

Часть I.

СМЕРТЬ

В последующих четырех главах я исследую роль, которую представления о смерти играют в психопатологии и психотерапии. Базовые постулаты, из которых я исхожу, просты:

1. Страх смерти имеет огромное значение в нашем внутреннем опыте: он преследует нас как ничто другое, постоянно напоминает о себе неким "подземным грохотом", словно дремлющий вулкан. Это темное, беспокоящее присутствие, притаившееся на краю сознания.
2. В раннем возрасте ребенка глубоко поглощает вопрос смерти; преодоление мучительного страха уничтожения — фундаментальная задача его развития.
3. Чтобы справиться с этим страхом, мы воздвигаем защиты против сознания смерти, основанные на отрицании и формирующие наш характер; если эти защиты дезадаптивны, они порождают клинические синдромы. Иными словами, психопатология есть результат неэффективных способов трансценденции смерти.
4. Наконец, сознание смерти может служить фундаментом здоровой и эффективной психотерапевтической стратегии.

Глава 2 посвящена обзору психотерапевтических подходов с точки зрения характерных для них представлений о смерти, с релевантными клиническими и научными свидетельствами и последующим рассмотрением вопроса о причинах тщательного избегания традиционным психоанализом темы смерти как в теории, так и в технике психотерапии.

В главе 3 речь идет о развитии представления о смерти у детей, причем особое внимание уделяется индивидуальным защитным механизмам, направленным на защиту от тревоги, связанной со смертью. В главе 4 предлагается парадигма психопатологии, основанная на этих отрицающих смерть защитах; наконец, в главе 5 описываются теория и практические приложения терапевтического подхода, построенного на сознании смерти.

2. ЖИЗНЬ, СМЕРТЬ И ТРЕВОГА

"Не чешите там, где не чешется", — советовал великий Адольф Мейер (Adolf Meyer) поколению будущих психиатров¹. Не великолепный ли это аргумент против того, чтобы любопытствовать о том, как относятся к смерти ваши пациенты? У них хватает опасений и страхов и без напоминаний заботливого терапевта о самом неотвратимом из ужасов жизни. Зачем концентрироваться на горькой и неотвратимой реальности? Если цель терапии — вселить надежду, то зачем обращать мысли к смерти, которая сокрушает всякую надежду? Терапия направлена на то, чтобы помочь человеку научиться жить. Почему бы не оставить смерть умирающим?

Эти вопросы требуют ответа, и здесь я его даю. Суть моего ответа заключается в том, что смерть — это то, что "чешется" постоянно, а также в том, что наше отношение к смерти влияет на нашу жизнь и психологическое развитие, на то, в чем и как мы теряем уверенность и силу. Я рассмотрю два основных тезиса, каждый из которых имеет фундаментальное значение для психотерапевтической практики.

1. Жизнь и смерть взаимозависимы; они существуют одновременно, а не последовательно; смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное воздействие на наш опыт и поведение.

2. Смерть — первичный источник тревоги и, тем самым, имеет фундаментальное значение как причина психопатологии.

Взаимозависимость жизни и смерти

Мысль о переплетенности жизни и смерти столь же стара, как письменная история. Все на свете приходит конец — это одна из наиболее самоочевидных жизненных истин, так же как и то, что мы боимся этого конца и тем не менее должны жить с сознанием его неизбежности и своего страха перед ним. Стоики говорили, что смерть — самое важное событие жизни. Научиться хорошо жить — это значит научиться хорошо умирать, и наоборот, уметь хорошо умирать значит уметь хорошо жить. Известны слова Цицерона: "Смысл занятий философией — подготовка к смерти"² и Сенеки: "Только тот человек воистину наслаждается жизнью, кто согласен и готов оставить ее"³. Ту же мысль выразил св. Августин: "Только перед лицом смерти по-настоящему рождается человек"⁴.

Невозможно оставить смерть умирающим. Биологическая граница между жизнью и смертью относительно четка, но психологически они переходят друг в друга. Смерть — это факт жизни;

нам достаточно минуты размышления, чтобы понять: смерть — не просто последний момент жизни. “Уже рождаясь, мы находимся в процессе умирания; и в начале присутствует конец”⁵ (Манилий). Монтень в своем глубочайшем эссе о смерти вопрошает: “Почему вы боитесь своего последнего дня? Он приближает вас к смерти не больше, чем любой другой день вашей жизни. Не последний шаг создает усталость: он лишь обнаруживает ее”⁶.

Нетрудно (и весьма соблазнительно) было бы продолжить изложение глубокомысленных цитат о смерти. Практически каждый большой мыслитель думал и писал о смерти (как правило, в молодости или ближе к концу жизни); многие приходили к заключению, что смерть — неотъемлемая часть жизни, и, постоянно принимая ее в расчет, мы обогащаем жизнь, а отнюдь не обкрадываем ее. Физически смерть разрушает человека, но идея смерти спасает его. Последняя мысль столь существенна, что ее стоит повторить: вещественность смерти разрушает человека, идея смерти спасает его. Но каков точный смысл этих слов? Как именно идея смерти спасает человека? И от чего спасает?

Короткий взгляд на центральную концепцию экзистенциальной философии может помочь прояснению. В 1926 году Мартин Хайдеггер изучал вопрос о том, от чего идея смерти оберегает человека, и у него состоялся важный инсайт: сознание предстоящей личной смерти побуждает нас к переходу на более высокий модус существования. Хайдеггер считал, что имеются два фундаментальных модуса существования в мире: 1) состояние забвения бытия, 2) состояние сознания бытия⁷.

Забвение бытия означает жизнь в мире вещей, погружение в жизненную рутину. Человек “снижен”, поглощен “пустой болтовней”, затерялся в “они”. Он капитулировал перед повседневностью, перед заботами о том, “каковы” вещи.

С другой стороны, созная бытие, человек сосредоточен не на “как”, а на “что” — не на свойствах и оценках вещей, а на том, что эти вещи есть, что они обладают бытием. Существовать в данном модусе, который часто называют “онтологическим” (от греческого онтос — существование), значит непрерывно сознать бытие — не только мимолетность бытия, но и ответственность за свое бытие (о которой я буду говорить в главе 6). Лишь в онтологическом модусе существования человек соприкасается с собой как творением собственной самости и потому обладает властью изменить себя.

Обычно люди пребывают в первом модусе. Забвение бытия — это повседневный способ существования. Хайдеггер называет его “неаутентичным” — в нем мы не сознаем себя творцами собственной жизни и мира, мы “спасаемся бегством”, “попадаем в ловушку” и становимся успокоенными; мы избегаем выбора, будучи “унесены в “никтовость”⁸. Перейдя же во второй модус (сознания бытия), мы существуем аутентично (отсюда — частое использование термина “аутентичность” в современной психологии). Мы становимся полностью самосознающими — сознающими себя одновременно как трансцендентное (детерминирующее) Эго и как эмпирическое (детерминированное) Эго; приемлющими свои возможности и ограничения; конфронтирующими с абсолютной свободой и небытием — и испытывающими тревогу перед их лицом.

Какое отношение ко всему этому имеет смерть? Хайдеггер отдавал себе отчет, что просто благодаря раздумьям, стойкости и “скрежету зубовному” не перейти из состояния забвения бытия в более просветленное и беспокойное состояние сознания бытия. Нужны какие-то неотвратимые и непоправимые обстоятельства, определенный “экстремальный” опыт, который “вытряхивает”, “вырывает” человека из повседневного модуса существования в состояние сознания бытия. В качестве такого опыта (Ясперс имел в виду то же самое, говоря о “пограничных”, или “предельных” состояниях⁹) смерть превосходит все остальное: смерть есть условие, дающее нам возможность жить аутентичной жизнью.

Эту точку зрения — что смерть вносит позитивный вклад в жизнь — не так-то легко принять. Для большинства из нас смерть — ужасное, нестерпимое зло, и любое сомнение в этом воспринимается в лучшем случае как неуместная острота. Нет уж, спасибо, мы отлично обойдемся без чумы и прочих казней египетских.

Но давайте отвлечемся на мгновение от своего отчаянного “нет!” и попытаемся представить жизнь, в которой отсутствует какая-либо мысль о смерти. Когда смерть отрицается, жизнь суживается. Фрейд — по причинам, на которых ниже я кратко остановлюсь, мало упоминавший о смерти — полагал, что скоротечность жизни увеличивает нашу радость от нее. “Ограничение возможности наслаждаться повышает ценность наслаждения”. Во время первой мировой войны Фрейд писал о притягательной силе войны, возвращающей смерть в жизнь: “Жизнь и вправду снова стала интересной; она вновь обрела свою полноту”¹⁰. Когда с исключением смерти

человек теряет представление о ставках в игре, жизнь оказывается обедненной. Фрейд писал, что она превращается в нечто "столь же мелкое и пустое, как, например, американский флирт, при котором заранее известно, что ничего не произойдет, в отличие от европейской любовной интриги, где партнеры должны постоянно помнить о серьезных последствиях"¹¹.

У многих авторов встречается мысль, что отсутствие факта смерти так же притупляло бы нашу сензитивность, как отсутствие идеи смерти. Например, эта мысль присутствует в пьесе французского драматурга Жана Жироду "Амфитрион 38", где происходит беседа между бессмертными богами. Юпитер рассказывает Меркурию о том, что испытываешь, когда принимаешь земное обличье, чтобы любить смертную женщину:

"Она говорит маленькие словечки, от которых пропасть между нами становится огромной... Она говорит: 'Когда я была ребенком', или 'Когда я состарюсь', или 'Никогда в жизни'. Это терзает меня, Меркурий... Меркурий, мы лишены чего-то — может быть, остроты мимолетного, чувства смертности, этой сладостной печали обладания чем-то, что не сможешь удержать?"¹².

О том же идет речь у Монтеня: Хирон, полубог, получеловек, отказался от бессмертия, после того как его отец Сатурн (бог времени и сроков) описал ему последствия этого выбора:

"Честно вообрази себе, насколько менее терпима и более мучительна для человека была бы вечная жизнь, чем такая, какую я дал ему. Не имея возможности умереть, ты беспрестанно проклинал бы меня за то, что я лишил тебя смерти. Я намеренно добавил к ней немного горечи, чтобы ты, увидев удобства смерти, не ухватился за нее слишком рьяно и преждевременно. Дабы ты остался в среднем состоянии, которое мне нужно от тебя — не избегающим жизни и не устремляющимся к ней вновь в бегстве от смерти — я смешал в той и другой сладость с горечью"¹³.

Я вовсе не желаю участвовать в некрофильском культе или выступать в защиту жизнеотрицающей болезненности. Но не следует забывать, в чем состоит наша основная дилемма: каждый из нас — одновременно ангел и дикий зверь, мы — смертные создания, обладающие самосознанием и потому знающие о своей смертности. Отрицание смерти на любом уровне есть отрицание собственной природы, ведущее ко все большему сужению поля сознания и опыта. Интеграция идеи смерти спасает нас: она действует отнюдь не как приговор, обрекающий на пожизненный ужас или на мрачный пессимизм, а скорее как стимул к переходу в более аутентичный модус существования. Она увеличивает наше удовольствие от проживания своей жизни. Подтверждением тому служат свидетельства людей, переживших личную встречу со смертью.

Конфронтация со смертью:
шанс личностного изменения

В некоторых величайших литературных произведениях отображено позитивное влияние на индивида близкой встречи со смертью.

Великолепной иллюстрацией стимула к радикальному личностному изменению, который дает смерть, служит "Война и мир" Толстого¹⁴. Главный герой, Пьер, чувствует, что на него омертвляюще действует бессмысленная, пустая жизнь русской аристократии. На первых девятистах страницах романа он — потерянная душа, ищущая какого-либо смысла жизни. Кульминационным моментом романа является захват Пьера в плен войсками Наполеона и приговор его к расстрелу. Шестой в очереди смертников, он смотрит, как перед ним казнят пятерых, и готовится умереть — но в последний момент исполнение приговора откладывается. Этот опыт преображает Пьера — на оставшихся трехстах страницах он проживает свою жизнь осмысленно и горячо. Он становится способен полностью отдавать себя в отношениях с другими людьми, остро сознавать естественное окружение; он находит для себя осмысленную жизненную задачу и посвящает себя ей*.

В рассказе Толстого "Смерть Ивана Ильича" выражены сходные мысли¹⁵. Иван Ильич, бюрократ и низкая душа, заболевает смертельной болезнью, предположительно раком желудка. У него сильнейшие боли. Страдания ни на мгновение не оставляют его, пока, незадолго до смерти, Иван Ильич не осознает ошеломляющую правду: он плохо умирает, потому что плохо жил. В течение нескольких оставшихся ему дней Иван Ильич претерпевает драматическую трансформацию, которую трудно описать иначе, чем в понятиях личностного роста. Если бы он был пациентом психотерапевта, последний имел бы все основания гордиться произошедшими изменениями:

Иван Ильич стал более эмпатически контактировать с другими, а его некогда постоянные желчность, надменность и самовозвеличивание исчезли. Коротко говоря, за последние дни своей жизни он достиг значительно более высокого уровня интеграции, чем когда-либо прежде. В клинической реальности этот феномен наблюдается очень часто. Например, шесть из десяти интервью с людьми, пытавшимися покончить с собой, прыгнув с моста над проливом Золотые Ворота, но выжившими, свидетельствуют о том, что после "прыжка в смерть" у этих людей изменился взгляд на жизнь¹⁶. Вот цитаты из нескольких интервью: "Моя воля к жизни взяла верх... Есть милосердный Бог в небесах, пронцающий собой все вещи вселенной". "Все мы принадлежим Божественному — единому Богочеловеческому началу". "У меня сейчас появился сильный стимул к жизни... Вся моя жизнь обновлена... Мне удалось уйти со старых путей... Я способен теперь ощущать существование других людей...". "Я чувствую теперь, что люблю Бога и хочу делать что-то для других". И еще:

"Я преисполнилась новой надеждой, новым смыслом в жизни. Это непостижимо для большинства людей. Я умею теперь ценить чудо жизни — например, когда смотрю на летящую птицу. Если вы близки к тому, чтобы все утратить, то все становится более значимым. Я пережила чувство единения со всеми проявлениями этого мира и чувство единства с каждым человеком. После своего психического возрождения я сопереживаю страданиям каждого человека. Все стало отчетливым и ярким".

Известно и множество других клинических примеров. Абрахам Шмит подробно описывает хронически депрессивную пациентку, предпринявшую серьезную суицидальную попытку и выжившую по чистой случайности. Он говорит о "пропасти между двумя половинами ее жизни" — до и после суицидальной попытки. Свой профессиональный контакт с ней Шмит характеризует не как терапию, а как мониторинг разительной перемены в ее жизни. Ее друзья говорят о том, что она полна трепета жизни и энтузиазма, используя слова, передающие аналогию с вибрацией чистого звука. Терапевт утверждает, что после своей суицидальной попытки она пришла "в контакт с собой, своей жизнью и своим мужем. Ее жизнь теперь полна и заполняет многие другие жизни... В течение года после своей попытки самоубийства и переживания переходного состояния она забеременела первым из нескольких детей, родившихся один за другим. (До того она долго была бесплодна.)"¹⁷.

Рассел Нойс интервьюировал две сотни людей, переживших близость смерти (кто-то из них попал в автомобильную катастрофу, кто-то тонул, кто-то сорвался при горном восхождении и т.д.). Он сообщает, что, по свидетельству многих из них (23 процентов), в результате этого опыта даже спустя годы у них сохраняется

"... острое чувство быстротечности жизни и ее драгоценности... большой жизненный энтузиазм, повышение восприимчивости и отзывчивости к непосредственному окружению... способность жить и наслаждаться настоящим моментом... большее сознание жизни — самой жизни и живых существ и стремление радоваться ей, пока еще не поздно"¹⁸.

Многие говорят об "изменении приоритетов", о том, что они стали более способными испытывать сострадание, более непосредственно обращены к людям, чем прежде.

Абдул Хусейн и Сеймур Тозман, врачи камер смертников, в клиническом сообщении описывают троих приговоренных к смерти, которым в последний момент было отсрочено исполнение приговоров. Авторы отмечают у каждого из них глубокую перемену в личностной манере и "разительное изменение жизненных позиций", сохранявшиеся на протяжении нескольких месяцев, пока они могли их наблюдать¹⁹.

Рак: конфронтация со смертью. Китайская пиктограмма слова "кризис" является сочетанием двух символов — "опасности" и "возможности". Многие годы работая с больными раком на терминальной стадии, я поражаюсь тому, сколь многие из этих людей используют свою кризисную ситуацию и нависшую над ними угрозу как стимул к изменению. Они рассказывали о поразительных сдвигах, о внутренних переменах, которые нельзя охарактеризовать иначе, чем "личностный рост":

! изменение жизненных приоритетов, уменьшение значения жизненных тривиальностей;

! чувство освобожденности: появление способности сознательно не делать то, что не хочешь;

! обостренное переживание жизни в настоящем, вместо откладывания ее до пенсии или до какой-нибудь еще точки будущего;

I переживание природных явлений: смены времен года, перемены ветра, опадания листьев, последнего Рождества и т.д., — как высоко значимых событий;
I более глубокий, чем до кризиса, контакт с близкими;
I уменьшение страхов, связанных с межличностным общением, и озабоченности отвержением; большая, чем до кризиса, готовность к риску.
Сенатор Ричард Нойбергер незадолго до своей смерти от рака описал произошедшую в нем перемену подобного рода:

“Во мне произошло изменение, которое, я уверен, необратимо. Престиж, политический успех, финансовый статус — все это вдруг утратило свою значимость. В первые часы после того, как я понял, что у меня рак, я ни разу не подумал о моем месте в Сенате, о моем банковском счете или о судьбе свободного мира... С тех пор, как был поставлен диагноз, мы с женой ни разу не поссорились. Я имел привычку ворчать на нее за то, что она выжимает пасту из верхушки тюбика, а не со дна, что недостаточно угождает моим прихотям в еде, что составляет списки гостей, не советуясь со мной, что слишком много тратит на одежду... Теперь подобные заботы либо вообще не существуют для меня, либо кажутся неуместными... С другой стороны, я вновь стал ценить возможности, которые прежде воспринимал как само собой разумеющиеся: позавтракать с другом, почесать ушки Маффета и послушать, как он мурлычет, побыть в обществе жены, вечером под мягким светом ночника почитать книгу или журнал, обшарить холодильник в поисках стакана апельсинового сока или ломтика кофейного торта. Мне кажется, я впервые по-настоящему наслаждаюсь жизнью. Наконец-то я понимаю, что не бессмертен. Я содрогаюсь, вспоминая все благоприятные шансы, отвергнутые мной именно тогда, когда я находился на вершине здоровья, — вследствие ложной гордости, надуманных ценностей и переживания мнимых оскорблений”²⁰.

Насколько часто конфронтация со смертью влечет за собой позитивные личностные изменения? Изученная мной группа больных раком составила на основе выбора самих больных: это были женщины с “психологическим” складом ума, пожелавшие заниматься в поддерживающей группе для раковых пациентов. Поэтому, чтобы составить представление об общей распространенности феномена, мы с коллегами разработали программу исследования выборки из группы пациентов, определяющейся исключительно медицинским диагнозом²¹. Составив опросник для оценки некоторых личностных изменений, мы попросили ответить на него подряд семьдесят пациенток, обратившихся за консультацией к онкологу по поводу метастатического рака груди (рака, распространившегося и на другие части тела, не поддающегося хирургическому или терапевтическому лечению*).

Одна часть опросника состояла из семнадцати утверждений на тему личностного роста**, каждое из которых испытуемых просили оценить для себя по пятибалльной шкале (от “практически никогда” до “всегда”) по отношению к двум периодам жизни: перед манифестацией онкологического заболевания и “сейчас”. В тех случаях, когда для двух периодов оценка была разная, почти неизменно эта разница указывала на личностный рост от “до” к “сейчас”. По четырнадцати утверждениям из семнадцати большее число пациенток сообщали о позитивных изменениях, чем о негативных***. Оценки некоторых утверждений для двух периодов значительно различались. Например, оценивая четырнадцатое (“Мне кажется, я знаю нечто важное о жизни, что могу передать другим”), восемнадцать пациенток сообщали о позитивном сдвиге и три — о негативном; одиннадцатое (“Я отстаиваю свои личностные права”) — двенадцать о позитивном и три о негативном; второе (“Я чувствую красоту природы”) — одиннадцать о позитивном и две о негативном. Кто бы мог ожидать, что рак на терминальной стадии может увеличить число “моментов глубокой умиротворенности” (десятое утверждение)? Тем не менее, восемнадцать пациенток отметили это увеличение (в противоположность восьми, указавшим на негативную перемену).

Другая часть опросника была посвящена анализу изменений интенсивности обычных страхов. Из стандартного списка было выбрано двадцать девять страхов*, и пациенток попросили оценить их силу (“до” рака и “после”). Результаты в этой части показали ту же тенденцию личностного роста, хотя не столь явно выраженную. По девяти пунктам испытуемые сообщили об усилении страхов после манифестации рака; по одному оценки распределились поровну (одинаковое число пациенток отметило ослабление и усиление страха); по девятнадцати из двадцати девяти пунктов большинство испытуемых отметили ослабление страха по сравнению с периодом “до”. В литературе отсутствуют сообщения о других систематических исследованиях данного

феномена*, однако большинство терапевтов могут найти его примеры в своем опыте. Многим терапевтам доводилось работать с пациентами, пережившими угрозу смерти во время прохождения терапии по той или иной причине, что привело к резкой перемене в их взглядах и жизненных приоритетах.

У Шмита была пациентка, которая вследствие отказа почек оказалась очень близка к смерти. После длительного почечного диализа ей была проведена успешная трансплантация почки. Она вернулась к жизни, чувствуя себя заново родившейся как физически, так и психологически. Она так описывает произошедшие в ней перемены:

“Честно говоря, я могу сказать о себе лишь одно: я чувствую себя человеком, прожившим две жизни. Я могу даже называть это первая и вторая Кэти. Первая Кэти умерла во время диализа. Она не могла долго выдержать близость смерти. Должна была появиться другая Кэти — Кэти, родившаяся из смерти... Первая Кэти была легкомысленное дитя. Она жила одной минутой. Она вечно жаловалась на холодную пищу в кафетерии, на занудность лекций по уходу за хирургическими больными, на несправедливость своих родителей. Ее жизненной целью было повеселиться в уик-энд... Будущее было где-то в туманной дали и представляло мало интереса. Она жила исключительно пустяками.

Вторая Кэти — это я сейчас. Я влюблена в жизнь. Посмотрите, как прекрасно небо! Как великолепно его голубизна! Я иду в сад, и каждый цветок сияет такими потрясающими красками, что я ошеломлена его красотой... Уверена в одном: останься я первой Кэти, я бы играла в свои игрушки до самого конца, так и не узнав подлинную радость жизни. Чтобы начать жить, я должна была увидеть смерть глаза в глаза. Мне нужно было умереть для того, чтобы жить”²⁴.

Встреча со смертью в необычных обстоятельствах стала поворотным пунктом в жизни Артура, пациента, страдавшего алкоголизмом. Перед тем его состояние неуклонно ухудшалось. В течение нескольких лет он сильно пил, ни разу не оставаясь трезвым настолько долго, чтобы стал возможен эффективный психотерапевтический контакт. Он вступил в терапевтическую группу и однажды пришел на групповую сессию настолько переполненным алкоголем, что потерял сознание. Пока он без чувств лежал на кушетке, группа продолжила свою работу, обсуждая, что же с ним делать. В конце концов участники группы все вместе доставили его прямо с сессии в больницу.

Удачей было то, что сессия снималась на видеокассету: позже, просматривая ее, Артур глубоко пережил свою конфронтацию со смертью. Не один год все вокруг говорили ему, что он допьется до смерти; но он никогда не позволял себе осознать, что это действительно может произойти, — до тех пор, пока не увидел видеозапись. Он сам, распростертый на кушетке, и участники группы, собравшиеся вокруг его тела и говорящие о нем, — это слишком сильно напоминало картину похорон его брата-близнеца, умершего от алкоголизма годом раньше. Он представил и самого себя около собственного тела, лежащего на столе и окруженного вспоминающими о нем друзьями. Это видение так потрясло его, что стало началом самого длительного за всю взрослую жизнь Артура периода трезвости. В это время он впервые взял на себя ответственность участия в терапии, которая в конечном счете принесла ему значительную пользу.

Интерес к экзистенциальной терапии появился у меня после того, как несколько лет назад я наблюдал влияние смерти на одну из моих пациенток. Джейн, двадцатипятилетняя “вечная” студентка колледжа, обратилась за терапией по поводу подавленности, тяжелого функционального гастрита, а также глубоких переживаний беспомощности и бесцельности. На первичном приеме она сбивчиво и пространно излагала свои проблемы, неоднократно повторяя: “Я не знаю, что происходит”. Я не понимал, какой смысл пациентка вкладывает в эти слова, которые к тому же были частью долгой самоуничижительной тирады, и вскоре о них забыл. Я взял Джейн в терапевтическую группу, и там она вновь остро ощущала, что не знает, что происходит. Она не понимала, что с ней, почему другие члены группы так равнодушны к ней, почему у нее возник конверсионный паралич, почему развились мазохистические отношения с другими участниками, почему она без ума от терапевта. Жизнь была огромной загадкой: что-то приходило к ней “оттуда”; что-то на нее сыпалось.

В терапевтической группе Джейн была робка и скучна. Каждую ее реплику можно было предсказать заранее; прежде чем открыть рот, она обводила взглядом лица окружающих, ища намеков на то, что они хотят услышать, и строила свое высказывание так, как если бы стремилась угодить наибольшему числу слушателей. Она не позволяла себе ничего, что могло бы обидеть, оттолкнуть других. (Разумеется, в результате она отталкивала от себя, вызывая не гнев,

но скуку.) Было ясно, что Джейн находится в состоянии хронического бегства от жизни. Все участники группы наперебой пытались отыскать “подлинную Джейн” внутри кокона угодливости, который она вокруг себя сплела. Все старались подбодрить Джейн; уговаривали ее выходить в социум, учиться, написать дипломную работу, купить себе новую одежду, уплатить по счетам, привести себя в порядок, сделать прическу, подготовить свое резюме, искать работу. Когда эти увещания, разделив судьбу большинства увещаний в терапии, остались безуспешными, группа попробовала другую тактику: они стали предлагать Джейн подумать о соблазнах и благах неуспешности. Каковы дивиденды от неудачи? Чем она так щедро вознаграждает? Этот подход оказался более продуктивным, и мы узнали, что дивиденды значительны. Неуспешность позволяла Джейн оставаться молоденькой, опекаемой и спасала от необходимости делать выбор. Идеализация и обожествление терапевта служили той же функции. Помощь могла прийти только откуда-то извне. В терапии она считала своей задачей стать настолько слабой, чтобы терапевт не мог воздержаться от наложения своей королевской длани, не ощутив при этом горьких угрызений совести.

Критический перелом в терапии произошел тогда, когда Джейн заболела. Это была опасная опухоль подмышечного лимфатического узла. Группа встречалась по вторникам; так случилось, что именно во вторник утром у Джейн взяли материал для биопсии, и ей предстояло двадцать четыре часа ожидать результата, чтобы узнать, злокачественное образование или нет. На групповую встречу во вторник вечером она пришла в состоянии шока. Прежде она никогда не думала о собственной смерти. Эта сессия стала очень важным событием для Джейн, поскольку группа помогла ей увидеть и выразить ее страхи. Основным переживанием Джейн было мучительное одиночество — одиночество, которое всегда присутствовало на периферии ее сознания и которого она всегда очень боялась. Во время этой групповой сессии Джейн поняла на глубинном уровне: что бы она ни делала, сколь бы себя ни ослабляла, все равно в конце концов ей придется встретиться со смертью один на один — никто не встанет между ними, никто не умрет вместо нее.

На следующий день она узнала, что разрастание лимфатического узла доброкачественно, тем не менее психологический эффект пережитого был глубоким. Многие для Джейн встало на свои места. Она начала принимать решения так, как никогда прежде, и взяла в свои руки управление собственной жизнью. На одной встрече мы услышали от нее: “Мне кажется, я знаю, что происходит”. Тогда я вспомнил и наконец-то понял ее первоначальную жалобу, о которой давно и думать забыл. Прежде для нее важно было не знать, что происходит. Более, чем чего бы то ни было, она стремилась избежать одиночества и смерти, приходящих к взрослым. Она пыталась победить смерть магическим путем — оставаясь молодой, избегая выбора и ответственности, предпочитая держаться за иллюзию, что всегда найдется кто-то, кто будет выбирать за нее, кто будет рядом с ней и для нее. Взросление, самостоятельный выбор, сепарация от других означают также встречу с одиночеством и смертью.

Суммируя, скажу, что концепция смерти играет критически важную роль в психотерапии, поскольку она затрагивает жизненный опыт каждого из нас. Жизнь и смерть взаимозависимы: физически смерть уничтожает нас, но идея смерти спасает нас. Сознание смерти обостряет чувство жизни и радикально меняет взгляд на нее; оно дает нам толчок к переходу из модуса существования, основанного на отвлечениях, успокоениях и мелких тревогах, в более аутентичный. Истории людей, у которых после конфронтации со смертью произошли значительные личностные изменения, несут недвусмысленное и важное сообщение для психотерапии. Дело за техниками, которые позволили бы психотерапевтам использовать этот терапевтический ресурс для всех пациентов, вне зависимости от их жизненных коллизий или наступления смертельной болезни. Подробному рассмотрению этого вопроса я посвятил главу 5. Смерть и тревога

Тревога играет в психотерапии столь очевидную и столь первостепенную роль, что едва ли нужно говорить об этом особо. Специальному месту тревоги отдает должное традиционная психиатрическая нозология, в которой главные психиатрические синдромы именуется “реакциями”: психотические реакции, невротические реакции, психофизиологические реакции. Мы рассматриваем эти состояния как реакции на тревогу. Они представляют собой попытки, хотя и дезадаптивные, овладеть тревогой. Психопатология — векторная сумма тревоги и индивидуальных механизмов защиты от нее, как невротических, так и характерологических. Обычно в начале работы с пациентом терапевты главное внимание уделяют манифестной тревоге, эквивалентам тревоги и защита, построенным в попытках оградить себя от тревоги. Впоследствии терапия может идти по многим направлениям, но терапевты продолжают

использовать тревогу пациента как маяк или компас, прокладывая курс терапии в направлении ее истоков и ставя конечной целью их обезвреживание и устранение.

Тревога смерти: важный детерминант человеческого опыта и поведения

Ужас смерти является настолько сильным и всеобъемлющим, что на отрицание смерти расходуется значительная доля нашей жизненной энергии. Трансценденция смерти — фундаментальный мотив человеческих переживаний, начиная от глубоко личностных внутренних событий, защит, мотиваций, снов и кошмаров вплоть до самых массовых макросоциальных феноменов, включая наши памятники, теологии, идеологии, кладбища со “спящими” на них мертвецами, бальзамирование, стремление в космос и, по сути, весь строй нашей жизни — заполнение времени, пристрастие к развлечениям, твердокаменная вера в миф о прогрессе, гонка за успехом, томление по долгой славе.

