловым блоком, задерживающим дыхание и добился некоторого успеха. Но она никогда не позволяла себе дышать глубоко или возбужденно. Ее главные ощущения переместились с груди в область живота, что указывало на смещение восприятия оргонотического потока к области гениталий.

Однажды она в шутку накинула петлю себе на шею, «чтобы выяснить, сможет ли она себя задушить». Такие действия все еще несли в себе привкус опасности, но всегда оборачивались игривостью и юмором. Я знал, что опасность реального суицида все еще не преодолена. Ее терапевт отметил в ней кардинальные изменения и поощрял ее усилия. Этот психиатр был очень расположен к ней и помогал нам.

Было ясно, что биоэнергия и соответствующие ощущения сильно приблизились к области гениталий. Близились предоргазмичес-кие ощущения, поэтому все еще имевший место блок в горле составлял главную терапевтическую проблему. Я знал, если не снять этот блок вовремя, если генитальное возбуждение будет прорываться через него с огромной силой, она непременно впадет в ката-тонию. Необходимо было опередить прорыв и сдвинуть блок в горле раньше, чем возникнет полное генитальное возбуждение.

Однажды она начала глубоко дышать и тут же осознала идентичность оргонотического потока и «сил». Она поняла это мгновенно и очень ясно, не испытывая никаких сомнений. Ее грудь двигалась почти автоматически. У нее возникли сильные ощущения потока, проходящего через все тело, который, однако, не затрагивал область гениталий — от лобка и ниже. Она спросила: «Можно ли добиться целостности тела, не затрагивая при этом душу?» Это был самый странный вопрос. Может быть, «душа» представлялась в образе генитальных ощущений или даже в образе самих гениталий? Возможно, это было так. Этого можно было ожидать, если «силы» представляли собой телесный поток, обостренное восприятие которого приходилось на гениталии как «требование природы», тогда было бы вполне логично заключить, что «душа» означает предорга-стические ощущения в гениталиях. Они были не доступны восприятию так долго, что не могли ощущаться иначе, кроме как посторонние силы или как «душа» — наиболее возвышенный элемент самовосприятия. Это подтвердилось, когда она заявила, что «не хочет, чтобы дечили ее душу».

В последние недели пациентка проявляла особую готовность к сотрудничеству, однако каждый раз, когда естественное дыхание вызывало генитальное возбуждение, она в типичной психотической манере сопротивлялась этому, напрягая мышцы бедер и внутренние приводящие мышцы.

Тридцать третья сессия

Генитальные органы служат биологическим инструментом для разрядки энергии и воспроизведения потомства. Последняя функция широко известна и хорошо изучена. Homo normalis, потомок horno sapiens, который в свою очередь является приемником homo divinus*, осуждает биофизическую функцию энергетической разрядки; в человеческом воображения она рассматривается как нечто дьявольское. Биологически

* Homo normalis — человек нормальный; homo sapiens — человек разумный; homo divinus — человек божественный. — *Прим. ред.*

сильный индивид не стал бы, да и не смог бы пожертвовать рациональным суждением ради требований духовного образа мыслей; огромная природная сила в состоянии конфликта с зависимостью индивида от его родни и общества. В таких обстоятельствах генитальные силы продолжают функционировать, но изолированно от всего организма как «гадкие» или «греховные»; при шизофрении и мистицизме они рассматриваются как «дьявол» или «запредельные силы».

Это совершенно ясно проявилось во время дальнейшего лечения нашей пациентки. Еще с 1919 года психиатрии стало известно, что при шизофрении в образе преследователя выступает генитальный аппарат, но до настоящего времени ничего не было известно о том, что это имеет гораздо более глубокое биофизическое значение: в этом случае мы имеем дело с обостренными ощущением живого потока, проходящего через все тело и не только через гениталии, которые отчуждаются и не принимаются в подростковом возрасте так же, как при психозе. Генитальные органы выделяются на общем фоне только потому, что их возбуждение индуцирует сильное ощущение жизни.

Я сказал пациентке, что теперь перед ней стоит задача научиться чувствовать область гениталий так же отчетливо, как другие области тела. Она полностью отдалась дыханию, но скоро пришла в смятение, отразившееся на ее лице, что было связано с первыми ощущениями потока в области таза. Я впервые обнаружил сильные судороги, сводившие ее бедра. «Силы» начали прорываться в область, которой они принадлежали, а именно — в область гениталий.

Испуганным и сдавленным голосом она сказала мне, что никто не знает ее настолько хорошо, до «этих чувств». Она начала подробно описывать свои переживания, когда «это происходит или только начинает происходить в этой области»: силы каким-то образом одушевляют вещи вокруг нее, заставляя их производить «странное впечатление», они становятся «особенными». Не то, чтобы они меняются, просто они проявляют признаки жизни, суть живого существования. «С ними творится что-то необычное»; они «вроде бы хотят сообщить мне что-то важное, как будто оживают». Затем она пришла в смятение и встревожилась.

Сначала я не мог понять, почему «вещи вокруг нее оживают», когда она приближается к генитальному возбуждению. Позже это объяснилось.

При сильном биосексуальном возбуждении оргонное энергетическое поле организма сильно расширяется; все сенсорные впечатления обостряются и утончаются; с пациенткой начинало происходить именно это, но поскольку она могла воспринимать этот биологический процесс как часть себя, поскольку возбуждение было отделено от самоеосприятия, оргонное энергетическое поле вокруг нее, которое переживалось очень живо, воспринималось ею как отчужденная странная сила, оживляющая вещи в комнате.

Точно так же проецируемое психотиком переживание преследования представляется как истинное восприятие реального процесса: он переживает собственное оргонно-энергетическое поле вне своего организма. Содержание ощущения, например, проецируемый гомосексуализм или деструктивные идеи, вторично по отношению к биоэнергетическому восприятию оргонного энергетического поля.

Давайте ненадолго прервемся, чтобы определить истинность этой гипотезы, опираясь при этом на клинический опыт, предоставленный нашей пациенткой.

Генератор оргонного энергетического поля, сконструированный в 1944 году, продемонстрировал существование оргонной энергии вокруг кожной поверхности.

Заряженный оргоном электроскоп реагирует на энергетическое поле движущейся ладони и не реагирует на мертвую шерсть.

Осциллограф реагирует, когда электрод прикасается к мокрому полотенцу, и когда живой организм или орган (например, рука) прикасается к полотенцу.

Сильно заряженные оргоном бионы убивают бактерии и раковые клетки на расстоянии и притягивают другие тела. Эта способность исчезает при наступлении смерти.

Таким образом, не вызывает сомнений факт существования «шестого чувства» — оргонотического восприятия за пределами поверхности организма.

Я объяснил пациентке функцию оргонного энергетически о го поля, используя терминологию бионов, клеток крови и генератора. Она поняла это и сделала мне комплимент о том, что я стал первым человеком, который смог вполне доступно объяснить ей ее собственные глубинные переживания.

Здесь мне бы хотелось кратко упомянуть два случая параноидной реакции, которые продемонстрируют, что бред преследования в определенные моменты вызывается восприятием оргонной энергии с внешней стороны кожной поверхности.

Несколько лет назад я лечил женщину, которая страдала вагинальной нечувствительностью. Она была замужем, но никогда не переживала никаких ощущений в области таза. Спустя какое-то время у нее начал возникать оргастический рефлекс, который вскоре стал достаточно сильным, чтобы возродилось естественное физиологическое функционирование вагинальных мембран и желез, сек-ретирующих слизь. Она сообщила, что ее муж удовлетворен тем, как прогрессируют их отношения. Однако несколькими днями позже она в отчаянии привела его ко мне: у него появилась идея, что я злонамеренно оказываю на него влияние, используя для этого электрические потоки, которые пропускаю через ее вагину. Было совершенно очевидно, что у него возникла параноидная идея преследования. Он поступил в клинику с диагнозом параноидной шизофрении.

Почему у мужа произошел психотический срыв, когда у его жены возник сильный вагинальный поток и возбуждение? Мы не могли ответить на этот вопрос, пока не было открыто функционирование организмической оргонной энергии. Теперь же стало ясно, что его собственная энергетическая система была способна выдерживать генитальную вовлеченность только до тех пор, пока не появились сильные ощущения. Когда его жена начала выздоравливать, ее организм совершенно очевидно возбудил потоки и сильные ощущения *в нем.* Его организм отреагировал на это переживание параноидным расщеплением. Я лечил его жену, значит, я влиял на него посредством электричества, пропускаемого через ее вагину. Он демонстрировал типично шизофренические глазные симптомы.

Этот случай показывает, что при изменении генитального функционирования одного из супругов, в организме другого происходят физиологические изменения. Это могут быть как притупление ощущений, так и усиление возбуждения. Во время оргонной терапии мы часто сталкиваемся с тем, что самочувствие одного из супругов улучшается, когда биоэнергетическая ситуация другого в результате лечения меняется в лучшую сторону.

У мужчины с явным психотическим механизмом возникал приступ сильной тревоги как реакция на заведение вверх глазных яблок. Он чувствовал себя так, будто его душат. Однажды, когда я опять попросил его закатить глаза, его реакция была сильнее обычного. С приступом тревоги он забился в угол комнаты, широко раскрыл глаза, кричал и в ужасе указывал на что-то в другом углу комнаты. «Неужели вы этого не видите?! — кричал он. —- Это действительно здесь, оно выходит из стены и уставилось на меня!» Затем, внезапно выпрыгнув, он в ужасе кинулся как раз в тот самый угол, из которого, как ему казалось, на него что-то пристально смотрит. Я провел его через эту реакцию несколько раз. Постепенно она ослабла и, в конце концов, совсем исчезла.

В этом случае тоже имеет место «проекция». Однако с биоэнергетической точки зрения у меня не было причин сомневаться в том, что оргонно-энергетическое поле возбуждено далеко за пределами его тела и что это делает возможной психотическую реакцию.

Теперь вернемся к нашей пациентке. Следующие несколько недель она была счастлива, усердно работала и не переживала галлюцинаций; «силы» не появлялись. Но однажды, при очередной встрече со своим лечащим терапевтом, она сказала ему, что не

знает, стоит ли ей продолжать работу со мной, что она в смятении и не понимает механизмов, которые я пытаюсь ей объяснить.

Теперь она относилась ко мне со злобой. Во время наших встреч она вела себя надменно и заносчиво, будто презирая меня. Лечение предоставило ей возможность жить в реальном мире реальных человеческих существ; она утрачивала свою веру в «запредельность», которая казалась для нее слишком важной. Как же ей существовать в этом мире, если она стремилась к генитальности? По ее словам, она хорошо понимала, что больна, но не желала менять свой мир на такую реальность.

Она не приняла моего предложения стать способной жить собственной жизнью, не уходя в шизофренический мир. В ответ она заявила, что мир, в том виде, в котором он существует, не позволяет человеческому существу жить счастливо в сексуальном союзе, не связанном крепкими цепями и страданиями. Поэтому она предпочитает свой мир иллюзий, где она сама себе хозяйка, и где ее оберегают «силы».

Ее мнение о социальной ситуации, как и о сексуально-экономическом развитии живого, было точным и вполне рациональным. Ни одну из ее идей нельзя было опровергнуть с точки зрения человеческого благополучия, социальной безопасности или моральной целостности. Например, в подростковом возрасте у нее бывали моменты ясного понимания и просветленности. Ее охватывало реальное влечение к молодому человеку, с которым у нее уже были первые телесные контакты; она любила его, но вместе с этим была озабочена тем, где с ним встречаться и как вести себя со своими родственниками, которые стали бы препятствовать ей и постарались бы передать ей свою зачумленность, если бы догадались о ее стремлениях. Она боялась, что ее пошлют в интернат; она знала, что была способна совершить преступление, в случае если бы ее поймали и заперли в клинику. В то время она не знала, что ей предстоит провести многие годы в той самой клинике. Но страдание от фрустрированного телесного возбуждения стало столь сильным, что в конце концов тупость психиатрической клиники показалась ей благом.

Могла ли она подчиниться своей больной матери, которая пилила ее целыми днями, ненавидела ее отца, оскорбительно отзывалась о нем, очерняя его имя при любой возможности только потому, что он ушел от нее? Как было ей приложить свой недюжинный ум к какому-либо полю человеческой деятельности, когда у нее даже не было собственной комнаты, а мать вскрывала все ее письма? Она разрывалась между захлестывающим ее тело страстным желанием мужчины и отсутствием социальных условий удовлетворить его при том образе жизни, который ей приходилось вести. Период этой дилеммы был коротким, но мучительным. Тогда впервые вещи вокруг нее ожили, и ей показалось, что они «о чем-то разговаривают с ней». Сначала она просто удивилась, но когда это ощущение усилилось, она испугалась и пришла в смятение. Где заканчивается она, и где начинается окружающий мир? Ей все сложнее было разобраться в этом. Потом возникло желание убивать, и ей пришлось приложить немало усилий, чтобы удержаться и не позволить себе причинять людям боль. Поэтому стены клиники показались ей прибежищем, способным защитить ее от страшного напряжения и запросов собственного организма.

На протяжении следующих недель она с готовностью сотрудничала, ей хотелось, чтобы я «освободил ее от ощущения оживших объектов», которое очень пугало ее. Она смертельно боялась «другого мира». Я попросил ее описать этот «другой мир», она сделала рисунок (см. *рис. 16}.*

Рис. 16.

Мощь «сил» проявлялась в их способности открывать для нее мир В, когда она ощущала тревогу в мире А. Этот «другой мир» был «почти реальным», хотя она отлично знала, что он «нереален».

Пациентка начала ощущать бесчувственность собственного горла. Она впервые поняла, что сдерживает дыхание, что могла бы попытаться сделать выдох и позволить груди опуститься.

Она ощущала тревогу, когда грудь опускалась и воздух проходил через голосовую щель. Почувствовав сильное возбуждение в нижней части живота, она сказала: «Я боюсь чего-то. Я не чувствую этого, но знаю, что оно здесь...»

Проекция и мистификация телесных потоков возникла в результате отсутствия ясного восприятия органических ощущений, которые тем не менее в той или иной форме воспринимались ею.

Очень трудно найти подходящие слова, чтобы описать биофизическое функционирование. Оно выходит за пределы слов и мыслей. Очень трудно сформулировать на словах переживание организмического процесса, который воспринимается или пока не воспринимается как собственный. Однако, нет сомнений, что именно это и составляет ключ к пониманию шизофренического расщепления и проекции телесных ощущений. Пациентка опять проявила свою проницательность, когда почти самостоятельно пришла к пониманию разницы между истерическим и шизофреническим переживанием: первое, по ее словам, состоит в отчуждении органического восприятия от целостного телесного переживания, а второе — в таком же, как при истерии, отчуждении плюс ошибочное истолкование и мистификация отделенного восприятия.

Это описание вполне согласуется с самым глубоким биопсихиатрическим пониманием процесса. Оно справедливо для любого вида мистического переживания; мистицизм воспринимает собственно телесные процессы как чужие, происходящие «за пределами» человеческой личности или за пределами земли.

Пациентка продолжала оставаться в неуравновешенном состоянии между рациональной интеграцией чувств и шизофреническим бредом. Я ожидал, что шизофренический процесс разовьется полностью в тот процесс, когда ее самовосприятие установит наиболее полный контакт с телесным возбуждением. Мои ожидания подтвердились.

Тридцать четвертая сессия

Придя на сессию, пациентка обнаружила явный шизофренический бред. Вскоре после нашей последней встречи, когда она сумела в полной мере ощутить телесные потоки, у нее началась диарея. По ее словам, «кишечник скрутило... и что-то прорывалось по направлению к гениталиям». Ее тошнило, кроме того, ее беспокоил сильный метеоризм. Ночью в комнате ей привиделись различные формы и фигуры, излучающие радугу. Было очевидно, что оргонная энергия, устремившись по ее телу, возбуждает кишечник. Еще более очевидным, был о то, что она неверно истолковывает большую часть своих ощущений. Она жаловалась: «Я не доверяю вам... вы заодно с ними [»силами»]; они используют все возможности, чтобы навредить мне... они отравили пищу так, что меня вырвало... они устроили дождь, чтобы разозлить меня... они никогда раньше не смешивались с обычной жизнью... а теперь смешались... это ваша вина...»

Идея о том, что пищу отравили, легко объяснялась как результат возбуждения, которое направилось от кишечника вверх, вызвав рвоту. Я уговаривал ее уступить «силам». Ей отчасти удалось это сделать, но когда все тело стало сотрясаться, она опять отключилась. Ущипнув, я вернул ее обратно. Взгляд пациентки оставался пустым и «отстраненным», лоб — неподвижным, все тело сотрясала нервная дрожь.

Такое состояние само по себе было огромным достижением. Я был готов к нему. Я знал, что все ее шизофренические симптомы пройдут, когда органические ощущения разовьются должным образом и будут восприниматься в полной мере. Но я не знал, каким

будет исход — полная кататония или выздоровление. Риск оправдывал себя, поскольку в любом случае, и без терапии, кататония оставалась единственным исходом. Кроме того, я понимал, насколько велика опасность суицида. Я убедил себя в ее доверии и честности. Она рассказала, что как-то раз на днях, когда она совершенно перестала ощущать свои руки, у нее появилось огромное желание отрезать их. «...Если бы я могла вам доверять... — повторяла она снова и снова. — ...Они снова овладевают мной... они делают со мной все, что хотят... я больше не могу бороться с ними...» Меня поразило, что она отказалась от сигареты, которую я ей предложил. Ей показалось, что она отравлена.

Тридцать пятая сессия

Пациентка вошла в состояние полного вегетативного шока. Ее кожа покрылась пятнами, цвет которых варьировался от красного до голубого. Ее трясло, взгляд совершенно помутился. Она с трудом могла говорить. Сперва казалось, что она готова сотрудничать, но потом ее лицо и плечи задергались в конвульсиях, она вдруг отпрянула, выхватила из-за спины нож и бросилась ко мне. Я всегда готов к таким вещам. Перехватив ее руку, я вырвал нож и резко приказал ей лечь на пол и не двигаться. Она закричала: «Я убью тебя!.. Я сделаю это!.. Я должна!..»

Больше двух десятилетий я испытывал и пытался понять убийственную ярость, направленную против меня со стороны тех людей, которые стояли стеной против моих научных заявлений, касающихся оргонотического потока. Я подвергался гонению со стороны кандидатов в президенты, коммунистических либералов, фашистских мистиков, высокообразованных психоаналитиков, невроти-зированных судебных психиатров, нейрохирургов, директоров психиатрических клиник, безнадежно больных раком, шизофреников, политиков всех рангов и интриганок-жен моих коллег. Поэтому я знал с чем имел дело: пациентка посинела от ярости, она снова и снова пыталась наброситься на меня, вцепиться мне в горло и ударить... Она делала это в открытую, в отличие от психоаналитика-биопата, который, чувствуя в моих идеях угрозу, бегал и сплетничал, рассказывая людям, что я лежал в сумасшедшем доме, что я соблазнил всех своих пациенток или что меня уже похоронили. Для меня предпочтительнее поведение моей пациентки. Через некоторое время она упала на пол так, как это мог сделать только шизофреник, и по-детски разрыдалась. Она плакала долго, и плач этот был полон эмоций. В промежутках между приступами рыданий она впадала в бешенство, проклинала мать, отца, мир, всю систему образования и медицины, клинику и терапевтов, которые там работали. В конце концов она успокоилась и объяснила следующее: после нашей последней встречи она была измучена непроизвольными движениями нижней части живота; она все время ощущала их; гениталии сильно зудели, и на ее памяти это было впервые; она пыталась самоудовлетвориться, но безуспешно.

Мне было необходимо принять меры для предупреждения возможной катастрофы. Я знал, что если терапия не сумела обеспечить пациента способностью выдерживать и интегрировать телесные ощущения, может произойти самое худшее. Я попросил ее родственников предпринять необходимые меры для помещения ее в клинику. Может опять зародится вопрос, зачем я так сильно рисковал, почему не госпитализировал ее сразу. И опять я отвечаю: результативность этого научного эксперимента была громадной; госпитализировать пациентку означало бы перекрыть поток научной информации; кроме того, это было бы крушением надежды на ее выздоровление. Она была на грани исцеления и заслуживала такого шанса. Дальнейшее показало, что это именно так. Но в то время я этого еще не знал.

Тридцать шестая сессия

Пациентка опоздала, ей не хотелось приходить. «Мне это [ситуация] не нравится... — сказала она. — Во всем теле я ощущаю блаженство, теперь мое тело едино, но мне это не нравится...» Она была почти совершенно расслаблена и дышала глубоко. «Мне бы

хотелось вернуться обратно в мой мир... я любила силы... я боюсь, что сильно захочу переспать с каким-нибудь парнем...» (У нее никогда не было близости с *мужчиной?}*

Она демонстрировала все известные признаки сильной предорга-стической тревоги, связанной с удовольствием. Перспектива была следующей: либо, сильно испугавшись, она окончательно уйдет в себя, либо прорвется к полному выздоровлению.

Тридцать седьмая сессия

Пациентка пришла с жалобой на беспокойство в области живота и гениталий. У нее не было сил, чтобы совладать с этим, напротив, это состояние прогрессировало и постепенно охватывало все тело. Раньше она тоже не была в состоянии что-либо предпринять против «сил», зато, по ее словам, у нее оставался другой шанс — убить меня, потому что именно я был причастен к образованию такого состояния в ее теле. Она не могла жить с этим беспокойством. Если бы я умер, мое влияние исчезло бы вместе со мной, а с ним исчезло бы и беспокойство.

Давайте опять ненадолго прервемся, чтобы осмыслить ситуацию. Положительный терапевтический результат не вызывал сомнений по мере того, как происходило полное восстановление рассудка. Как клиническое подтверждение всей теории организмической оргонной биофизики ситуация была бесценна и богата перспективами, позволяющими охватить всю область структуры характера. С учетом этого можно сделать следующие выводы.

1. Жестокую ненависть я и мои коллеги встречали в лице очень многих людей, как обывателей, так и специалистов; ее порождало непроизвольное телесное беспокойство в телах тех, кто никогда не переживал подобных автономных движений, хорошо известных каждому здоровому, не закованному в панцирь индивиду.

2. Эти движения, будучи отчужденными или исключенными из сферы восприятия (=самовосприятия), обусловливают возникновение всякого рода мистических переживаний. Становится объяснимым, почему психопаты, вроде Гитлера, предпочитают убивать весной.

3. Влияние «сил» при шизофрении идентично плазматическим движениям организма.

4. Многие виды преступлений и убийств бывают вызваны подобными внезапными изменениями структуры у потенциальных или актуальных убийц.

5. Хронически закованный в панцирь человеческий организм выдерживает лишь низкие уровни биоэнергии и соответствующие им слабые эмоции. Радость жизни, бодрость, жизнеспособность людей, не имеющих панциря, обусловлены высоким уровнем функционирования биоэнергии с сильным энергетическим метаболизмом, совершенно недостижимым для человека, закованного в панцирь. Резкий спад уровня энергии порождает острую депрессию. В противоположном случае, когда хронически низкий уровень сменяется высоким, неспособность выдерживать столь сильные ощущения и эмоции приводит к возникновению драматичных и опасных ситуаций.

Таким образом, можно надеяться, что биопсихиатрия рано или поздно преуспеет в описании человеческой структуры и характерных реакций в терминах «биоэнергетического метаболизма», «эмоциональной толерантности» по отношению к биофизическому возбуждению и «способности к энергетической разрядке».

Энергетическая точка зрения могла бы позволить судить о «человеческой природе» не с помощью постоянно усложняющихся идей и опытов, а посредством простых энергетических функций, так же, как мы поступаем со всей остальной природой.

Тридцать восьмая сессия

Пациентка демонстрировала хорошее самочувствие, покой и согласие с собой. Она предпринимала попытку удовлетворить себя, ощущая сильную пульсацию вагины. Однако ее правая рука была «отчуждена» — ей не удавалось сжать кисть во время

рукопожатия. Я объяснил, что в этом «отчуждении» проявляется какой-то глубокий запрет, и что нам необходимо вывести его на поверхность. «Это может быть очень опасно», — сказала она.