По спекулятивному предположению Фрейда, ядерные человеческие группы, молекулы социума, составлялись под действием страха смерти: первые люди жались друг к другу из боязни остаться одним и страха перед тем, что скрывалось во тьме. Мы увековечиваем группу, желая увековечить себя; историографическая деятельность группы — это символическое искание косвенного бессмертия. Воистину, как утверждал Гегель, сама история — это то, что человек делает со смертью. Роберт Джей Лифтон описал несколько путей, которыми человек пытается достичь символического бессмертия. Только представим себе их всеохватывающие культурные последствия: 1) биологический путь — продолжение собственной жизни через потомство, через бесконечную цепочку биологических связей; 2) теологический путь — жизнь на ином, более высоком плане существования; 3) творческий путь — жизнь через свои труды, через устойчивое влияние личных творений или личное воздействие на других людей (Лифтон высказывает мысль, что терапевт черпает личностную поддержку именно из этого источника: помогая пациенту, он дает начало бесконечной цепи, поскольку дети пациента и другие связанные с ним люди передают зароненное им семя дальше); 4) путь вечной природы — мы продолжаем жить благодаря тому, что принадлежим круговороту жизненных энергий природы; 5) трансцендентный путь внутреннего опыта — “потеря себя” благодаря переживанию столь интенсивному, что время и смерть исчезают и мы остаемся жить в “непрерывном настоящем”²⁵.

Ветви культурального древа, вырастающего из страха смерти и искания бессмертия, простираются очень широко, уводя далеко за рамки этой книги. Из числа авторов, писавших на эти темы, следует отметить Нормана Брауна (Norman Brown), Эрнеста Бекера (Ernest Becker) и Роберта Джея Лифтона, которые блестяще продемонстрировали, что страх смерти пропитывает собой всю нашу социальную ткань. Меня здесь интересует воздействие тревоги смерти на внутреннюю динамику индивида. Я буду говорить о том, что страх смерти является первичным источником тревоги. Хотя этот тезис прост и созвучен житейской интуиции, он влечет, как мы увидим, обширные последствия для теории и клинической практики.

Тревога смерти: определение

Прежде всего я хотел бы исследовать значение понятия “тревога смерти”. Я буду использовать как синонимы несколько выражений: “тревога смерти”, “страх смерти”, “ужас смерти”, “страх конца”. Философы говорят о сознании “мимолетности бытия” (Ясперс), об ужасе “не-бытия” (Кьеркегор), о “невозможности дальнейшей возможности” (Хайдеггер), об онтологической тревоге (Тиллих). Многие из этих формулировок имеют свои нюансы смысла — люди переживают страх смерти очень по-разному. Можем ли мы быть более точными? Чего именно мы боимся в смерти?

Исследователи, занимавшиеся этим вопросом, выдвинули гипотезу о том, что страх смерти составлен из нескольких отдельных страхов. Так, например, Джеймс Диггори и Дорен Ротман опросили большую выборку (N=563) из общей популяции, предлагая проранжировать по значимости несколько событий, сопутствующих смерти. Список распространенных страхов, связанных со смертью, если их расположить в порядке уменьшения частоты, выглядит так:

1. Моя смерть причинит горе моим родным и друзьям.
2. Всем моим планам и начинаниям придет конец.
3. Процесс умирания может быть мучительным.
4. Я уже не смогу ничего ощущать.
5. Я уже не смогу заботиться о тех, кто зависит от меня.
6. Я боюсь того, что со мной будет, если окажется, что есть жизнь после смерти.
7. Я боюсь того, что будет с моим телом после смерти²⁶.

Некоторые из этих страхов, видимо, не имеют прямого отношения к личной смерти. Страх боли, несомненно, лежит по эту сторону смерти; страх посмертной жизни лишает смерть ее смысла как конечного события; страх за других — это, разумеется, не страх, связанный с собой. Страх личного исчезновения — вот что должно составлять суть беспокойства: “Моим планам и начинаниям придет конец” и “Я уже не смогу ничего ощущать”.

Жак Хорон в своем обзоре основных философских взглядов на смерть приходит к аналогичной картине. Он различает три типа страхов смерти: 1) страх того, что наступит после смерти; 2) страх самого “события” умирания; 3) страх прекращения бытия²⁷. Первые два из них, как указывает Роберт Кастенбаум, — это страхи того, что связано со смертью²⁸. Третий, страх “прекращения бытия” (уничтожения, исчезновения, аннигиляции), ближе к собственно страху смерти, и именно о нем я говорю в этих главах.

Первым, кто четко разграничил страх и тревогу (ужас), был Кьеркегор; он противопоставил предметному страху, страху чего-либо, страху ничто: как он сам путано выразился, “ничто, с которым у индивида нет ничего общего”²⁹. Мы испытываем ужас (или тревогу) в связи с перспективой потерять себя и стать ничем. Эта тревога не может быть локализована. Говоря словами Ролло Мэя, “она атакует нас со всех сторон одновременно”³⁰. Страху, который нельзя ни понять, ни локализовать, противостоять невозможно, и от этого он становится еще страшнее: он порождает чувство беспомощности, неизменно вызывающее дальнейшую тревогу. (Фрейд считал тревогу реакцией на беспомощность: он писал, что это “сигнал об опасности” и что индивид “ожидает наступления ситуации беспомощности”³¹).

Как мы можем бороться с тревогой? Смещая ее от ничто к нечто. Именно это Кьеркегор имел в виду, когда писал, что “ничто, являющееся объектом ужаса, так или иначе, становится все более чем-то”³². И это же имел в виду Ролло Мэй, утверждая, что “тревога стремится стать страхом”³⁸. После того как нам удалось трансформировать страх ничто в страх чего-либо, мы можем начать защищаться — избегать объекта страха, искать союзников против него, создавать магические ритуалы для его умиротворения или планировать систематическую кампанию для обезвреживания.

Тревога смерти: клинические манифестации

Стремление тревоги стать страхом отнюдь не способствует попыткам клиницистов установить первичный источник тревоги. В клинике тревога смерти в своей первичной форме встречается редко. Она подобна кислороду, который, едва выделяясь, быстро переходит в другое состояние. Чтобы отгородиться от тревоги смерти, маленький ребенок развивает защитные механизмы, основанные, как я буду рассказывать в следующей главе, на отрицании. В процессе формирования эти механизмы проходят несколько стадий и в результате включают сложный комплекс психических действий, позволяющих вытеснить “чистую” тревогу смерти и замаскировать ее с помощью сложного ряда защитных операций, таких как смещение, сублимация и конверсия. Иногда бывает, что под действием какого-нибудь жизненного потрясения защитные механизмы дают сбой и первоначальная тревога смерти вырывается в сознание. Однако бессознательное Эго быстро ликвидирует неисправность, и природа тревоги вновь оказывается скрыта от глаз наблюдателя.

Могу привести пример из личного опыта. В период работы над этой книгой я попал в автомобильную аварию. Это было лобовое столкновение. Я ехал по тихой пригородной улице и вдруг увидел перед собой машину, потерявшую управление и движущуюся прямо на меня. Удар был достаточной силы, чтобы разбить оба автомобиля, и другой водитель серьезно пострадал, однако мне повезло: я не получил никаких значительных травм. Двумя часами позже я уже сидел в самолете и в тот же вечер смог прочесть лекцию в другом городе. Но, конечно, это была большая встряска. Я был в каком-то оцепенении; меня била дрожь, и я не мог ни есть, ни спать. Следующим вечером я был настолько неблагоприятно настроен, что сел смотреть страшный фильм, и он так напугал меня, что я не досмотрел его до конца. Через два дня я вернулся домой, не ощущая явных психологических последствий происшедшего, если не считать эпизодической бессонницы и тревожных сновидений.

Однако появилась странная проблема. В то время у меня была годовая стипендия в Центре передовых исследований по поведенческим наукам (Centre for Advanced Study in the Behavioral Sciences) в Пало Альто, Калифорния. Я получал большое удовольствие от общества своих коллег, и в особенности от ежедневных неторопливых ученых бесед за ланчем. И вот, сразу же после аварии, эти ланчи стали вызывать у меня сильнейшую тревогу. Как мои коллеги будут оценивать меня? Не выставлю ли я себя идиотом? Спустя несколько дней тревога достигла такой силы, что я начал искать предлоги, чтобы завтракать где-нибудь в одиночестве.

Но я начал также и анализировать свое неприятное состояние, и одно стало мне предельно ясным: “ланчевая” тревога впервые появилась непосредственно после автомобильной аварии. В то же время от явной тревоги по поводу самого несчастного случая, в котором я едва не лишился жизни, через день или два не осталось и следа. Было понятно, что тревоге удалось превратиться в страх. Авария вытолкнула на поверхность сознания интенсивную тревогу смерти, с которой я “справился” главным образом путем смещения — отщепив ее от подлинного источника и связав с подходящей конкретной ситуацией. Таким образом, первичная тревога смерти, просуществовав короткое время, трансформировалась в более мелкие страхи — страх потери самоуважения, отвержения другими людьми, унижения.

Я справился со своей тревогой, иначе говоря, “переработал” ее. Но я не устранил ее, и она давала знать о себе еще месяцы спустя. После проработки “ланчевой” фобии возник ряд других страхов — страх вождения машины, страх езды на велосипеде. А когда через несколько месяцев я встал на лыжи, то оказался настолько осторожным и опасливым, что от моих лыжных навыков и радостей мало что осталось. Но все эти страхи были локализуемы в пространстве и времени, с ними можно было делать что-то целенаправленное. Они были досадными, но не угрожали моему существованию, не были базовыми.

Кроме этих страхов, я заметил еще одну перемену: мир стал казаться ненадежным. Он утратил свою домашность; опасность могла прийти откуда угодно. Характер реальности стал другим: я переживал в ней то, что Хайдеггер называл “зловещностью” (“unheimlich”), иначе говоря, я стал ощущать себя “в мире неуютно”. Хайдеггер считал это (и я присоединюсь к нему) закономерным следствием сознания смерти³⁴.

Другое свойство тревоги смерти, часто приводившее к путанице в специальной литературе, — то, что она может переживаться на многих различных уровнях. Как я уже сказал, человек может бояться акта умирания, боли и страдания при умирании; может сожалеть о незаконченных делах или об исчезновении личностного опыта; может, наконец, взирать на смерть рационально и бесстрастно, подобно эпикурейцам, считавшим, что смерть не страшна просто потому, что “где есть я, там нет смерти; где есть смерть — нет меня. Поэтому смерть — ничто для меня” (Лукреций). Однако не следует забывать, что все это — результат сознательной взрослой рефлексии феномена смерти, ни в коей мере не тождественный живущему в бессознательном примитивному ужасу смерти — ужасу, составляющему часть самой ткани бытия и развивающемуся очень рано, еще до формирования четких понятий, тому зловещему, цепенящему, примитивному ужасу, который существует до и вне всякого языка и образа. Клиницист редко сталкивается с тревогой смерти во всей полноте, поскольку она модифицируется стандартными защитами (такими как вытеснение, смещение, рационализация), а также некоторыми другими, характерными только для нее (см. главу 4). Разумеется, это обстоятельство не должно слишком нас обескураживать: его не может отменить никакая теория тревоги. Первичная тревога всегда трансформируется во что-либо не столь ядовитое для индивида — на то и существует вся система психологических защит. Говоря во фрейдистских терминах: клиницист редко может наблюдать незамаскированную кастрационную тревогу, обычно он имеет дело с некоей ее трансформацией. Например, пациент-мужчина может страдать женофобией, или бояться соперничества с мужчинами в определенных социальных ситуациях, или иметь склонность к получению сексуального удовлетворения иным путем, чем гетеросексуальный акт.

Однако клиницист, развивший в себе экзистенциальную “установку”, сможет распознавать тревогу смерти и в “переработанном” виде, и его изумит частота и разнообразие форм ее проявления. Позвольте привести некоторые клинические примеры. Недавно я работал с двумя пациентками, которые жаловались отнюдь не на экзистенциальную тревогу, а на мучительные, но вполне банальные проблемы отношений.

Джойс, тридцатитрехлетняя преподаватель университета, находилась в процессе мучительного развода. У них с Джеком было первое свидание, когда ей было пятнадцать лет, и в двадцать один она вышла за него замуж. Три года назад, после нескольких лет трудного брака, они разошлись. Но, хотя у Джойс сложились удовлетворяющие ее отношения с другим мужчиной, она никак не могла оформить развод. Собственно, ее главной жалобой в начале терапии было то, что при разговоре с Джеком она всякий раз начинала рыдать и ничего не могла с этим поделать. Исследование ее реакции плача позволило раскрыть несколько важных факторов.

Во-первых, для нее было крайне важно, чтобы Джек продолжал ее любить. Сама она уже не любила его и не нуждалась в нем, но очень хотела, чтобы он часто о ней думал и любил ее так, как никогда никакую другую женщину. Я спросил: “Почему?” — “Каждый хотел бы, чтобы его

помнили, — был ответ, — это способ оставить себя в потомстве”. Она напомнила мне, что еврейский ритуал Каддиш основан на представлении: пока человека помнят его дети, он продолжает существовать*.

Другой причиной слез Джойс было ее чувство, что они с Джеком вместе пережили много прекрасного и значительного. Ей казалось, что теперь, когда их союз распался, все это должно кануть в лету. Угасание прошлого служит острым напоминанием о неостановимом течении времени. По мере исчезновения прошлого вокруг нас сокращается кольцо будущего. Муж Джойс помогал ей “законсервировать” время — будущее так же, как и прошлое. Было ясно, что Джойс, не сознавая того, боится “израсходовать” будущее. Например, у нее была привычка не завершать дело: занимаясь уборкой, она всегда оставляла невымытый угол. Она боялась исчерпаться. Она никогда не начинала читать книгу без того, чтобы на ее ночном столике не лежала еще одна или две в ожидании своей очереди. Вспоминается Пруст, тема главного литературного творения которого — воссоздание прошлого ради избежания “пожирающей глотки времени”.

Еще Джойс плакала потому, что боялась неудачи. Жизнь ее до недавнего времени являлась непрерывным восхождением к успеху. Неудача в браке означала, что она, по ее собственному выражению, “такая же, как все”. Она была весьма талантливым человеком, но амбиции ее были грандиозны. Она намеревалась достичь международной известности, возможно, получить Нобелевскую премию за проводимую ею тогда исследовательскую программу. Она также планировала, если успех не придет в течение пяти лет, обратить свои силы на художественную прозу и написать “Домой возврата нет” для 70-х — притом, что никогда в жизни не писала ничего художественного. Впрочем, она, до сих пор достигавшая всех поставленных целей, имела основания верить в свою исключительность. Неудачное замужество стало первой запинкой в ее восхождении, первым вызовом ее надменному солипсизму. Распад брака явился угрозой ее чувству исключительности, которое, как будет обсуждаться в главе 4, представляет собой одну из самых распространенных и мощных смертеотрицающих защит.

Таким образом, вполне банальная проблема Джойс уходила корнями в первичную тревогу смерти. Как экзистенциально ориентированный терапевт, я рассматриваю все эти клинические феномены — желание, чтобы любили и вечно помнили, желание остановить время, веру в личную неуязвимость, стремление к слиянию с другим — как служащие Джойс для выполнения одной задачи: ослабления тревоги смерти.

После того как Джойс проанализировала каждый из этих симптомов и пришла к пониманию их общего источника, ее психическое состояние значительно улучшилось. Самое удивительное: освободившись от своей невротической зависимости от Джека и перестав использовать его в своих механизмах отрицания смерти, Джойс впервые смогла обратиться к нему подлинно любящим образом, и в результате их брак восстановился на совершенно новой основе. Но это уже другая тема, о которой речь будет идти в главе 8.

Вторая пациентка — Бет, тридцатилетняя одинокая женщина — жаловалась на неспособность установить удовлетворяющие отношения с мужчиной. У нее было много случаев, когда она, говоря ее собственными словами, “плохо выбирала”, впоследствии теряя интерес к мужчине и прекращая отношения. Уже во время терапии она повторила этот цикл: влюбилась, затем впала в мучительную нерешительность и в конце концов так и не смогла решиться на обязывающие отношения.

Когда мы исследовали ее дилемму, стало ясно, что она чувствует необходимость установить прочные отношения: она устала от жизни одинокой женщины и отчаянно хочет иметь детей. Это давление необходимости еще более усиливалось ее озабоченностью тем, что она стареет и может выйти из детородного периода.

Тем не менее, когда любовник заговаривал о браке, Бет впадала в панику, и чем больше он настаивал, тем она становилась тревожней. Для нее брак был неким “пришпиливанием”: он угрожал зафиксировать подобно тому, как формальдегид фиксирует биологический образец. Для Бет было важно продолжать расти, меняться, становиться отличной от той, какой она была прежде. Она опасалась, что ее возлюбленный слишком самодоволен, слишком удовлетворен собой и своей жизнью. Постепенно Бет стала осознавать важность этого мотива в своей судьбе. Она никогда не жила в настоящем. Даже за едой или подавая на стол она мысленно была на одно блюдо впереди: во время второго ее мысли уже витали где-то в десерте. Она часто с ужасом думала о перспективе “осесть” — для нее это было то же самое, что “засесть”. Думая о том, чтобы выйти замуж или принять на себя обязательства в любой другой форме, она часто спрашивала себя: “И что, больше ничего в жизни нет?”

Прочувствовав все это в терапии — свое навязчивое стремление всегда быть впереди самой себя,

свой страх старения, смерти и застоя — Бет стала тревожней, чем когда-либо. Однажды вечером после сессии, когда мы с ней проникли особенно глубоко, она испытала состояние сильнейшего ужаса. Она гуляла с собакой, и вдруг у нее возникло жуткое чувство, что ее преследует какое-то сверхъестественное существо. Она стала озираясь вокруг, затем пустилась бежать без оглядки и так добралась домой. Позже начался ливень, и она всю ночь лежала без сна, против всякого здравого смысла ожидая, что вот-вот с ее дома сорвет крышу или он будет смыт потоками воды. В главе 5 я буду говорить о том, что нередко в тех случаях, когда страх чего-то конкретного (в случае Бет — страх замужества или неправильного выбора) осознается как то, что он есть на самом деле — страх ничто, — тревога усиливается. У Бет и страх замужества, и внутреннее понуждение к нему отчасти были поверхностными отзвуками идущей в глубинах психики борьбы за сдерживание тревоги смерти.

У клиницистов можно найти описания тревоги смерти и ее трансформаций во всем спектре клинической психопатологии. В главе 4 эта тема обсуждается подробно, а здесь я лишь коснусь ее. Р. Скуг сообщает, что более 70 процентов пациентов с тяжелым неврозом навязчивых состояний на этапе начала заболевания пережили нарушающий чувство безопасности опыт встречи со смертью. С развитием своего синдрома эти пациенты все более сосредотачиваются на контроле своего мира, предотвращении неожиданностей и случайностей. Они избегают беспорядка и неопрятности и создают ритуалы, имеющие целью отвратить зло и угрозу³⁶. Эрвин Штраус отмечает, что отвращение к болезням, микробам, гниению, распаду, грязи, характерное для страдающих навязчивостями пациентов, имеет непосредственную связь со страхом личного уничтожения³⁷. У. Швиддер делится наблюдением, что защиты, выражающиеся в форме навязчивостей, не вполне эффективны в связывании тревоги смерти. В работе, описывающей исследование ста с лишним человек с навязчивостями и фобиями, он указывает, что более трети из них боялись удушья и темноты, и несколько большая часть пациентов испытывала явную тревогу смерти³⁸.

Герберт Лазарус и Джон Костан в своем обширном исследовании гипервентиляционного синдрома (очень распространенного состояния, на которое жалуются от 5 до 10 процентов всех людей, обращающихся за консультацией к врачу), указывают на основополагающую для данного состояния динамику тревоги смерти, трансформируемой в ряд различных фобий.

Гипервентиляционная паника является результатом неспособности в достаточной мере связать тревогу смерти³⁹.

Д.Б. Фридман описывает пациента с неврозом навязчивых состояний, у которого тревога смерти приняла форму навязчивой мысли, что он будет всеми забыт. С этой мыслью было связано также его беспокойство о том, что все интересное в мире происходит без него. "Все по-настоящему новое случается только тогда, когда меня нет рядом, до моего времени или после, до того, как я родился или после того, как я умру"⁴⁰.

У ипохондрика, постоянно озабоченного сохранностью и благополучием своего тела, тревога смерти лишь слабо замаскирована. Ипохондрия часто начинается после тяжелой болезни самого пациента или кого-то из его близких. По наблюдению В. Крала, для ранней стадии этого заболевания характерно непосредственное переживание страха смерти, позже "распределяющегося" среди многих телесных органов⁴¹.

В нескольких клинических исследованиях говорится о центральной роли тревоги смерти в деперсонализационных синдромах⁴². Например, Мартин Рот нашел, что у более чем 50 процентов пациентов толчком к манифестации деперсонализационного синдрома являлась смерть или тяжелая болезнь⁴³.

У этих невротических синдромов имеется одно общее качество: ограничивая человека и причиняя ему неудобства, они, тем не менее, успешно защищают его от ужаса неприкрытой тревоги смерти.

Тревога смерти: эмпирическое исследование

Последние три десятилетия в эмпирических социальных науках наблюдался постоянный, хотя и слабый поток исследований на тему смерти. Практически каждая научная статья, посвященная смерти, начинается с призыва к исследованиям и жалобы либо возмущенного протеста по поводу недостаточности тщательных изысканий. После обзора литературы мне остается лишь выразить то же самое. Расхождение между количеством спекулятивных или импрессионистических текстов на тему смерти, с одной стороны, и методологически выдержанных исследований — с другой, не может не поразить. В частности, библиография по этой теме до 1972 года включает более 2600 книг и статей, из которых лишь менее двух процентов посвящены эмпирическим исследованиям, а непосредственное отношение к экзистенциальной теории и терапии имеют и того меньше.

Для того чтобы исследование имело хотя бы отдаленное отношение к настоящей дискуссии, в нем должны быть затронуты следующие вопросы: распространенность тревоги смерти; корреляции между тревогой смерти и рядом параметров — демографических (возраст, пол, семейное положение, род занятий, вероисповедание, образование и т.д.), личностных (шкалы MMPI, уровни общей тревоги и депрессии), жизненного опыта (ранняя утрата близких, пребывание в специальном детском или лечебном учреждении); связь тревоги смерти с психопатологией и другим психологическим содержанием, особенно с фантазиями, сновидениями и кошмарами.

Но, как указывают Роберт Кастенбаум и Рут Айзенберг в своем вдумчивом обзоре, научные исследования, за немногими исключениями, либо охватывают очень узкий спектр переменных, либо методологически несостоятельны⁴⁴. Исследуемые понятия зачастую точно не определены; например, не разграничиваются страх собственной смерти, страх смерти другого и страх последствий собственной смерти для других.

Однако еще более серьезная проблема состоит в том, что в большинстве работ оцениваются сознательные позиции по отношению к смерти или осознаваемая манифестная тревога. Вдобавок, словно для того, чтобы еще больше осложнить ситуацию, в научных исследованиях (за редкими исключениями⁴⁵) используется второпях придуманный инструментарий — доморожденные шкалы, валидность и надежность которых остаются загадкой.

Интересно одно исследование, проведенное в рамках профессии. Студентов-медиков тестировали с помощью шкалы осознаваемой тревоги смерти и шкалы "авторитарности" (F-шкала Калифорнийского личностного опросника). Была обнаружена негативная связь между тревогой смерти и авторитарностью: чем выше авторитарность, тем ниже тревога смерти, и наоборот.

Более того, студенты, выбравшие в качестве специализации психиатрию, имели более высокую тревогу смерти (и были менее авторитарны), чем студенты, избравшие хирургию⁴⁶. Возможно, хирурги лучше защищены от тревоги смерти, — если только психиатры не лучше ее сознают. (Возможно также, что будущие психиатры имеют более высокую исходную тревогу смерти и именно потому, в поисках собственного облегчения, выбирают сферу психического здоровья.)

Согласно результатам нескольких научных программ, у глубоко религиозных людей тревога смерти ниже⁴⁷. Студенты, потерявшие одного родителя, имеют более высокую тревогу смерти⁴⁸. Большинство исследований не обнаруживают значительных различий в зависимости от возраста⁴⁹, хотя наблюдается позитивная корреляция между тревогой о смерти и близостью смерти⁵⁰. Исследование наиболее распространенных страхов, проведенное среди тысячи студентов колледжа, показывает, что в этой группе связанные со смертью страхи занимают очень большое место⁵¹.

В нескольких научных отчетах продемонстрировано, без попытки объяснения, что у женщин осознаваемая тревога смерти выше, чем у мужчин^{53*}.

Изучение осознаваемой тревоги смерти, хотя и представляет определенный интерес, все же не слишком помогает понять личностную структуру и психопатологию. Главный тезис динамической психологии состоит в том, что сильная тревога не остается сознательной: она вытесняется и "перерабатывается". Один из главных этапов переработки тревоги — сепарация или изоляция аффекта от объекта. Так, например, мысль о смерти вызывает у человека лишь легкий дискомфорт, и в то же время он переживает смещенную тревогу, в которой мало что указывает на ее подлинный источник. В нескольких кратко обсуждаемых ниже исследованиях различие сознаваемой и неосознаваемой тревоги смерти не игнорируется и делается попытка исследовать страх смерти на бессознательном уровне. В них использовался такой инструментарий, как ТАТ*, тест Роршаха, анализ сновидений, словесные ассоциации, незаконченные предложения, тахистоскопическая проекция и кожно-гальваническая реакция.

Тревога смерти и психопатология

Осознаваемая тревога смерти. Попытки оценить соотношение между осознаваемой тревогой смерти и психопатологией описываются в нескольких спорадических сообщениях. У студентов-добровольцев наблюдалась положительная корреляция между тревогой смерти и невротизмом (по шкале невротизма Айзенка)⁵⁴. Обитатели тюрем, осужденные за "малые" правонарушения (других деталей об этих правонарушениях не сообщается), по сравнению с контрольной нормой имели достоверно большие показатели тревоги смерти, интереса к теме смерти, страха похорон и страха внутренних заболеваний, а также осознания подавления мыслей о смерти⁵⁵.

Осознаваемая тревога смерти у психиатрических пациентов престарелого возраста положительно коррелирует со шкалой депрессии MMPI; более того, эта корреляция оказалась настолько велика, что исследователи предложили рассматривать повышенную тревогу смерти у пожилых

людей как часть депрессивного синдрома. В том же исследовании не было обнаружено корреляции между тревогой смерти и соматической симптоматикой (оцениваемой по Медицинскому индексу Корнелла)⁵⁶. Может быть, соматизация возникает в ответ на тревогу смерти и действует как ее заместитель.

Исследования показывают отсутствие явной тревоги смерти в нормальной пожилой популяции⁵⁷, однако при психологической незрелости или наличии психиатрического расстройства у пожилых людей обнаруживаются свидетельства высокой тревоги смерти⁵⁸. У подростков тревога смерти в целом выше, чем в других возрастных группах; здесь мы вновь обнаруживаем, что индивиды с признаками психопатологии (в исследовании, о котором идет речь, эти признаки заключались в делинквентных поступках, достаточно серьезных, чтобы вести к тюремному заключению) обнаруживают более высокую тревогу смерти, чем контрольная группа⁵⁹. Исследование нормальных и "субнормальных институционализированных" девушек показало, что у обитательниц специальных учреждений имеется больше страхов, явным образом связанных со смертью⁶⁰. Аналогичные результаты получил другой автор, который нашел, что плохо успевающие ученицы средней школы испытывают значительно более сильный страх смерти — "зачастую настолько всепроникающий, что допускает лишь косвенное сообщение о нем"⁶¹. Бессознательная тревога смерти. Однако изучение сознаваемой тревоги смерти мало что дает для понимания роли тревоги смерти в психодинамике. Поэтому некоторые исследователи попытались изучить бессознательное беспокойство о смерти. Фейфель и его коллеги выделили три уровня проблематики смерти: 1) сознательный (оцениваемый по ответу на вопрос: "Бойтесь ли Вы своей смерти?"); 2) фантазийный (определяемый путем оценивания позитивности ответов на вопрос: "Какие мысли или образы приходят Вам в голову, когда Вы думаете о смерти?"); 3) подпороговое сознание смерти (оцениваемое по среднему времени реакции на связанные со смертью слова в тесте словесных ассоциаций и тесте словесно-цветовой интерференции)⁶².

Исследователи обнаружили, что озабоченность смертью на этих уровнях очень различается. На сознательном уровне подавляющее большинство испытуемых (свыше 70 процентов) отрицали страх смерти. На фантазийном уровне его отрицали 27 процентов, 62 процента отвечали амбивалентно и 11 процентов обнаружили признаки выраженной тревоги смерти. На бессознательном уровне у большинства испытуемых проявилось сильное отвращение к смерти. Основное различие между нормальными, невротическими и психотическими испытуемыми состояло в том, что у психотических пациентов суммарная тревога смерти была больше, чем у остальных. Испытуемые более старшего возраста и более религиозные на сознательном уровне воспринимали смерть "в относительно позитивном ключе, однако в самой глубине они поддавались тревоге"⁶³. В этих исследованиях использовался грубый инструментарий, однако они убедительно показали необходимость изучать отношение к смерти на разных уровнях сознания.

В.В. Мейснер в интересном эксперименте продемонстрировал существование значительной бессознательной тревоги⁶⁴. Он измерял кожно-гальваническую реакцию (КГР) нормальных испытуемых, которым были предъявлены пятьдесят слов и словосочетаний: тридцать нейтральных и двадцать — символически связанных со смертью (например, "черный", "догорающая свеча", "путешествие", "спящий человек", "безмолвный", "переход по мосту"). Символы смерти вызывали значительно более сильную кожно-гальваническую реакцию, чем контрольные слова.