Мы имели дело с очень давней и очень глубокой блокировкой движений правой руки, направленных на физическое самоудовлетворение.

Тридцать девятая сессия

Я знал, что должен провести ее через генитальные эмоции как можно быстрее и осторожнее, чтобы избежать окончательного расстройства. В этот день она была очень подвижна и свободна. Когда дыхание «накачало» достаточно организмической энергии, ее таз начал непроизвольно подергиваться, возник сильный поток ощущений, и она отказалась продолжать. Неожиданно она заявила, что находится в замешательстве (на самом деле это было не так); в следующую контрольную встречу она скроет от своего терапевта улучшение самочувствия, чтобы открыть себе дверь для возвращения в сумасшедший дом. «Если я пойду дальше, это снесет мне мозги...» Она имела в виду, что потеряет рассудок: все заслонила собой оргастическая тревога. По окончании сессии она перекрестилась.

В 11 часов вечера пациентка позвонила мне и сказала, что луна «отбрасывает тени на дверь ее комнаты» и что это — «знак, который они ей подают», но она не может ответить «силам». Мне удалось ее успокоить.

Сороковая сессия

Пациентка была очень несчастна. Я знал, что накануне она переживала сильное сексуальное возбуждение, не сумела получить удовлетворения и что она достигла переломного момента своей жизни. Она рассказала мне, что отчаянно пыталась вернуть «силы», но у нее ничего не получилось, «несмотря на контакт с луной». Она была уверена, что «силы» отказались от нее, потому что она была «еврейкой». Потом она сказала, что не хочет терять свой мир; в «этом мире» она жить не может.

Было ясно, что она подразумевает под словом «еврейка». Это означало, что она «сексуальна» и что она «свинья». Двусмысленность этого эмоционального переживания была обусловлена тем, что ей хотелось ощущать телесные силы, но не хотелось чувствовать себя «свиньей». Все это абсолютно соответствовало клиническому опыту оргонной биофизики: человеческое существо страстно стремится к полноте чувств и реализации биосексуальных эмоций; в то же самое время оно отвергает их и ненавидит из-за их превратного толкования. «Бог» олицетворяет собой первую, а «Дьявол» — вторую; обе соединены в один болезненный, спутанный организм. У шизофреников это проявляется наиболее отчетливо, но присутствует и у homo normalis.

Был ли ее отказ от мира homo normalis оправданным? Безусловно. Этот мир разрушал ее естественную биологическую структуру («Бога») и насаждал ей «Дьявола»; именно это проделывала с ней мать. Шизофреник знаком с образом жизни homo normalis и отлично понимает ее безысходность. Homo normalis, напротив, будучи обывателем, не понимает ни мира шизофреника с его рациональными суждениями, ни, строго говоря, своего собственного.

Наиболее значимым в этой истории болезни является описание психотического кризиса в его связи с оргонотическмми потоками и переживаниями биосистемы. В первую очередь следует сконцентрировать внимание на этом отдельном факте и не заблудиться в лабиринте шизофренических механизмов и бредовых идей. Мы должны прийти к общему знаменателю, который характеризует шизофренический срыв, независимо от содержания иллюзий. Ключевой момент шизофренического срыва определяется сокрушительным потоком орго-нотической плазмы, который захлестывает биосистему, неспособную выдержать этот эмоциональный шквал.

Психиатрии известно, что психотическая система представляет собой попытку реконструкции утраченного эго (= мира). Но психиатрия не может дать ответ на вопрос, отчего разрушается этот мир. Психотическая реконструкция — это результат, а не причина заболевания. Необходимо помнить об этом. Так, «нарциссическая фиксация в детстве» — это не причина срыва, а лишь одно из условий, при которых происходит срыв. Ядро проблемы — биофизический раскол между возбуждением и восприятием, происходящий в результате неспособности биосистемы вынести слишком сильные эмоции.

9. КРИЗИС И ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Развитие состояния пациентки в конце лечения и после него прошло через три четко очерченные стадии:

1. Очень хорошее самочувствие и душевное равновесие.
2. Неожиданный кататонический срыв.
3. Полное выздоровление, освобождение от психоза на пять лет со дня окончания лечения.

1. Быстрое наступление выздоровления

Первый период продолжался около месяца. Вначале она очень часто плакала, «потому я больше не нужна «силам», из-за того, что я — „еврейка"». С появлением телесных ощущений и восстановлением восприятия «силы» исчезли окончательно.

Затем наступил период наслаждения вновь обретенным здоровьем. Она позвонила мне и сказала, что не нуждается в этот день в лечении, так как чувствует себя отлично и вполне счастлива, а вместо сеанса лучше поиграет в теннис или посмотрит шоу. Она с удовольствием и весьма усердно работала в офисе.

Во время лечебных процедур дыхание ее было глубоким, она позволяла эмоциям протекать свободно: она плакала, смеялась, говорила много умных вещей без каких-либо следов блокировки или упорствования. Но я еще не был окончательно уверенным в наступившей ситуации, имея богатый опыт, связанный с тревожным оргастическим реагированием. Я знал, что она не будет в безопасности, пока не усвоит биологической роли человеческой самки в объятиях мужчины, которого она действительно любит.

«Силы отступили». На поверхности не осталось и следа шизофренических симптомов. Однако имели место различные признаки скрытого шизофренического функционирования, несмотря на невысокий уровень биоэнергии.

Она не решила, стоит ли ей признать достижение оргонной терапии. Нам известно, что пациенты, которые не отдают себе отчета в успешных результатах, сохраняют некоторую враждебность, порождаемую остатками тревоги.

Она решительно заявила, что за свое выздоровление только благодарна Богу. У нее родилась мысль, что «здоровье» — это постоянное, непрерывное счастье, без каких-либо тревог и печалей. Она не приняла моего дополнения, что здоровье означает еще и способность выстоять в неприятных и тяжелых ситуациях.

Она чувствовала область гениталий как свою собственность, эта область больше не была для нее чуждой и омертвелой, — но она не проявляла никакого желания сексуального союза. Таким образом, не оставалось сомнений, что она не допускает исследования этой проблемы в полной мере. Если мы начинали обсуждать тему основательной любовной жизни, она становилась неискренней и многословной.

Затем к этому постепенно стали прибавляться признаки, свидетельствующие о приближении катастрофы.

Она начала называть меня «обманщиком» и «опасным человеком», который провоцирует «плохие вещи» в людях. Она «не хотела никакой оргастической потенции» и приходила ко мне, как бы исключительно потому, что я исследовал концепцию эмоционального здоровья.

Однажды она пришла с металлическим крестиком на шее: она купила его за десять центов «для того, чтобы умиротворить „силы"». Я сказал ей, чтобы она не была столь оптимистична, а приготовилась бы к чему-то более дьявольскому от собственных глубинных эмоций. Она посмеялась над этим и стала уверять меня, что я преувеличиваю.

Пациентка демонстрировала признаки избегания дальнейшей терапии. Ей хотелось принять участие только в нескольких сессиях. Она сказала, что я недостаточно образован и восприимчив для нее и она пойдет в полицию и расскажет, что я «делаю плохие вещи».

Затем однажды она совсем не пожелала работать, не стала снимать пальто и вскоре совсем ушла. Позвонив тем же вечером, она извинилась за свое поведение и сказала мне, что, к сожалению, все еще нуждается во мне. После этого события приняли драматичный характер,

2. Внезапный кататонический срыв

Пациентка пришла на следующую встречу в ужасном состоянии. Она провела «кошмарную ночь»: вещи и формы в комнате «оживали»; на стене появлялась тень и тянула руки, пытаясь достать ее. «Я не боялась, но это была ужасная ночь», — сказала она.

Ей стало немного лучше, когда возникли телесные потоки и она позволила себе воспринимать их.

На следующий день ее сознание было совершенно спутанным и сопровождалось тяжелым расстройством речи и мыслей. Все вещи были «незнакомыми», а действия — ужасно сложными, если что-то не удавалось, она считала, что это «силы» оказывают давление на ее волю. Ее работа в офисе стала тяжкой ношей, совершенно непосильной. На протяжении всей встречи ее речь была очень заторможенной и неразборчивой, но она очень старалась, чтобы ее поняли.

Она оставалась в процедурной комнате до 7.20 вечера, а затем начала одеваться. Один из моих ассистентов обнаружил ее там в 8.50 в кататонической позе, она не могла двинуться и полтора часа оставалась в неподвижности. Очень медленно, прилагая огромные усилия, она сказала нам, что не могла позвать на помощь. Ее организм отреагировал кататонической каталепсией, то есть полностью блокировал движения, когда ее захлестнул сильный плазматический поток.

На следующий день пациентка избавилась от каталептического приступа, но вместо этого у нее возник бред величия, который выполнял функцию ограждения от переживания потока биоэнергии в организме и восприятия природы в ней самой.

Когда во время сессии внезапно возникли сильные предоргасти-ческие ощущения, она сказала: «Я слишком благородна и хороша для того, чтобы быть животным...» Через несколько минут она добавила: «Силы заставляют меня порезать левую щеку. Но я держу себя в руках, я сильнее, чем они [силы]...»

С точки зрения оргонно-биофизического функционирования, эта реакция была очевидным проявлением иллюзии силы, вызвавшей новое и удовлетворяющее переживание биофизической, вагинальной экспансии ее плазматической системы. Она все еще была неспособна полностью принять функцию удовольствия и насладиться ею, она сопротивлялась, прибегая к иллюзии: теперь она была даже сильнее, чем «силы», то есть все же сильнее, чем животное в ней. Это вскоре неожиданно подтвердилось. На следующий день я получил от нее письмо.

> Четверг.
>
> Дополнительно улаживать — аффективные (должны быть эффективными) адвокаты лицея в Риме. Вы не видите этого из-за бессмертной силы Воли выживания и достижения. «Мой ум» смешал подходящие осколки власти и моего славного начальника и работы. Вы не собрали мои осколки, и никто не мог и не может, и вот почему я иду к психиатрам, чтобы узнать. — Дети воды, божественная Диана и сказка о докторе Дулиттле, когда я была ребенком. Я гораздо старше Будды и Мохаммеда в пещерах и Изиды на распятье, меня всегда угнетала моя природа. Я должна получить точный ответ

на вопрос, не «меняя своего мышления», как вы говорите — который ничего не разрешит — но вы очень-очень добрые мои мысли — не мысли, но оплодотворенные знанием, вложенным в мою голову. Наказание описано в книгах, которые знают, как и почему я страдаю, написаны для моих глаз в одиночестве без знания и воли автора. ч Оплодотворенные мысли.

Но страшная паника, возникшая из ужасного смятения, причиняет боль.

Есть и другое сообщение вдобавок к вашей коллекции. Оно может однажды оказаться очень цепным — я вовсе не собираюсь говорить: «Я вам так сказала».

Знаете кто я? Я говорила вам, что могла бы нарисовать для вас портрет в полный рост — и греков и римлян — древних, конечно — проникнув прямо в эту картину. Я полагаю, что вы слышали об Изиде

Я — ЕЕ ВОСКРЕШЕНИЕ.

. И есть те, кто противостоит Чуждым Силам — их, наверно, всего пять. — Бог слева, остальные более или менее чем-то противоположны ему — Это те, кто иногда внушает страх, потому что они часто бывают против меня и умело истязают меня. Вы знаете, что полная реинкарнация бывает не всегда, а когда она бывает частичной, я открыта снарядам со стороны противников. У меня нет жриц и т.д. — нет в этом мире, поэтому мне приходится бороться самой — и мне не всегда хватает моей сверхсилы, чтобы делать это с легкостью — Бог, конечно — мой союзник. Когда я полна, как тем вечером в вашем доме, нет ничего, что я не могла бы сделать — если бы я этого пожелала — пришла домой, а там полицейский арестовал кого-то, кто выключил свет в магазине - для предотвращения воздушного налета — я надеялась, что он мог бы что-нибудь сказать мне или кто-то другой мог бы — приказать мне сделать что-то — Дураки те люди, они не могут оценить моего величия — они его не понимают — они видят только нечто странное, но не знают силы.