Клас Магни оценивал бессознательную тревогу смерти иным способом⁶⁵. В тахистоскопической проекции с возрастающим временем экспозиции предъявлялись изображения, имеющие отношение к смерти (похороны, разложившиеся и изувеченные трупы и т.д.). Магни измерял время, требующееся испытуемому для идентификации изображения. Он показал, что у студентов-богословов, собирающихся стать приходскими священниками, это время было достоверно меньше (и, предположительно, меньше бессознательная тревога смерти), чем у студентов-богословов, планирующих для себя академическую или преподавательскую карьеру. Несколько работ, где использовались данные интервью⁶⁶ или ТАТ⁶⁷, указывают на то, что индивиды с более высоким уровнем невротизма отличаются и более высокой тревогой смерти. Исследования бессознательной тревоги смерти у престарелых, проведенные с использованием ТАТ⁶⁸ и неоконченных предложений, показывают, что пожилые люди, которым предоставлено отдельное жилье с обстановкой, приближенной к привычной, испытывают меньшую тревогу смерти, чем обитатели традиционных учреждений для престарелых⁶⁸. Более того, престарелые люди, вовлеченные в различную жизненную активность, меньше подвержены тревоге смерти⁶⁹. Тревога смерти по ТАТу положительно коррелирует с невротическими шкалами MMPI

(ипохондрией, зависимостью, импульсивностью и депрессией)⁷⁰. Исследование бессознательной тревоги смерти (прожективный тест неоконченных предложений) среди взрослых от среднего до престарелого возраста продемонстрировало, что у более молодых из них тревога смерти выше⁷¹. Если страх смерти — первичный источник тревоги, то он должен обнаруживаться в сновидениях, где неосознаваемые содержания зачастую представлены в относительно открытой форме. Большое нормативное исследование показало, что 29 процентов снов свидетельствуют о явной тревоге смерти⁷². Обширное исследование кошмаров выявило, что в тревожных сюжетах, наиболее распространенных у взрослых, они умирают или их убивают. В других часто встречающихся сюжетах также присутствовала тема смерти: умирал член семьи или другой человек; жизни сновидца угрожал несчастный случай или преследователь⁷³. Имеется ли корреляция между сознаваемой тревогой смерти и частотой ночных кошмаров? Результаты исследований противоречивы и разнятся в зависимости от того, каким образом измерялась тревога смерти. Однако испытуемым, пережившим (особенно в возрасте до десяти лет) смерть близких друзей или родственников, кошмары с участием смерти снятся чаще⁷⁴. В одной работе получен интригующий результат: сознательная тревога смерти и тема смерти в сновидениях соотносятся по криволинейному закону⁷⁵. Иначе говоря, смерть чаще снится людям с очень высокой либо очень низкой сознательной тревогой смерти. Может быть, высокая сознательная тревога смерти отражает слишком высокую бессознательную тревогу, которая не поддается сдерживанию и выплескивается в неудавшиеся сны (кошмары) и в сознание. Очень низкая сознательная тревога смерти (ниже среднего уровня) может свидетельствовать о высокой бессознательной тревоге смерти, которая у человека в состоянии бодрствования сдерживается с помощью отрицания и вытеснения, но цензор сновидений перед ней капитулирует.

В целом можно сказать, что данные исследований тревоги смерти весьма ограниченно могут способствовать нашему пониманию роли страха смерти в психопатологии и психотерапии. Большинство этих работ заключается в оценке соотношения сознательной тревоги смерти (определяемой по достаточно грубым шкалам) с рядом демографических и психометрических переменных. В них показаны определенные положительные корреляции высокой тревоги смерти с депрессией, ранней потерей значимого другого, слабой либо отсутствующей религиозностью и выбором профессии. В других исследованиях, предметом которых являются более глубокие пласты психики, показано, что значительная доля тревоги смерти находится вне сознания; по мере движения от сознательных переживаний к бессознательным тревога смерти возрастает; страх смерти подстерегает нас в наших сновидениях; люди престарелого возраста больше боятся смерти, если они психологически незрелы или мало вовлечены в жизненную активность; наконец, тревога смерти, как сознательная, так и бессознательная, связана с невротизмом.

Невнимание к смерти в теории и практике психотерапии

Все, что выше было сказано о смерти — с точки зрения культурной традиции, клинического опыта и эмпирических исследований — имеет непосредственное отношение к психотерапии. Инкорпорация смерти в жизнь обогащает жизнь, освобождает людей от удушливого гнета банальности, позволяет им жить более осмысленно и аутентично. Полное осознание смерти может дать толчок к кардинальным личностным изменениям. В то же время смерть — базисный источник тревоги, ею наполнен наш внутренний опыт, и мы защищаемся от нее посредством ряда личностных динамик. Более того: как будет обсуждаться в главе 4, дезадаптивные защиты от тревоги смерти порождают огромный спектр особенностей, симптомов и черт характера, которые мы называем «психопатологическими».

Однако, несмотря на эти более чем достаточные основания, психотерапевты редко говорят о смерти. Смерть не замечается, и не замечается самым вопиющим образом, почти во всех областях профессиональной сферы, связанной с психическим здоровьем, — в теории, фундаментальных и клинических исследованиях, клинической практике. Единственное исключение составляет сфера, где смерть невозможно игнорировать: забота об умирающих. Статьи о смерти появляются в психотерапевтической литературе лишь эпизодически, обычно во второ- или третьеразрядных журналах и по форме представляют собой описания случаев. Это продукция «на любителя», далекая от основного русла теории и практики.

Описания клинических случаев

«Упускания» страха смерти, в частности, в клинических описаниях случаев настолько вопиющи, что хочется думать как минимум о некоем «заговоре молчания». В клинических описаниях встречаются три стратегии обращения с темой смерти. Первая: авторы селективно невнимательны к этой теме и не сообщают ни о каком материале по ней. Вторая: авторы дают

обширный клинический материал по теме смерти, но в динамическом анализе случая игнорируют его полностью. Так обстоит дело, например, в описаниях случаев у Фрейда, чему я приведу короткие свидетельства. Третья стратегия: авторы включают в свое сообщение связанный с темой смерти клинический материал, однако при анализе случая интерпретируют его в рамках другой концепции, отвечающей их идеологической школе.

В широко цитируемой статье "Позиции психоневротиков по отношению к смерти", опубликованной в ведущем журнале, два видных клинициста, Уолтер Бромберг и Пол Шильдер, приводят описания нескольких случаев, где смерть играет заметную роль⁷⁶. Например, у одной пациентки острая тревога развилась после смерти подруги, вызывавшей у нее определенные эротические желания. Хотя сама пациентка утверждала, что страх собственной смерти развился у нее после того, как она видела смерть подруги, авторы приходят к выводу, что "...ее реакция тревоги была вызвана бессознательной гомосексуальной привязанностью, с которой она боролась... Собственная смерть означала для нее воссоединение с умершей гомосексуальной возлюбленной... Умереть означает вновь соединиться с утраченным объектом любви".

Другая пациентка, отец которой был владельцем похоронного бюро, так описывала свою тяжелую тревогу: "Я всегда боялась смерти. Я боялась, что проснусь, когда они будут бальзамировать меня. У меня есть это странное чувство надвигающейся смерти. Мой отец был владельцем похоронного бюро. Когда я находилась рядом с трупами, я никогда не думала о смерти... но теперь мне хочется убежать... Я постоянно думаю об этом... Я словно отбиваюсь от нее". Авторы заключают, что "тревога в связи со смертью выражает подавленное желание быть пассивной и быть объектом манипулирования отца — владельца похоронного бюро". По их мнению, тревога пациентки есть результат ее защиты от этих опасных желаний и ее стремления к самонаказанию за инцестуозное желание. Другие случаи, описанные в той же статье, также могут служить примерами интерпретации страха смерти как чего-то другого, что авторы считают более фундаментальным: "Для этого мальчика смерть означает конечное садомазохистическое удовлетворение в гомосексуальном единении с отцом" или "смерть означает для него сепарацию от матери и прекращение выражения его бессознательных либидинозных желаний".

Не может не возникнуть вопрос: откуда такая тяга к переводу смерти во что-то иное? Если в жизни пациента есть ограничения, вызванные, допустим, страхом открытых пространств, собак или радиоактивных осадков, либо его поглощают навязчивые размышления о чистоте или о том, заперта ли дверь, — тогда, вероятно, есть смысл переводить эти поверхностные проблемы в нечто более фундаментальное. Но, *res ipsa loquitur*, почему бы страху смерти не быть просто страхом смерти, не переводимым в "более глубокий" страх? Возможно — и об этом пойдет речь ниже — невротический пациент нуждается отнюдь не в таком переводе; возможно, он не находится вне контакта с реальностью, а напротив оказался слишком близко к истине, поскольку ему не удалось выстроить "нормальные" отрицающие защиты.

Клинические исследования

Невнимание к концепции смерти имеет далеко идущие последствия и для клинических исследований. Одним из примеров может служить тема утраты и горя. Психологическая адаптация после утраты близкого в подробнейших деталях изучалась многими исследователями, однако никто из них не учитывал, что речь идет не только о "потере объекта", но и об угрозе потери себя самой или самого. Утрата несет с собой сообщение: "Если твоя мать (отец, ребенок, друг, супруг) умерла, значит, ты тоже умрешь". (У моего пациента вскоре после того, как он потерял своего отца, была галлюцинация голоса, пророковавшего сверху: "Ты — следующий".) В широко известной работе, посвященной исследованию вдов в течение первого года после потери мужей, автор приводит, например, такие слова своих испытуемых: "Я чувствую себя словно человек, идущий по краю ямы, дно которой теряется во тьме", а также их высказывания о том, что мир для них стал ненадежным и потенциально опасным местом, или что жизнь кажется им теперь бесцельной и бессмысленной, или что они чувствуют злобу, но эта злоба никуда не направлена⁷⁷. Я не сомневаюсь, что глубокий анализ любой из реакций, выраженных в этих высказываниях, привел бы исследователя к важным выводам о значении потери как переживания, которое может способствовать встрече человека с его собственной смертью. Но автор упомянутого исследования, так же как авторы других известных мне обширных работ, посвященных утрате близкого, исходил из другой системы понятий и потому не сделал этих выводов — печальный пример того, как обедняется поведенческая наука в результате игнорирования интуитивно очевидных истин. В одном из первых произведений письменной литературы, вавилонском эпосе "Гильгамеш", созданном четыре тысячи лет назад, главный герой отлично знает, что смерть его друга, Энкиду, предвещает его собственную смерть: "Что за сон

овладел тобой? Ты стал слеп и не можешь услышать меня. Когда я умру, не буду ли я как Энкиду? Скорбь входит в сердце мое, я боюсь смерти”78.

Клиническая практика

Некоторые терапевты утверждают, что их пациенты не выражают никакой озабоченности смертью. Я уверен, что здесь дело в терапевте, который не готов услышать об этом. Восприимчивый, глубоко вникающий в проблемы пациента терапевт в своей повседневной работе постоянно встречается со смертью.

Пациенты приносят огромное количество материала, связанного со смертью, стоит их чуть-чуть в этом поддержать. Они рассказывают о смерти родителей или друзей, тревожатся о грядущей старости; выясняется, что смерть часто присутствует в их сновидениях; побывав на встрече своего класса, они остаются потрясены тем, как все постарели; с болью замечают власть над собою своих детей, но вдруг обнаруживают, что наслаждаются замшелыми стариковскими удовольствиями. Их внимание останавливается на множестве “малых смертей”: старческих бляшках, печеночных пятнах на коже, седых волосах, плохо сгибающихся суставах, сгорбленной позе, углубляющихся морщинах. Приближается пенсия, дети покидают дом, появляются внуки; наконец, их дети начинают брать на себя заботу о них. Их жизненный цикл замыкается вокруг них. У других пациентов преобладают страхи аннигиляции, которые могут быть выражены в часто встречающихся ужасных фантазиях об убийцах, вламывающихся в дом, или в состояниях страха, наступающих после просмотра сцен насилия в кино или по телевизору. В работе по завершению незавершенных дел, которая происходит в терапии каждого пациента, подводное течение мыслей о смерти непременно выходит на поверхность, если только терапевт готов его заметить.

Мой собственный клинический опыт с определенностью подтверждает вездесущность мыслей о смерти. Во время работы над этой книгой я получил значительное количество “невидимого” для меня прежде клинического материала. Несомненно, в известной степени я сам подводил пациентов к тому, чтобы они давали мне определенные свидетельства. Но я уверен, что, по большому счету, эти свидетельства всегда присутствуют. Просто прежде я не был настроен так, чтобы их воспринимать. Например, выше в этой главе я рассказывал о двух пациентках, Джойс и Бет, у которых были обыкновенные с клинической точки зрения проблемы, связанные с положением в социуме и с завершением межличностных отношений. При более глубоком исследовании этих проблем обе пациентки обнаружили значительное экзистенциальное беспокойство, которое я не смог бы распознать, не будь у меня соответствующего психологического настроя.

Другой пример того же “настроя” дала мне психотерапевт, посетившая мою субботнюю лекцию о тревоге смерти. Несколько дней спустя она написала мне письмо:

“...Я не ожидала появления этой темы в моей работе именно сейчас, поскольку я являюсь консультантом в колледже, где студенты обычно отличаются хорошим физическим здоровьем. Однако в понедельник утром на первом приеме я встретила студентку, которая была изнасилована два месяца назад. С тех пор она страдала от многих неприятных и мучительных симптомов. Со смущенным смешком она заметила: “Я умираю то от одного, то от другого”. Наша беседа — благодаря, по крайней мере отчасти, вашим наблюдениям — обратилась к ее страху смерти и к прежнему ее убеждению, что изнасилование, так же как и смерть, может случиться только с другими. Теперь она чувствует себя беззащитной и одолеваемой тревогами, которые раньше были подавлены. Судя по всему, она испытала облегчение, узнав, что вполне нормально говорить о том, что боишься умереть, даже если тело не страдает никакой смертельной болезнью”79.

Психотерапевтические сессии, которым предшествовала даже не столь близкая встреча со смертью, нередко дают обильный клинический материал. Особенно богатым источником служат, конечно, сны. Например, 31-летняя женщина ночью после похорон старого друга увидела сон: “Я сижу перед телевизором. Приходит врач и стетоскопом обследует мои легкие. Я начинаю злиться и спрашиваю его, какое право он имеет это делать. Он отвечает, что я дымлю как паровоз. Он говорит, что мои легкие страдают болезнью ‘песочных часов’ на продвинутой стадии”. Сновидица не курила, но ее покойный друг выкуривал по три пачки в день. Ее ассоциация с болезнью “песочных часов” была такова: “время на исходе”80.

Центральную роль в селективном невнимании терапевта к теме смерти в терапии играет отрицание. Это вездесущая и могущественная защита. Слово аура, она окружает связанный со

смертью аффект всюду, где он появляется. (В одном анекдоте из огромной коллекции Фрейда мужчина говорит своей жене: "Если кто-то из нас умрет раньше другого, я, наверно, перееду в Париж".) Терапевт тоже склонен к отрицанию, и в процессе терапии его отрицающие защиты вступают в коалицию с защитами пациента. Многие терапевты, несмотря на долгие годы личного анализа, не исследовали и не проработали собственный страх смерти. Они фобически избегают этой сферы в своей частной жизни и селективно игнорируют ее в своей психотерапевтической практике.

Кроме индивидуального отрицания терапевтом, существует коллективное отрицание в психотерапии. Это коллективное отрицание наилучшим образом можно понять, если рассмотреть вопрос о том, почему смерть отсутствует в формальных теориях тревоги. Несмотря на то, что и в теории, и в повседневной практике динамической психотерапии смерть играет неоспоримую центральную роль, — в традиционной динамической теории тревоги ей не оставлено места. Чтобы изменить терапевтическую практику, найти применение концепции смерти как терапевтическому инструменту, необходимо выявить роль смерти в генезисе тревоги. Нет лучшего пути к этому, чем проследить эволюцию психодинамических концепций тревоги и попытаться понять систематическое исключение из них концепции смерти.

Фрейд: тревога без смерти

Идеи Фрейда оказали настолько сильное влияние, что эволюция динамической мысли в огромной степени является эволюцией мысли Фрейда. Я уверен, что, при всей его невероятной интуиции, тема смерти для него оставалась слепым пятном, скрывавшим некоторые очевидные аспекты внутреннего мира человека. Я изложу некоторый материал, иллюстрирующий избегание этой темы Фрейдом в его клинических и теоретических рассуждениях и затем выдвину предположения о причинах этого избегания.

Избегание темы смерти Фрейдом

Первым значительным клиническим и теоретическим вкладом Фрейда являются "Исследования истерии", написанные им вместе с Йозефом Брейером в 1895 г.⁸² В этой работе обращает на себя внимание ярко проявившееся избирательное игнорирование смерти. "Исследования истерии" ознаменовали рождение динамической терапии, и они же заложили основу для исключения из нее темы смерти. В этой книге представлены пять больших случаев, один — Брейера (Анны О.) и четыре — Фрейда. В комментариях и дискуссионных разделах фрагментарно сообщается еще о нескольких случаях. Каждый пациент начинает терапию с ярко выраженными симптомами, такими как паралич, анестезии, боли, тики, нервное истощение, навязчивости, ощущения удушья, потеря вкуса и обоняния, речевая дезорганизация, амнезия и т.д. Исходя из исследования этих пяти пациентов, Фрейд и Брейер сформулировали этиологию истерии и разработали соответствующую систематическую терапию.

Все пятеро в ранние годы жизни пережили серьезные эмоциональные травмы. Фрейд отмечает: обычно травма, хотя и действует дестабилизирующе, все же не имеет долговременного эффекта, потому что вызванные ею эмоции не сохраняются в исходном виде: ониотреагируются (в результате эффективного выражения эмоции наступает катарсис) либо прорабатываются (Фрейд утверждает, что память травмы может стать частью "огромного комплекса ассоциаций, стать рядом с другим опытом", и затем она "стирается", или корректируется, или подвергается проверке реальностью — например, когда человек справляется с обидой, размышляя в ответ о своих достижениях и достоинствах.)⁸³

Однако у тех пяти пациентов последствия травмы не исчерпали себя, но продолжали преследовать свою жертву. ("Истерик страдает от реминисценций"⁸⁴.) Фрейд высказал гипотезу, что память травмы и сопутствующие эмоции были вытеснены из их сознания (это было первое употребление понятий вытеснения и бессознательного) и потому избежали нормальных процессов диссипации аффекта. Подавленный аффект, сохранивший в бессознательном свои свежесть и силу, нашел некоторый доступ в сознание через конверсию (отсюда "конверсионная истерия") в физические симптомы.

Выводы для лечения очевидны: следует дать пациенту возможность вспомнить травму и выразить задавленный аффект. Чтобы помочь пациентам восстановить исходное травматическое воспоминание и выразить аффект вербально и поведенчески, Фрейд и Брейер использовали гипноз и Фрейд позже — свободные ассоциации.

Идеи Фрейда о возникновении и распаде аффекта, о формировании симптомов, а также размышления об основанной на этих идеях системе терапии имеют кардинальное значение и в немалой мере предвосхищают последующее развитие динамической теории и терапии. К нашей теме наиболее непосредственное отношение имеет взгляд Фрейда на источник дисфорического

аффекта — на природу первичной травмы. На протяжении книги Фрейда и Брейера теория симптомов и подход к терапии не меняются, однако от первого пациента к последнему описания Фрейдом природы травмы, ответственной за симптомы, претерпевают удивительную перемену. (В своем введении он утверждает: “Тому, кто интересуется процессом развития, приведшим от катарсиса к психоанализу, я не могу дать лучшего совета, чем начать с “Исследований истерии” и затем следовать по пути, пройденному мной самим”)⁸⁵.

В первых описанных в книге случаях травмы выглядят тривиальными. Читателю предлагают поверить в возможность развития глубокого невротического состояния у пациента (пациентки) в результате преследования злой собакой⁸⁶, или удара тростью работодателем, или обнаружения им того, что горничная позволяет собаке пить из его стакана⁸⁷, или влюбленности в работодателя и одновременной принужденности терпеть его несправедливые упреки⁸⁸. По ходу книги объяснения Фрейдом способствовавших неврозу травм становятся все более изощренными. Он готов был видеть в своих пациентах жертвы архетипических обстоятельств, достойных внимания автора греческих трагедий: ненависти детей (создававших жене препятствия в том, чтобы ухаживать за умирающим мужем)⁸⁹, incestуозных отношений с родителем⁹⁰, переживания первичной сцены⁹¹ и радости (с сопутствующим чувством вины) от смерти сестры, мужа которой пациентка любила⁹². Эти последние случаи из книги, а также примечания и письма Фрейда⁹³, указывают совершенно определенное направление, в котором неуклонно следовала мысль Фрейда в поисках истоков тревоги: 1) он постепенно смещал время травмы, являющейся “подлинной” причиной тревоги, все дальше к началу жизни, 2) он стал рассматривать травму как имеющую явно и исключительно сексуальный характер.

Размышления Фрейда об эмоциональных травмах пяти его пациентов постепенно развились в формальную теорию тревоги. Тревога — сигнал ожидаемой опасности; зародыш тревоги появляется в ранний период жизни, когда происходит значимая травма; память о травматическом событии вытесняется, и сопутствующий ей аффект трансформируется в тревогу. Ожидание повторения травмы или иной аналогичной опасности может пробуждать тревогу.

Какого рода травмы оказывают подобное воздействие? Какие события столь неисправимо злокачественны, что их отзвук преследует человека всю жизнь? В первом ответе Фрейда на этот вопрос подчеркивалась важность аффекта беспомощности. “Тревога — первичная реакция на беспомощность, впоследствии воспроизводящаяся как призыв о помощи в предвосхищении травмы”⁹⁴. Следовательно, задача состоит в том, чтобы определить ситуации, сопряженные с беспомощностью. Поскольку концепция тревоги составляет ядро психоаналитической теории и поскольку Фрейд в течение всего своего профессионального пути не переставал смело трансформировать базисную теорию, неудивительно, что его утверждения о тревоге многочисленны, разнообразны и порой противоречат друг другу⁹⁵. Однако два первичных источника тревоги все же устояли во всех беспрестанных ревизиях Фрейдом собственного творения. Это потеря матери (оставление и сепарация) и потеря фаллоса (тревога кастрации). В числе других важных источников тревоги — тревога Супер-Эго, или моральная тревога; страх собственных аутодеструктивных тенденций и страх дезинтеграции Эго — одоления темными, иррациональными ночными силами, обитающими внутри.

Хотя Фрейд часто упоминал другие источники тревоги, основной акцент он делал на оставлении и кастрации. Он был уверен, что эти два “порождения психического похмелья” терзают нас в течение всей нашей бодрствующей жизни, а во сне дают пищу двум широко распространенным кошмарам — кошмару падения и преследования. Вечный археолог, постоянно стремящийся раскопать все более глубокие структуры, Фрейд предположил, что для кастрации и сепарации характерно нечто общее. Это потеря — потеря любви, потеря способности соединиться с матерью. Хронологически сепарация имеет более раннее происхождение: по сути, она заложена уже в травме рождения, то есть отсчитывается с первого мгновения жизни. Однако Фрейд в качестве общего, первичного источника тревоги выбрал кастрацию. Он предположил, что ранняя сепарация делает индивида особо восприимчивым к кастрационной тревоге, которая, развившись, вбирает в себя более ранний опыт тревоги.

Если обратиться к исходному материалу (случаям из “Исследований истерии”), на котором основываются заключения Фрейда о тревоге и травме, бросается в глаза разительное расхождение между фактическими данными и выводами Фрейда: клинические истории этих пациентов настолько наполнены смертью, что лишь сверхусилием невнимания мог Фрейд исключить ее из сферы своего поиска травмы-катализатора. Двое из пяти пациентов обсуждаются лишь конспективно. (Пациентку Катарину, которая прислуживала Фрейду во время его отдыха на курорте, он лечил в течение одной-единственной сессии.) Три главные пациентки

— Анна О., фрау Эмма фон Н. и фройляйн Элизабет фон Р. (их истории являются первыми динамическими описаниями случаев в психиатрической литературе) замечательны тем, что их клинические описания переполнены упоминаниями о смерти. Более того, будь Фрейд специально заинтересован тревогой смерти, он бы, вероятно, обнаружил и изложил нам еще больше материала на эту тему.

Например, болезнь Анны О. развилась тогда, когда заболел (и десять месяцев спустя умер) ее отец. Она вначале неутомимо ухаживала за ним, но затем ее собственная болезнь, выражавшаяся в причудливых измененных состояниях сознания, амнезии, речевой дезорганизации, анорексии, сенсорных и мышечных конверсионных синдромах, отделила ее от умирающего отца. В течение последующего года ее состояние сильно ухудшалось. Брейер видел поглощенность Анны О. темой смерти. Он заметил, например, что при всех ее «странных и быстро меняющихся расстройств сознания была одна вещь, которая, судя по всему, оставалась большую часть времени осознаваемой: факт, что ее отец мертв»⁹⁶.

В тот период, когда Брейер с помощью гипноза лечил Анну О., у нее были ужасающие галлюцинации, связанные со смертью отца. Однажды, еще ухаживая за ним, она упала в обморок — он привиделся ей с головой смерти. (В период прохождения терапии она однажды взглянула в зеркало и увидела в нем не себя, а своего отца с головой смерти, пристально уставившегося на нее.) В другой раз у нее было видение черной змеи, собирающейся напасть на ее отца. Анна О. попыталась бороться со змеей, но ее рука заснула, и в галлюцинации ее пальцы превратились в змей, а каждый ноготь — в крошечный череп. Брейер полагал, что эти галлюцинаторные образы порождены страхом смерти, являющимся первопричиной ее болезни: «В последний день [лечения], когда в приемном кабинете мебель была переставлена так, чтобы он напоминал комнату, где лежал больной отец, она воспроизвела устрашающие галлюцинации, описанные мною выше и коренящиеся в ее болезни»⁹⁷.

Фрау Эмма фон Н., как и Анна О., заболела непосредственно после смерти самого близкого человека — мужа. Фрейд ввел фрау Эмму фон Н. в состояние гипноза и попросил сообщить важные ассоциации. Она тут же выдала целую серию связанных со смертью воспоминаний: ее сестра в гробу (пациентке было семь лет); брат, который напугал ее, нарядившись привидением; братья и сестры бросали в нее мертвых животных, и ей было страшно; ее тетя в гробу (пациентке девять лет); она нашла лежащую без сознания мать, с которой случился удар (в пятнадцать); в девятнадцать она нашла мать мертвой; в те же девятнадцать она ухаживала за умирающим от туберкулеза братом и потом оплакивала его смерть; затем она стала свидетельницей внезапной смерти мужа. На первых пяти страницах описания ее случая имеется не менее одиннадцати явных упоминаний смерти, умирания или трупов. На протяжении всего описания фрау Эмма фон Н. открыто обсуждает свой всепроникающий страх смерти.

Болезнь третьей пациентки, фройляйн Элизабет фон Р., зрела в течение восемнадцати месяцев, когда она ухаживала за умирающим отцом и наблюдала неотвратимое разрушение семьи: одна сестра переехала жить в отдаленное место, мать страдала серьезной болезнью, отец умер.

Болезнь фройляйн Элизабет вырвалась на поверхность и проявилась в полную силу, когда после всего этого умерла горячо любимая старшая сестра. В ходе терапии Фрейд, стремясь стимулировать возвращение старых воспоминаний и аффектов, дал пациентке задание посетить могилу сестры (с подобной же целью Брейер переименовал облик своей приемной так, чтобы она походила на комнату, в которой умер отец Анны О.).

Фрейд считал, что тревогу вызывают обстоятельства, ассоциирующиеся с ранними, давно забытыми ситуациями ужаса и беспомощности. Несомненно, связанные со смертью травмы этих пациенток были именно такими ситуациями. Однако в резюме, завершающих описания каждого случая, Фрейд полностью игнорирует тему смерти или просто отмечает порожденный утратой генерализованный стресс. В его формулировках на первый план выходят эротические компоненты травмы каждой из пациенток*. Так, когда сестра фройляйн Элизабет умерла, Фрейд помогал своей пациентке признать, что в глубине души она была рада (а затем почувствовала вину за эту радость): теперь муж сестры, о котором она мечтала, мог на ней жениться. Важное открытие: бессознательное, это заточенное в подвале психики скопление рудиментарных примитивных желаний, которые не подобает выносить на свет божий, на короткое время вырвалось в сознание и породило огромную тревогу, в конце концов связанную конверсионной симптоматикой.

Конечно же, Фрейд выявил важные конфликты у каждого из пациентов. Однако то, что он опустил, также заслуживает внимательного изучения. Смерть родителя, супруга или другого близкого — это больше, чем просто генерализованный стресс, и больше, чем утрата важного

объекта. Это активизация защиты отрицанием. Если, как полагал Фрейд, фройляйн Элизабет после смерти своей сестры хоть на мгновение подумала: “Теперь ее муж снова свободен, и я смогу стать его женой”, тогда она наверняка также содрогнулась от мысли: “Если моя дорогая сестра умерла, значит, я тоже умру”. То, что происходило с фройляйн Элизабет после смерти сестры, было и с Анной О. после смерти отца, и с Эммой фон Н. после смерти мужа: каждая в глубинах души увидела картину собственной смерти.

В последующих формулировках Фрейда, касающихся источников тревоги, любопытнейшим образом продолжала отсутствовать смерть. Он твердо остановился на потере — потере пениса и потере любви. Этот стиль поведения не характерен для него. Где неустранимый археолог, раскапывающий все новые и новые слои? Фрейд неизменно стремился дойти до скальной основы: он всегда интересовался первопричинами, самыми ранними проявлениями, рассветом жизни, обычаями первобытных людей, допотопной ордой, фундаментальными влечениями и инстинктами. Однако тема смерти резко остановила его. Почему он не сделал еще один очевидный шаг к тому, что лежит за оставлением и кастрацией? Обе концепции покоятся на онтологическом фундаменте. Оставление и смерть неразделимо сплетены в единую ткань: оставленный в одиночестве примат всегда погибает, а в человеческом обществе изгнанника неизменно ожидает социальная смерть, за которой быстро следует смерть физическая. Кастрация в метафорическом смысле синонимична уничтожению, а понимаемая в буквальном смысле (Фрейд, увы, понимал именно так), она также ведет к смерти, поскольку кастрированный индивид не может бросить свое семя в будущее, не может избежать вымирания.

В работе “Подавление, симптомы и тревога” (“Inhibitions, Symptoms and Anxiety”) Фрейд коротко остановился на роли смерти в этиологии неврозов, однако в результате обесценил ее как поверхностную. (Позже я не премину остановиться на противоречивости аналитических представлений о “глубинном” и “поверхностном”.) В отрывке, бесчисленное множество раз цитированном теоретиками, Фрейд объясняет, почему он не рассматривает страх смерти в качестве первичного источника тревоги.

“Представляется совершенно невероятным, чтобы невроз мог развиваться только вследствие объективного наличия опасности, без влияния глубинных слоев психического аппарата. Однако едва ли бессознательное содержит в себе что-либо, могущее наполнить содержанием нашу концепцию уничтожения жизни. Кастрацию можно представить себе по аналогии с отделением фекалий от тела, испытываемым нами повседневно, или с потерей материнской груди при отнятии от груди. Но ничто, подобное смерти, не может быть пережито, а если и случается, как обморок, то не оставляет после себя заметных следов. Поэтому я склонен придерживаться взгляда, что страх смерти подобен страху кастрации и что таким образом Эго реагирует на ситуацию, когда оно чувствует себя оставленным Супер-Эго — утратившим благосклонность сил судьбы и лишенным какой-либо защиты от окружающих опасностей”⁹⁸.

Здесь серьезно нарушена логика. Вначале Фрейд утверждает, что, поскольку у нас нет опыта смерти, она не может быть репрезентирована в бессознательном. Но есть ли у нас опыт кастрации? Фрейд признает: непосредственного опыта нет; однако, говорит он далее, есть опыт других потерь, психологически эквивалентный: повседневный опыт испражнения и опыт отнятия от груди. Конечно же, связь между кастрацией, выделением фекалий и отнятием от груди логически не более убедительна, чем представление о врожденном интуитивном сознании смерти. Честно говоря, идея замены смерти кастрацией настолько слаба, что мне даже неловко ее оспаривать, — как если бы я вступал в борьбу с явно увечным противником. Например, ни у кого не вызывает сомнений, что женщины тоже испытывают тревогу; акробатические усилия, требуемые для приложения теории кастрации к женщинам, — это воистину большой спорт аналитической метапсихологии.

Мелани Кляйн открыто критиковала эту странную фрейдовскую инверсию первичностей: “Страх смерти усиливает страх кастрации, но не сходен с ним... поскольку репродукция — необходимый путь противостояния смерти, утрата гениталий означает лишение творческой силы сохранения и продолжения жизни”. Кляйн не разделяла также точку зрения Фрейда, что в бессознательном отсутствует страх смерти. Принимая более поздний его тезис о существовании в глубочайших слоях бессознательного инстинкта смерти (Танатоса), она утверждала, что “также присутствующий в бессознательном страх смерти противостоит этому инстинкту”⁹⁹.

Несмотря на возражения Кляйн, как и Ранка, Адлера и других, устроивших “партизанскую войну”, Фрейд сохранил свою точку зрения и стал основоположником культа отрицания смерти,

продолженного не одним поколением терапевтов. Ведущие психоаналитические руководства выражают и укрепляют эту тенденцию. Отто Фенихель утверждает, что “поскольку смерть субъективно непостижима, страх смерти всегда скрывает за собой другие, неосознаваемые идеи”¹⁰⁰. Роберт Велдер полностью избегает упоминаний о смерти¹⁰¹, в то время как Ральф Гринсон кратко обсуждает смерть в контексте Танатоса, фрейдовского инстинкта смерти, лишь для того, чтобы отмахнуться от этого представления как от не более чем некоего любопытного экспоната — теории смелой, но ненадежной¹⁰². Необходимая коррективa была внесена лишь постепенно и трудами тех, кто находился вне фрейдистской традиции (либо стремительно оказался вне ее).

Почему Фрейд исключил смерть из психодинамической теории? Почему не рассматривал страх смерти как первичный источник тревоги? Очевидно, это не просто оплошность: страх смерти — понятие не столь скрытое и не столь ускользающее, и вряд ли Фрейд мог упустить его из виду (а не отверг сознательно). Он недвусмысленно высказывается на эту тему в 1923 г.: “Громкая фраза ‘всякий страх есть в конечном счете страх смерти’ едва ли имеет какой-либо смысл и, во всяком случае, не может найти подтверждение”¹⁰³. Его доводы — столь же неубедительны, что и прежде: смерть невозможно по-настоящему вообразить себе — какая-то часть Эго всегда будет принадлежать здравствующему наблюдателю. И вновь Фрейд приходит к тому же неудовлетворительному заключению, что “страх смерти, так же как совесть, является развитием страха кастрации”¹⁰⁴.

Интересно также то, что игнорирование Фрейдом смерти распространяется исключительно на формальную теорию тревоги, вытеснения и бессознательного, иначе говоря, на представления о внутреннем устройстве — подшипниках, шестеренках и источнике энергии психического аппарата*. Всюду, где он дает себе волю, он смело и энергично размышляет о смерти. Например, в коротком проникновенном эссе “Наше отношение к смерти”, написанном в конце первой мировой войны, он обсуждает отрицание смерти и попытку человека преодолеть смерть путем создания мифов о бессмертии. Выше я цитировал некоторые из его замечаний о том, что благодаря своей мимолетности жизнь становится более богатой и насыщенной. Он отдавал себе отчет в формообразующей роли смерти по отношению к жизни:

“Не лучше ли уделить смерти подобающее место в реальности и в наших мыслях, признать несколько большее значение нашей бессознательной установки по отношению к смерти, которую мы до сих пор столь тщательно подавляли? Этот шаг едва ли можно считать шагом вперед, к более высоким достижениям; в некоторых отношениях это даже отход назад — регрессия; но его преимущество состоит в том, что он позволит в большей мере считаться с истиной и вновь сделает для нас жизнь более приемлемой. В конце концов, принимать жизнь — первейший долг всех живых существ. Иллюзия теряет всякую ценность, если она затрудняет это. Вспомним старую поговорку: ‘Si vis pacem, para bellum’. Если хочешь сохранить мир, готовься к войне. В духе времени было бы изменить ее так: ‘Si vis vitam, para mortem’. Если хочешь принимать жизнь, приготовься к смерти”¹⁰⁸.

“Если хочешь принимать жизнь, приготовься к смерти” — Фрейд верил, что задача терапевта — помочь пациенту принять жизнь. Вся его терапевтическая карьера была посвящена этой задаче. Однако, если не считать процитированного афоризма, он за всю жизнь не сказал ни слова о подготовке к смерти и роли концепции смерти в психотерапии. Почему?

Можно продолжать указывать на упущения Фрейда, на его слепые пятна до тех пор, пока отсутствие оппонента не вызовет чувство неловкости. А вдруг он и здесь смотрел шире и дальше нас — во многих других отношениях это именно так? Может быть, проблема в его глазах казалась столь простой, что он не считал необходимым подробно аргументировать свою позицию? Мне кажется разумным внимательно изучить предпосылки позиции Фрейда. По моему мнению, он исключил смерть из динамической теории по неосновательным причинам, проистекающим из двух основных источников: во-первых, из устаревшей теоретической модели поведения и, во-вторых, из неутолимой жажды личной славы.

Невнимание Фрейда к теме смерти:

теоретические предпосылки

Когда Фрейду было семьдесят пять лет, его спросили, кто оказал на него наибольшее влияние. Не задумываясь, он ответил так же, как отвечал всегда: “Брюкке”. Эрнст Брюкке был профессором физиологии в медицинской школе и руководителем Фрейда в краткий период его исследовательской работы по нейрофизиологии. Брюкке был тяжелым человеком, с прусской

железной волей и ледяными голубыми глазами, внушавшим венским студентам-медикам изрядный страх. (На экзамене каждому студенту отводилось несколько минут для устного опроса. Если студент не мог ответить на первый вопрос, то остаток времени Брюкке сидел в суровом молчании, не обращая ни малейшего внимания на отчаянные мольбы студента и присутствовавшего здесь же декана.) В лице Фрейда Брюкке наконец-то нашел студента, достойного его интереса, и они в течение нескольких лет работали в тесном сотрудничестве в нейрофизиологической лаборатории.

Брюкке был важнейшим представителем идеологической школы биологии, основанной Германом фон Гельмгольцем и во второй половине девятнадцатого века доминировавшей в западно-европейских медицинских и фундаментальных научных исследованиях. Базовый тезис Гельмгольца, унаследованный Фрейдом от Брюкке, был четко сформулирован другим основателем школы, Эмилем дю-Буа Раймоном:

“В организме нет других активных сил, кроме обычных физико-химических; для тех случаев, которые в настоящее время не могут быть объяснены действием этих сил, следует физико-математическим методом находить специфический путь или форму их действия либо предполагать влияние других сил того же статуса, что и химико-физические, неотъемлемо присущих материи и сводимых к притяжению и отталкиванию”¹⁰⁷.

Таким образом, позиция Гельмгольца детерминистична и антивиталистична. Человек — машина, приводимая в действие химико-физическим механизмом. В “Лекциях по физиологии” 1874 года Брюкке утверждал, что, хотя организмы отличны от машин благодаря своей способности к ассимиляции, они тем не менее представляют собой феномены физического мира, подчиняющиеся принципу сохранения энергии. Лишь в силу нашего неведения нам кажется, что в организме действует множество сил. “Прогресс знаний сведет их к двум — притяжению и отталкиванию. Все это верно также для организма, которым является человек”. (курсив мой — И.Я.)¹⁰⁸.

Фрейд принял эту механистическую концепцию организма и применил ее к построению модели психики. В семьдесят лет он сказал: “Моя жизнь была посвящена одной цели — ‘понять, как устроен психический аппарат, как взаимодействуют и противодействуют силы в нем’”¹⁰⁹. Таким образом, ясно, чем именно Фрейд обязан Брюкке: фрейдовская теория, по иронии судьбы часто обвиняемая в иррационализме, глубоко коренится в традиционной биофизико-химической доктрине. Фрейдовские теории дуального инстинкта, сохранения и трансформации энергии либидо, а также его железный детерминизм зародились раньше, чем он решил стать психиатром: начало им положено механистической картиной человека у Брюкке.

Имея это в виду, мы можем с большим пониманием вернуться к вопросу об исключении Фрейдом смерти из моделей человеческого поведения. Дуальность — существование двух непримиримо противоположных базовых инстинктов — была тем основанием, на котором Фрейд построил свою метапсихологическую систему. Доктрина Гельмгольца требовала дуальности. Вспомним тезис Брюкке: в организме действуют две активные силы — притяжения и отталкивания. Теория вытеснения — исходный пункт психоаналитической мысли — ведет к дуализму: вытеснение означает наличие конфликта между двумя фундаментальными силами. На протяжении всего своего профессионального пути Фрейд пытался определить пару антагонистических инстинктов, или влечений, приводящих в движение человеческий организм. Его первый вариант был “голод и любовь”, в виде противостоящих друг другу тенденций к сохранению индивидуального организма и к продолжению рода. Большая часть аналитической теории основана на этой антитезе: борьба между Эго и влечениями либидо, согласно раннему Фрейду, была причиной вытеснения и источником тревоги. Впоследствии, по причинам, не имеющим отношения к данной дискуссии, он понял, что эта дуальность несостоятельна, и предпочел другую — фундаментально присущую самой жизни дуальность жизни и смерти, Эроса и Танатоса. Однако метапсихология и психотерапия Фрейда основана на его первой теории дуального инстинкта; ни Фрейд, ни его ученики (за единственным исключением Нормана О. Брауна¹¹⁰) не переформулировали его труды в понятиях дуализма жизни и смерти. Большинство его последователей отказались от второй теории инстинктов, поскольку она вела к величайшему терапевтическому пессимизму. Они либо остались в рамках первой фрейдовской диалектики либидо и сохранения Эго, либо постепенно приняли юнгианский моноинстинкт — позицию, подрывающую теорию вытеснения. В настоящем смерти нет; она — предстоящее событие, она локализована в будущем. Чтобы вообразить смерть, испытывать тревогу в связи с ней, необходима сложная психическая

активность — планирование и проецирование своего “я” в будущее. В детерминистской схеме Фрейда сталкивающиеся между собой бессознательные силы, вектор которых определяет наше поведение, примитивны и инстинктивны. В психическом энергоэлементе нет места сложным психическим актам, в которых будущее является объектом воображения и страха. Фрейд близок здесь к Ницше, считающему сознательное обдумывание излишним фактором в выработке поведения. Согласно Ницше, поведение детерминируется бессознательными механическими силами; сознательная мысль следует за поведением, а не предшествует ему; чувство управления собственным поведением — полнейшая иллюзия. Мы воображаем себя выбирающими свое поведение, поскольку этого хочет наша воля к власти, наша потребность воспринимать себя автономным, принимающим решения существом.

Таким образом, в формальной динамической теории Фрейда смерти не может быть места. Поскольку это будущее событие, не пережитое и по-настоящему не представимое, оно не может существовать в бессознательном и, следовательно, не может влиять на поведение. Смерти нет места в поведении, сводимом к борьбе двух противоположных первичных инстинктов. Фрейд стал пленником собственного детерминизма: он мог обсуждать роль смерти в порождении тревоги и взгляда на жизнь у индивида лишь двумя путями — либо вне своей формальной системы (в сносках или во “внепрограммных” эссе, таких как “Мысли из времен войны и смерти”¹¹¹ и “К вопросу о трех ларчиках”¹¹²), либо втискивая смерть в свою систему — рассматривая страх смерти в качестве разновидности какого-либо первичного страха (страха кастрации) или определяя волю к смерти как одно из двух фундаментальных влечений, лежащих в основе всего поведения. Объявление смерти фундаментальным влечением не решает проблему: оно не позволяет рассмотреть смерть в качестве будущего события и ее роль как путеводного маяка, пункта назначения, финального завершения, которое обладает силой лишить нашу жизнь всякого смысла или же привести нас к аутентичной форме бытия.

Невнимание Фрейда к смерти: личностные причины

Чтобы прояснить, почему Фрейд оставался привержен теоретической системе, которая, очевидно, ограничивала его интеллектуальный полет и вынуждала к неорганичным решениям, я должен коротко сказать о нем как о человеке. Труд художника, математика, генетика или романиста существует самостоятельно, поэтому исследование личной жизни ученого, художника или писателя — излишество, пусть зачастую занимательное и интересное, а порой даже интеллектуально поучительное. Но если речь идет о теории, которая претендует на раскрытие сокровенных глубин человеческого поведения и мотивации, причем поддерживающие эту теорию факты происходят большей частью из самоанализа одного человека, — в этом случае как можно более глубокое изучение личности и истории этого человека — уже не роскошь, а необходимость. К счастью, в фактах недостатка нет: о Фрейде известно, возможно, больше, чем о любой другой современной исторической личности (за предположительным исключением лишь Вуди Аллена).

Собственно говоря, материала о жизни Фрейда так много — от 1450-страничной исчерпывающей трехтомной энциклопедии Эрнеста Джонса “Жизнь и труд Зигмунда Фрейда”¹¹³ до популярных биографий¹¹⁴, изданных воспоминаний бывших пациентов¹¹⁵, томов опубликованной переписки¹¹⁶, — что с его помощью можно обосновать сколь угодно невероятные гипотезы о структуре его характера. Для этого достаточно лишь подобрать соответствующие факты. И потому, *caveat emptor*.

По моему мнению, многое указывает на то, что свойственная Фрейду непреклонная решимость обусловлена его неутолимой жадностью славы. В биографии Джонса эта тема — центральная. Фрейд родился в “сорочке” (неразорвавшемся амниотическом мешке) — обстоятельство, в народе всегда считавшееся предвестием славы. Его семья верила, что ему суждено стать знаменитым: мать, никогда в этом не сомневавшаяся, называла его “мой золотой Зигги” и предпочитала остальным детям. Позже он напишет: “Мужчина, который был бесспорным фаворитом своей матери, на всю жизнь сохраняет самочувствие победителя, ту уверенность в успехе, которая часто ведет к реальному успеху”¹¹⁷. Пламя этой уверенности было раздуто ранними предсказаниями. Однажды в кондитерской пожилой незнакомец сказал матери Фрейда, что она подарила миру великого человека; певец в парке развлечений выбрал маленького Фрейда среди всех других детей и предсказал, что он когда-нибудь будет министром. Очевидная интеллектуальная одаренность Фрейда также подкрепляла эту уверенность. Он всегда был первым в своем классе в гимназии; более того, согласно Джонсу, он занимал столь особое положение, что его почти не спрашивали на уроках¹¹⁸.

Довольно рано Фрейд перестал сомневаться в ожидающей его судьбе. В юности он написал другу

детства, что его сочинение было удостоено выдающейся оценки, и добавил: "Ты и не знал, что переписываешься с немецким стилистом. Советую тебе тщательно хранить мои письма — кто знает?.."119 Наиболее интересное заявление Фрейда на эту тему содержится в его письме к невесте, написанном в двадцать восемь лет (когда ему еще только предстояло обратиться к психиатрии!):

"Только что я осуществил решение, которое остро почувствует одна группа людей, пока еще не родившихся и обреченных на неудачу. Поскольку ты не сможешь догадаться, о ком идет речь, я тебе сам скажу: это мои биографы. Я уничтожил все свои дневники за последние четырнадцать лет вместе с письмами, научными заметками и рукописями моих публикаций. Только семейные письма сохранены. Твои, дорогая, ни минуты не были в опасности. Все мои старые дружбы и отношения вновь прошли перед моим взором и покорно встретили свою судьбу... Все мои мысли и чувства о мире вообще и моем месте в нем, в частности, были сочтены недостойными сохранения. Они должны быть передуманы заново. И я записал довольно много. Но материал просто поглотил меня, как песок сфинкса, скоро лишь мои ноздри будут торчать над кипами бумаги. Я не могу покинуть этот мир, не могу умереть, пока не избавлюсь от беспокойных мыслей о том, что неизвестно кто может набрести на старые записи. Кроме того, все, что было в моей жизни до ее решительного перелома, до нашего соединения и моего выбора призвания, я оставляю позади: все это давно мертво и заслуживает почетных похорон. Пусть себе болтают биографы; мы не станем облегчать им жизнь. Пусть каждый из них считает себя правым в своей "Концепции развития Героя": уже сейчас мне приятно думать о том, как они все будут заблуждаться"120.

В своем искании славы Фрейд стремился к великому открытию. Его ранние письма ошеломляют изобилием идей, которыми он увлекался и затем отбрасывал. Согласно Джонсу, он упустил славу, не доведя нейрофизиологические занятия своей юности до логического конца — создания нейронной теории. Второй раз он упустил ее в работе с кокаином. Эту последнюю ситуацию Фрейд описал в письме, начинающемся так: "Здесь я могу вернуться назад и объяснить, как по вине своей невесты я лишился ранней славы"121. Затем он рассказывает, как однажды небрежно упомянул своему другу, врачу Карлу Коллеру, о наблюдавшемся им анестетическом действии кокаина и затем надолго уехал из города к невесте. К тому времени, когда он вернулся, Коллер уже провел решающие хирургические эксперименты и прославился как первооткрыватель местной анестезии.

Мало найдется людей, чей интеллект по силе сравним с интеллектом Фрейда, наделенного к тому же богатейшим воображением, безграничной энергией и неукротимым мужеством. Но достигнув полной профессиональной зрелости, он обнаружил, что несправедливая и капризная судьба закрыла перед ним путь к успеху. Брюкке вынужден был сообщить Фрейду, что венский антисемитизм практически не оставляет ему надежды на успешную академическую карьеру: поддержка университета, признание, повышения по службе для него исключены. В возрасте двадцати семи лет Фрейд должен был бросить свои исследования и начать зарабатывать на жизнь в качестве практикующего врача. Он изучил психиатрию и приступил к частной медицинской практике. У него остался единственный шанс прославиться — совершить "великое открытие"!

Фрейд чувствовал, что время и благоприятные возможности ускользают от него, и это, несомненно, объясняет его неблагоприятное поведение в связи с кокаином. Он прочитал, что южноамериканские индейцы жевали коку для прибавления сил; он ввел кокаин в свою клиническую практику и в обращении к Венскому медицинскому обществу превознес благодетельный эффект этого средства при состояниях депрессии и утомлении. Многим своим пациентам он прописывал кокаин; друзьям (и даже невесте) настоятельно советовал им пользоваться. И когда вскоре появились первые сообщения о кокаиновой зависимости, репутация Фрейда в Венском медицинском обществе стремительно упала. (Эта история в какой-то мере объясняет невосприимчивость венского академического сообщества к последующим открытиям Фрейда.)

Постепенно Фрейд с головой ушел в психологию. Как выразился он сам, проблема структуры психики стала его госпожой и повелительницей. Вскоре он разработал исчерпывающую теорию психогенеза истерии. Его надежда на славу зависела от успеха этой теории, и появившиеся клинические опровержения сокрушили его. Фрейд описал этот провал в письме своему другу Вильгельму Флиссу в 1897 году: "Надежда вечной славы была столь прекрасна — так же, как

уверенного благосостояния, полной независимости... и все зависело от того, получится с истерией или нет”¹²².

Частичные наблюдения не имели особого значения. Фрейд не был согласен на меньшее, чем всеобъемлющая модель психики. В 1895 году, еще на полпути между нейрофизиологией и психиатрией, он почувствовал, что открытие устройства психики совсем близко. Он писал в письме:

“Блоки внезапно исчезли, завесы упали, и стало возможным видеть весь путь от деталей невроза до регуляции сознания. Отдельные элементы встали на свои места, зубчатые колесики зацепились друг за друга — все вместе казалось машиной, которая через мгновение заработает сама по себе. Три системы нейронов, “свободные” и “связанные” величины, первичные и вторичные процессы, главная и компромиссная тенденции нервной системы, два биологических принципа внимания и защиты, индикаторы качества, реальности и мышления, психосексуальный радикал, сексуальная детерминированность вытеснения и, наконец, факторы, определяющие сознание как перцептивную функцию, — стали и остаются связанными одно с другим. Я едва сдерживаю ликование”¹²³.

Для того чтобы открытие полностью соответствовало требованиям Фрейда, оно должно было обладать двумя качествами: 1) модель психики должна была быть исчерпывающей и удовлетворяющей научным критериям по Гельмгольцу; 2) это должно было быть оригинальное открытие. Фрейдовская фундаментальная схема психики, включавшая вытеснение, отношения сознания с бессознательным, базовый биологический субстрат мышления и аффекта, являлась творческим синтезом: ее компоненты не были новы (первопроходцами на этом пути являлись Шопенгауэр и Ницше), но сама она была нова в своей законченности и приложимости к разнообразной человеческой активности, от снов и фантазий до поведения, формирования симптомов и психозов. (О своих предшественниках Фрейд однажды сказал: “Многие заигрывали с бессознательным, но я первым вступил с ним в законный брак”.) Полностью оригинальна энергетическая часть модели Фрейда (сексуальная сила, или либидо) — концепция постоянного количества энергии, проходящей в течение младенчества и детства через predetermined, совершенно конкретные стадии развития, которая может быть связанной и несвязанной, катексироваться на объектах, выходить за заключающие ее рамки, блокироваться, смещаться; которая является источником мыслей, поведения, тревоги и симптомов. Это было большое открытие, и Фрейд яростно отстаивал его. Он принес в жертву теории либидо свои отношения с наиболее перспективными учениками, отошедшими от него, поскольку они отказались принять его новое открытие, выраженное в столь категорической форме, — центральную роль либидо в человеческой мотивации.

Понятно, что тема роли смерти в человеческом поведении — как источника тревоги или как детерминанта мотивации — мало привлекала Фрейда. Смерть не удовлетворяла ни одному из его личных условий: она не являлась инстинктом (хотя в 1920 году Фрейд объявил ее таковым) и не укладывалась в механистическую модель Гельмгольца. Роль смерти также не представляла собой ничего нового — собственно говоря, все сказано в Ветхом Завете. Фрейд вовсе не стремился присоединиться к длинной веренице мыслителей, уводящей к началу времен. “Вечная слава”, как он любил выражаться, от этого не приходила. Она могла прийти в результате открытия совершенно неизвестного дотоле источника человеческой мотивации — либидо. Едва ли стоит сомневаться в том, что Фрейд верно описал важный фактор человеческого поведения. Его ошибка заключалась в гиперкатексисе, в категорическом утверждении первичности либидо. Он дал одному аспекту человеческой мотивации абсолютно приоритетный статус и исключительное положение, сведя к нему все человеческое, у всех людей и во все времена.

Альтернативные теории

Встречные теории не замедлили появиться. Наиболее творчески одаренные ученики не приняли теорию либидо. В 1910 году Карл Юнг, Альфред Адлер и Отто Ранк предпочли лишиться благоволения маэстро, нежели разделить его механистическую, основанную на дуальном инстинкте, картину человеческой природы. Каждый из отступников выдвинул альтернативный источник мотивации. Юнг постулировал монизм духовной жизненной силы. Адлер акцентировал тревогу маленького и беспомощного ребенка о выживании в мире гигантов-взрослых, в полностью объемлющей его среде. Ранк подчеркнул важность тревоги смерти и создал представление о человеке, вечно разрываемом двумя страхами — страхом жизни (с неотъемлемой изоляцией) и страхом смерти. Эти подходы, вместе с вкладом более поздних

теоретиков, таких как Фромм, Мэй, Тиллих, Кайзер и Бекер, дополняют, но не заменяют структурную теорию Фрейда. Великим вкладом Фрейда явилась динамическая модель психики. Включение в нее смерти — вместо страха смерти и принятия смерти — не означает ничего принципиально нового: смерть всегда была там, скрываясь за кастрацией, сепарацией и оставлением. В этом аспекте Фрейд и последующая аналитическая традиция остались слишком поверхностными. Последующие теоретики внесли корректирующий фактор и тем самым позволили углубить наше представление о человеке.

3. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СМЕРТИ У ДЕТЕЙ

Наше беспокойство о смерти и наши способы справляться с тревогой смерти — отнюдь не поверхностные, легко поддающиеся описанию и пониманию феномены. Во взрослом состоянии они также не возникают у нас из ничего. Они коренятся глубоко в нашем прошлом и претерпевают значительные трансформации в течение жизни, полной забот о безопасности и выживании. Исследования детей дают исключительную возможность наблюдать встречу человека со смертью в первозданном виде. Конфронтация ребенка с фактом смертности, осознание им смерти, его ужас перед ней, его пути избегания смерти и обороны от нее, а также его последующее развитие, протекающее на фоне страха смерти, — таково содержание этой главы. На мой взгляд, существует значительное несоответствие между важностью смерти для ребенка и вниманием, уделяемым смерти в науках о детском развитии. Относящаяся к данной теме литература скудна и, по сравнению с обширными источниками по другим аспектам детского развития, в лучшем случае поверхностна. Особенно мало эмпирических исследований детских концепций смерти; психоаналитически ориентированные клиницисты эпизодически пытались заниматься этим вопросом, но, как мы увидим, у них была предубежденность, зачастую идущая в ущерб точности наблюдений. Кроме того, немалая часть относящегося к делу материала содержится в давних публикациях, зачастую обнаруживаемых вне основного русла литературы по детскому развитию и детской психиатрии. Многим мы обязаны Сильвии Энтони, в монографии которой "Открытие смерти в детстве и позднее"¹ дан прекрасный обзор и анализ литературы, содержащей факты исследований и наблюдений.

Собственная клиническая работа, а также изучение работ других исследователей привели меня к ряду выводов:

1. Всякий раз при достаточно тщательном подходе к изучению вопроса исследователи обнаруживают, что детей чрезвычайно занимает тема смерти. Беспокойство детей о смерти носит всепроникающий характер и оказывает далеко идущее воздействие на их переживания. Для них смерть — великая загадка, а преодоление страхов беспомощности и уничтожения — одна из основных задач развития; что же касается сексуальных проблем, то они вторичны и производны².

2. Дети глубоко озабочены смертью, и эта озабоченность возникает в более раннем возрасте, чем принято думать.

3. Осознание смерти детьми и используемые ими способы справляться со страхом смерти различны в разном возрасте и проходят через определенную закономерную последовательность этапов.

4. Адаптационные стратегии детей неизменно базируются на отрицании; можно предполагать, что мы не растем — вероятно, не можем расти — в непосредственном контакте с фактами жизни и смерти.

Всепроникающий характер

озабоченности смертью у детей

Фрейд верил, что дети полностью поглощены безмолвным исследованием сексуальности, вопросом "Откуда?" и что это главным образом и создает пропасть между ребенком и взрослым. Однако имеются многочисленные свидетельства, что вопрос "Куда?" также очень активно занимает нас, пока мы дети, и продолжает звучать у нас в ушах на протяжении всей жизни; мы можем прямо задаваться им, бояться его, игнорировать, вытеснять, но не можем от него освободиться.

Мало кого из родителей или воспитателей маленьких детей не заставляли врасплох внезапные, неожиданные вопросы ребенка о смерти. Однажды, когда мы с моим пятилетним сыном молча прогуливались по пляжу, он внезапно поднял взгляд на меня и сказал: "Понимаешь, оба моих дедушки умерли до того, как я успел с ними встретиться". Похоже, это заявление было "вершиной айсберга". Явно он долго размышлял об этом внутри себя. Я спросил его, как мог мягко, насколько часто он думает о подобных вещах, о смерти, и его ответ, произнесенный

непривычно взрослым тоном, ошеломил меня: "Я никогда не перестану думать об этом".

В другой раз он простодушно прокомментировал отъезд брата в колледж: "Теперь мы остаемся дома только троим: ты, я и мама. Интересно, кто из нас умрет первым?"

Девочка четырех с половиной лет внезапно сказала своему отцу: "Каждый день я боюсь умереть; мне хотелось бы никогда не вырастать, чтобы никогда не умирать"³. Другая девочка в три с половиной года попросила положить ей на голову камень, чтобы она перестала расти и не могла состариться и умереть. Четырехлетняя девочка рыдала целые сутки после того, как узнала, что все живые существа умирают. Мать смогла ее успокоить лишь единственным способом — молчаливым подтверждением, что она, ее малышка, никогда не умрет⁵. Другая четырехлетняя девочка через несколько дней после смерти бабушки со стороны отца, войдя дома на кухню, увидела на столе мертвого гуся с окровавленной головой, неподвижно висевшей на длинной шее. Ребенок, слышавший о смерти бабушки, но никак особенно на это известие не прореагировавший, мгновение тревожно смотрел на гуся и затем спросил у матери: "Это и есть то, что вы называете 'мертвый'?"⁶

Эрик Эриксон рассказывает о четырехлетнем мальчике, у которого умерла бабушка и с которым ночью, после того как он увидел ее в гробу, случился эпилептоидный припадок. Месяц спустя этот ребенок нашел мертвого крота, задал вопрос о смерти, и затем у него снова были судороги. Еще через два месяца последовал третий припадок — после того, как он случайно раздавил бабочку в руке⁷.

Бесхитростные детские вопросы могут вызывать у нас немалую растерянность. Маленький ребенок спрашивает прямо: "Когда ты должен умереть?", "Сколько тебе лет?", "Во сколько лет люди умирают?" Ребенок заявляет: "Я хочу дожить до тысячи лет. Я хочу жить столько, чтобы стать самым старым человеком на земле". Это мысли простодушного возраста, которым может дать стимул смерть — дедушки или бабушки, животного, иногда даже цветка или листа; но нередко они появляются без всяких внешних поводов, когда ребенок просто высказывает то, над чем он долго безмолвно размышлял. Позже, когда дети научаются видеть "новое платье короля", они также научаются не слишком беспокоиться о смерти.

Энтони, предложив девяти восьми детям тест на окончание рассказов, смогла объективно оценить озабоченность детей вопросами смерти⁸. Предъявлялись рассказы с открытым финалом, не содержавшие явных упоминаний о смерти. (Примеры: "Когда мальчик вечером лег спать, о чем он думал?" или "Мальчик пришел в школу. Но на перемене он не играл с другими детьми, а стоял один в уголке. Почему?") Завершение рассказов детьми свидетельствовало о том, что вопросы смерти и уничтожения серьезно занимают их. Примерно у половины детей в окончаниях рассказов присутствовали смерть, похороны, убийства или привидения. Если учесть также ответы с несомненно подразумеваемой смертью ("Его задавила машина", "Она потеряла одного из своих детей"), то доля упоминаний смерти возрастет до 60 процентов. Например, на вопрос "О чем думал мальчик, когда он лег спать?" дети отвечали так: "О том, что кто-то войдет в комнату и убьет его", или "О Белоснежке. Я не видел ее, но я видел в книге сказок картинку, где она изображена мертвой", или "О том, что кто-то входит в его дом, тогда его отец умрет, и он умрет тоже". В одном рассказе речь шла о волшебнице, которая спрашивает ребенка, чего он хочет: вырасти и стать взрослым или надолго, возможно, навсегда, остаться маленьким. В противоположность распространенному убеждению, что ребенок стремится скорее вырасти, стать сильным и умелым, свыше 35 процентов детей в своих окончаниях этой истории пожелали остаться маленькими, потому что для них старение было связано со смертью.