Проблема самоубийства очень сложна, потому что возникает вопрос состояния за пределами — возвращусь ли я к исходному рождению или достигну большего — будущего королевского воплощения — до тех пор, пока этот вопрос не будет решен, я ничего не могу сделать. Смерть — это другая сила, она действительно королева, и очень серьезная фигура — она приходила раньше — и с тех пор ее нет. Тот, кто был сегодня, он же был и на прошлой неделе, но то был Дьявол, я думаю, вы знаете, я как Изида, была не совсем тем же самым, что Другие — есть одна принципиальная причина для того, чтобы я предопределила жить здесь на земле и должна выносить эту жизнь — тот вопрос, на который я никогда не могла найти ответ — в чем же главная причина существования на земле — Ну, достаточно писанины,

Ф

Имена столь бессмысленны, почти как семейные пережитки -совсем нереальные -

Она стала божественной Изидой из-за сильных телесных ощущений; психотическое искажение восприятия силы, «миссии» и контакта со Вселенной, весьма очевидно, стадо порождением неспособности позволить себе во всей полноте воспринять естественную оргонотическую мощь и наслаждаться ею, оставаясь живым организмом, целостным и в здравом рассудке. Поэтому мое заключение таково: шизофреник в противоположность невротику обладает полной силой естественного оргонно-энергетического функционирования; он отличается от здорового животного, включая и человека, отщеплен-ностью восприятия от возбуждения и, таким образом, трансформирует собственное переживание силы в иллюзорное величие, а слабое восприятие отстраненного возбуждения в бред «запредельности» и преследования.

Эти выводы имеют первостепенную важность для понимания всей сферы психотических бредовых расстройств; дело не в том, вызвано ли расщепленеие высокой температурой, как это бывает при послеродовой аменции (postpuerperal amentia) или постсифилисных структурных повреждениях, или как в случаях выраженного паралитического бреда, или истинно шизофренического расщепления. Суть остается той же: когда единое функционирование организма раздроблено, происходящий в организме биофизический процесс будет восприниматься как сила, отчужденная от эго, в форме разного вида галлюцинаций или бреда. Специфические механизмы, которые отличают

бред при параличе от бреда послеродовой аменции или бреда при старческом слэне вынести все это. Когда есть только одна «сила», я способна это вынести, но когда их так много вокруг, я не выдерживаю, мне не хватает духу.

Не правда ли, сказано прямолинейно? Необходимо научиться понимать этот язык, а не впадать в шоковое состояние от этих надломленных людей. Homo normalis запирается в четырех стенах за спущенными шторами, если яркий солнечный свет раздражает его и когда он не может выстоять перед лицом природных сил. Старая дева сплетничает, рассказывая дурные истории о влюбленных, потому что ее организм не способен вынести возбуждения, когда дело касается функционирующей вокруг нее любви. Биопат-фюрер убивает миллионы людей, поскольку не выносит ни одного проявления живого. Преступник убивает того, кто вызывает в нем чувство гуманности и доброты. Шизофреник разрывается на части эмоционально и биологически.

На этой сессии пациентка впала в ступор, замкнулась, и один из ее родственников отвез ее домой.

На следующий день около 1.30 пополудни она проглотила крест, который носила на груди. На сессию пациентка пришла в очень болезненном состоянии. Сначала она только взяла крестик в рот, затем «он проскочил туда сам собой...». Зев был поранен, но в конце концов крестик все же проскользнул по пищеводу. Этим действием она намеревалась «угодить Господу» и помешать людям следить за ней. Ей пришлось напрячься, когда она глотала крест, но Бог улыбнулся ей. Ей хотелось взойти на высокую гору, воздеть руки к небесам, и тогда Господь приблизился бы к ней и принял бы в свои объятия.

Острое желание генитального контакта, таким образом, раскрылось в форме психотического бреда, связанного с божественными объятьями.

Я велел ей немедленно съесть большой кусок хлеба. Она посмотрела на хлеб и сказала: «Здесь глаза [дырочки на хлебе], которые ел едят за мной...»

Ее отправили к терапевту, который назначил ей рентгенологическое обследование. Крестик обнаружился в животе. Терапевт был в курсе оргонно-терапевтического эксперимента и способствовал тому, чтобы ее выпустили из клиники. Но все усилия пропали напрасно. За^всю свою долгую карьеру терапевта-исследователя я встречался со многими человеческими существами, которые скорее бы умерли, чем позволили бы себе воспринимать биоэнергетический поток ощущений. Я знаю людей, которые предпочитали уйти на войну, нежели рискнуть понести наказание за слова правды. Поэтому, я нисколько не удивился, когда пациентка предпочла отправиться в психиатрическую клинику, вместо того чтобы принять полное генитальное возбуждение собственного организма.

Через некоторое время крестик вышел из ее тела естественным путем. Но днем позже я получил от одной из приглядывающих за ней родственниц следующие заметки:

> 23 мая 1942 года.
>
> «Я впервые осознала некоторые изменения в ее поведении, когда она попросила мать оставить ее и сказала, что она могла бы приготовить что-нибудь поесть. Позже я поняла, что она настаивала на том, чтобы мать ушла из дома. Она накрыла на стол. Когда я в другой раз посмотрела на нее, она стояла возле раковины и била по ней стаканом, который держала в руке. Он не разбивался, и тогда она попыталась разбить его маленькой лопаткой, но это тоже не удалось. Я подумала, что она может повредить себе, и поэтому подошла к ней с тем, чтобы предложить ей разбить стакан за нее. Она отдала его мне, и я разбила. Она собрала все кусочки и аккуратно сложила их в ведро».
>
> «Никаких инцидентов во время еды больше не было. Она была на кухне и наблюдала за мной, взгляд у нее был странным. После еды я собиралась пойти в душ. Потом, уже под душем, я очень испугалась, когда увидела ее в ванной с большим кухонным ножом в руках. Она была полностью раздета и впервые предстала передо мной голой».
>
> «Я спросила, зачем ей нож. Она ответила, что он понадобился ей для того, чтобы поднять щеколду и открыть дверь. Потом она положила нож на полочку и уставилась на

меня. Я пыталась продолжать мыться, но вынуждена была все время наблюдать за ней. Она все так же молча смотрела на меня. Я попробовала завести с ней разговор, но это не удалось. Вдруг она вспрыгнула на край ванны, в которой я находилась, схватила меня за горло и попыталась столкнуть меня под воду. Мне в горло попало мыло, и ее хватка была совсем слабой. Я ухватила ее запястья и столкнула с бортика ванной. Я спросила, зачем она все это сделала? Она сказала, что хотела посмотреть на меня под водой. Она еще некоторое время постояла, наблюдая за мной, а потом ушла».

«Когда я вышла из ванной, она была в другой комнате. Свет не был включен, и она сидела в темноте. Я не стала туда входить, но прислушивалась как можно внимательнее. Через некоторое время я услышала плач. Что вызвало се слезы, я не знала и, поскольку плачь не прекращался, я пошла проверить, чем она занимается. Она разорвала в клочья книгу «Функции оргазма» доктора Вильгельма Райха и собиралась сделать то же самое с другим экземпляром, когда я его отобрала. Она уже была в халате и стала прохаживаться по темной комнате».

«Когда я опять навестила ее, она влезла в стенной шкаф и пребывала там в кататоническом состоянии, из ее руки выпала сигарета. Через десять минут, на протяжении которых она неподвижно стояла в шкафу, я позвонила доктору Райху и спросила его, как мне быть. Он велел, чтобы я положила ее и дала ей телефонную трубку, чтобы он мог поговорить с ней. Я взяла ее за руку и опустила вниз. Она легко осела в моих руках. Но когда я попыталась перенести ее к телефону, она начала биться и попросила, чтобы я оставила ее лежать. Я оставила ее в покое. Она поправила халат и села, чтобы поговорить с доктором Райхом по телефону. Я оставила ее одну и прошла в другую комнату».

«Доктор Райх сказал мне, чтобы я дала ей две таблетки снотворного и уложила в кровать. Но поговорив по телефону, она почувствовала себя гораздо лучше и захотела посетить одну свою замужнюю подругу, с которой собиралась встретиться. Мы обе отправились туда и провели там весь вечер. Когда около двух часов ночи мы вернулись домой, она приняла две таблетки снотворного и улеглась в кровать».

«Она проспала все воскресенье и отказывалась встать, чтобы поесть или сделать что-нибудь еще. В понедельник утром она, наконец, встала, но на работу в тот день так и не пошла».

Через несколько часов после того, как я получил это письмо, пациентка позвонила мне. Она хотела «что-то сделать, но не могла мне сказать, что именно..,». Я знал, что она в достаточно хорошем состоянии, и не стала бы предпринимать ничего ужасного. Я понимал, что прорвались глубинные шизоидные механизмы и продолжают прорываются, и что ее поступки вызваны именно этим, но кроме этого, я знал, что ее желание лечиться и доверие ко мне были достаточно сильными, чтобы удержать ее от опасных действий. Элемент взаимного доверия имел в наших отношениях огромный вес. Она продемонстрировала мне, что готова немедленно отправиться в клинику, как только потребуется; я должен был положиться на ее слово, если хотел продолжать лечить ее. Невозможно вернуть душевное равновесие шизофреника, если не поддерживать его благоразумие и не рассчитывать на него. Она знала, что я полагаюсь на нее, и это было самой сильной гарантией против реальной опасности. Дальнейшее развитие событий, как и окончательное выздоровление, подтвердили, что именно такой подход был абсолютно верным.

В полдень того дня позвонила ее родственница и сказала, что пациентка разделась, взобралась на высокий комод и стоит там, как статуя, заявив, что она божественная Изида. Кроме того, она соблазняла своего брата, после чего пыталась утопить его в ванной. Часом позже позвонил ее брат: она все так же неподвижно стояла там и явно не собиралась сдвинуться с места. Я уговаривал ее родственников сохранить трезвую голову; я сказал им, что она проходит через определенную эмоциональную ситуацию, при этом наиболее важно позволить ей оставаться вне клиники — если это вообще возможно, но они могут вызвать «скорую помощь», как только ситуация покажется им опасной. Им не пришлось вызывать «скорую помощь».

Еще я попросил их немедленно и в любое время звонить мне, как только появятся какие-то изменения. Звонков не было до следующего вечера. Пациентка вечером легла в постель в изможденном состоянии. Потом, до четырех часов дня, она не хотела вставать. Мать пыталась силой поднять ее из постели. Я сказал им, чтобы они позволили пациентке спать; очевидно, она была измождена и нуждалась в отдыхе после огромного напряжения, которое ей пришлось пережить.

Пациентка проспала почти *три* дня и пришла ко мне в шесть часов вечера. Она «собиралась опять вернуться в клинику, но та оказалась закрытой». Я сказал, что ей необходимо вернуться в госпиталь, если она чувствует такую необходимость. Она ответила, что не знает, должна ли возвратиться туда или нет. Она опасалась, что ей станет хуже, если она вернется. Я согласился, что такая опасность есть и что она достаточно велика.

Из этой сессии было понятно, что после сильного приступа она одновременно переживала прояснение и находилась в непосредственной близи к кататоническому срыву. Прежде мне никогда не приходилось видеть такой ясности и здравого рассудка в паре с кататони-ческим состоянием. Обычно прояснение и здравомыслие появляются после того, как пациент выходит из кататонического ступора благодаря приступу бешенства. Здесь и в помине не было ярости и имела место явная борьба с неподвижностью. Что в конце концов победит? Я не знал, и никто не смог бы этого сказать.

Кататоническая неподвижность клиентки была очень устойчивой и возрастала по мере того, как усиливались попытки вступить в коммуникацию со мной, что-то сказать мне, рассказать о том, что с ней происходит. Она говорила очень четко, но чрезвычайно медленно, каждое слово давалось ей с огромным трудом. Лицо было похоже на маску, она совсем не могла пошевелить лицевой мускулатурой, но взгляд не был затуманен, напротив, он светился разумом и пониманием. Ее речь, хоть и замедленная, была ясной и артикулированной, логичной и четкой.