Концепция смерти: стадии развития

Приведя эти многочисленные свидетельства озабоченности детей темой смерти, я обращусь теперь к онтогенезу концепции смерти. Многие исследователи отмечали, что мысли и страхи детей, связанные со смертью, так же как и способы обращения с этими страхами, соответствуют определенным стадиям развития.

Почему нам трудно выяснить, что именно знает ребенок о смерти

Очень многое мешает нам определить, что именно знают о смерти очень маленькие дети, и это порождает массу противоречий и разночтений в специальной литературе.

Недостаточное развитие речи и абстрактного мышления. Дефицит речевых навыков у очень маленьких детей является труднопреодолимым барьером в понимании их внутреннего мира взрослыми. Профессионалам остается строить гипотезы, порой на основе весьма произвольных допущений, о том, что знает и чего не знает ребенок. Другой фактор — показанная сторонниками психологии развития, прежде всего Жаном Пиаже, слабость функции абстрактного мышления у

очень маленьких детей. В десять лет ребенок находится еще на стадии конкретных мыслительных операций и лишь начинает по-настоящему осознавать “потенциальное”, или “возможное”⁹. И поскольку смерть, собственная смерть, бытие и небытие, сознание, смертность, вечность, будущее являются абстрактными понятиями, то многие психологи развития полагают, что у маленьких детей отсутствует четкая концепция смерти.

Позиция Фрейда. Еще одним важным фактором, повлиявшим на профессиональные мнения относительно представлений о смерти у очень маленьких детей, явилась твердая позиция Фрейда, уверенного, что маленький ребенок не осознает истинные последствия смерти. Именно потому, что ранние годы жизни Фрейд рассматривал как определяющие для формирования характера, он считал тему смерти несущественной для психического развития. Нижеследующие отрывки из “Толкования сновидений” выражают его взгляд:

“...Представление ребенка о том, что значит ‘быть мертвым’, не имеет с нашим ничего общего, кроме словесного обозначения. Дети ничего не знают о кошмаре разложения, о застывании в холодной как лед могиле, об ужасе вечного ничто — обо всем том, о чем, как свидетельствуют все мифы вечной жизни, столь невыносимо думать взрослым людям. Страх смерти не имеет смысла для ребенка, поэтому он может играть с этим страшным словом, используя его как угрозу приятелю: ‘Если ты снова сделаешь это, ты умрешь так же, как Франц!’... Ребенок в возрасте более восьми лет после посещения музея естественной истории мог сказать маме: ‘Мамочка, я тебя так люблю: когда ты умрешь, я велю набить из тебя чучело и буду держать тебя в своей комнате, чтобы я мог всегда тебя видеть’. При всем различии между идеей смерти у детей и у нас, я был изумлен, услышав замечание одного высокоинтеллектуального десятилетнего мальчика после внезапной смерти отца: ‘Я знаю, что папа умер, но вот чего я не понимаю, так это почему он не пришел домой к ужину’.

К тому же для детей, избавляемых от зрелища предшествующих смерти страданий, быть ‘мертвым’ означает примерно то же, что быть отсутствующим: мертвый просто не докучает больше живым. Ребенку все равно, чем вызвано отсутствие — путешествием, отвержением, отчуждением или смертью... Дети не слишком скучают об отсутствующих; многие матери бывают огорчены, когда, вернувшись домой после нескольких недель летнего отдыха, узнают, что дети ни разу не спросили о своей маме. Если мать действительно отбывает в ту ‘неведомую страну, откуда не возвращаются’, дети, судя по всему, вначале забывают ее, и лишь позже приходят к ним воспоминания о покойной матери”¹⁰.

Таким образом, по мнению Фрейда, ребенок даже в восемь-девять лет мало знает о смерти (и, следовательно, мало ее боится). Среди фундаментальных интересов ребенка Фрейд самое раннее и основное место отводит сексуальным, а смерти оставляет роль в относительно позднем развитии. Его выводы о значении темы смерти в личностном развитии оказали большое влияние и привели к тому, что этот вопрос был преждевременно закрыт для целого поколения. Ошибка Фрейда связана не только с обсуждавшимися в предыдущей главе личностными и теоретическими причинами, но также с методологическими: он никогда не работал непосредственно с маленькими детьми.

Предубежденность взрослых. Это еще одно существенное препятствие для выяснения знаний ребенка о смерти. Каким бы ни было исследование — описательным, психометрическим или проективным — собирает и интерпретирует данные взрослый, собственные страхи и собственное отрицание смерти которого нередко приводят к искажению результатов. Взрослые избегают разговоров с детьми о смерти, они уклоняются от этой темы; не желая углубляться в мысли ребенка, они довольствуются поверхностной информацией; они систематически ложно воспринимают переживания ребенка и всегда преуменьшают осознание им смерти и сопутствующее этому страдание.

Роль взрослой предубежденности подтверждает широко цитируемое исследование детских страхов, проведенное Р. Лапус и М. Монк¹¹. Авторы изучали большую выборку (N=482) нормальных детей в возрасте от шести до двенадцати лет с целью определить характер и степень детских страхов. Но, считая невозможным проинтервьюировать сотни детей, вместо детей они опрашивали матерей! По мнению матерей, два рода страхов, наиболее тесно связанных со смертью (“заболеть, стать жертвой несчастного случая, умереть” и “беспокойство о здоровье”), у их детей были выражены незначительно: первый страх лишь 12 процентов матерей оценили как существенный, а второй — 16 процентов. (Для сравнения: боязнь змей и боязнь плохих оценок в школе были оценены как значимые 44 и 38 процентами опрошенных, соответственно.)

Затем авторы выделили подвыборку (N=192), в которой проинтервьюировали и матерей, и детей. Результаты показали, что в целом ответы матерей преуменьшили распространенность детских страхов. Особенно большое расхождение обнаружилось в связи с двумя типами страхов, наиболее связанных со смертью, оценка которых у матери и ребенка совпадала лишь в 45 процентах случаев, причем из 55 процентов несовпадения девять десятых определялись недооценкой матерью беспокойства ребенка о смерти. (В той же мере матери недооценили другие страхи, не столь прямо ассоциированные со смертью: "кто-то в семье заболеет или умрет", "микробы", "пожар".) Эти данные показывают, что матери имеют тенденцию не сознавать, насколько их детей беспокоит проблема смерти.

В другом исследовании изучались реакции детей в детской больнице на смерть Джона Ф. Кеннеди¹². Авторы замечают, что, к их удивлению, прекрасно подготовленные работники больницы оказались ненадежным источником сведений на эту тему. Существовал большой разброс не только в их наблюдениях детских реакций, но также во взглядах на то, как много информации следует давать детям и насколько сильно эмоциональному стрессу они толерантны. Пиаже, всю свою профессиональную жизнь работавший с детьми, считал, что психологическое тестирование, каким бы изощренным оно ни было, часто дает неполные или обманчивые сведения и что наиболее удовлетворительным методом является "общее исследование" (или "клиническое интервью"), — с чем, вероятно, согласится большинство клиницистов. Однако сообщений о глубинных интервью с детьми в литературе крайне мало. Это неудивительно: вид детенышей почти любого млекопитающего — от котят, щенков и жеребят до человеческих детей — пробуждает у нас материнский инстинкт. Нелегко идти против своей биологической природы, допытываясь у ребенка голую правду жизни. Я уверен, что эта трудность — главная причина скудости профессиональных исследований. Честно говоря, я серьезно сомневаюсь, что исследовательский проект, предполагающий открытые расспросы маленьких детей о смерти, мог бы сегодня быть разрешен комитетом по исследованиям на людях. И совершенно несомненно, что такой проект встретил бы сильное сопротивление родителей.

Таким образом, исследования по преимуществу основываются на косвенных данных и зачастую поверхностны. По пальцам можно пересчитать сообщения об исследованиях, базирующихся на прямых интервью¹³, да и те в большинстве проведены несколько десятилетий назад. Мария Наги и Сильвия Энтони сообщают о работе, проведенной в 1940 году. Наги (которую дети в школе, где она проводила исследование, называли "тетушка Смерть"), предлагала детям рисовать картины, писать сочинения и устно обсуждать свои мысли о смерти¹⁴. Энтони спрашивала определения связанных со смертью слов и давала тест на завершение рассказов¹⁵. Пол Шилдер и Дэвид Векслер в 1935 г. предъявляли детям серию связанных со смертью картинок и спрашивали об их впечатлениях¹⁶. Картинки были вполне откровенные, даже жуткие, но авторы сделали уступку чувствительности детей, принимая и фиксируя их реакции такими, какими они давались. Со взрослыми испытуемыми исследователи не удовлетворялись бы этим, пойдя глубже в своих расспросах и интерпретациях.

Чему учат ребенка. Речь идет еще об одном препятствии для выяснения знаний детей о смерти. Редко когда представления ребенка о смерти сохраняются в оригинальной форме: взрослые чрезвычайно страдают, лицезря ребенка в схватке с идеей смерти, и немедленно кидаются ему на помощь. Ребенок чувствует их тревогу и понимает из нее, что беспокойство о смерти совершенно необходимо подавлять: родители по-настоящему ничем здесь не помогут. Многие родители, при всей их просвещенности и твердой решимости быть честными, идут на попятный, когда видят беспомощное страдание своего ребенка. Энтони приводит краткую выразительную беседу между пятилетним ребенком и его мамой, профессором университета:

Ребенок: Животным тоже приходит конец?

Мама: Да, животным тоже приходит конец. Всему живому приходит конец.

Ребенок: Я не хочу, чтобы мне пришел конец. Я хочу жить дольше всех на земле.

Мама: Ты никогда не умрешь, ты будешь жить вечно¹⁷.

Как правило, родители пытаются смягчить страхи ребенка, предлагая ему некую форму отрицания — идиосинкратическую систему отрицания либо социально санкционированный миф о бессмертии. Поэтому исследователь нередко имеет дело не с естественной "продукцией" ребенка, а со сложной смесью создаваемого им, его тревоги и его отрицания в соединении с тревогой и защитным отрицанием взрослых. Что следует и чего не следует говорить ребенку — отдельный вопрос, но в любом случае мы должны понимать, почему выбираем тот или иной

вариант просвещения на тему смерти. Для чьего блага делается выбор — ребенка или взрослого? Эрма Фурман, тщательно исследовавшая детей, потерявших родителя, пришла к выводу, что “конкретная информация о смерти была в определенных отношениях полезна им, а когда окружающие взрослые искажали или затуманивали факты, намеренно или бессознательно, ситуация ребенка дополнительно осложнялась”¹⁸.

Первое сознание смерти

Когда ребенок впервые узнает о смерти? Имеется несколько источников информации об этом (ни один из которых не свободен от вышеописанных проблем): подробные лонгитюдные наблюдения родителями или подготовленными наблюдателями; психологические тесты — главным образом определения слов (“смерть”, “жизнь”, “живое”), тест на завершения рассказов, ТАТ (Тематический Апперцептивный Тест), детские рисунки; систематические наблюдения персоналом больниц и интернатов; случаи из практики детских терапевтов или взрослых терапевтов, с ретроспективными сведениями.

Тема смерти и речь. Наиболее объективные оценки опираются на речевые навыки ребенка. Энтони попыталась найти ответ на вопрос о том, когда у ребенка появляется знание о смерти, предложив восьмидесяти трем детям в тесте на общий словарный запас среди других слов определить слово “смерть”. Ответы всех детей семи лет и старше (и двух третей шестилетних) обнаружили понимание значения слова (хотя во многих случаях они включали в определение признаки, не существенные ни логически, ни биологически). Из двадцати двух детей шести лет и младше лишь трое оказались в полном неведении относительно значения слова¹⁹.

Другой объективный подход к проблеме состоит в изучении развития понятия “живое”, или “жизнь”. У совсем маленьких детей обнаруживается немало путаницы в представлениях о свойствах живых существ. В 1895 г. Ж. Салли отметил, что маленькие дети считают любые по видимости спонтанные движения признаком жизни и поэтому воспринимают, например, огонь и дым как живых существ²⁰. По Пиаже, детский анимизм (на его взгляд, аналогичный анимизму примитивного человека) проходит четыре стадии. Сначала неодушевленные объекты воспринимаются как наделенные жизнью и волей. Примерно с начала седьмого года ребенок считает живым лишь то, что движется, между восемью и двенадцатью годами — то, что движется само по себе, и впоследствии понятие живого все более приближается ко взрослому*.

У детей бывает много путаницы, когда они пытаются разобраться, какие вещи живут, или обладают жизнью, а какие являются не одушевленными. Например, в одном исследовании более трети детей в возрасте от семи до восьми лет полагали, что часы и река — живые; три четверти — что луна живая, 12 процентов — что дерево не живое²². Замешательство ребенка может усугубляться противоречивыми сообщениями, поступающими из окружения. Взрослые не склонны ясно и четко просвещать детей по этим вопросам. Куклы и механические игрушки, имитирующие жизнь, отнюдь не проясняют ситуацию. Еще один фактор замешательства — поэтические вольности языка (“облака мчатся по небу”, “луна заглядывает в окно”, “по своей затайливой дорожке ручеек бежит к морю”).

Наблюдения детского развития. Исследования речевого развития побудили многих клиницистов и возрастных психологов датировать осознание смерти ребенком временем значительно более поздним, чем свидетельствуют непосредственные наблюдения, о которых я сейчас расскажу. Возможно, исследователи склонны предъявлять чересчур жесткие требования к доказательности фактов. Неужели ребенку нужно быть способным определить понятия “живой” или “мертвый”, для того чтобы в глубине своего существа знать, что когда-нибудь его не станет на свете, так же как любого насекомого, зверя, другого человека? Исследователи, изучающие очень маленьких детей, почти неизменно приходят к выводу, что во внутренней жизни их испытуемых тема смерти занимает большое место. Теоретическая идея, состоящая в том, что ребенок младше восьми-десяти лет не постигает абстрактные понятия, — не служит опровержением. Как указывают Кастенбаум и Айзенберг, “между двумя крайностями ‘непонимания’ и явного наличия интегрированного абстрактного мышления существует множество промежуточных вариантов, при которых детский ум может войти в отношения со смертью”²³. Выражение “войти в отношения со смертью” несколько туманно, но удачно: маленький ребенок думает о смерти, боится ее, интересуется ею, запоминает связанные со смертью впечатления, остающиеся с ним на всю жизнь, и воздвигает магического рода защиты от нее.

Кастенбаум и Айзенберг описывают Дэвида, восемнадцатимесячного ребенка, обнаружившего во дворе мертвую птицу. Мальчик выглядел ошеломленным, и, по рассказу родителей, его лицо “приняло застывшее, ритуальное выражение, более всего напоминавшее стилизованную маску из греческой трагедии”²⁴. Дэвид был самым обыкновенным для своего возраста ребенком —

недавно научившимся ходить, — который стремился хватать и исследовать все, до чего ему удавалось добраться. Однако в этом случае он присел, наклонившись к самой птице, но не пытался коснуться ее. Несколько недель спустя он нашел еще одну мертвую птицу. На этот раз он взял птицу в руки и жестами потребовал посадить ее снова на ветку дерева. Когда его родители поместили мертвую птицу на дерево и она — увы! — полетела вовсе не вверх, Дэвид стал вновь настаивать, чтобы ее туда посадили. Еще через несколько недель внимание мальчика было привлечено упавшим листом, и он сосредоточенно пытался вернуть его на дерево. Дэвид не умел говорить, и поэтому мы не можем точно знать характер его внутренних переживаний, однако его поведение указывало на работу с представлением о смерти. Нет никакого сомнения, что именно встреча со смертью была причиной нового и необычного поведения мальчика. Шандор Брант, психолог, сообщает о случае с его сыном Михаэлем, двух лет и трех месяцев²⁵. Михаэль, уже год как отученный от бутылки, начал просыпаться по несколько раз за ночь с истерическим требованием бутылки. В ответ на расспросы Михаэль заявлял, что ему нужно получить бутылку, иначе «Я не заведусь», «У меня кончится бензин», «Мой мотор заглохнет, и я умру». Отец рассказывает, что непосредственно перед началом ночных пробуждений Михаэля дважды произошло так, что в автомобиле кончился бензин, и при мальчике много обсуждалось, что мотор заглох и батарея села. Отец заключает, что Михаэль решил: он должен подпитывать себя жидкостью, иначе он тоже умрет. Явная озабоченность мальчика вопросами смерти проявилась еще раньше, когда он увидел фотографию покойного родственника и засыпал родителей нескончаемыми вопросами о том, что с ним. История Михаэля показывает, что даже для совсем маленького ребенка смерть может явиться источником значительного страдания. Более того, Михаэль, как и герой предыдущего случая, в очень раннем возрасте осознал смерть как проблему — как предполагает Кастенбаум, это явилось первой витальной проблемой и важнейшим стимулом последующего психического развития²⁶. Грегори Рохлин на основе нескольких игровых сессий с каждым из группы нормальных детей в возрасте от трех до пяти лет также приходит к выводу: ребенок очень рано узнает, что жизнь имеет конец и что ему, так же как тем, кто о нем заботится, предстоит умереть.

«Мои собственные исследования показали, что знание о смерти, в том числе о возможности собственной смерти, появляется в очень раннем возрасте, значительно раньше, чем принято считать. В три года страх собственной смерти выражается совершенно недвусмысленным образом. Остается только строить догадки, насколько раньше трех лет это появляется. Коммуникация на данную тему с ребенком меньшего возраста едва ли возможна. Во всяком случае, она была бы слишком фрагментарна. Но важнее другое: на трехлетнего ребенка смерть уже оказывает значительное воздействие — как источник страха и как возможность»²⁷.

Рохлин утверждает: всякий, кто готов слушать детей и наблюдать за их игрой, найдет тому множество подтверждений²⁸. Во всем мире дети играют в смерть и воскресение. В возможностях узнать что-либо о смерти недостатка нет: посещение мясного рынка просветит любого ребенка больше, чем ему хотелось бы. Может быть, внешний опыт здесь вообще не требуется: может быть, как утверждает Макс Шелер²⁹, каждый из нас обладает интуитивным знанием о смерти. Но, независимо от источника нашего знания, одно остается несомненным: тенденция отрицать смерть глубоко укоренена в нас уже в ранние годы жизни. Знание сдает свои позиции под напором желания.

Но при насильственном вторжении реальности едва сформировавшиеся отрицающие защиты дают трещину, через которую прорывается тревога. Рохлин описывает мальчика трех с половиной лет, в течение нескольких месяцев спрашивавшего родителей, когда он или они умрут³⁰. Окружающие слышали, как он тихо говорит сам себе, что уж он-то не умрет. Затем умер его дедушка. (Этот дедушка жил в отдаленном городе, и ребенок его едва знал.) У ребенка начались частые ночные кошмары, он регулярно оттягивал отход ко сну, очевидно, отождествляя сон со смертью. Он спрашивал, больно ли умирать, и добавлял, что боится умереть. Его игры были заполнены болезнью, смертью, убийствами и убитыми. Трудно с уверенностью определить значение «смерти» во внутреннем мире долатентного ребенка, однако похоже, что у этого ребенка смерть была связана с сильной тревогой: она означала быть выброшенным на помойку; означала боль, исчезновение, проваливание под землю, сгнивание на кладбище.

Другой ребенок, четырех лет, также потерял дедушку, который умер в его третий день рождения. Мальчик настаивал, что дедушка не мертв. Затем, когда ему сказали, что дед умер от старости, он требовал заверения, что его мама и папа не старые, и говорил им, что не хочет становиться

старше. Часть записи игровой сессии с ним ясно показывает, что этот четырехлетний мальчик “вошел в отношения со смертью”.

Д.: Вчера вечером я нашел мертвую пчелу.

Доктор: Она выглядела мертвой?

Д.: Ее убили. Кто-то наступил на нее, и она умерла.

Доктор: Так же умерла, как люди умирают?

Д.: Она была мертвая, но не так, как мертвый человек. Ничего похожего на мертвого человека.

Доктор: Есть различие?

Д.: Люди умирают и пчелы умирают. Но их закапывают в землю, они ни к чему. Люди.

Доктор: Ни к чему?

Д.: Через много времени она оживет (пчела). Но не человек. Я не хочу говорить об этом.

Доктор: Почему?

Д.: Потому что у меня два живых дедушки.

Доктор: Два?

Д.: Один.

Доктор: Что случилось с одним?

Д.: Он умер давным-давно. Сто лет назад.

Доктор: Ты будешь долго жить?

Д.: Сто лет.

Доктор: А потом?

Д.: Может быть, умру.

Доктор: Все люди умирают.

Д.: Да, и я тоже должен буду умереть.

Доктор: Это печально.

Д.: Ничего не поделаешь, я все равно должен умереть.

Доктор: Ты должен?

Д.: Да. Мой отец умрет. Это печально.

Доктор: Почему он умрет?

Д.: Не беспокойся об этом.

Доктор: Ты не хочешь об этом говорить?

Д.: Сейчас я хочу к маме.

Доктор: Я отведу тебя к ней.

Д.: Я знаю, где находятся мертвые люди. На кладбищах. Мой старый дедушка мертв. Он не может выбраться.

Доктор: Ты имеешь в виду, что он похоронен.

Д.: Он не сможет выбраться. Никогда³¹.

Мелани Кляйн, основываясь на своем опыте анализа детей, пришла к выводу, что совсем маленький ребенок находится в близком отношении со смертью, и это отношение возникает у него значительно раньше, чем умственное знание о смерти. Кляйн утверждает, что страх смерти является частью самого раннего жизненного опыта детей. Она принимает сформулированную Фрейдом в 1923 году теорию об универсальном бессознательном влечении к смерти, но заявляет, что для того чтобы человек выжил, у него должен быть также противовес — страх утратить жизнь. Страх смерти Кляйн считает первичным источником тревоги; следовательно, связанная с сексуальным влечением тревога и тревога Супер-Эго — это более поздние производные феномены.

“Мои аналитические наблюдения показывают, что в бессознательном присутствует страх прекращения жизни. Я также склонна думать, что если мы признаем существование инстинкта смерти, мы должны признать и существование в глубочайших пластах психики отклика на этот инстинкт в виде страха прекращения жизни. Опасность, возникающая в результате внутриспсихической работы инстинкта смерти, — первая причина тревоги... Страх поглощения — открытое выражение страха полного уничтожения “я”... Страх смерти является частью страха кастрации и не ‘аналогичен’ ему... Поскольку воспроизведение себе подобных — фундаментальный путь противостояния смерти, потеря половых органов должна означать утрату творческой силы, сохраняющей и продолжающей жизнь”³².

По моему мнению, аргумент Кляйн о страхе смерти как источнике озабоченности воспроизведением себе подобных серьезно ставит под сомнение традиционные аналитические взгляды на то, что именно "первично" в психической жизни индивида. Курт Айслер, еще на раннем этапе психоаналитического движения глубоко размышлявший о смерти, также пришел к выводу, что ранний детский интерес к сексуальности является производным, вторичным по отношению к еще более раннему пугающему сознанию смерти:

"Путем тщательного исследования этого вопроса можно показать, что интерес ребенка к генеративным процессам (то есть к "фактам жизни") — это вторая редакция более раннего и кратковременного интереса к смерти. Возможно, ребенок прекращает исследование смерти вследствие сопутствующего ей ужаса, а также ощущений полной беспомощности и, соответственно, безнадежности как-либо продвинуться в этих изысканиях"³³.

Другие специалисты, близко наблюдавшие детей, пришли к выводу, что маленький ребенок, независимо от того, способен ли он понять смерть интеллектуально, интуитивно схватывает суть дела. Анна Фрейд, работавшая с маленькими детьми в Лондоне во время бомбардировок города, писала: "Можно с уверенностью сказать: все дети, которым во время бомбардировок Лондона было более двух лет, понимали, что дома, в которые попадают бомбы, разрушаются и что люди в этих домах часто бывают убиты или ранены"³⁴. Она описала ребенка четырех с половиной лет, который осознал гибель своего отца. Мать ребенка хотела, чтобы дети отрицали смерть отца, но ребенок настаивал: "Я знаю все о своем отце. Он убит и больше никогда не вернется". Фурман работала с большим количеством детей, потерявших родителей, и заключила, что на втором году жизни дети в принципе способны к пониманию смерти. Достижению этого понимания способствует определенный ранний опыт, помогающий ребенку сформировать необходимую умственную категорию. Фурман приводит следующий пример:

"Сюзь едва исполнилось три года, когда ее мама умерла. Вскоре после того, как Сюзь сообщили горестное известие, она спросила: "Где мама?" Отец напомнил ей о мертвой птице, которую они недавно нашли и похоронили. Он объяснил, что мама тоже умерла, и ее пришлось похоронить. Когда Сюзь захочет, он покажет ей, где мама похоронена. Месяц спустя Сюзь сообщила папе: "Джимми (шестилетний соседский мальчик) говорит, что мама скоро вернется, потому что его мама так сказала. Я сказала ему, что это неправда, потому что моя мама мертва, а если ты мертвый, ты никогда не сможешь вернуться. Ведь это правда, па?"³⁵

Нижеследующий случай с ребенком трех лет и девяти месяцев рассказала его мама.

Джейн не получала никакого религиозного образования, и до сих пор никто из знакомых ей людей не умирал. Несколько дней назад она стала задавать вопросы о смерти... Разговор начался с вопроса Джейн: возвращаются ли люди весной на землю, подобно цветам? (Примерно неделю назад девочку очень расстроила гибель ее любимого цветка, и мы утешили ее заверением, что он вернется весной.) Я ответила, что они возвращаются по-другому, может быть, как младенцы. Ответ явно обеспокоил Джейн — судя по тому, что она сказала, она ненавидит перемены и старение людей: "Я не хочу, чтобы Нэн становилась другой, не хочу, чтобы она менялась и старилась". Потом: "Нэн умрет? Я тоже умру? Все умирают?" Когда я сказала, что да, она горько расплакалась и повторяла: "Но я не хочу умереть, я не хочу умереть...". Затем она спросила, как люди умирают, больно ли это; когда люди умерли, открывают ли они глаза, говорят ли, едят ли, носят ли одежду. Внезапно посреди этих вопросов и слез она заявила: "Теперь я буду дальше пить чай", и все дело было временно забыто³⁶.

Интересно, что эта мама с ее неуверенными и неопределенными ответами незадолго до того без всяких затруднений удовлетворила любопытство дочки на предмет рождения детей и того, откуда они берутся. Приведенный выше рассказ она закончила словами: "Это застало меня врасплох. Я ожидала вопросов о рождении и т.п., но вопросы о смерти были неожиданными, а мои собственные представления о ней очень туманны". Разумеется, ребенок чувствует тревогу и замешательство родителей, какие бы успокаивающие слова их ни сопровождали.

Другие пересказы бесед детей с родителями доносят атмосферу детского страха и любопытства в связи со смертью. Например:

“Недавно во время купания Ричард (5 лет 1 месяц) принялся хныкать и расстраиваться из-за смерти. За день до того, ныряя и выныривая в ванне, он представлял, что никогда не умрет, что будет жить до тысячи лет. А тут он сказал: “Я могу оказаться один, когда буду умирать; ты будешь со мной?”; “Но я не хочу когда-нибудь умереть; я не хочу умирать”. Несколько днями раньше, когда он выражал страх в связи с незнанием, как умирают, его мама сказала, что ему не стоит беспокоиться об этом: она умрет первой, и он будет знать, как это происходит. Казалось, это его успокоило”³⁷.

Адам Маурер в своем весьма спорном эссе интригуяще размышляет о раннем сознании смерти младенцами³⁸. Первая задача младенца, говорит он, — различение себя и среды, познание бытия как противоположного небытию. Благодаря переходам между сознанием и бессознательным, сном и бодрствованием младенец начинает различать эти два состояния. Что он переживает в ночных приступах паники? Маурер предполагает, что страх и сознание небытия. Младенец, лежащий в темной, безмолвной комнате, лишенный пищи для зрения и слуха, может впасть в состояние паники, почувствовав себя как бы отделенным от тела, лишь наполовину находящимся в этом мире. (Макс Штерн, изучавший ночные атаки паники, пришел к сходному выводу: ребенок испытывает панический страх перед “ничто”³⁹.)

Почему младенцам так нравится бросать игрушки с высокого детского стульчика? Если он находит услужливого партнера, возвращающего игрушку, то может продолжать эту игру до бесконечности, пока тот не устанет. Возможно, это эротическое удовольствие от мышечного движения; возможно — проявление того, что Роберт Уайт называет влечением к “результативности”, — удовольствие, сопряженное с контролем над средой⁴⁰. Маурер предполагает, что младенца завораживает исчезновение и новое появление — доступные ему в мышлении и поведении материальные символы концепций бытия и небытия⁴¹. Что касается влечения к результативности Уайта: оно вполне может быть следствием стремления младенца победить небытие. Эти идеи звучат в гармонии с огромным оркестром литературы по детскому развитию, посвященной “постоянству объекта”, подробное обсуждение которой увело бы меня слишком далеко в сторону. В двух словах: ребенок не может отдать себе отчет в исчезновении объекта, пока он не установил его постоянство. С другой стороны, постоянство не имеет смысла вне восприятия изменения, разрушения или исчезновения; таким образом, концепции постоянства и изменения формируются у ребенка в комплексе⁴². Далее, постоянство объекта и ощущение постоянства собственного “я” интимно связаны. Мы приходим к представлению о той же осцилляции, соотношенности между постоянством (бытие, существование) и исчезновением (небытие, смерть), играющей важную роль в развитии ребенка.

“Больше нету” (“All gone”) — это одно из первых словосочетаний детского словаря и распространенная тема детских страхов. Дети замечают, как цыпленок исчезает во время еды; как вдруг больше нету воды в ванне, когда вытащена затычка; как смываются водой фекалии. Трудно найти ребенка, который бы не опасался быть поглощенным, смытым, утянутым в канализацию. В аналитической литературе отмечено бессознательное отождествление фекалий и трупа⁴³. Возможно, психотерапевтам пришло время переосмыслить динамику конфликта, связанного с приучением к туалету, в котором может быть нечто большее, чем анальный эротизм или упрямое сопротивление: приучение к туалету пробуждает у ребенка страх за свою физическую целостность и выживание.

Когда ребенок осознает, что возвращение исчезнувших объектов не есть закон природы, он начинает искать новые способы защитить себя от угрозы небытия. Из жертвы “больше нету” он превращается в господина этого обстоятельства. Он сам вытаскивает затычку в ванне, спускает воду в унитазе, радостно задувает спички, с восторгом помогает маме нажимать на педаль мусорной урны. Позже он распространяет вокруг себя смерть — символически, играя в ковбоев и индейцев, либо в буквальном смысле — уничтожая жизнь в насекомых. Карен Хорни считала, что враждебность и деструктивность ребенка прямо пропорциональны степени ощущаемой им угрозы собственному выживанию.

После того как ребенок “узнал”, что происходит с его знанием?