На протяжении почти трех часов она рассказывала мне, как недавно «полностью ушла в другой мир». «Силы» сумели втолкнуть ее туда против ее воли. В конце концов ей удалось вернуться обратно в этот мир. Но она все еще ощущает себя очень-очень далеко. У нее совсем нет контакта с вещами и людьми, все кажется отдаленным на большое расстояние. Она чувствует себя совершенно равнодушной ко всему — ей все равно, сколько сейчас времени, девять часов утра или девять вечера, смеются окружающие или плачут, нравится она им или нет. Она изо всех сил старалась приблизиться к людям и вернуть переживания, но не могла этого сделать.

Пациентка внимательно рассматривала солнечный блик на полу. Она знала, что это свет, но в то же время он выглядел в ее глазах странным, «чужим», будто это «что-то живое». Я понимал, что она ясно воспринимает эти впечатления, но в то же время не может установить контакт со своим восприятием.

Разница между внутренним состоянием пациентки до лечения и тем, которое имело место теперь, была в том, что прежде состояния прояснения чередовались со спутанностью сознания, теперь же она, впадая в смятение, четко понимала, что именно вызывает такое состояние. Это был большой шаг к выздоровлению. Такие инсайты в процессе лечения очень важны сами по себе. Они не только предупреждают о приближении кататонического ступора, но и обнаруживают важные функции самовосприятия и сознания как такового. Любой естествоиспытатель знает, какую решающую роль играют такие инсайты для перспективы понимания величайшей загадки всей естественной науки — функции само восприятия. И на протяжении всего эксперимента я чувствовал и действовал скорее как естествоиспытатель, нежели как психиатр. Я должен отметить, что только психиатрам с большим опытом работы, в совершенстве изучившим проблемы сознания, можно отважиться на исследование естественного функционирования человека. Но с другой стороны, нет сомнений в том, что

такие рискованные исследования незаменимы, если медицина собирается овладеть обширной сферой эмоциональной чумы.

Пациентка отчетливо вспомнила, что хотела утопить брата и включить газ, но заявила, что «оно захотело сделать это», а она пыталась сопротивляться «этому», но неудачно. Поэтому она и хочет возвратиться в клинику. Было ясно, что если ей удастся сохранить прояснение, то психотическое состояние пройдет. Такое положение требовало, чтобы она не пыталась скрыться за стенами клиники.

В момент отступления кататонии она вспоминала только день, который провела, стоя, как божественная Изида, и не могла воспроизвести в памяти следующие два дня, когда она пролежала в постели. Она находилась в кататоническом состоянии два дня и совершенно не помнила их.

Я позволил говорить ей обо всем, о чем она захочет. Она вновь и вновь по-разному описывала отчужденность мира. В конце сессии я предложил ей лечь в оргонный аккумулятор. После 20 минут процедуры ее движения лишились замедленности, и она ушла от меня в хорошем состоянии. Первая ощутимая победа над кататоническим срывом была одержана.

На следующий день пациентка вернулась опять несколько заторможенной. Иррадиация в оргонном аккумуляторе быстро оживила плазматическое течение. Это вселяло надежду. Выяснялось, что оргонный аккумулятор может однажды сыграть огромную роль в преодолении кататонических состояний биофизического сокращения организма.

Должен признаться, что я не уставал удивляться результатами работы с помощью оргонного аккумулятора, хотя уже более семи лет был хорошо знаком с его вагатоническими эффектами. Тем не менее обнаруживалось много удивительного и невероятного даже для меня. Поэтому я могу отлично представить реакцию терапевтов, которым никогда не приходилось работать с оргонной энергией.

Я сообщил брату пациентки о значительном улучшении ее состояния, но предостерег его от излишнего оптимизма. Я предупредил его, чтобы он был готов в любое время поместить ее в клинику. Пациентка была со всем этим вполне согласна.

На следующее утро с ней случилось несчастье. Полицейская сущность менталитета наших психиатрических учреждений приобретает несомненно гротескные размеры. Несмотря на официальную информацию об экспериментальной терапии и о хороших результатах, которые она давала, вместо того, чтобы попытаться развить ее, они следующим утром в 7.30, применив силу, препроводили пациентку в клинику Бельвью в сопровождении двух санитаров, не известив об этом ни меня, ни ее родственников. Пациентка не сопротивлялась.

Это «богоподобное всемогущество» психиатров — самое громадное препятствие для полноценной работы рациональной психической гигиены. Они могли бы по крайней мере известить меня или родственников. Нет. Они почувствовали всемогущество, после того, как худшее было позади; за пациенткой умело и старательно ухаживали опытный биопсихиатр, родственники, да и она сама приложила немало усилий. Пациентка, учитывая ситуацию, вела себя прекрасно. Я искренне надеюсь, что психическая гигиена однажды будет обладать такими возможностями, которые позволят осадить судебных и клинических психиатров и заставить их прислушиваться и внимательно относиться к новым, обнадеживающим медицинским достижениям в тех случаях, когда они сами ничего не понимают. Усилия многих месяцев могли пропасть даром из-за подобных действий официальных представителей клиники. Мне не удалось выяснить, как это произошло. Психическая гигиена не утвердится в своем положении до тех пор, пока будут возможны подобные вещи.

В ряде случаев пациентка действительно реагировала на происходящее в опасной психотической манере. Я отдаю себе отчет, что действительно сильно рисковал. Но мы идем на риск ежедневно, если просто-напросто ходим по улицам, где с крыш домов

валится черепица. Мы пока не сажаем в тюрьму владельцев таких домов. Мы не сажаем в тюрьму родителей, которые в массовом порядке производят на свет преступников. И мы не сажаем в тюрьму судью, который приговорил невиновного человека к электрическому стулу. Логично было бы не возмущаться из-за контролируемого поведения шизофреника. Несмотря ни на что, наша пациентка была гораздо менее опасна, нежели какой-нибудь психопатический профессиональный нейрохирург или диктатор, управляющий миллионами. Они не обеспокоены тем, что Гитлер в свое время сидел в тюрьме, но они заключают в застенки пациентку, которая так мужественно боролась за свое здоровье. Очевидно, что за этими действиями стоит нечто гораздо большее, чем просто безопасность населения.

Здесь важен еще один факт. Мы, медицинские оргонные терапевты, работаем с глубинными человеческими эмоциями, и нам хорошо знакомо по опыту, что даже самый адаптированный невротик может издавать звуки, которые покажутся дикими и сумасшедшими для ушей некомпетентного невропатолога. Если такой невропатолог поприсутствует всего лишь на одном приеме оргонной терапии, он действительно может побежать к окружному адвокату, как однажды случилось в Нью-Джерси, США. Когда глубинные эмоции, особенно ненависть, пробивают панцирь, — а это совершенно необходимая для излечения процедура — это происходит в искусственно созданной ситуации, вызывающей подлинные эмоциональные импульсы. Нам известно, что эмоции потенциально опасны, но процесс прорыва стимулируется намеренно. Как правило, мы крепко держим пациента за руки и очень тщательно, на протяжении многих дней и недель готовим эмоциональный взрыв. Нечто подобное происходит во время операции, когда больному вскрывают живот, при этом никому не приходит в голову объявлять хирурга убийцей. И никто не возражает против жестокого метода шоковой терапии или протыкания таламуса длинными иглами, так же как и против фронтальной лоботомии, которая убивает пациентов.

Но поскольку невежество в эмоциональной проблематике широко распространено, а каждый невежа считает себя «экспертом» в данном вопросе, только на основании того, что сам обладает эмоциями и поэтому может судить о биофизических или психологических процессах, — то ситуация в отношении биопсихиатрии складывается совершенно иначе, нежели в отношении хирургии.

Мне самому недостаточно известно, в какой мере эмоциональное состояние моей пациентки было вызвано терапевтическими процедурами и в какой мере — настоящим психотическим срывом. Надзиратели далеки от любых подобного рода рассуждений. Можно сказать и больше о ненависти homo normalis к шизофреникам. Только через несколько дней мне удалось окончательно разобраться, что психоти-чески реакция пациентки была связана с терапевтической ситуацией и не имела отношения к психотическому срыву. Она перенесла несправедливость с достоинством. Вскоре после случившегося она написала следующее вполне разумное письмо брату:

> 28 мая 1942 года.
>
> Большое спасибо за то, что так быстро написал — я знаю, что обстоятельства моего отъезда и его неожиданность должны были потрясти тебя и маму — я сама была потрясена, поэтому вполне представляю, как могут чувствовать себя другие. Как бы там ни было, единственное, что я могу сказать, — данный шаг со стороны госпитальной администрации был излишним — но поскольку я не могла ничего сделать, чтобы остановить их, — я смирилась с этим, как с неизбежностью.
>
> Меня немного беспокоит моя работа. Я хотела бы знать, есть ли возможность избежать увольнения, если я достаточно скоро выйду отсюда. Мне тягостна мысль о потере отличной рекомендации, которую, я знаю, они могли бы мне дать, если бы не рассердились тем, что я ушла без предупреждения.
>
> Если ты получишь это письмо вовремя, — так чтобы успеть прийти ко мне в воскресенье, то прекрасно; если же нет, то твой визит произойдет на следующей неделе. Если можешь, постарайся, чтобы с тобой пришел доктор Райх — мне бы хотелось его

увидеть. Если ты еще будешь писать мне, пришли адрес Е. — он в моей записной книжке (она на столе в моей комнате). Дай мне знать, когда она свяжется с тобой, если не сердится на меня из-за того, что я не смогла встретиться с ней в эту субботу. Проверяй почту, я ожидаю на этой или на следующей неделе сертификат от Красного Креста.

Свяжись с О. и М. и дай мне знать, когда она соберется рожать и, конечно, как она себя чувствует.

Скажи маме, чтобы она прислала мне несколько пар носков. Скажи ей также, чтобы она не расстраивалась — я отлично себя чувствую и надеюсь, что очень скоро выйду отсюда.

С любовью, Ф.

Позже я узнал, что ее госпитализация произошла из-за того, что лечащий терапевт неадекватно воспринял ее описание «сил», которые ее посещали во время оргонной терапии. Это письмо из клиники звучало разумно и совершенно рассудительно. Лечение продвинулось достаточно далеко, что позволило ей выстоять против применения жестокого метода госпитализации. Я получил следующее письмо отпациентки, которое ясно показало, что ее реакции были совершенно типичными для психиатрической оргонной терапии.

6 июня 1942 года.

Я не знаю, что творится вокруг — меня схватили и бросили сюда, в госпиталь, что конечно же вызвало во мне шок. Я могла долго раздумывать па тему о возвращении сюда, но никогда всерьез не думала, что они водворят меня сюда силой — по-моему, они занервничали — я не сделала ничего такого, что дало бы им повод поступить со мной так — и без предупреждения. Брат вам рассказывал? Я могла учинить скандал и отказаться ехать, но я знаю, что у них в карете скорой помощи есть смирительные рубашки, и этого было бы достаточно, чтобы стащить меня вниз силой, поэтому я приняла это с таким смирением, па какое у меня достало сил. Я приспособилась здесь, как и прежде — я обошла все вокруг и мне стало легче, но пару раз я почувствовала себя «выключенной»; здесь, по крайней мере, это ни черта не имеет значения, — я бы унеслась отсюда так, будто черти за мной гонятся, дай мне только волю. Единственное, что меня беспокоит, что надо мной установят насильственную опеку, и я потеряю все преимущества, которых добилась — будучи полезной, имеющей столь хорошую репутацию, хорошей работницей, я не знаю, если это произошло... Увидим...

Во всяком случае, Христос, и т.д. — что-то вроде покоя вокруг меня, то есть по воздействию, что-то вроде состояния... Смешать это во мне... Но не достаточно проводить какие-то различия до тех пор, пока... Я удивлюсь,если электрошок принесет какую-то пользу. Кстати, как я могла в воскресенье позвонить вам, если была здесь, вы же не думаете, что они позволяют пациентам звонить по телефону, правда? Я даже не могла вам написать это письмо без цензуры врачей, сестер и санитаров; возможно, они вовсе и не отправляют писем. Тогда мой брат пронесет его.

Я думаю, что вы все (доктора) отвратительны! Я не знаю, кто из вас прав, а кто — нет, или какой метод лучше, или кто есть кто... Могу ли я сказать докторам, что намерена увидеться с вами, когда вы придете? Я не видела здесь ни одного доктора — только во время заключительного консилиума, когда они решали, можно ли меня отпустить домой.

Вот в чем дело — достаточно ли вы благородны, чтобы прийти и увидеться с пациенткой? Я просила брата, чтобы он попросил вас придйти, но он сказал, что вы не можете. Я догадываюсь, почему — я не знаю, кто на моей стороне, а кто нет...

Постоянно существует угроза, что меня переведут в дальний корпус, который отвратителен — шум, вонь, ужас больничного помещения...

Может быть, вы сказали этим докторам или ведущему терапевту о том, что случилось, когда я была дома? Это причина моей госпитализации?

Заставила ли я вас почувствовать вину? Я буду ненавидеть вас до
конца своих дней.

Позже стало сказываться типичное влияние клиники.

Воскресенье.

Я пишу в ожидании своего брата. Я ни во что не вникаю, более того — здесь все не так уж и плохо — на самом деле, даже замечательно. Мы каждый вечер собираемся в компании: я, некоторые другие пациенты, имеющие те же привилегии, как у меня, и несколько санитаров — конечно, это все делается тайно. Я совсем не могу разглядеть никаких перспектив в жизни. Мы увидим... чего больше. Христос и Смерть и т.д., снова окружили меня... докучая мне... Я «сижу на пороховой бочке», потому что, хоть я и здорово провожу здесь время, я отношусь к этому с большим подозрением. Я думаю, что Христос и т.д. все преувеличивают, так что грядет Большой взрыв, который разнесет все в клочья -чтобы просто разозлить меня...

В течение дня и вечера я несколько растеряна — но не сегодня — больше — вы знаете — делаюсь вялой и т.д. отсутствующей... Я даже не знаю, будем ли мы с вами продолжать после... я ничего не знаю... Это все обман.

Как бы там ни было — Ф.

:

Я написал письмо наблюдающему терапевту, который неверно истолковал ее рассказ о реакции на терапию. Я попросил его дать ей шанс выздороветь и перевести в частную клинику. Он согласился, но ухудшение, которого я ожидал, стало быстро прогрессировать. Я привожу здесь письма, которые получал от нее в то время. Они дадут довольно ясную картину происходящего с ней; в своей борьбе за жизнь и выздоровление пациентка демонстрирует глубокую проницательность, которую выражает в психотической форме. Если читатель вчитается в ее письма, отделив психотическую форму выражения от содержания идей, он согласится, что шизофрения обострилась не из-за слишком слабого, а из-за слишком сильного и бескомпромиссного контакта с миром скованных панцирем людей. Действительно, идея Иисуса выражена в типично психотической манере, свойственной многим психотикам. Но верно и то, что Иисус был распят на кресте больными, жестокими homines normales.

Четверг, девятнадцатое ноября 1942 года.

Все ужасно, и я не знаю, что делать. Ночью я поняла причину мира и войны и почти всего. Они выпили галлоны крови у меня на глазах. Дьявол по этой причине красный, и он становится все краснее и краснее, а потом кровь вылилась на солнце и зажгла его. Иисус истекал кровью на кресте, капля за каплей, и это все было выпито, потом он занял место подле дьявола и тоже стал пить -стол был залит кровью (он без ножек). Мать Мария из угла наблюдала за этим. Она была белой, как овечка. Вся ее кровь вылилась и смешалась. Она смотрела, как ее сын пьет эту кровь, и страдала. Я не хотела ни видеть, ни знать причины происходящего, но сила заставляла меня смотреть и слушать. Может из-за Изиды, которую они использовали все эти тысячелетия, я не знаю, что делать.

Ф.

Ночью я поняла причину мира и войны и почти всего. Они выпили галлоны крови у меня на глазах ...

Все, что она написала, — совершенная правда и полностью соответствует реальности. Гитлер и другие милитаристы пролили миллионы галлонов крови. Упоминание красного солнца представляется не более чем психотической ассоциацией, и все же мы не спешим отбрасывать ее.

Несколько месяцев у меня не было сведений о пациентке. Затем, в феврале 1943 года я получил следующее письмо. Было ясно, что она продолжает вести упорную борьбу и что всеми силами старается показать мне это. .

14февр. 1943 года.

Все верх дном, как в аду — мир и люди в нем смердят — все режут друг другу глотки... большими мясницкими ножами — они убили 8 миллионов — тех, кто были евреями, и они сохранили нам жизнь — это бессмысленно... ничего, я не думаю, что меня съедят, и ем так, будто мщу интрижками и мелочностью. Все вокруг меня — будто за мной охотятся, в центре всего этого... я должна быть 115 фунтов. В течение длительного времени, и я приближаюсь к этому, а потом ем тонны и получаю все это обратно... 10

учеников все еще ждут, что их заберут из катакомб, и я не могу забрать их, пока я вешу 115 фунтов, — теперь они с правой стороны. Бог и они помогают мне не есть, но я ем и, как я уже говорила, сполна расплачиваюсь — так сполна, что уже не могу справиться со всем этим. Я не понимаю современное, только прошлое поколение — столетия назад... вечность назад — древних мудрецов.

Только работа сегодня истина и реальность — я люблю ее — она никогда не подведет — никогда... работа — это прямая дорога... Вы сказали моему брату, что будете писать — пожалуйста, пожалуйста, пишите — я не понимаю ничего, и мне бы хотелось услышать от вас о прямых углах — очень благодарна — Ф.

Письмо выражает, хотя и в искаженном виде, глубокое понимание реалий нашего общества и нашего образа жизни. Таково шизофреническое видение нашего мира.

Пациентка оставалась в психиатрической клинике еще несколько месяцев, в общей сложности — больше года. Ее брат информировал меня о состоянии ее здоровья. Она вышла из больницы серьезно травмированной эмоционально, но она выстояла, благодаря трехмесячному курсу оргонной терапии — превосходный результат. Теперь она казалась не столь психотичной, но ее характер изменился в сторону компульсивного невроза. Она стала мелочной, придирчивой и вредной в отношениях с родственниками — в общем, стала типичным homo normalis. Ее благородство и «искра» гениальности исчезли. Брат женился на девушке другого вероисповедания. Раньше ее бы это ничуть не обеспокоило, она отнеслась бы к этому по-философски. Теперь же она находила в этом повод для мелочных придирок, точно так же, как ее мать, которую она прежде ненавидела и которой теперь подражала. Она перестала работать в офисе, чего не случалось даже в критические периоды ее состояния. Тупо и без интереса слоняясь вокруг, она цеплялась к ненавистной матери в типично невротической манере. Переживание насильственной госпитализации оказалось для нее непосильным. Оргонная терапия не возобновлялась вплоть до октября 1944 года, то есть еще год после того, как ее выписали из клиники.

3. Постепенное выздоровление

Биофизическое состояние пациентки к октябрю 1944 года было следующим:

Дыхание глубокое, лишь слегка сдерживаемое голосовой щелью.

Оргастический рефлекс протекал легко и полно.

Вагинальное самоудовлетворение с оргастическим высвобождением происходило регулярно.

Взгляд оставался слегка замутненным, но не в такой степени, как прежде.

Поведение в целом было уступчивым и согласованным.

«Силы» все еще присутствовали, но держались «на расстоянии» и были «неустойчивыми».

Временами чувствовалось легкое давление между глазами.

Лицо было румяным.

В ходе нескольких исследовательских сессий все еще можно было уловить шокоподобные признаки кататонии, но в целом ситуация выглядела вполне удовлетворительно. Мне удалось полностью высвободить ее плач. После этого она попросила позволения подробнее обсудить «что-то очень важное » Она поняла происхождение собственной идеи божественной Изиды. Пациентка вспомнила, что в детстве ей казалось, что она понимает мир гораздо лучше других, особенно лучше взрослых. Она всегда чувствовала, что человеческие существа, окружающие ее, чем-то больны, чем именно — ей не удавалось до конца понять. Важным в этих переживаниях было то, что ее удивляла собственная способность понимать гораздо лучше других. Постепенно у нее возникло чувство, что она одинока в мире человеческих существ, и начала верить, что обладает знаниями тысячелетней давности. В качестве объяснения этого экстраординарного факта она предположила, что подобное возможно только если она — сама божественная Изида, которая переродилась в ее теле. Наряду с повседневной мелочной жизнью эта идея казалась слишком странной, и она почувствовала себя еще

более одинокой. Затем на нее нахлынули сильные телесные ощущения, которые, казалось, сконцентрированы в ее гениталиях. Ничего подобного в ее окружении не допускалось. Постепенно ока научилась ослаблять или снимать поток телесных ощущений, напрягая собственное тело, тогда возбуждение затухало. Ей стало казаться, что оно имеет над ней власть и не поддается контролю. Позже она все-таки научилась овладевать возбуждением, но его присутствие оставалось ощутимым. Появление всемогущих сил, как правило, начиналось с сильных ощущений в нижней области живота. Иногда все ограничивалось этими ощущениями, а иногда силы проявлялись в полную меру. Таким образом, сейчас она совершенно ясно осознала, что всемогущие силы ее раннего детства и более поздние «запредельные дьявольские силы» — суть одно и то же.

У меня создалось впечатление, что несмотря на этот инсайт, в ее сознании сохранились остатки сомнений относительно истинной природы этих сил.

Ее состояние быстро улучшалось, взгляд прояснялся, но давление в глазах иногда ощущалось. Она с жаром объясняла: «Но оно [давление] за глазами, а не в глазах...» Мне нечем было возразить.

Четыре месяца спустя у нее снова произошел кататонический приступ, но она его преодолела. Я продолжал ежедневную иррадиацию с помощью оргонной энергии в области турецкого седла.

В следующий раз я увидел пациентку в январе 1947 года. Она много читала, у нее был хороший аппетит. Она с удовольствием вступала в половые отношения, которые однако для нее не заканчивались оргазмом. В ноябре того же года она снова пришла поделиться со мной своими переживаниями: полноценного оргастического высвобождения во время полового акта все еще не происходило, но она работала и в целом чувствовала себя хорошо.

Я посоветовал ей не встречаться больше с терапевтами, даже со мной, и постараться забыть все трагедии своей жизни. Она упрашивала меня продолжить терапию, но я чувствовал, что она стала самостоятельной, и посоветовал ей учиться стоять на собственных ногах.

В августе 1948 года я получил от нее письмо.

> Я пишу, чтобы передать вам, какое впечатление произвела на меня ваша книга «Слушай, малыш!». Я не могу выразить, какое наслаждение я получила при ее чтении, поскольку то, что вы написали о «маленьком человечке» — такая грустная правда, что я почувствовала себя в его шкуре. Я хочу, чтобы вы знали, что антагонизм и даже ненависть, которые я испытывала к вам и вашей работе во время терапии, исходили из моего знания (временами даже сознательного), что я слишком сильно приблизилась к состоянию прорыва своих телесных ощущений и, возможно, к любви. Это было чем-то таким, чего я не могла себе позволить — всю жизнь я вынуждена была строго сдерживать свои телесные порывы, и даже сознательно добивалась их угасания — я лечила свое тело как грязное, ненавидела его, отвергала и презирала себя в наказание за ранние чувственность и мастурбацию. Эту ненависть, которую я испытывала к собственному телу, я и проецировала на вас. Простите меня за это, доктор, эта ненависть очень вредила моему телу и рассудку. Мне бы хотелось сказать вам, что несмотря на мою «озлобленность и мелочность», ваша раёоіа надо мной очень сильно помогла мне, я осознала, какой вред я причиняла себе и окружающим людям и почему я это делала. Итак, теперь я знаю и в полной мере ощущаю, что мое тело стремится быть здоровым, и что мое бегство в «башню из слоновой кости» психического расстройства лишь поменяло бы цвет картины, но не саму картину. Я готова была стать душевнобольной, «особенной», чтобы оставить тело на заднем плане, но постепенно я обнаружила, что здоровое «активное» тело доставляет большее удовольствие — как физическое, так и душевное.
>
> Поэтому, я полагаю, вы догадываетесь, что я воссоединяюсь с собственным телом, хоть это и происходит медленно, и не без вашей помощи. Процесс несколько замедлен, поскольку до сих пор имеют место напряжения, временами возникают блоки, и я не знаю, что с ними делать. Часто мое и без того незначительное мужество покидает

меня, и тогда всплывает темная картина ненависти, бреда и страданий, но ненадолго. Спасибо за все, я молюсь Господу, чтобы он придал мне мужества.