Знаемое не остается знаемым. Матильда Макинтайр, Кэрл Энгл и Лоррен Штрумплер опросили 598 детей: знает ли мертвый четвероногий домашний любимец о том, что его хозяин скучает по нему? Они обнаружили, что семилетние дети в значительно большей мере, чем одиннадцати- и двенадцатилетние, склонны признавать окончательность и необратимость смерти⁴⁴.

Аналогичные результаты были получены Ирвингом Александером и Артуром Адлерштейном,

измерившими КГР* у большого количества детей в возрасте от пяти до шестнадцати лет, которым был предъявлен ряд связанных со смертью слов, вкрапленных среди нейтральных слов⁴⁵. Эти исследователи разделили своих испытуемых на три группы: детскую (5—8 лет), препубертатную, или латентную (9—12) и пубертатную (13—16). Результаты этого исследования показали, что у маленьких детей (и у подростков) эмоциональная реакция на связанные с темой смерти слова значительно выше, чем у испытуемых латентного возраста. Авторы заключили, что латентный период — спокойное время, “золотой век” детства. “Вероятно, дети в этом возрасте слишком увлечены повседневной жизнью и ее удовольствиями, чтобы беспокоиться о смерти”.

Я полагаю, что эти результаты могут быть объяснены не столь радужно. Ребенок в раннем возрасте сталкивается с “подлинными фактами жизни”, когда самостоятельно проведенные изыскания приводят его к открытию смерти, подавляющему и вызывающему первичную тревогу. Ребенок ищет утешения, однако не может избежать конфронтации со смертью. Он может испытывать панический страх перед ней, отрицать, персонифицировать, вытеснять ее; делать вид, что имеет дело с чем-то другим; насмехаться над ней. Однако конфронтировать с ней он так или иначе должен. В латентной фазе развития ребенок научается (или его научают) отрицать реальность; постепенно, по мере того, как у него формируются эффективные и изошренные способы отрицания, образ смерти уходит в бессознательное и явный страх смерти притупляется. Беззаботные дни препубертата — “золотой век” латентности — порождены тревогой смерти, а вовсе не ее уменьшением. В этот период ребенок приобретает много общего знания, но в то же время уходит от знания о фактах жизни. Сознание смерти становится так же “латентно”, как инфантильная сексуальность. С наступлением пубертата детские механизмы отрицания перестают быть эффективными. Интроспективные тенденции и возросшие ресурсы позволяют подростку вновь встретиться с неизбежностью смерти, терпеть тревогу и искать альтернативный путь сосуществования с фактами жизни.

Стадии знания

Рабочая модель последующего развития концепции смерти у ребенка определяется ответом на вопрос, остающийся пока открытым: что он вначале знает о смерти? Развивается ли у ребенка сознание и понимание смерти постепенно либо, как считаю я, он оказывается “вдруг” “знающим” слишком много, слишком рано и лишь потом, постепенно, становится готов принять то, что исходно знал? Определенности в этом пока нет: ни одна из двух точек зрения не имеет решающих подтверждений.

Я рассматриваю последовательность состояний знания, инициируемую первоначальным знанием ребенка о смерти, как результат работы отрицания. Для того чтобы отрицание имело место, необходимо, чтобы сначала было знание: можно отрицать лишь то, что знаешь. Если читатель предпочтет не согласиться с моими аргументами в поддержку первоначального знания, он может всюду, где я написал “отрицание”, читать “приближение к знанию”.

Отрицание: смерть временна, она есть уменьшение, приостановление жизни или сон. Многие дети, достаточно большие, чтобы уметь говорить, сообщают, что считают смерть обратимой, или временной; не прекращением, а уменьшением сознания. Этот взгляд получает значительное подкрепление в вездесущих мультиках, где персонажи разлетаются на части, расплющиваются, раздавливаются, изувечиваются бесконечным числом способов, после чего чудесным и окончательным образом восстанавливаются. Наги дает некоторые красноречивые примеры из интервью:

С.К. (4 года 8 мес.): Он не двигается, потому что он в гробу.

— Если бы он не был в гробу, он мог бы двигаться?

— Он может есть и пить.

С.Д. (5 лет 10 мес.): Его глаза закрыты, он лежит совсем мертвый. Что бы с ним ни делали, он не скажет ни слова.

— А через десять лет он будет такой же, как когда его похоронили?

— Он станет старше, он будет постоянно становиться старше и старше. Когда ему будет сто лет, он будет точь-в-точь как кусок дерева.

— Как это — как кусок дерева?

— Этого я не могу сказать. Моей маленькой сестре сейчас пять лет. Меня еще не было, когда она умерла. А сейчас ей столько же. У нее маленький гроб, но она помещается в него.

— Как ты думаешь, что она сейчас делает?

— Лежит, она всегда только лежит там. Она еще маленькая, она не может быть как кусок дерева.

Это только очень старые люди.

— Что происходит там, под землей?

Б.А. (4 года 11 мес.): Он плачет, потому что он мертв.

— Но из-за чего он мог бы плакать?

— Он боится за себя.

Т.П. (4 года 10 мес.): Мертвый человек все равно что спит. Спит в земле.

— Спит так же, как ты спишь ночью, или иначе?

— Просто закрывает глаза. Спит так, как люди ночью. Точно так же.

— Как ты узнаешь, спит кто-то или мертв?

— Я узнаю по тому, что они ложатся спать вечером, а потом не открывают глаза. Если кто-то ложится в кровать и не встает, значит, он умер или заболел.

— Он проснется когда-нибудь?

— Никогда. Мертвый человек только знает, когда кто-нибудь приходит на могилу или что-то в этом роде. Он чувствует, когда там кто-то есть или кто-то разговаривает.

— Он чувствует, когда на могилу кладут цветы. Вода касается песка. Медленно, медленно, он услышит все. Тетя, скажите: мертвый человек чувствует, когда она просачивается глубоко в землю? (то есть вода)

— Как ты думаешь, он хотел бы выйти оттуда?

— Он хотел бы выйти, но гроб забит гвоздями.

— Если бы он не был в гробу, он мог бы вернуться?

— Он не смог бы откинуть весь этот песок.

Х.Г. (8 лет 5 мес.): Люди думают, что мертвые могут чувствовать.

— А они не могут?

— Нет, они не могут чувствовать, это как сон. Когда я сплю, я ничего не чувствую, кроме того, что во сне.

— Мертвые видят сны?

— Я думаю, что нет. Мертвые не видят никаких снов. Иногда что-то промелькнет, но это меньше даже половины сна.

Л.Б. (5 лет 6 мес.): Его глаза были закрыты.

— Почему?

— Потому что он был мертв.

— Какая разница между сном и смертью?

— Приносят гроб и кладут его туда. Когда человек мертв, они вот так складывают ему руки.

— Что происходит с ним в гробу?

— Его едят черви. Они прогрызают себе путь в гроб.

— Почему он позволяет им есть его?

— Он уже не может встать, потому что над ним песок. Он не может выбраться из гроба.

— Если бы над ним не было песка, он мог бы выбраться?

— Наверняка, если он был не очень сильно поранен. Он мог бы просунуть руку сквозь песок и копать. Это показывает, что он еще хочет жить.

Т.Д. (6 лет 9 мес.): Крестный моей сестры умер, и я взял его за руку. Его рука была совсем холодная. Она была зеленая и синяя. Его лицо было все сморщено. Он не может двигаться. Он не может сжать руки в кулаки, потому что он мертв. И он не может дышать.

— А его лицо?

— Оно в гусиной коже, потому что ему холодно. Ему холодно, потому что он мертв и весь холодный.

— Он чувствует холод или просто у него кожа была такая?

— Если он мертв, он все равно чувствует. Если он мертв, он совсем чуть-чуть чувствует. Когда он совсем умрет, он уже ничего не почувствует.

Г.П. (6 лет): Он раскинул руки и лег. Его руки невозможно прижать. Он не может говорить. Не может двигаться. Не может видеть. Не может открыть глаза. Он лежит четыре дня.

— Почему четыре дня?

— Потому что ангелы еще не знают, где он. Ангелы выкапывают его и забирают с собой. Они дают ему крылья и улетают с ним⁴⁶.

Эти выдержки чрезвычайно красноречивы. Они поражают внутренними противоречиями, смещениями пластов знания, очевидными даже в этих коротких отрывках. Мертвые чувствуют, но они не чувствуют. Мертвые растут, но каким-то образом остаются того же возраста и помещаются в гроб того же размера. Ребенок хоронит свою собаку, но оставляет пищу на могиле, потому что пес может быть чуть-чуть голоден⁴⁷. Возникает впечатление, что для ребенка смерть имеет несколько стадий. Умерший может чувствовать “совсем чуть-чуть” (или иметь проблески сновидений); но тот, кто “совсем умрет... уже ничего не почувствует”. (Кстати, Наги использовала эти цитаты в качестве доказательства того, что дети рассматривают смерть как временное явление или полностью отрицают ее, отождествляя с уходом или сном. Здесь вновь трудно не заподозрить предубежденность наблюдателя: на мой взгляд, эти фрагменты указывают на значительную информированность детей. Быть съеденным червями, остаться навсегда под землей, “совсем умереть” и “больше ничего не почувствовать”, — это мало походит на что-либо временное или незавершенное.)

Хорошо известно, что дети отождествляют сон и смерть. Для ребенка состояние сна — самое близкое к бессознательному в его опыте и единственный ключ к представлению о том, что такое смерть. (В греческой мифологии Танатос, смерть, и Гипнос, сон — братья-близнецы.) Ассоциация между сном и смертью значима в расстройствах сна, и многие клиницисты высказывали мысль, что страх смерти — важный фактор бессонницы как у взрослых, так и у детей. Многие дети со склонностью к страхам воспринимают сон как источник опасности. Вспомним детскую молитву:

Мой Боже, сладко я буду спать,
Прошу Тебя душу мою охранять,
А если умру я ночной порой,
Возьми ее, Боженька милый, с собой.

Из собранных Наги детских высказываний также становится совершенно ясно, что дети, при всей неполноте их знания о смерти, рассматривают ее как нечто ужасное и пугающее. Заточение в заколоченном гробу, оплакивание себя под толщей земли, лежание в могиле в течение сотни лет и затем превращение в кусок дерева, ледяной холод, кожа, принимающая зеленый и синий цвет, неспособность дышать — все это действительно жутко*.

Эти представления детей о смерти действуют отрезвляюще, особенно на родителей и педагогов, которые предпочитали бы игнорировать неприятную сторону вопроса. “То, чего они не знают, не может повредить им”, — таков аргумент, стоящий за официально санкционированным молчанием. Однако если дети чего-то не знают, они это придумывают, и, как мы видели в приведенных выше примерах, их домыслы еще страшнее, чем правда. Ниже я скажу еще кое-что относительно просвещения на тему смерти, но пока ограничимся очевидным выводом, что дети действительно представляют смерть как нечто ужасное и что они вынуждены искать способы утешить себя.

Отрицание: два основных оплота против смерти. У ребенка есть две базисные защиты против ужаса смерти, восходящие к самому началу жизни: глубокие убеждения в своей индивидуальной неуязвимости и в существовании уникально личностного конечного спасителя. Оба эти убеждения подкрепляются открытыми родительскими текстами и религиозной традицией, несущими представления о посмертной жизни, о всемогущем защитнике-Боге, об эффективности личной молитвы. Но они также укоренены и в раннем опыте младенца.

Исключительность. Каждый из нас питает с самого детства и сохраняет во взрослом состоянии иррациональную убежденность в своей исключительности. Ограничения, старение, смерть — все это может относиться к ним, но не к нам, не ко мне. На глубинном уровне мы убеждены в своих личных неуязвимости и бессмертии. Истоки этой первобытной веры (“пра-защиты”, как называет ее Жюль Массерман⁴⁹) лежат в самом начале нашей жизни. Для каждого из нас это время предельного эгоцентризма. Я — вселенная; нет никаких границ между мною и другими объектами и существами. Каждая моя прихоть удовлетворяется без малейшего усилия с моей стороны: моя мысль немедленно претворяется в реальность. Я преисполняюсь ощущением своей исключительности и использую эту находящуюся в моем распоряжении веру как щит против тревоги смерти.

Конечный спаситель. Рука об руку с этой антропоцентрической иллюзией (я не использую данное слово в уничижительном смысле: речь идет о широко распространенной — возможно,

универсальной — иллюзии) существует вера в конечного спасителя. Она также происходит из ранней жизни, из времени теневых фигур, родителей, этих чудесных придатков к ребенку, являющихся не только мощной движущей силой, но и вечными слугами. Полная заботы родительская бдительность в период младенчества и детства подкрепляет веру во внешнего прислужника. Вновь и вновь ребенок заходит слишком далеко в своих предприятиях, запутывается в жестоких тенетах реальности и находит спасение под громадными материнскими крыльями, окутывающими живым телесным теплом.

Убежденность в личной исключительности и в конечном спасителе оказывает развивающемуся ребенку хорошую услугу: они являются исходным фундаментом защитной структуры, воздвигаемой индивидом против ужаса смерти. На них надстраиваются вторичные защиты, которые у взрослых пациентов нередко маскируют как первичные пра-защиты, так и природу первичной тревоги. Эти две базисные защиты коренятся глубоко (о чем свидетельствует их живучесть, их присутствие в виде мифов о бессмертии и веры в личностного бога практически в каждой значительной религиозной системе*; они сохраняются и у взрослых, оказывая мощное влияние — о чем будет идти речь в следующей главе — на структуру характера и формирование симптомов.

Отрицание: вера в то, что дети не умирают. Распространенным утешением, к которому рано начинают прибегать дети, является вера в то, что детям смерть не грозит. Молодые не умирают; умирают старые, а старость очень, очень далеко. Вот некоторые примеры:

С.: (5 лет 2 мес.): Где твоя мама?

Мать: На небе. Она умерла некоторое время назад. Ей было около 70 лет.

С.: Ей должно было быть 80 или 90.

Мать: Нет, только 70.

С.: Но люди живут до 99. Когда ты умрешь?

Мать: О, не знаю. Когда мне будет 70, или 80, или 90.

С.: О... (пауза) когда я вырасту, я не стану бриться, и у меня будет борода, правда? (В предыдущем разговоре С. сказал: он знает, что у мужчин вырастает борода, когда они становятся очень, очень старыми. Впоследствии стало ясно, что он намеревался воздерживаться от бритья, чтобы отдалять смерть!)⁵¹.

Рут (4 года 7 мес.): Папа, ты умрешь?

Отец: Да, но только когда стану старым.

Рут: Ты станешь старым?

Отец: Да, да.

Рут: Я тоже стану старой?

Отец: Да.

Рут: Каждый день я боюсь смерти. Мне бы хотелось никогда не состариться, потому что тогда я не умру. Правда?⁵²

Интервьюер: Ребенок может умереть?

Г. М. (6 лет): Нет, мальчики не умирают, если только не попадают под машину. Но если они идут в больницу, то, я думаю, они и тогда остаются живыми.

Е. Г. (5 лет): Я не умру. Умирают, когда становятся старыми. Я никогда не умру. Когда люди становятся старыми, они умирают. (Позже он говорит, что умрет, когда будет очень старым.)⁵²

В тесте на завершение рассказов большинство детей выразили предпочтение долго оставаться детьми, вместо того чтобы быстро вырасти. Мальчик девяти с половиной лет заявил, что он хочет перестать расти, чтобы всегда быть ребенком, так как "когда человек становится старше, в нем остается меньше жизни"⁵⁴.

Разумеется, реальная смерть ребенка ставит серьезные проблемы перед детьми, которые они нередко решают путем различения двух вещей: умереть и быть убитым. Один мальчик сказал: "Мальчики не умирают, если их не зарежут и не задавит машина". Другой ребенок заявил: "Я не знаю, как можно умереть в десять лет, если только тебя никто не убьет"⁵⁵. Другой (шести лет): "Я не умру, но если выйдешь на дождь, то можно умереть"⁵⁶. Все эти высказывания свидетельствуют, что ребенок ослабляет свою тревогу, уверяя себя, что смерть не грозит ему прямо сейчас или, во всяком случае, не является неизбежной. Смерть совсем отсылается в старость — в невообразимо далекое для ребенка время — либо признается, что она может

наступить вследствие несчастного случая, но лишь если ты “очень, очень” неосмотрителен. Отрицание: персонификация смерти. Большинство детей в возрасте между пятью и девятью годами переживают период персонификации смерти. Смерть наделяется обликом и волей: это привидение, старуха с косой, скелет, дух, тень. Или смерть просто ассоциируется с мертвыми. Примеров тому невероятное множество.

Б. Г. (4 года 9 мес.): Смерть делает зло.

- Как она делает зло?
- Закалывает ножом до смерти.
- Что такое смерть?
- Мужчина.
- Какой мужчина?
- Мужчина-смерть.
- Откуда ты знаешь?
- Я видела его.
- Где?
- На лугу. Я собирала цветы.

Б. М. (6 лет 9 мес.): Смерть уносит плохих детей. Она ловит их и забирает с собой.

- На что она похожа?
- Белая, как снег. Смерть всюду белая. Она плохая. Она не любит детей.
- Почему?
- Потому что у нее злое сердце. Мужчин и женщин смерть тоже уносит.
- Почему?
- Потому что ей не нравится видеть их.
- Что в ней белое?
- Скелет. Скелет из костей.
- Это на самом деле так или только так говорят?
- На самом деле так. Однажды я говорил о ней, и ночью пришла настоящая смерть. У нее есть все ключи, поэтому она может открывать все двери. Она вошла, все перевернула вверх дном. Подошла к кровати и начала стягивать одеяло. Но я хорошо укрылся. Она не могла меня раскрыть. Потом она ушла.

П. Г. (8 лет 6 мес.): Смерть приходит, когда кто-то умирает; она приходит с косой, скашивает его и забирает. Когда смерть уходит, от ее ног остаются следы. Когда следы исчезают, она возвращается и скашивает еще людей. Хотели поймать ее, и она исчезла.

Б. Т. (9 лет 11 мес.): Смерть — это скелет. Она такая сильная, что может перевернуть корабль. Смерть нельзя увидеть. Она находится в скрытом месте. Она прячется на острове.

В. П. (9 лет 11 мес.): Смерть очень опасна. Никогда не знаешь, в какой момент она собирается унести тебя с собой. Смерть невидима, никто во всем мире ее никогда не видел. Но она ночью приходит к кому угодно и уносит его с собой. Смерть похожа на скелет. Все ее части сделаны из костей. Но когда начинает светать, утром, тогда и следа от нее не остается. Такая она опасная, смерть.

М. А. (9 лет 9 мес.): Смерть всегда рисуют со скелетом и черным плащом. На самом деле ее нельзя видеть. На самом деле это такой дух. Приходит и уносит людей, ей все равно, король это или нищий. Когда она хочет, она заставляет человека умереть⁵⁷.

Эти описания звучат пугающе, однако в действительности персонификация смерти ослабляет тревогу. Сколь бы мрачен ни был образ крадущегося скелета, выбирающегося по ночам из кладбищенского перегоя, по контрасту с правдой он действует утешительно. Пока ребенок верит, что смерть исходит от некоей внешней силы или фигуры, он защищен от действительно ужасной истины, что смерть — не внешняя инстанция, то есть что с самого начала своей жизни мы носим в себе семя собственной смерти. Более того, если смерть — наделенное чувствами существо, если — как сказал ребенок в последнем примере — ситуация такова, что “когда она хочет, она заставляет человека умереть”, — тогда, возможно, на Смерть можно повлиять, чтобы

она не хотела. Может быть, Смерть, как Пуговичника — ибсеновскую метафору смерти из “Пер Гюнта” — можно задержать, умиловать либо даже — кто знает? — перехитрить или победить. Персонифицируя смерть, ребенок воссоздает культурную эволюцию: каждая примитивная культура в стремлении ощутить больший контроль над собственной судьбой придает антропоморфные черты слепым силам природы*.

Страх смерти, представляющейся в антропоморфном облике, остается с нами на всю жизнь. Трудно найти человека, который не испытывал бы на некоем уровне осознания страх темноты, демонов, духов или иных репрезентаций сверхъестественных сил. Создатели кинофильмов отлично знают, что даже средней руки фильм, где действуют сверхъестественные силы, неизменно задевает глубокие струны зрительских душ.

Отрицание: высмеивание смерти. Дети более старшего возраста пытаются уменьшить свой страх смерти путем утверждения того, что они живые. Девяти- и десятилетние нередко осмеивают смерть, глумятся над старым врагом. В школьном языке можно найти немало шуток по поводу смерти, которые кажутся детям веселыми и забавными. Например:

Тебя сожгут или похоронят,
Не кашель уносит тебя в могилу,
А гроб, в который тебя кладут.

Очень сладко я буду спать,
Бананов мешок во сне обнимать,
А если умру я до света дня,
То знай, что живот болел у меня.

Червяки вползают и выползают,
А тебе это вовсе и не мешает⁵⁹.

Многие дети, особенно мальчики, ударяются в подвиги бесшабашности. (Вполне возможно, что в некоторых случаях делинквентное поведение у мальчиков-подростков выражает собой инерцию действия этой защиты от тревоги смерти.) Для девочек это значительно менее характерно — вследствие социального ролевого давления или, как предполагает Маурер⁶⁰, потому, что знание о своей биологической материнской, то есть творческой, функции делает их менее подвластными страху смерти.

Отрицание сознания смерти в литературе по детской психиатрии. Несмотря на доказательную и убедительную аргументацию и свидетельства того, что дети открывают для себя смерть в раннем возрасте и глубоко обеспокоены ею, в психодинамических теориях личностного развития и в работах по психопатологии для страха смерти не находится обоснованного места. Откуда такое расхождение между клиническими наблюдениями и динамической теорией? Я думаю, что ответ на этот вопрос включает в себя “как” и “почему”.

Как? По-моему, смерть исключается из психодинамической теории простым методом: она перетолковывается в “сепарацию”, которая и занимает ее место в динамической теории. Джон Боулби в своем монументальном труде по сепарации⁶¹ представляет убедительные свидетельства этологии, экспериментальных исследований и наблюдений — слишком обширные, чтобы их можно было здесь рассмотреть, — показывающие, что сепарация от матери является для младенца катастрофическим событием и что в возрасте от шести до тридцати месяцев тревога сепарации четко проявлена. Боулби приходит к выводу, нашедшему широкое признание клиницистов, что сепарация есть первичный фактор возникновения тревоги, то есть тревога сепарации является базисной тревогой, и другие источники тревоги, в том числе страх смерти, приобретают эмоциональную значимость в результате отождествления с тревогой сепарации. Иными словами, смерть вызывает страх потому, что пробуждает тревогу сепарации.

Работа Боулби по большей части красиво аргументирована. Однако, когда он обращается к тревоге смерти, его воображению словно что-то подрезает крылья. Например, он ссылается на исследование Джерсилда, в котором четверем сотням детей задавали вопросы об их страхах⁶². Джерсилд нашел, что специфические страхи болезни или смерти упоминались подозрительно редко — ни одним из двухсот детей моложе девяти лет и лишь шестью из двухсот в возрасте от девяти до двенадцати. Боулби делает из этого вывод, что до десяти лет дети не боятся смерти, что данный страх — более поздний и наученный и что смерть значима, поскольку отождествляется с сепарацией⁶³. Исследование Джерсилда показывает, чего боятся дети:

животных, темноты, высоты, а также нападения в темноте таких существ, как духи или похитители. Боулби не задается очевидным вопросом: что значат для ребенка темнота, духи, свирепые животные, нападение в темноте? Иными словами, каково глубинное значение, или психическая репрезентация, этих страхов?

Ролло Мэй в своей ясной и убедительной книге о тревоге утверждает, что исследование Джерсилда продемонстрировало лишь одно: тревога трансформируется в страх⁶⁴. Страхи ребенка зачастую непредсказуемы, переменчивы и отдалены от окружающей реальности (например, ребенок скорее будет бояться экзотических животных, таких как гориллы и львы, чем близко знакомых ему). То, что на поверхностном уровне воспринимается как непредсказуемость, по мнению Мэя, представляет собой проявление глубинной закономерности: страхи детей являются "объективированной формой базисной тревоги". Мэй рассказывает: "Джерсилд заметил в личной беседе, что эти [детские] страхи в действительности служат выражением тревоги. Его изумляло, что он не видел этого раньше. Я думаю, его прежнее непонимание свидетельствует, насколько трудно сойти с традиционных путей мышления"⁶⁵.

В бихевиоральных исследованиях выявлено множество обстоятельств, при которых у детей возникает страх. В связи с этими экспериментальными данными может быть задан тот же самый вопрос. Почему ребенок боится незнакомцев, "визуального обрыва" (стеклянный стол с кажущейся пропастью под ним), приближающегося объекта (смутно вырисовывающегося), темноты? Очевидно, в каждом из этих случаев предмет страха — так же, как животные, духи и разлука — репрезентирует угрозу выживанию. Однако редко кто-либо задается вопросом о том, почему эти ситуации вызывают у ребенка страх как угрожающие жизни, — за исключением Мелани Кляйн и Д.В. Винникотта, подчеркивающих, что первичная тревога связана с переживанием угрозы аннигиляции, поглощения или распада Эго⁶⁶. Специалисты по детскому развитию и детские психоаналитики зачастую делают далеко идущие умозаключения о внутренней жизни ребенка, когда речь идет об объектных отношениях или инфантильной сексуальности; однако едва дело коснется представлений ребенка о смерти, их интуиция и воображение прочно затормаживаются.

О существовании сепарационной тревоги свидетельствуют серьезные бихевиоральные исследования. Детеныш любого вида млекопитающих, будучи отделен от матери, обнаруживает признаки дистресса — как внешние моторные, так и внутренние физиологические. Нет также сомнений, как прекрасно демонстрирует Боулби, что сепарационная тревога рано проявляется и у человеческих младенцев и что беспокойство о сепарации остается фундаментальным элементом внутреннего мира взрослых.

Но бихевиоральное исследование не может раскрыть внутренний опыт маленького ребенка — как выражается Анна Фрейд, "психическую репрезентацию" поведенческой реакции⁶⁷. Можно узнать, что вызывает опасения, но не то, что они означают. Эмпирические исследования показывают, что ребенок в состоянии сепарации испытывает страх, но из этого не следует, что тревога сепарации есть первичная тревога, порождающая тревогу смерти. Возможно, на психическом уровне, лежащем глубже уровня мышления и речи, ребенок испытывает изначальную тревогу, связанную с угрозой небытия, и эта тревога, как у детей, так и у взрослых, стремится стать страхом, то есть быть связанной "словами" единственного доступного не совсем маленькому ребенку "языка" и трансформированной в сепарационную тревогу. Психологи развития отвергают идею о переживании тревоги смерти маленьким ребенком — возраста менее, скажем, тридцати месяцев, — считая, что у него нет отчетливого представления о себе в отдельности от окружающих объектов. Но о сепарационной тревоге можно сказать то же самое. Что переживает ребенок? Определенно, не сепарацию, потому что без концепции "я" нет и представления о сепарации. Что от чего, собственно говоря, сепарируется?

Наше знание о внутреннем опыте, который не может быть описан, имеет свои пределы, и в нашей дискуссии мне грозит опасность "овзрослить" мышление ребенка. Не следует забывать, что термин "сепарационная тревога" — условное обозначение, возникшее на основе эмпирических исследований и принятое по договоренности, относится к некоему невыразимому внутреннему состоянию опасения. Но на самом деле, если иметь в виду взрослого — нет никакого смысла в замене тревоги смерти на сепарационную тревогу (или на "страх потери объекта"), как и в утверждении, что тревога смерти происходит от более "фундаментальной" сепарационной тревоги. Как я говорил в предыдущей главе, мы можем понимать "фундаментальное" в двух различных смыслах: как "базисное" и как "хронологически первое". Даже если мы согласимся, что сепарационная тревога — хронологически первая тревога, мы не обязаны делать вывод, что тревога смерти "в действительности" есть страх потери объекта. Наиболее фундаментальная

(базисная) тревога порождается угрозой потери "я"; если мы боимся утраты объекта, то лишь потому, что утрата объекта представляет (или символизирует) угрозу выживанию. Почему? Исключение страха смерти из динамической теории, очевидно, не является результатом оплошности. Как мы видели, нет и веского обоснования для перевода этого страха на язык других концепций. Я уверен, что здесь имеет место эффективный процесс вытеснения, обусловленный универсальной тенденцией человечества (в том числе бихевиористски ориентированных исследователей и теоретиков) отрицать смерть — и лично, и в профессиональной сфере. К подобному выводу пришли и другие исследователи, изучавшие страх смерти. Энтони отмечает:

"Явная нечувствительность и отсутствие логики (у исследователей детского развития) по отношению к феномену человеческого страха смерти, являющемуся, как показывают антропология и история, одним из наиболее распространенных и мощных человеческих мотивов, могут быть объяснены лишь конвенциональным (то есть культурально индуцированным) вытеснением этого страха самими авторами и теми, о чьих исследованиях они сообщают"68.

Чарльз Валль высказывается в том же духе:

"То, что феномен страха смерти, или тревоги в связи со смертью (так называемой танатофобии), отнюдь не являющийся клиническим раритетом, почти не описан в психиатрической и психоаналитической литературе — факт удивительный и значимый. Это отсутствие бросается в глаза. Позволяет ли оно предположить, что психиатры не менее, чем прочие смертные, предпочитают не обращать свое внимание на проблему, столь определенно и лично выражающую собой всю хрупкость человеческого статуса? Может быть, для них не менее, чем для их пациентов, справедливо наблюдение Ларошфуко: "Человек не может прямо смотреть на солнце и на смерть"69.

Тревога смерти и возникновение психопатологии

Если тревога смерти представляет собой базисный фактор развития психопатологии, а принятие идеи смерти — фундаментальную задачу в развитии каждого ребенка, почему тогда у одних индивидов формируются повреждающие невротические расстройства, а другие достигают зрелости в относительно хорошо интегрированном состоянии? Эмпирические исследования, которые помогли бы ответить на этот вопрос, отсутствуют, и в настоящий момент я могу лишь высказать некоторые гипотезы. Несомненно, здесь участвует ряд сложным образом взаимодействующих факторов. Должна существовать "идеальная" хронология, то есть последовательность, шагов развития, при которой ребенок разрешает свои задачи в темпе, соответствующем его внутренним ресурсам. "Слишком многое, слишком рано" определенно создает дисбаланс. Ребенок, грубо конфронтировавший со смертью еще до того, как у него сформировались адекватные защиты, подвергается тяжелому стрессу. Тяжелый стресс, во все времена жизни являющийся неприятным событием, для маленького ребенка чреват последствиями, выходящими за рамки транзиторной дисфории. Фрейд, например, говорил о том, что сильная ранняя травма наносит Эго непропорционально тяжкие и стойкие повреждения. Он иллюстрировал это ссылкой на биологический эксперимент, показывающий, что легкий укол иглой эмбриона в начале его развития вызывает катастрофический эффект во взрослом организме70.