Ф.

В конце 1948 года я узнал о ее хорошем состоянии, не считая одного письма от нее, где она поведала о своей «гнилой сущности» и как она «недостойна жить в этом прекрасном мире». Я велел ей не печалиться об этом и продолжать наслаждаться собой. О «силах» она больше не упоминала.

Несколько недель спустя она посетила меня. Пациентка была собранной, ее глаза искрились умом и проницательностью. Она усердно работала и даже открыла собственное дело. Однако генитальная сексуальность все еще не складывалась. У нее не было приятеля. Она встречалась с одним человеком, который ей нравился. Однажды они остались наедине. Она знала, что произойдет той ночью, и захватила с собой снотворное, которое подмешала в его бокал. Он заснул. Я посоветовал устранить последнее препятствие, воспользовавшись помощью одного из наших оргонных терапевтов.

Прошло семь лет с момента окончания этого терапевтического эксперимента: внушительный период, чтобы судить о результатах, но недостаточный для окончательного ответа на вопрос, способны ли такие пациенты постоянно сохранять рассудок. Это будет зависеть от множества условий, которые выходят за рамки индивидуальной оргонной терапии. Они связаны в первую очередь с социальной природой.

Серьезный вопрос, который возникает в этой связи, — способен ли homo normalis коренным образом изменить свой образ жизни и образ мыслей. На этот вопрос нельзя ответить определенно. Разъяснение того факта, что образ жизни homo normalis провоцирует шизофреническое расщепление у миллионов здоровых новорожденных, при условии его серьезного обсуждения и практического обоснования может значительно продвинуть нас к разрешению этой проблемы. Очевидно, что близится то время, когда homo normalis вынужден будет пересмотреть рациональность и обоснованность его образа жизни. Благодаря исследованию переживаний больных шизофренией мы можем понять, как homo normalis влияет на миллионы новорожденных детей. Предупредить заболевание «шизофренией» означает радикально изменить всю систему воспитания, а не только лечения шизофреников. Последнее будет всегда оставаться индивидуальным вкладом, не оказывающим никакого влияния на состояние общества.

Это не означает,- что следует прекратить Изучение менталитета шизофреника. Он может многое рассказать нам о человеческом функционировании, о проблемах восприятия и само восприятия, о деятельности сознания, которое изучено гораздо меньше, нежели бессознательное. Он может подсказать нам, как помочь отдельному человеческому существу, стоящему на пороге срыва. Но основное препятствие для этой и для других подобных задач медицины и психиатрии — мир homo normalis, который продолжает сохранять свои вековые идеи и традиции, наносящие колоссальный урон биологическому ядру каждого ребенка в каждом новом поколении.

В борьбе с эмоциональной чумой мы столкнемся с самым дурным обличьем homo normalis — с фанатичной мистикой и стереотипами, свойственными человеческому существу, которое бежит от себя по той же причине, что вызывает кататонический срыв у наших пациентов: ужас перед плазматическим потоком организма, не позволяющим справиться с мощными биоэнергетическими эмоциями, и потеря естественных функций саморегуляции. Все нападки на нашу научную работу на протяжении последних двадцати пяти лет совершались такого рода людьми из различных организаций и социальных институтов. Homo normalis боролся с оргонными биофизиками по тем же причинам, которые заставляли его сжигать тысячи ведьм *и* применять шок на миллионах пациентов: это ужас человеческого существа перед силами, которые он неспособен пережить в себе. Если мы не соберем все мужество, чтобы отстоять эту догадку, мы несостоятельны как психиатры, терапевты и воспитатели.

Впервые в истории медицины эмоциональная чума, которая распространяется из-за страха органических ощущений, столкнулась с достойным противником. Перед нами огромная перспектива: дать человеческому существу возможность принять в себе природу, перестать избегать ее и наслаждаться тем, чего сейчас он так сильно страшится.

ГЛОССАРИЙ

АБСТИНЕНЦИЯ — воздержание, н-р, *сексуальное воздержание* —- вынужденное, принудительное или сознательное добровольное снижение половой активности, обычно ситуационно обусловленное. Субъект может прибегнуть к заменителям полового акта с оргазмом (парциальная абстиненция) или полностью отказаться от сексуальной деятельности (тотальная абстиненция).

АМБУЛАТОРНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ — относительно доброкачественно протекающая шизофрения, клиническая картина которой характеризуется, главным образом, неврозоподобной симптоматикой.

АТАКСИЯ — нарушение координации движений.

АФФЕКТ — приятное или неприятное, смутное или отчетливое эмоционально-аффективное состояние, проявляющееся в общей душевной тональности или в сильной энергетической разрядке.

БИОНЫ — пузырьки энергии, представляющие собой переходные стадии между безжизненной и живой субстанциями; возникают в процессе разложения органической и неорганической материи; заряжены энергией оргона, т.е. энергией живого, и могут развиваясь превращаться в простейших и бактерии.

ВЕГЕТОТЕРАПИЯ — сексуально-экономическая терапевтическая техника, направленная на высвобождение связанных вегетативных энергий и восстановление, таким образом, вегетативной способности пациента к движению.

ВЛЕЧЕНИЕ — динамический процесс, при котором некоторое давление (энергетический заряд, движущая сила) подталкивает организм к некоторой цели. Источник энергии — телесное возбуждение, цель достигается в объекте влечения или благодаря этому объекту.

ВОСКОВАЯ ГИБКОСТЬ — каталепсия, симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им позе, даже очень неудобной; наблюдается при кататонической шизофрении.

ВЫТЕСНЕНИЕ — процесс, посредством которого неприемлемый импульс или идея становятся бессознательными.

ГАБИТУС — совокупность наружных признаков, характеризующая строение тела и внешний облик человека: телосложение, осанка, выражение лица, цвет кожи и т.п. Оценка габитуса является важным критерием в диагностике заболеваний, свидетельствует о состоянии человека.

ГЕНИТАЛЬНАЯ ЛЮБОВЬ —• такая форма любви, к которой субъект приходит на вершине своего психосексуального развития, т.е. не только дойдя до генитальной стадии, но и преодолев комплекс Эдипа.

ГЕНИТАЛЬНОСТЬ — высший уровень развития либидо, зрелость.

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ — недостаточность механизмов восстановления функциональных нарушений и структурных дефектов организма, гоме-остаза; также может проявляться при дезадаптации личности, в связи с социально-психологическими или биологическими (соматические заболевания, возрастные кризисы) факторами.

ДИНАМИЧЕСКАЯ модель рассмотрения душевных процессов — рассмотрение психических явлений как форм проявления определенных и, как правило, скрытых от сознания тенденций, влечений и т.п., находящихся в противоречивых отношениях между собой (единство и борьба), а также с точки зрения переходов из одной подсистемы в другую.

ЗАСТОЙ — скопление жизненной энергии в организме, превращающееся в источник энергии для биопатии и иррационализма.

ЗАЩИТА психическая (эго-защита) модель рассмотрения душевных процессов — совокупность бессознательных психических процессов, которые призваны защитить Я (эго) от угроз со стороны реальности или со стороны влечений (ид) и/или сверх-я.

ИНТРОЕКЦИЯ — субъект в процессе фантазирования переходит «извне» «внутрь» объектов и качеств, присущих этим объектам, отношения с объектом «вовне» заменяют отношения с воображаемым субъектом «внутри себя». Интроекция связана с идентификацией.

КАТЕКСИС — перевод на английский язык слова Besetzung (букв. -

вложение, вклад) — количество энергии, сцепленной с любым объект-представлением или психической структурой.

КАУЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ — терапия, направленная на раскрытие и устранение причин, вызывающих неврозы.

КОМПУЛЬСИВНЫЙ (НАВЯЗЧИВЫЙ) — относящийся к сознательным мыслям, от которых, как чувствует субъект, он не может отвязаться, и к действиям, которые вынужден выполнять. В психиатрии *компуль-сии* — навязчивые влечения, разновидность навязчивых явлений, навязчивые ритуалы (компульсивный невроз).

КОНВЕРСИЯ — смещение психического конфликта и попытка разрешить его через различные симптомы — соматические, моторные (н-р, паралич), или чувственные (н-р, утрата чувственности). Для симптомов конверсии характерно телесное выражение вытесненных представлений.

КОНТР-КАТЕКСИС — энергия, вложенная для поддержания вытеснения катектированного процесса.

КОНТРПЕРЕНОС (контртрансфер) — совокупность бессознательных реакций аналитика на личность анализируемого и особенно на его перенос.

КУННИЛИНГУС — вид перверсии, при которой половое возбуждение у женщины вызывается раздражением ее наружных половых органов языком и губами партнера (партнерши). Наблюдается при гетеросексуальных отношениях и женском гомосексуализме.

ЛИБИДО — гипотетическая форма психической энергии, которая является подосновой всех преобразований сексуального влечения в том, что касается его объекта (смещение энергетических нагрузок), его цели (например, сублимация) и источника сексуального возбуждения (разнообразие эрогенных зон).

ЛОЖНОНОЖКИ — псевдоподии, временные цитоплазматические выросты у одноклеточных организмов (корненожек, жгутиковых и споровиков), а также у свободно движущихся клеток многоклеточных организмов (лейкоцитов), служащие для движения и захвата пищи.

МАСКУЛИННЫЙ (МАСКУЛИННОСТЬ) — паттерн поведения, установки и пр., имеющие отношение к вторичным половым признакам мужчины.

ФЕМИНИННЫЙ (ФЕМИНИННОСТЬ) — паттерн поведения, установки и пр., имеющие отношение к вторичным половым признакам женщины. Согласно классическому психоанализу — *маскулинность* имеет отношение к активности, агрессивности, садизму, соперничеству, а *фемининностъ* — к пассивности, мазохизму, беспомощной позиции.

НАРЦИССИЗМ — согласно мифу о Нарциссе, любовь к собственному образу. Сексуальная перверсия, при которой предпочитаемый субъектом объект — его собственное тело (спец.). В более широком смысле — любая форма любви к себе. ПЕРВИЧНЫЙ НАРЦИССИЗМ — любовь к себе, предшествующая любви к другим в раннем периоде детства. ВТОРИЧНЫЙ НАРЦИССИЗМ — любовь к себе, являющаяся результатом интроекции и идентификации с объектом; изъятие либидо из объектных нагрузок и обращение его вновь на «Я».

НЕВРОЗ АКТУАЛЬНЫЙ — невроз, причина которого связана с настоящим, а не с детскими конфликтами; симптомы — прямое следствие отсутствия или недостаточности сексуального удовлетворения, сдерживания либидо.

НЕЖНОСТЬ — отношение к другому человеку, которое сохраняет или же воспроизводит первичное любовное отношение ребенка: сексуальное удовольствие выступает здесь не самостоятельно, а лишь опираясь на удовлетворение влечений к самосохранению.

ОБЪЕКТНОЕ ОТНОШЕНИЕ — отношение субъекта к миру как сложный и цельный итог определенной организации личности, как результат определенного восприятия объектов, в той или иной мере связанного с фантазированием, и выбираемых способов защиты. Отношение к тому или иному субъекту, к тем или иным стадиям развития (н-р, объектные отношения орального типа) или к психопатологическим явлениям (н-р, объектное отношение меланхолического типа).

ОРГАСТИЧЕСКАЯ ПОТЕНЦИЯ — в основном способность организма полностью отдаться непроизвольной конвульсии организма и полной разрядке возбуждения в высшей точке генитального соединения; всегда отсутствует у невротиков, предполагает генитальный характер, т.е. отсутствие мышечного и характерного панциря. Эрективная и эякулятивная потенции являются предпосылкой оргастической.

ОРГОНОТЕРАПИЯ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ — активизация энергии оргона в организме, т.е., освобождение биофизических чувств от мышечного и характерного панциря, чтобы сформировать оргастическую потенцию.

ОРГОНОТЕРАПИЯ, ФИЗИЧЕСКАЯ — применение физической энергии оргона, концентрирующейся в аккумуляторе, для увеличения естественного биоэнергетического сопротивления организма болезни.

ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО — правило, организующее аналитическую ситуацию: пациента просят говорить все, что он думает и чувствует, ничего не выбирая и ничего не опуская из того, что приходит ему в голову, даже если ему кажется, что сообщать это неприятно, смешно, неуместно.

ОТЫГРЫВАНИЕ — вовлеченность пациента в деятельность, которая понимается как подмена процесса воспоминания прошлых событий; замена мыслей действием, как результат того, что отыгрываемый импульс никогда не получал словесного выражения, он слишком силен, чтобы получить словесную разрядку, или у пациента отсутствует способность к торможению. Характерно для психопатий и поведенческих расстройств.

ПАНЦИРЬ МЫШЕЧНЫЙ — совокупность хронических мышечных судорог, которая закаляет человека, не допуская проявления чувств и ощущений органов, в особенности страха, гнева и полового возбуждения.

ПЕРВЕРСИЯ — любая форма взрослого сексуального поведения, где гетеросексуальный половой контакт не является желаемой целью.

ПЕРВОСЦЕНА — сцена сексуальных отношений между родителями, наблюдаемая или воображаемая ребенком на основе каких-то признаков. Обычно ребенок истолковывает эту сцену как акт насилия со стороны отца.

ПЕРЕНОС (ТРАНСФЕР) — процесс, при котором на аналитика переводится чувства, представления, желания и т.д., связанные со значимыми людьми из прошлого. В актуальный ситуации на аналитика реагируют так, как на объект из своего окружения.

ПРЕГЕНИТАЛЬНЫЙ — относящийся к тем фазам инфантильного либидинального развития, которое предшествуют генитальной фазе, а также к возникающим на этих фазах импульсам и фантазиям

ПРОСТЕЙШИЕ — одноклеточные животные организмы (зоол.).

РЕАКТИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ — результат работы одного из защитных механизмов, которая приводит к возникновению способа поведения, прямо противоположного бессознательному, вытесненному стремлению (н-р, преувеличенная забота матери о ребенке, которого она ненавидит или ненавидела и т.д.)

РЕАКТИВНЫЙ — относящийся к патологическим изменениям психической деятельности в ответ на психическую травму или неблагоприятные обстоятельства.

Свободных АССОЦИАЦИЙ метод — высказывание всех, без разбора, мыслей, которые приходят в голову — либо отправляясь от какого-то слова, числа, образа или сновидения, либо произвольно.

СВЯЗЫВАНИЕ — операция, направленная на ограничение свободного движения возбуждений, на связывание представлений друг с другом, на создание и сохранение относительно устойчивых форм.

СЕКСУАЛЬНАЯ ЭКОНОМИКА —ядро отрасли знаний внутри оргономики, предметом которой является экономика биологической энергии (оргона) в организме с его энергетическим бюджетом.

СИМПАТИКОТОНИЯ — преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпатическим.

СОПРОТИВЛЕНИЕ — слова и поступки пациента, которые мешают ему в ходе аналитического процесса проникнуть в собственное бессознательное; установка на отторжение сделанных им открытий, поскольку они обнаружили бессознательные желания и привели человека в состояние «психологической угнетенности».

СУБЛИМАЦИЯ — формы деятельности, не имеющие видимой связи с сексуальностью, но порожденные силой сексуального влечения или влечение, которое в той или иной степени переключено на несексуальную цель и направлено на социально значимые объекты.

ТОПИЧЕСКАЯ модель рассмотрения душевных процессов — схематическое, «пространственное» представление структуры душевной жизни в виде различных слоев, имеющих свое местоположение, особые функции и закономерности развития: Я (Эго), Оно (Ид), Сверх-Я (супер-эго). Две последние подсистемы локализованы в бессознательном.

ТРАНСФЕРЕНТНЫЙ НЕВРОЗ — искусственный невроз, объединяющий различные проявления переноса. Он формируется в отношениях с психоаналитиком и представляет собой новую форму клинического невроза, прояснение которого приводит к открытию детского невроза.

ФЕЛЛАЦИЯ — форма мужского гомосексуализма с орально-генитальным сексуальным контактом.

ФРУСТРАЦИЯ — состояние, возникающее при появлении препятствия, при расстройстве планов или разочаровании.

ЦЕНЗОР — психическая инстанция, ответственная за искажение сновидений и вытеснение; теоретический предшественник супер-эго.

Эдипов КОМПЛЕКС — упорядоченная совокупность любовных и враждебных желаний ребенка, направленных на родителей. *Позитивная (простая)* форма — желание смерти сопернику того же пола и сексуальное желание, направленное на родителя противоположного пола. *Негативная* форма — любовь к родителю того же пола и ревнивая ненависть к родителю противоположного пола.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ модель рассмотрения душевных процессов — рассмотрение душевных процессов с точки зрения их энергетического обеспечения (в частности, энергией либидо); энергетическим источником является Ид.

ЭНЕРГИЯ ОРГОНА (открыта В. Райхом между 1936 и 1940 гг.) — первоначальная повсюду присутствующая космическая энергия. Может выявляться с помощью визуальных и термических методов, электроскопа и счетчика Мюллера—Гейгера. В живом организме — биоэнергия, жизненная энергия.

ЭРИТРОФОБИЯ — навязчивый страх, боязнь покраснеть, боязнь предметов, окрашенных в красный цвет.

http://koob.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ 5
ПРЕДИСЛОВИЕ ПЕРЕВОДЧИКА ВТОРОГО ИЗДАНИЯ 8
ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ 12
ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ 14

ЧАСТЬ I. ТЕХНИКА
ГЛАВА 1. НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ 4
ГЛАВА П. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕОРИИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 31
ГЛАВА III. ТЕХНИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ И АНАЛИЗА СОПРОТИВЛЕНИЯ 41
1. ТЕХНИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ: ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И НЕКОТОРЫЕ ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ 41
2. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ И АНАЛИЗ СОПРОТИВЛЕНИЯ 47
3. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИ АНАЛИЗЕ СОПРОТИВЛЕНИЯ 56
ГЛАВА IV. ТЕХНИКА АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА 60
1. ВВЕДЕНИЕ 60
2. ХАРАКТЕРНЫЙ ПАНЦИРЬ И ХАРАКТЕРНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ 61
СЛУЧАЙ ПАССИВНО-ФЕМИНИННОГО ХАРАКТЕРА 100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 128
ГЛАВА V. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ 130
ГЛАВА VI УПРАВЛЕНИЕ ПЕРЕНОСОМ 135
1. КРИСТАЛЛИЗАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ОБЪЕКТНОГО ЛИБИДО 135
2. ВТОРИЧНЫЙ НАРЦИССИЗМ, ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПЕРЕНОС И ПРИЗНАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 144
3. ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА ВОЗДЕРЖАНИЯ 146
4. РАЗРЕ.ШЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПЕРЕНОСА 149
5. КОНТРПЕРЕНОС 151

ЧАСТЬ П. ТЕОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ХАРАКТЕРА
ПРЕДИСЛОВИЕ 158
ГЛАВА VII. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОРАБОТКА ИНФАНТИЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО КОНФЛИКТА 159
1. СОДЕРЖАНИЕ И ФОРМА ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ 160
2. ФУНКЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ХАРАКТЕРА 161
3. УСЛОВИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ХАРАКТЕРА 165
ГЛАВА VIII. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР И НЕВРОТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР. СЕКСУАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ХАРАКТЕРНОГО ПАНЦИРЯ 174
1. ХАРАКТЕР И СЕКСУАЛЬНЫЙ ЗАСТОЙ 174
2. ЛИБИДИНАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ГЕНИТАЛЬНЫМ И НЕВРОТИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРОМ 180
3. СУБЛИМАЦИЯ, РЕАКТИВНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ОСНОВА НЕВРОТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ 189
ГЛАВА IX. ДЕТСКАЯ ФОБИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ

http://koob.ru

ХАРАКТЕРА... 196
1. «АРИСТОКРАТИЧЕСКИЙ» ХАРАКТЕР ... 196
2. ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ФОБИИ ЧЕРЕЗ ХАРАКТЕРНУЮ УСТАНОВКУ ... 199
ГЛАВАХ. НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ ХАРАКТЕРА ... 205
1. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ... 205
2. КОМПУЛЬСИВНЫЙ ХАРАКТЕР ... 209
3. ФАЛЛИЧЕСКИ-НАРЦИССИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ... 216
ГЛАВА XI. МАЗОХИСТСКИЙ ХАРАКТЕР ... 224
1. РЕЗЮМЕ ... 226
2. ПАНЦИРЬ МАЗОХИСТСКОГО ХАРАКТЕРА ... 233
3. ЗАПРЕТ ЭКСГИБИЦИОНИЗМА и склонность к САМОУНИЧИЖЕНИЮ ... 244
4. НЕСПОСОБНОСТЬ к удовольствию от ВОСПРИЯТИЯ ВОЗРАСТАЮЩЕГО СЕКСУАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ — СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ОСНОВА МАЗОХИСТСКОГО ХАРАКТЕРА ... 248
5. ТЕРАПИЯ МАЗОХИЗМА ... 259
ГЛАВА XII. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЧУМА ... 262
РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ГЕНИТАЛЬНЫМ ХАРАКТЕРОМ, НЕВРОТИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРОМ И РЕАКЦИЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЧУМЫ ... 268
ГЛАВА XIII. БАЗОВЫЙ КОНФЛИКТ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЯМИ И ВНЕШНИМ МИРОМ ... 293

ЧАСТЬ III. ОТ ПСИХОАНАЛИЗА К ОРГОННОЙ БИОФИЗИКЕ ГЛАВА XIV. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТАКТ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ ПОТОК ... 305
ВВЕДЕНИЕ ... 305
1. ОТПРАВНАЯ ТОЧКА: конфликт МЕЖДУ инстинктом и ВНЕШНИМ МИРОМ ... 307
2. НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ... 309
3. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ИМПУЛЬСА ... 315
4. ИНТЕЛЛЕКТ КАК ЗАЩИТНАЯ ФУНКЦИЯ ... 325
5. ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ сил ... 326
6. ОТСУТСТВИЕ КОНТАКТА ... 328
7. ЗАМЕЩЕНИЕ КОНТАКТА ... 339
8. ПСИХИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ... 344
9. УДОВОЛЬСТВИЕ, ТРЕВОГА, ГНЕВ и МЫШЕЧНЫЙ ПАНЦИРЬ ... 352
10. ДВА ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ СКАЧКА ЕСТЕСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ ... 364
ГЛАВА XV. ВЫРАЗИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ЖИВОГО В ОРГОННОЙ ТЕРАПИИ ... 367
1. Функция эмоций ... 367
2. Выразительные движения плазмы и эмоциональные проявления ... 370
3. Сегментарное строение панциря ... 379
4. Эмоциональное проявление оргастического рефлекса и сексуальное наложение ... 397
ГЛАВА XVI. ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ ... 404
«Дьявол» в ПРОЦЕССЕ ШИЗОФРЕНИИ ... 404
2. «Силы» ... 420
3. ВЫРАЖЕНИЕ ОТСТРАНЕННОСТИ во ВЗГЛЯДЕ ШИЗОФРЕНИКА ... 436
4. ПРОРЫВ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ И ПЕРВОЕ ПОНИМАНИЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ... 438
5. ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ СОЗНАНИЯ и САМОВОСПРИЯТИЯ ... 447
6. РАЦИОНАЛЬНАЯ ФУНЦИЯ «дьявольского» ... 462
7. АНОРГОНОТИЧЕСКИЕ УЧАСТКИ ТЕЛА В КАТАТОНИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ... 466

http://koob.ru

8. ФУНКЦИЯ ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ 468
9. КРИЗИС И ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ 486
ГЛОССАРИЙ 508
СОДЕРЖАНИЕ 515