О какого рода травме может идти речь? Есть несколько очевидных вариантов. Смерть кого-либо из окружения ребенка — важное событие. Встреча со смертью в соразмерной дозе, при наличии необходимых ресурсов Эго, благоприятных конституциональных факторов и поддерживающих взрослых, которые сами способны адаптивно взаимодействовать с тревогой смерти, вырабатывает психологический иммунитет. Однако в других ситуациях способность ребенка защитить себя может оказаться недостаточной. Каждый ребенок имеет дело со смертью — насекомых, цветов, домашних животных. Эти смерти бывают источником замешательства или тревоги и побуждают ребенка обсуждать с родителями свои вопросы и страхи, связанные со смертью. Но для ребенка, столкнувшегося с человеческой смертью, вероятность травмы существенно выше.

Особенно пугающей является, как я уже говорил выше, смерть другого ребенка — она подрывает успокоительную убежденность, что умирают только очень старые люди. Смерть сиблинга — тоже ребенка и одновременно близкого человека — сильная травма. Реакция ребенка может быть весьма сложной, поскольку на нее влияют несколько факторов: вина, проистекающая из

соперничества сиблингов (и из удовольствия получить больше родительского внимания); потеря; пробуждение страха собственной смерти. В литературе обсуждается преимущественно первый фактор — вина, иногда второй — потеря, но практически никогда — третий. Например, Розенцвейг и Брей представляют данные, указывающие на то, что в выборке больных шизофренией достоверно чаще, чем в выборке маниакально-депрессивных больных, общей выборке пациентов с парезами и выборке из нормальной популяции, встречалась смерть сиблинга, наступавшая до шестого дня рождения пациента⁷¹.

Розенцвейг интерпретирует этот результат стандартным аналитическим образом, а именно как то, что поглощающее чувство вины, обусловленное враждебностью сиблингов и инцестуозными чувствами, является значимым фактором возникновения шизофренических поведенческих паттернов. Этот вывод он пытается подтвердить тремя краткими (по одному абзацу) описаниями случаев. При всей краткости описаний и несмотря на выбор из огромной массы клинического материала, делавшийся с целью подтверждения тезиса, две из трех виньеток свидетельствуют о присутствии страха личной смерти. Один пациент, рано потерявший мать и двух братьев, тяжело пережил смерть двоюродного брата: «Он был так глубоко расстроен, что почувствовал себя плохо и должен был лечь в постель: он непрестанно боялся, что умрет. Врач поставил диагноз нервного срыва. Вскоре у пациента появилось причудливое поведение шизофренического рода»⁷². Другой пациент потерял трех братьев, первого — в шесть лет. В семнадцать, вскоре после смерти третьего брата, у него развился острый психоз. Единственная цитата из слов пациента наводит на мысль, что в его реакции было нечто большее, чем чувство вины: «Время от времени я слышал его голос. Иногда я словно почти был им. Не знаю, мне кажется, что надвигается какая-то пустота... Как мне преодолеть такую пустоту, как его смерть? Мой брат мертв, а я — да, я жив, но я не знаю...»⁷³ Эта высоко селективная форма описания случаев ничего не доказывает. Я вдаюсь в подробности, чтобы продемонстрировать проблемы интерпретирования данных исследований. Ученые и клиницисты становятся пленниками стереотипа, и им бывает трудно изменить свою установку даже тогда, когда, как в этом исследовании, вырисовывается иное объяснение, вполне правдоподобное и совместимое с полученными данными.

Если учитывать и потерю родителя, и потерю сиблинга, то оказывается, что свыше 60 процентов шизофренических пациентов в исследовании Розенцвейга пережили раннюю потерю. Может быть, у них и было «слишком многое, слишком скоро». Дело не только в том, что у этих пациентов произошла слишком масштабная встреча со смертью: вследствие патологии семейного окружения эти пациенты и их семьи отличались сниженной толерантностью по отношению к тревоге смерти. (В четвертой главе я буду говорить о том, что Гарольд Серлз пришел к тем же выводам на основании своей психотерапевтической работы со взрослыми шизофреническими пациентами⁷⁴.)

Смерть родителя — катастрофическое событие для ребенка. Его реакции зависят от ряда факторов: качества отношений с родителем, обстоятельств смерти родителя (например, был ли ребенок свидетелем его естественной или насильственной смерти), отношения родителя к своей смертельной болезни, присутствия достаточно сильной фигуры другого родителя, доступности социальных и семейных ресурсов поддержки⁷⁵. Ребенок страдает от тяжелой потери и вдобавок его чрезвычайно беспокоит, не способствовали ли его агрессивные фантазии или поведение по отношению к родителю смерти последнего. Роль утраты и вины прекрасно известна и компетентно описана другими авторами⁷⁴. Однако в классической литературе, посвященной потере, не рассматривается влияние смерти родителя на осознание ребенком перспективы его собственной смерти. Выше я особо подчеркнул, что страх аннигиляции — первичный ужас индивида, источник значительной доли страдания, испытываемого при утрате значимого другого. Маурер хорошо выразил эту мысль: «На некоем уровне ниже уровня собственно знания ребенок с его наивным нарциссизмом «знает», что потеря родителей — это потеря его связи с жизнью... Тотальный панический страх за свою жизнь, а не ревнивое собственничество по отношению к утраченному объекту любви — вот источник дистресса сепарационной тревоги»⁷⁷.

Нетрудно показать, что среди пациентов психиатра, невротиков и психотиков, доля потерявших родителя больше, чем в общей популяции⁷⁸. Но последствия смерти родителя для ребенка столь велики, что научное исследование не позволяет выделить и взвесить все отдельные компоненты этого переживания. Например, эксперименты на животных показывают, что у детеныша, отделенного от матери, возникает экспериментальный невроз, и стресс сказывается на нем значительно более неблагоприятно, чем на собратях, оставшихся рядом с матерью. У детеныша человека непосредственное присутствие материнской фигуры уменьшает тревогу, вызываемую

непривычными событиями. Из этого следует, что ребенок, потерявший мать, становится менее стрессоустойчив. Он не только испытывает тревогу, сопутствующую сознанию смерти, но и повышенно страдает от тревоги, вызываемой многими другими стрессами (межличностными, сексуальными, школьными), с которыми он мало способен справиться. У него также с большой вероятностью могут развиваться симптомы и невротические механизмы защиты, со временем слой за слоем накладывающиеся друг на друга. Страх личной смерти должен располагаться в глубочайших пластах, лишь редко выступая в незамаскированном виде — в кошмарах или других формах выражения бессознательного.

Джозефина Хилгард и Марта Ньюмен, изучавшие психиатрических пациентов, рано потерявших родителя, получили интригующий результат (который они окрестили “реакцией годовщины”) — достоверную корреляцию между возрастом пациента ко времени психиатрической госпитализации и возрастом смерти его родителя⁷⁹. Иными словами, вероятность того, что возраст пациента на момент госпитализации совпадает с возрастом родителя на момент смерти, превышает вероятность случайности. Например, если матери пациента было тридцать лет, когда она умерла, в тридцать лет пациент вступает в период риска. Более того, старший ребенок пациента в это время с повышенной вероятностью находится в том же возрасте, в каком был сам пациент на момент смерти родителя. Например, пациентка, в шесть лет потерявшая мать, находится в психиатрической “группе риска”, пока ее старшей дочери шесть лет. Исследовательницы не поднимали проблему тревоги смерти, однако возможно, что смерть матери ввергла ребенка — будущую пациентку — в конфронтацию с непрочностью человеческого существования: в смерти матери для девочки содержалось сообщение, что и она тоже должна умереть. Ребенок вытеснил этот вывод и ассоциированную с ним тревогу, которая оставалась бессознательной, пока не была пробуждена “годовщиной”, — достижением пациенткой возраста, соответствующего возрасту смерти матери.

Степень травмы в большой мере зависит от того, насколько в семье тема смерти сопряжена с тревогой. Во многих культурах дети являются участниками ритуалов, окружающих мертвых. В похоронах или других связанных со смертью ритуалах им предназначены конкретные роли. Например, в новогвинейской культуре Форге (Fore) дети участвуют в ритуальном поедании умершего родственника. Скорее всего, этот опыт не катастрофичен для ребенка, поскольку взрослые участники ритуала не испытывают особой тревоги — это часть природного, не самосознающего потока жизни. Если, однако, для родителя тема смерти сопряжена с мощной тревогой — что в современной западной культуре встречается нередко, — ребенок получает сообщение, что ему есть чего сильно бояться. Особенно значимо это родительское сообщение для физически тяжело больных детей. Мэриан Бреккенридж и Е. Ли Винсент комментируют это так: “Ребенок чувствует тревогу своих родителей о том, что он может умереть, и это вселяет в него смутное беспокойство, не испытываемое здоровыми детьми”⁸⁰.

Просвещение детей на тему смерти

Многие родители (возможно, большинство) в нашей культуре непрестанно пытаются уйти от реальности в том, что касается информации о смерти. Маленьких детей защищают от смерти, их открыто и сознательно вводят в заблуждение. Очень рано в них культивируется отрицание, заложенное в истории о рае, о воскресении мертвых, так же как и в уверениях, что дети не умирают. Позже, по мере того, как ребенок становится “готов воспринять это”, родитель постепенно повышает дозу реальности. Некоторые просвещенные родители решительно восстают против самообманов и отказываются учить своих детей отрицанию реальности. Однако, когда ребенок страдает или испуган, даже им бывает трудно удержаться от отрицающих реальность успокоительных заверений — прямого отрицания смертности либо мифа о “долгом путешествии” в посмертной жизни.

Элизабет Кюблер-Росс резко осуждает традиционную религиозную практику преподнесения детям “волшебных сказок” о рае, Боге и ангелах. Однако из ее описания собственной работы с детьми, обеспокоенными темой смерти, своей или родителей, ясно, что и она предлагает утешение, основанное на отрицании. Она сообщает детям, что в момент смерти человек трансформируется, или освобождается, “как бабочка”, для утешительного, манящего будущего⁸¹. Кюблер-Росс утверждает, что это вовсе не отрицание, а реальность, установленная объективными исследованиями опыта переживших клиническую смерть; однако эмпирические доказательства не опубликованы. Такая позиция замечательного терапевта, прежде столь непоколебимо мужественной во встрече со смертью, свидетельствует о том, насколько трудна конфронтация со смертью без самообмана. “Объективные данные” Кюблер-Росс ничем принципиально не отличаются от традиционного религиозного “знания”, основанного на вере.

В западной культуре имеются четкие ориентиры в просвещении по таким вопросам, как физическое развитие, получение информации, социальные навыки и психологическое развитие; но когда речь идет о смерти, родителям приходится в основном полагаться на себя. Многие другие общества предлагают культурально санкционированные мифы о смерти, которые без какой-либо амбивалентности или тревоги передаются детям. Наша культура не дает родителям четких направляющих ориентиров; при всей универсальности проблемы и ее критической важности для развития ребенка, каждая семья волею-неволей должна сама решать, чему учить детей. Нередко детям дается неопределенная информация, окрашенная родительской тревогой и с высокой вероятностью вступающая в противоречие с информацией из других источников. Среди профессиональных педагогов существуют резкие разногласия в том, как следует просвещать о смерти. Энтони рекомендует родителям отрицать реальность перед ребенком. Она ссылается на Шандора Ференци, заявившего, что «отрицание реальности есть переходная фаза между игнорированием и принятием реальности», и говорит, что если родителям не удастся содействовать ребенку в отрицании, у него может развиться «невроз, в котором ассоциации со смертью играют свою роль»⁸². Энтони продолжает:

«Аргументы в пользу того, чтобы способствовать принятию реальности, достаточно сильны. Однако в данном контексте это сопряжено с опасностью. Знание о том, что отрицание само по себе есть облегчение принятия, может облегчить родителю его задачу. Естественно, он ожидает, что когда у ребенка больше не будет потребности в отрицании, тот обвинит его в ненадежности, во лжи. Будучи открыто обвинен, он сможет ответить: «Тогда ты не в состоянии был это принять»⁸³.

С другой стороны, многие профессиональные педагоги разделяют взгляд Джерома Брунера, согласно которому «любому ребенку на любой стадии развития может быть интеллектуально честно преподан любой предмет»⁸⁴, и стремятся содействовать постепенному реалистическому формированию представления о смерти у ребенка. Эвфемизмы («заснул навеки», «ушел к Отцу Небесному», «находится с ангелами») — это «хрупкие заслоны от страха смерти, которые только ставят ребенка в тупик»⁸⁶. Игнорирование темы смерти дарует родителям «покой глупца»: дети то ее все равно не игнорируют и так же, как по теме секса, находят другие источники информации, зачастую не выдерживающей проверки реальностью либо даже более пугающей или невероятной, чем реальность.

Подведем итог. Имеются убедительные свидетельства того, что дети в раннем возрасте открывают смерть, осознают неизбежность прекращения жизни, относят это осознание к себе, и это открытие вызывает у них огромную тревогу. Взаимодействие с этой тревогой — базисная задача развития, которую ребенок разрешает двумя основными путями: изменяя для себя невыносимую объективную реальность смерти и изменяя внутренний мир переживаний. Ребенок отрицает неизбежность и окончательность смерти. Он создает мифы о бессмертии или с благодарностью впитывает мифы, предлагаемые другими. Он отрицает также свою собственную беспомощность перед лицом смерти путем изменения внутренней реальности: он верит в свою персональную исключительность, всемогущество, неуязвимость и в существование внешней личной силы или существа, которое избавит его от судьбы, ожидающей всех остальных. Говоря словами Рохлина: «Примечательно не то, что дети приходят к взрослому представлению о конечности жизни, а то, как цепко взрослые в течение всей жизни держатся за детскую веру и как легко обращаются в нее»⁸⁶. Мертвые не мертвы: они отдыхают, дремлют в мемориальных парках под звуки вечной музыки, наслаждаются посмертной жизнью, в которой они наконец воссоединились с любимыми. И что бы ни происходило с другими, взрослый отрицает собственную смерть. Механизмы отрицания инкорпорированы в его жизненный стиль и структуру характера. Принятие своей личной смерти — это индивидуальная задача для взрослого не менее, чем для ребенка; исследование психопатологии, к которому я теперь обращаюсь, это исследование неудавшейся трансценденции смерти.

4. СМЕРТЬ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Диапазон психопатологии — типов предъявляемых пациентами клинических картин — столь широк, что клиницистам необходим организующий принцип, который бы позволил сгруппировать симптомы, поведенческие и характерологические паттерны в осмысленные категории. В той степени, в какой клиницисты могут применить структурирующую парадигму психопатологии, они избавлены от тревоги в связи с ранними стадиями психопатологических процессов. У них

формируются способность узнавания и чувство контроля, вызывающие у пациентов ответную реакцию уверенности и доверия — предпосылок подлинно терапевтических отношений. Парадигма, которую я опишу в этой главе, как и большинство парадигм психопатологии, основана на допущении, что психопатология представляет собой неудачный, неэффективный способ преодоления тревоги. Согласно экзистенциальной парадигме, тревога порождается конфронтацией индивида с конечными данностями существования. В этой главе я изложу модель психопатологии, основанную на борьбе индивида с тревогой смерти, а в последующих главах — модели, приложимые к случаям пациентов, чья тревога преимущественно связана с другими конечными данностями — свободой, изоляцией и бессмысленностью. По дидактическим причинам мне приходится обсуждать эти данности отдельно друг от друга, но на самом деле все четыре — это волокна единой нити бытия и в конечном счете должны быть воссоединены в целостной экзистенциальной модели психопатологии.

Все люди имеют дело с тревогой смерти; большинство вырабатывает адаптивные стратегии, включающие основанные на отрицании механизмы, такие как подавление, вытеснение, смещение, вера в личное всемогущество, разделение социально санкционированных религиозных верований, “обезвреживающих” смерть; наконец, личные усилия к преодолению смерти посредством различного рода активности, направленной на достижение символического бессмертия.

Но индивид, вступивший в “пациентские” миры, отличается тем, что в силу чрезмерного стресса или неадекватности доступных защитных стратегий универсальные пути преодоления тревоги смерти оказываются для него недостаточными, и он вынужден прибегнуть к крайним вариантам защит.

Психопатология (в любой системе) — это, по определению, неэффективный защитный модус. Даже в случае успешного отражения тяжелой тревоги защитные маневры блокируют рост, выливаются в скованную и неудовлетворяющую жизнь. Многие экзистенциальные теоретики отмечали высокую цену, которую индивиду приходится платить в борьбе за обуздание тревоги смерти. Кьеркегор знал, что в стремлении не чувствовать “ужас, гибель и уничтожение, обитающие рядом с любым человеком” люди ограничивают и умаляют себя¹. Отто Ранк охарактеризовал невротика как “отказывающегося брать в долг (жизнь), чтобы не платить по векселю (смерть)”². Пауль Тиллих утверждал, что “невроз есть способ избегания небытия путем избегания бытия”³. Эрнест Бекер говорил примерно о том же самом: “Ирония человеческой ситуации состоит в том, что глубочайшая потребность человека — быть свободным от тревоги, связанной со смертью и уничтожением, но эту тревогу пробуждает сама жизнь, и поэтому мы стремимся быть не вполне живыми”⁴. Роберт Джей Лифтон использовал термин “психическое оцепенение” для описания защиты невротика от тревоги смерти⁵.

В парадигме психопатологии, которую я собираюсь описать, “чистая” тревога смерти не попадает на передний план. Но это не должно нас удивлять: какова бы ни была теоретическая система, первичная тревога в своей исходной форме редко выступает в ней явственным образом. Для того и существуют защитные структуры, чтобы выполнять эту функцию внутреннего камуфляжа: вытеснение и другие противодисфорические маневры скрывают природу коренного внутреннего конфликта. В результате последний оказывается глубоко скрыт и может быть спекулятивно выведен — но никогда не познан вполне — лишь после трудоемкого анализа этих маневров. Например, индивид может ограждать себя от тревоги смерти, сопряженной с процессом индивидуации, путем сохранения символической связи с матерью. Эта защитная стратегия временно может быть успешна, но в конце концов она сама станет источником вторичной тревоги: так, нежелание отделиться от матери может помешать посещению школы или формированию социальных навыков, и эти дефициты с большой вероятностью вызовут тревогу в отношениях с социумом, что, в свою очередь, может дать начало новым защитам, смягчающим дисфорию, но затормаживающим рост и, соответственно, порождающим новые слои тревоги и защит. Глубинный конфликт скрывается под затвердевшей коркой этих вторичных патологий, и обнаружение первичной тревоги становится чрезвычайно трудным делом. Клиницист, таким образом, не видит непосредственно тревогу смерти: он открывает ее при исследовании снов, фантазий, психотических высказываний или посредством кропотливого анализа начала невротических симптомов. Например, Льюис Лоуссер и Тиа Брайб сообщают, что тщательное исследование первых фобических атак неизменно обнаруживает прорыв тревоги смерти. Последующие приступы фобии несут на себе дополнительный смешанный отпечаток разработок, замен и смещений.

Производные, вторичные формы тревоги являются тем не менее “настоящей” тревогой.

Социальная тревога или глубокое чувство неполноценности могут сломить человека; и, как мы убедимся в следующей главе, терапевтические усилия обычно направлены на производную, а не на первичную тревогу. Психотерапевт, независимо от своих воззрений на исходный источник тревоги и происхождение психопатологии, начинает терапию на уровне жалоб пациента. Он может оказывать ему поддержку, поощрять адаптивные защиты, помогать в коррекции разрушительных стереотипов межличностного взаимодействия. Во многих случаях терапии экзистенциальная парадигма психопатологии отнюдь не влечет радикального отхода от традиционных терапевтических стратегий и техник.

Тревога смерти: парадигма психопатологии

В предыдущей главе была схематически описана клиническая парадигма, имеющая, по моему мнению, значительную практическую и эвристическую ценность. Детские способы справляться с тревогой смерти основаны на отрицании, и два главных оплота этой системы отрицания составляют архаические верования в личную неуязвимость и неизменную защиту со стороны конечного спасителя. Эти два верования особенно сильны, если они получили подкрепление из двух источников: обстоятельств ранней жизни и широко распространенных культурально одобренных мифов, включающих представления о бессмертии и существовании персонифицированного бдящего божества.

Клиническое выражение этих двух фундаментальных защит особенно прояснилось для меня в один прекрасный день, когда я принимал одного за другим двух пациентов, которых здесь назову Майк и Сэм. Их случаи позволяют глубоко исследовать два типа отрицания смерти. Контраст между ними поразителен и, служа каждый иллюстрацией противоположного полюса, они проливают свет на динамику другого.

Двадцатипятилетний Майк пришел ко мне по рекомендации онколога. У него обнаружили злокачественную лимфому и, хотя его единственным шансом на жизнь была новая форма химиотерапии, он отказывался сотрудничать в этом лечении. Я встретился с Майком лишь один раз (и он опоздал на нашу встречу на пятнадцать минут), но этого было достаточно, чтобы увидеть: ведущий мотив его жизни — индивидуация. Он рано начал бороться против любой формы контроля и выработал выдающиеся навыки самодостаточности. С двенадцати лет он зарабатывал себе на жизнь, а в пятнадцать покинул родительский дом. Окончив среднюю школу, он занялся подрядными работами и вскоре освоил все специальности строительного ремесла — плотника, электромонтажника, слесаря-водопроводчика, каменщика. Он построил несколько домов, продал их со значительной прибылью, купил яхту, женился и вместе с женой совершил кругосветное плавание. Майку понравилась самодостаточная культура одной развивающейся страны, и он готовился туда эмигрировать, когда, за четыре месяца до нашей встречи, у него был обнаружен рак.

Самой поразительной в интервью с Майком была его иррациональная позиция по отношению к химиотерапии. Действительно, это лечение неприятно, вызывает сильную тошноту и рвоту. Но страх Майка превосходил все разумные границы: ночью перед сеансом лечения он не мог спать; у него развилась сильнейшая тревога, и он без конца измышлял способы уклониться от лечения. Чего именно он боялся? Точно сказать он не мог, но знал, что это имеет отношение к неподвижности и беспомощности. Ожидание, пока онколог приготавливал лекарство для инъекции, было для него нестерпимо. (Это нельзя было делать заранее, потому что дозировка зависела от подсчета форменных элементов крови, который должен был производиться непосредственно перед инъекцией.) Но хуже всего было внутривенное вливание: ввод иглы, обматывание руки, вид капель, входящих в его тело. Он ненавидел быть беспомощным и ограниченным в движениях, вынужденным тихо лежать на кушетке и держать руку неподвижно. У Майка не было сознательного страха смерти, но страх перед терапией, очевидно, являлся смещением тревоги смерти. Зависимость и статичность — вот что было по-настоящему ужасно для него. Эти условия пробуждали ужас, они были эквивалентами смерти. В течение большей части жизни он отменял их полной самодостаточностью. Он глубоко верил в свою исключительность и неуязвимость, и до заболевания его образ жизни подкреплял это верование.

Я мало что мог сделать для Майка, кроме как посоветовать его онкологу научить Майка самого готовить лекарство и позволить ему контролировать процесс внутривенного вливания. Эти рекомендации помогли, и Майк завершил курс лечения. Ко мне он больше не пришел, но позвонил с просьбой о кассете для самостоятельной мышечной релаксации. Он предпочел не оставаться в этой местности для последующего медицинского контроля, а осуществить свой план эмиграции. Жена настолько не одобряла его решение, что отказалась с ним ехать, и Майк отправился в свое плавание один.

Сэм был примерно того же возраста, что Майк, но больше они ни в чем не были похожи. Он пришел ко мне в крайней ситуации, после того, как жена решила уйти от него. В отличие от Майка, он не находился под угрозой физической смерти, но на символическом уровне их с Майком положения были сходны. Поведение Сэма указывало на витальную опасность: он был в тревоге, близкой к панике, плакал целыми часами без перерыва, не мог ни есть, ни спать, любой ценой хотел избавиться от своих страданий и всерьез размышлял о самоубийстве. Со временем острота переживаний ушла, но дискомфорт оставался. Сэм постоянно думал о своей жене. По его собственным словам, он не "жил в жизни", а крадучись слонялся вовне. "Проведение времени" стало сознательным и серьезным делом: кроссворды, телевизор, газеты, журналы превратились для него в средства для преодоления пустоты, для переправы через время настолько незаметно, насколько возможно.

Структура характера Сэма становится понятна, если привлечь мотив "слияния", драматически противоположный "индивидуации" Майка. В течение второй мировой войны, когда Сэм был очень мал, его семья много раз переезжала, спасаясь от опасности. Он пережил много потерь, среди них смерть отца в препубертате и смерть матери несколькими годами позже. Он реагировал на эти потери установлением тесных, интенсивных связей: сначала с матерью, затем с рядом кровных или приемных родственников. Он был домашний мастер для всех и каждого и вечная няня. "Злостный одариватель", он щедро уделял время и деньги значительному числу взрослых людей. Ничто не было для Сэма важнее, чем являться объектом любви и заботы. На самом деле, после того как жена покинула его, он понял, что чувствует себя существующим, только когда его любят, а в состоянии изолированности застывает подобно испуганному животному, погружаясь в некий анабиоз — не живя и не умирая. Однажды, когда мы говорили о его душевной боли после ухода жены, Сэм сказал: "Когда я один сижу дома, тяжелее всего мне думать о том, что по настоящему никто не знает, что я жив". В одиночестве он почти не ел и не стремился удовлетворять какие-либо свои нужды, кроме самых примитивных. Он не убирал в доме, не умывался, не читал; одаренный художник, он не рисовал. Как он выразился, нет смысла "тратить энергию, если не уверен, что другой вернет мне ее". Если рядом не было кого-либо, подтверждающего его существование, — его не существовало. В одиночестве Сэм переходил в некое летаргическое состояние, ожидая, пока кто-то другой даст ему энергию для возвращения к жизни.

В тяжелые моменты Сэм искал помощи старших: он мог пересечь всю страну ради нескольких утешительных часов в доме приемных родственников; он ощущал прилив бодрости, просто постояв рядом с домом, где жил вместе с матерью в течение четырех лет; телефонные разговоры, в которых он искал совета и успокоения, стоили ему астрономических сумм. Его очень поддерживали родители жены, отдавшие свой выбор (и любовь) Сэму, очень преданному им, а не своей дочери. Усилия Сэма помочь себе в кризисе были значительны, но подчинены одной теме: он пытался многими способами подкрепить свою веру в существование некоего защитника, который всегда держит его в поле зрения и заботится о нем.

Несмотря на свое предельное одиночество, Сэм не стремился делать что-либо для его уменьшения. Я дал ему ряд практических советов по приобретению новых контактов: встречи одиноких, церковная общественная активность, встречи Сьерра-клуба, образовательные курсы для взрослых и т.д. Я был немало озадачен, когда он все это полностью пропустил мимо ушей. Постепенно я понял: несмотря на все одиночество Сэма, ему было важно не быть с другими, а подтверждать свою веру в конечного спасителя. Он совершенно явно выказывал нежелание проводить время вне дома на встречах одиноких или на свиданиях. Причина? Он боялся пропустить телефонный звонок! Один звонок "оттуда" ценился бесконечно выше, чем дюжина социальных событий. И самое главное — Сэм хотел, чтобы его "находили", защищали, спасали без его просьбы о помощи и без необходимости для него организовывать собственное спасение. На самом деле, на глубинном уровне, успешные попытки принять ответственность за собственный выход из затруднительного жизненного положения вели к увеличению дискомфортных переживаний Сэма. Я работал с Сэмом в течение четырех месяцев. Когда его самочувствие улучшилось (благодаря моей поддержке и "слиянию" с другой женщиной), он явно потерял мотивацию к длительной психотерапевтической работе, и мы завершили терапию по взаимному согласию.

Две фундаментальные защиты от смерти

Чему научили нас истории Майка и Сэма? Мы ясно видели два радикально отличающихся способа преодоления фундаментальной тревоги. Майк был глубоко убежден в своей исключительности и личной неуязвимости; Сэм верил в существование конечного спасителя. У Майка было

гипертрофированное ощущение самодостаточности, в то время как Сэм, в одиночестве вообще не чувствующий, что существует, стремился к слиянию с другими людьми. Эти два пути диаметрально противоположны и, ни в коей мере не исключая друг друга, составляют диалектическую пару, позволяющую клиницисту понять широкий спектр клинических ситуаций. Мы видели Майка и Сэма в периоды острых переживаний. Ни в том, ни в другом кризис не породил никаких новых защит, но ярчайше высветил природу и ограничения их модусов бытия. Крайняя приверженность к модусу индивидуации или слияния ведет к характерологической ригидности, очевидным образом дезадаптивной. Майк и Сэм демонстрируют крайние жизненные стратегии, увеличивающие стресс, снижающие адаптацию и затормаживающие рост. Майк отказывался от лечения, которое могло спасти ему жизнь, и позже отказался от медицинского контроля. Интенсивное желание Сэма иметь для себя все внимание жены стало причиной ее ухода; его жажда слияния привела к усилению боли одиночества и к неспособности активизировать ресурсы для освоения новой жизненной ситуации. Ни для Майка, ни для Сэма их кризисы не явились стимулом роста. Неадаптивное и ригидное поведение, препятствующее личностному росту, — это, по определению, поведение невротическое.

В грубом приближении эти две защиты образуют диалектическую пару — две диаметрально противоположные установки по отношению к человеческой ситуации. Человек сливается с другим или сепарируется, погружает себя в среду или выделяется из нее. Утверждает свою автономию, “отделяясь от природы” (по выражению Ранка), или ищет безопасности путем соединения с другой силой. Становится собственным отцом либо остается вечным сыном. Несомненно, именно это имел в виду Фромм, когда писал, что человек или “стремится к подчинению, или жаждет власти”⁸.

Эта экзистенциальная диалектика создает парадигму, позволяющую клиницисту “уловить” ситуацию. Существует много альтернативных парадигм, каждая из которых позволяет дать объяснение. У Майка и Сэма расстройства характера — шизоидного и пассивно-зависимого типа, соответственно. В случае Майка можно обратить внимание на продолжительный мятежный конфликт с родителями, “антизависимость”, невротическое застревание в эдиповой борьбе или гомосексуальную панику. Случай Сэма можно рассматривать в понятиях идентификации с Матерью и незавершенного процесса горя, или кастрационной тревоги, или отношений с женой как фактора семейной динамики.

Таким образом, экзистенциальный подход является одной парадигмой среди многих других, и право на существование определяется ее клинической полезностью. Эта диалектика позволяет терапевту принять во внимание данные, зачастую игнорируемые в клинической работе. Например, терапевту становится понятно, почему Майк и Сэм столь сильно и своеобразноотреагировали на свои болезненные обстоятельства или почему Сэм отвергал перспективу “улучшения” своей ситуации путем принятия ответственности за себя. Эта диалектика дает терапевту возможность вовлечения пациента в терапию на самом глубоком из возможных уровне. Она базируется на трактовке первичной тревоги в рамках непосредственного настоящего: симптомы пациента рассматриваются как ответ на тревогу смерти текущего момента, а не на возбуждение ассоциаций с прошлыми травмами и стрессами. Таким образом, в данном подходе делается акцент на сознании, непосредственности и выборе — акцент, усиливающий эффект воздействий терапевта.

На последующих страницах этой главы я опишу две базисные формы отрицания смерти и проистекающие из них типы психопатологии. (Хотя многие известные клинические синдромы могут быть рассмотрены и объяснены с помощью этих базисных отрицаний смерти, я не претендую на исчерпывающую классификационную систему, которая требовала бы большей точности и всесторонности.) Оба убеждения — в собственной исключительности и в существовании конечного спасителя — могут быть высоко адаптивны. Но оба, однако, могут быть перегружены и перенапряжены до такой степени, когда адаптация дает сбой, в сознание просачивается тревога и индивид прибегает к крайним защитами. Результат — манифестация психопатологии в виде слома защит либо защитного бегства.

Из соображений четкости я буду обсуждать каждую защиту по отдельности. Но затем я должен буду интегрировать их, поскольку они связаны сложной взаимозависимостью: структуры характера огромного большинства людей включают элементы обеих защит.

Исключительность

Глубокая иррациональная вера в нашу собственную исключительность никем не описана с такой силой и выразительностью, как Львом Толстым, который устами Ивана Ильича говорит:

“В глубине души Иван Ильич знал, что он умирает, но он не только не привык к этому, но просто не понимал, никак не мог понять этого.

Тот пример силлогизма, которому он учился в логике Кизеветера: Кай — человек, люди смертны, поэтому Кай смертен, казался ему во всю его жизнь правильным только по отношению к Каю, но никак не к нему. То был Кай-человек, вообще человек, и это было совершенно справедливо; но он был не Кай и не вообще человек, а он всегда был совсем, совсем особенное от всех других существо; он был Ваня с мамой, с папой, с Митей и Володей, с игрушками, кучером, с няней, потом с Катенькой, со всеми радостями, горестями, восторгами детства, юности, молодости. Разве для Кая был тот запах кожаного полосками мячика, который так любил Ваня? Разве Кай целовал так руку матери и разве для Кая так шуршал шелк складок платья матери? Разве он бунтовал за пирожки в правоведении? Разве Кай так был влюблен? Разве Кай так мог вести заседание? И Кай точно смертен, и ему правильно умирать, но мне, Ване, Ивану Ильичу, со всеми моими чувствами, мыслями, — мне это другое дело. И не может быть, чтобы мне следовало умирать. Это было бы слишком ужасно”9.

Каждый из нас знает, что по отношению к конечным данностям существования ничем не отличается от остальных. На сознательном уровне никто этого не отрицает. Однако в самой глубине души мы, подобно Ивану Ильичу, верим, что другие, конечно, смертны, но уж никак не мы. Иногда эта вера прорывается в сознание, заставляя нас врасплох, и тогда мы изумляемся собственной иррациональности. Например, недавно я посетил своего офтальмолога, жалуюсь на то, что мои очки помогают мне уже не так хорошо, как прежде. Он обследовал мои глаза и спросил возраст. Я сказал: “Сорок восемь” и получил ответ “Да, как по расписанию”. Откуда-то из глубины меня поднялась и зашипела мысль: “Какое еще расписание? Для кого расписание? Расписание может быть для тебя или других, но определенно не для меня”.

Когда человек узнает, что болен серьезной болезнью, например раком, его первой реакцией обычно становится некоторая форма отрицания. Отрицание — это попытка справиться с тревогой, вызванной угрозой жизни, но оно также является функцией нашей глубокой веры в свою исключительность. Для воссоздания воображаемого мира, который остается с нами всю жизнь, необходима большая психологическая работа. Когда защита по-настоящему подорвана, когда человек по-настоящему осознает: “Боже мой, я ведь и вправду умру”, и понимает, что жизнь обойдется с ним так же грубо, как с другими, — он чувствует себя потерянным и, неким странным образом, преданным.

Работая с пациентами, смертельно больными раком, я наблюдал огромные индивидуальные различия в готовности людей знать о своей смерти. Многие пациенты в течение некоторого времени просто не слышат своего врача, когда он говорит об их прогнозе. Чтобы это знание могло быть удержано, необходимо значительное внутреннее реструктурирование. Некоторые пациенты знают о своей предстоящей смерти и испытывают тревогу смерти в режиме стаккато: краткий момент осознания, краткий взрыв ужаса, отрицание, внутренняя переработка и затем готовность к дальнейшей информации. К другим осознание смерти и сопутствующая тревога приходят подобно бурному потоку наводнения, целиком и разом.

Поразительна история разрушения мифа исключительности у одной из моих пациенток, Пэм, двадцативосьмилетней женщины с раком шейки матки. После диагностической лапаротомии ее посетил хирург, сообщивший, что состояние пациентки действительно серьезно и что ей остается жить около шести месяцев. Час спустя к Пэм пришла команда радиологов, явно не переговоривших с хирургом, которые сказали ей, что планируют облучать ее и “рассчитывают на излечение”. Пэм предпочла поверить вторым визитерам, но, к сожалению, хирург без ее ведома побеседовал с ее родителями, находившимися в комнате ожидания, которые, таким образом, получили первое из двух сообщений — что дочери осталось жить шесть месяцев.

Следующие несколько месяцев выздоравливающая Пэм провела в родительском доме, в самом нереальном из возможных окружений. Родители обращались с ней так, как если бы она должна была умереть в ближайшие шесть месяцев. Они изолировали от Пэм и себя, и весь остальной мир; контролировали телефонные звонки, чтобы исключить беспокоящие контакты. Короче говоря, они следили, чтобы ей было “спокойно”. В конце концов Пэм потребовала, чтобы ей объяснили, что, собственно, происходит. Родители рассказали о беседе с хирургом, Пэм в ответ адресовала их к радиологам, и недоразумение было вскоре прояснено.

Однако Пэм осталась глубоко потрясена. Разговор с родителями сделал то, что не смог сделать смертный приговор, полученный от хирурга: заставил понять, что ее жизнь действительно взяла курс на смерть. Комментарий, сделанный Пэм в то время, многое раскрывает для нас:

“Мне вроде становилось лучше и все уже было не так мрачно, но они начали обращаться со мной так, словно я уже не жилец, и тут меня обожгла эта ужасная мысль, что они уже приняли мою смерть. Из-за ошибки и недоразумения я уже была мертва для своей семьи, и очень трудно было различить где-то передо мной границу, которая отвечает на вопрос, мертва я или жива?”

Пэм по-настоящему поняла, что значит умереть, не из слов своих докторов, а в результате сокрушительного осознания того факта, что ее родители будут жить без нее и в мире все будет как раньше — как она сама выразила это, хорошие времена будут продолжаться без нее. Для другой пациентки с метастатическим раком на поздней стадии аналогичный момент наступил, когда она писала письмо детям, инструктируя их о разделе каких-то личных вещей, представлявших эмоциональную ценность. До того она вполне механически выполнила другие печальные формальные обязанности умирающей: написала завещание, купила участок земли на кладбище, назначила душеприказчика. Но именно личное письмо детям сделало смерть реальной для нее. Осознание простого, но ужасного факта, что когда ее дети прочитают это письмо, она уже не будет существовать и не сможет ответить им, видеть их реакции, направить их. Они будут, а она станет ничем.

Другая пациентка, после месяцев оттяжек, приняла болезненное решение поговорить со своими сыновьями-подростками о том, что у нее поздняя стадия рака и жить ей осталось недолго. Сыновья были удручены, но в своей реакции проявили мужество и самодостаточность. Для нее лучше было бы, если бы мужества и самодостаточности оказалось чуть меньше. В отдаленном уголке сознания она ощутила даже некую гордость — она сделала то, что должен сделать хороший родитель, и они устроят свою жизнь в том русле, которое она для них проложила, — но они слишком хорошо справились с ее смертью; она ругала себя за неразумие, но все же была расстроена тем, что они будут существовать и процветать без нее.

Еще одна пациентка, Джен, страдала раком груди, распространившимся в мозг. Врачи предупредили ее о параличе. Она слышала их слова, но в глубине ее души было самодовольное ощущение, что ее это не коснется. Когда наступила непреодолимая слабость и затем паралич, Джен внезапно осознала, что ее “исключительность” была мифом. Она поняла, что исключений нет. Рассказав об этом на встрече терапевтической группы, она добавила, что на прошлой неделе открыла для себя могущественную истину — истину, которая заставила задрожать землю под ее ногами. Она размышляла сама с собой о том, сколько хотела бы прожить — семьдесят было бы то, что надо, восемьдесят — могло бы быть слишком — и внезапно поняла: “Когда доходит до старения и потом до смерти — мои желания оказываются здесь совершенно ни при чем”.

Может быть, эти клинические иллюстрации дали какое-то представление о различии между знанием и подлинным знанием, между обыденным знанием о смерти, которое есть у нас всех, и полноценной встречей с “моей смертью”. Принятие личной смерти означает конфронтацию и с рядом других неприятных истин, каждая из которых порождает свое силовое поле тревоги: мое существование ограничено во времени; моя жизнь действительно подойдет к концу; мир будет существовать и без меня; я — лишь один человек из многих, не более и не менее; вся моя жизнь была связана с опорой на ложные гарантии; и наконец — определенные, совершенно непреложные параметры существования находятся вне моей власти. Собственно говоря, то, чего я хочу, “здесь совершенно ни при чем”.

Когда индивид открывает для себя, что его персональная исключительность — миф, он испытывает гнев и чувствует, что жизнь его предала. Несомненно, именно это ощущение предательства имел в виду Роберт Фрост, когда писал: “Прости мне, Господь, мои маленькие шутки над Тобой. И я прощу Тебе твою великую шутку надо мной”¹⁰.

Многие люди думают: если бы они только знали, по-настоящему знали, они прожили бы свою жизнь по-другому. Они испытывают гнев — беспомощный гнев, который не должен иметь никакого разумного эффекта. (Кстати, нередко объектом смещенного гнева, особенно для многочисленных умирающих больных, становится врач.)

Вера в личную исключительность чрезвычайно полезна для адаптации; благодаря ей мы можем эмансипироваться от природы и жить с порождаемой этим фактом дисфорией — с чувством изоляции; с сознаванием своей малости и трепета перед огромным миром вокруг, несостоятельности наших родителей, ограничений нашей тварности и наших телесных функций, навсегда привязывающих нас к природе; и самое главное — с знанием о смерти, постоянно невнятно присутствующим на краю сознания. Наша вера в то, что естественный закон на нас не

распространяется, лежит в основе многих аспектов нашего поведения. Она усиливает в нас мужество, позволяя нам встретить опасность, не будучи деморализованными угрозой личного уничтожения. Свидетель тому — псалмопевец, который писал: “Падут подле тебя тысяча и десять тысяч одесную тебя, но к тебе не приблизится”*. В этом мужестве — зародыш человеческого стремления к умелости, эффективности, власти и контролю, рассматриваемого многими как “естественное”. В той мере, в какой мы достигаем власти, в нас ослабевает страх смерти и возрастает вера в собственную исключительность. Продвижение вперед, достижение успеха, накопление материальных богатств, создание творений, которые останутся вечными памятниками нам, — это жизненный путь, обеспечивающий нам эффективную защиту от натиска беспощадных вопросов, рвущихся из нашей собственной глубины.

Компульсивный героизм

Для многих из нас лучшее, чем человек может ответить на свою экзистенциальную ситуацию, репрезентировано героической индивидуацией. Греческий писатель Никос Казантзакис был именно такого рода натурой, и его герой Зорба — олицетворение самодостаточности. (В своей автобиографии Казантзакис приводит последние слова человека, послужившего прототипом грека Зорбы: “...Если какой-нибудь священник пожелает исповедовать и причастить меня, скажите ему, чтобы он лучше не появлялся мне на глаза, и пусть он меня проклянет!... Люди, подобные мне, должны жить тысячу лет”¹¹.) В другом месте Казантзакис устами своего Улисса советует нам проживать жизнь настолько полно, чтобы смерти не осталось ничего, кроме “выгоревших дотла руин замка”¹². На его надгробном камне на крепостном валу Гераклеяона выбита простая эпитафия: “Я ничего не хочу, я ничего не боюсь, я свободен”.

Если зайти чуть дальше, эта защита становится перегруженной, героическая поза дает трещину, а герой превращается в компульсивного героя, который, подобно Майку, больному раком молодому человеку, навязчиво ищет внешней опасности, чтобы спастись от большей опасности, идущей изнутри. Эрнест Хемингуэй, прототипический компульсивный герой, всю свою жизнь был принужден искать и побеждать опасность — таким гротескным способом он доказывал, что опасности нет. По рассказу матери Хемингуэя, одной из его первых фраз было “ничего не боюсь”¹³. Парадоксальным образом, его ничего не пугало именно потому, что так же, как всех нас, пугало ничто. Панически эмансипирующийся, герой Хемингуэя демонстрирует паттерн бегства как бесконтрольно индивидуалистический ответ на человеческую ситуацию. Этот герой не выбирает, его действия компульсивны и жестко обусловлены, и он не учится на новом опыте. Даже близкая смерть не побуждает его обратить взгляд вовнутрь или стать мудрее. В кодексе Хемингуэя нет места старению или ослаблению с их печатью заурядности. В повести “Старик и море” Сантьяго встречает свою надвигающуюся смерть стандартным для него образом — так же, как он встречал все остальные серьезные жизненные опасности: выходит один в море на поиск великой рыбы¹⁴.

Сам Хемингуэй не смог пережить крушение мифа своей личной неуязвимости. С ухудшением здоровья и физического состояния, по мере того, как его “заурядность” (в том смысле, что он подвластен тому же закону, что всякий другой человек) становилась мучительно очевидной, им овладевала подавленность, и постепенно он погрузился в депрессию. Последняя болезнь Хемингуэя, параноидный психоз с манией преследования и бредом отношений, временно укрепила его миф исключительности (все идеи преследования и отношений вырастают из семени личной грандиозности; в конце концов, лишь совершенно особый человек оправдывает такое количество внимания, пусть недоброжелательного, извне). Но со временем параноидное решение перестало выполнять свою задачу и, никак не защищенный более от смерти, Хемингуэй покончил с собой. Самоубийство, совершенное из страха смерти? Это кажется парадоксальным, но встречается не так уж редко. Немало людей высказывалось примерно так: “Мой страх смерти настолько велик, что толкает меня к самоубийству”. Идея самоубийства предоставляет некоторую защиту от ужаса. Самоубийство — активный акт: оно дает возможность человеку контролировать то, что властвует над ним. Кроме того, как отметил Чарльз Вэл, многие самоубийства связаны с магическим представлением о смерти, которая видится событием временным и обратимым¹⁵. Индивид, совершающий суицид для того, чтобы выразить враждебность или вызвать чувство вины у других, может верить в сохранение сознания после смерти, что позволит ему насладиться плодами собственной смерти.

Трудоголик

Компульсивный героический индивидуалист воплощает ясный, но не слишком клинически распространенный пример защиты исключительностью, перенапряженной слишком сильно и потому не способной оградить индивида от тревоги либо деградирующей в паттерн бегства.

Более распространенный пример — “трудоголик”, то есть индивид, целиком поглощенный работой. Одна из самых поразительных черт трудоголика — его скрытая уверенность, что он “идет вперед”, прогрессирует, продвигается. Время является врагом не только потому, что оно сродни смертности, но и потому, что оно угрожает взорвать одну из опор иллюзии исключительности: веру в вечное восхождение. Трудоголик должен сделать себя глухим к посланию времени, в котором говорится, что прошлое расширяется за счет сокращения будущего.

Стиль жизни трудоголика компульсивен и дисфункционален: трудоголик работает, посвящает себя чему-либо не потому, что хочет этого, а потому что должен. Он склонен загружать себя без всякой жалости или учета своих возможностей. Досуг сопряжен с тревогой и нередко ярко заполняется какой-либо деятельностью, дающей иллюзию достижения. Таким образом, процесс жизни отождествлен с процессом “становления”, или “делания”; во время, не употребленное на “становление”, жизни нет, а есть ожидание ее начала.

Разумеется, важную роль в формировании индивидуальных ценностей играет культура. Флоренс Клакхольм предложила антропологическую классификацию ценностных ориентаций в отношении деятельности, включающую три категории: “бытие”, “бытие-в-становлении” и “делание”¹⁶. В ориентации на “бытие” подчеркивается активность в отличие от цели. Суть в этом случае состоит в спонтанной естественной экспрессии личностной “есть-ности” (т.е. того, что “я есть”).

Категория “бытия-в-становлении” так же, как и категория “бытия”, предполагает акцент на том, что мы есть, а не на том, чего мы можем достичь. Но в ней, кроме того, важное место занимает понятие развития. Таким образом, “бытие-в-становлении” на первый план помещает активность определенного типа — направленную на развитие всех аспектов самости. Для “делания” значимы преимущественно достижения, оцениваемые по стандартам, внешним для действующего индивида. Несомненно, современная консервативная американская культура с ее акцентированным вопросом “чем занимается этот парень?” и доминирующим интересом к тому, чтобы “дела были сделаны”, — предельная культура “делания”.

Однако в каждой культуре присутствует широкий спектр индивидуальных вариаций. Что-то в личности трудоголика взаимодействует с культуральным стандартом так, что это способствует гипертрофированной и ригидной интернализации его ценностей. Трудно смотреть на свою культуру “с высоты птичьего полета” и относиться к ее системе ценностей как к одной из многих возможных. Один мой пациент-трудоголик как-то позволил себе редкое для него удовольствие прогуляться в полдень (в награду за какое-то особо важное достижение) и был ошеломлен зрелищем сотен людей, просто стоящих греясь на солнышке. “Что они делают целый день? Как люди могут жить таким образом?” — изумлялся он. Яростная борьба со временем нередко является признаком сильнейшего страха смерти. Трудоголики обращаются со временем в точности так, как если бы на них надвигалась неминуемая смерть и они стремились бы успеть сделать как можно больше.

Находящиеся в лоне своей культуры, мы безоговорочно принимаем благо и правильность продвижения вперед. Не так давно я проводил краткий отпуск в одиночестве на курорте Карибского побережья. Однажды вечером я читал, одновременно наблюдая за мальчишкой, помощником бармена, не делавшим ничего, а только лениво взиравшим на море, — я подумал о ящерице, которая греется на солнышке, лежа на теплом камне. Я сравнил его и себя, и почувствовал себя очень самодовольно, очень уютно. Он совершенно ничего не делал — зря тратил время. А я делал нечто полезное: читал, учился. Короче говоря, я продвигался вперед. Но тут какой-то внутренний бесенок задал мне ужасный вопрос: продвигаюсь вперед по отношению к чему? как? и (самое худшее) почему? Эти вопросы были — и остаются по сей день — весьма тревожными. Они необычайно ярко показали мне, как я, постоянно проецируя себя в будущее, “убаюкиваюсь”, погружаюсь в некий сон наяву, исполненный иллюзии победы над смертью. Я не существую так, как существует ящерица; я готовлюсь, я становлюсь, я в пути. Джон Мейнар Кинес выражает это следующим образом: “То, что ‘целеустремленный’ человек неизменно пытается обеспечить себе, есть не что иное, как призрачное и обманчивое бессмертие, бессмертие своих актов, достигаемое путем перенесения своего интереса к ним вперед во времени. Он любит не свою кошку, а ее котят, а на самом деле даже не котят, а лишь котят этих котят, но и не их... и так далее до бесконечности, до конца кошачьего племени”¹⁷.

Толстой в “Анне Карениной” описывает крушение веры в “восходящую спираль” у Алексея Александровича, мужа Анны, человека, который всегда был в восходящем движении: великолепная карьера, невероятно удачный брак. Уход Анны значит для него много больше, чем просто потеря ее: это крушение личностного мировоззрения.

“...Он чувствовал, что стоит лицом к лицу пред чем-то нелогичным и бестолковым, и не знал, что надо делать. Алексей Александрович стоял лицом к лицу пред жизнью, пред возможностью любви в его жене к кому-нибудь, кроме него, и это-то казалось ему очень бестолковым и непонятным, потому что это была сама жизнь. Всю жизнь свою Алексей Александрович прожил и проработал в сферах служебных, имеющих дело с отражениями жизни. И каждый раз, когда он сталкивался с самою жизнью, он отстранялся от нее. Теперь он испытывал чувство, подобное тому, какое испытал бы человек, спокойно прошедший над пропастью по мосту и вдруг увидавший, что этот мост разобран и что там пучина. Пучина эта была — сама жизнь, мост — та искусственная жизнь, которую прожил Алексей Александрович”¹⁸.

“Пучина эта была — сама жизнь, мост — та искусственная жизнь...”. Никто не выразил это яснее. Защита, если она успешна, позволяет человеку не знать о бездне. Неудавшаяся защита — сломанный мост — оставляет нас открытыми правде и ужасу, к встрече с которыми мы в середине жизни, после десятилетий самообмана, оказываемся плохо подготовлены.

Нарциссизм

Человек, преодолевающий базисную тревогу благодаря главенствующей вере в свою исключительность, нередко сталкивается с серьезными трудностями в межличностных отношениях. Если, как это часто бывает, при вере в собственную несокрушимость, права и исключительность другого человека не особенно признаются, — перед нами полностью сформированная нарциссическая личность. Вероятно, именно нарциссическая личность фигурирует в изложенной Фроммом одной беседе между врачом и пациентом. Последний потребовал, чтобы врач принял его в тот же день. Врач ответил, что это невозможно, поскольку на сегодня уже все расписано. Пациент воскликнул: “Доктор, но ведь я живу всего в нескольких минутах от вашего офиса!”

Паттерн нарциссической личности в групповой терапии проявляется более грубо и выражено, чем в индивидуальной. В индивидуальной терапии выслушивается каждое слово пациента, пристальное внимание уделяется каждому сновидению, фантазии, чувству. Пациенту отдается все, и мало что ожидается от него в ответ. Могут пройти месяцы, прежде чем нарциссические черты обнаружат себя. А в терапевтической группе от пациента требуется делить время с другими, понимать других и эмпатически сопереживать им, беспокоиться об их чувствах и устанавливать отношения.

Нарциссический паттерн заявляет о себе многими способами. Некоторые пациенты полагают, что они могут обижать других, но их самих личная критика касаться не должна; для них естественно ожидать, что тот, в кого они влюблены, ответит им взаимностью; они не считают для себя обязательным ожидать других; они предвкушают подарки, сюрпризы и заботу, сами ничего этого не давая; наконец, они рассчитывают на получение любви и восхищения просто в силу самого факта своего присутствия. В терапевтической группе они претендуют на максимум группового внимания и на то, чтобы это внимание уделялось им без каких-либо усилий с их стороны. Они ожидают, что группа пойдет им навстречу, хотя сами не идут навстречу кому-либо. Задача терапевта — вновь и вновь указывать таким пациентам, что подобные ожидания уместны лишь в один период жизни — в младенчестве, когда мы вправе требовать от матери безусловной любви без каких-либо обязательств отклика.

Хэл, участник терапевтической группы, иллюстрирует многие из этих качеств. Это способный, замечательно владеющий речью физик, который месяцами развлекал группу увлекательными, вполне в духе Фолкнера, историями из своего детства, проведенного на Юге (занимая в результате примерно 40 процентов времени группы, состоящей из восьми человек). Острый язык Хэла задевал многих, но его саркастические реплики были столь умны и красочны, что участники группы не обижались и позволяли себе быть развлекаемыми им. Лишь постепенно они начали возмущаться его жадным поиском внимания и враждебностью. Его истории стали их раздражать; они начали переключать внимание с Хэла на других участников группы; наконец, они открыто определили его как пожирателя их времени и внимания. Хэл ответил на это нарастанием агрессии, которая прорвала оболочку приглаженного сарказма и превратилась в постоянный поток горечи. Его личная и профессиональная жизнь начала ухудшаться: жена грозила уйти от него, а декан факультета сделал предупреждение по поводу плохого контакта со студентами. Группа убеждала его исследовать свой гнев. Вновь и вновь члены группы спрашивали: “На что ты злишься?” Когда он говорил о каком-либо конкретном событии, они предлагали ему пойти глубже и снова ответить на вопрос: “Почему ты злишься?” На самом глубоком уровне Хэл заявил:

“Я злюсь потому, что я лучше каждого здесь присутствующего, но никто этого не признает. Я сообразительнее, я остроумнее, я лучше и, черт побери, никто не признает этого. Я должен быть богат, сказочно богат, я должен быть признан человеком Ренессанса, а ко мне относятся так же, как ко всем остальным”.

Группа была полезна Хэлу в нескольких отношениях. То, что она просто позволила ему извлечь, выразить эти чувства и исследовать их рационально, было существенным и невероятно благотворным первым шагом. Постепенно с помощью других участников Хэл осознал, что они также наделены чувствами, также чувствуют себя исключительными, также хотят получить поддержку, внимание и центральную роль. Хэл узнал, что другие созданы не только для того, чтобы высоко ценить его персону и изумляться ей, таким образом беспрестанно питая его солипсизм. “Эмпатия” была для Хэла ключевым фактором, и группа помогала ему испытать эмпатию: время от времени участники группы предлагали ему обойти всех и высказать догадки о том, что каждый чувствует. Сначала, и это весьма характерно, догадки Хэла касались лишь того, что каждый чувствует по отношению к нему, но постепенно он действительно стал способен чувствовать переживания других — например, что они тоже нуждаются в групповом времени для себя, или злятся, или разочарованы, или расстроены.

Нарциссизм столь интегрален, что зачастую пациенту бывает трудно найти какой-либо “выступ” на поверхности своей “исключительности”, чтобы встать на него и понаблюдать за собой. Любопытна история осознания своего эгоцентризма одним пациентом, во многих отношениях сходным с Хэлом. Он проходил групповую терапию в течение двух лет и добился поразительного прогресса, особенно в способности любить и брать на себя обязательства перед другими. Встретившись с ним на контрольном интервью через шесть месяцев после окончания терапии, я попросил его припомнить какой-нибудь особенно важный момент. Он выделил сессию, на которой группа смотрела видеозапись предыдущей встречи. Он тогда был ошеломлен открытием, что, оказывается, помнит лишь те части сессии, когда внимание было сфокусировано на нем, а огромные ее отрезки смотрит как нечто совершенно незнакомое. Другие нередко критиковали его за эту сосредоточенность на себе, но сам он осознал ее (как бывает вообще со всеми важными истинами) лишь тогда, когда открыл сам.

Агрессия и контроль

Исключительность — один из основных способов трансценденции смерти, принимающий и другие дезадаптивные формы. Нередко эта динамика лежит в основе влечения к власти. Человек избегает ощущений страха и границ, расширяя свое “я” и свою сферу контроля. Например, есть свидетельства о том, что люди, выбирающие связанные со смертью профессии (военного, врача, священника и гробовщика), отчасти мотивированы потребностью достичь контроля над смертью. В частности, Герман Фейфель показал, что хотя среди врачей сознательной озабоченности темой смерти меньше, чем в контрастных группах пациентов или в общей популяции, на более глубоких уровнях они боятся смерти больше¹⁹. Иными словами, при ощущении обладания властью сознательные страхи смерти ослабевают, но более глубокие страхи, отчасти обусловившие выбор профессии, продолжают действовать. Когда ужас перед смертью особенно велик, он дополнительно нарастает еще и оттого, что агрессивные импульсы не могут целиком трансформироваться в процессе мирной сублимации. Высокомерие и агрессия нередко проистекают из этого источника. Ранк писал, что “испытываемый Эго страх смерти ослабляется в результате убийства и принесения в жертву другого человека; смертью другого покупается освобождение от собственного наказания смертью”²⁰. Ранк, очевидно, имеет в виду не только убийство в буквальном смысле: более тонкие формы агрессии, в том числе доминирование, эксплуатация или, по выражению Ибсена²¹, “убийство души” служат той же самой цели. Но этот способ адаптации часто декомпенсируется, приводя к судьбе изгоя. Для нас нет ничего нового в том, что абсолютная власть абсолютно развращает. Она развращает потому, что не срабатывает, и реальность все равно находит себе дорогу — реальность нашей беспомощности и нашей смертности, реальность того, что пусть мы дотягиваемся до звезд, но участь всякой твари все равно ожидает нас.

Защита исключительностью:

неуверенность и тревога

Обсуждая состояние исключительности как способ преодоления страха смерти, я сосредоточил внимание на неадаптивных формах индивидуалистического, или деятельного, решения: героический индивидуализм изгоя (с сопутствующим ему неприятием любого признака человеческой слабости); компульсивный модус трудоголика; депрессия, возникающая в результате прерванного движения по вечной восходящей спирали; тяжелое нарциссическое

расстройство характера с последствиями в виде межличностных проблем, а также неадаптивного агрессивного и контролирующего жизненного стиля. Но у защиты исключительностью есть еще более серьезное и неотъемлемое ограничение. Многие проницательные наблюдатели отмечали, что хотя в течение некоторого времени индивидуалистическое самовыражение, индивидуалистические достижения могут сопровождаться душевным подъемом, рано или поздно приходит депрессия. Человек, который “восстал из погруженности”, “отделился от природы”, должен платить за свой успех. Есть нечто пугающее в индивидуации, в сепарации от целого, в продвижении вперед и проживании жизни отдельного изолированного существа, в превосходстве над сверстниками и родителями.

Многие клиницисты писали о “неврозе успеха” — странном состоянии, возникающем у человека, находящегося на пике успеха, к которому он долго стремился, когда вместо эйфории его охватывает парализующая дисфория, зачастую не оставляющая никаких шансов на дальнейшее продвижение. Фрейд называет этот феномен синдромом “крушения от успеха”²². Ранк описывает его как “тревогу жизни”²³ — страх встречи с жизнью в качестве отдельного существа. Маслоу отмечает, что мы уклоняемся от реализации наших высших возможностей (так же, как и низших) и дает этому явлению название “комплекс Ионы” — подобно всем нам, для Ионы нестерпима была его личная сила, и он стремился избежать своей судьбы²⁴.

Как объясняется эта странная, самоотрицающая человеческая тенденция? Возможно, она происходит из ассоциации успеха с агрессией. Для некоторых людей успех — это путь к мстительному превосходству над другими; они боятся, что другие поймут их мотив и, когда успех станет слишком велик, отомстят в ответ. Фрейд полагал, что в этом случае значительную роль играет страх превзойти отца и тем самым оказаться под угрозой кастрации. Бекер дает новый импульс нашему пониманию, выдвигая мысль, что опасность превзойти отца состоит не в кастрации, а в пугающей перспективе стать своим собственным отцом²⁵. Стать собственным отцом значит лишиться успокаивающей, но магической родительской защиты от боли, сопряженной с осознанием своей смертности.

Таким образом, погруженный в жизнь индивид обречен на тревогу. Обособиться от природы, стать своим собственным отцом, или, по выражению Спинозы, “своим собственным богом”, означает предельную изоляцию; означает “самостояние” без поддержки мифа о спасителе или искупителе, без успокаивающего пребывания внутри человеческого стада. Для любого из нас такая полная, беззащитная изолированность индивидуации слишком ужасна, чтобы быть переносимой. Когда нашей веры в личную исключительность и неуязвимость оказывается недостаточно, чтобы обеспечить необходимое нам избавление от боли, мы обращаемся к другой фундаментальной системе отрицания — вере в персонального спасителя.

Конечный спаситель

Онтогенез воссоздает филогенез. Эволюция видов отображена и в физическом, и в социальном развитии индивида. Ни один социальный атрибут не демонстрирует этот факт с такой очевидностью, как человеческая вера в существование всемогущего персонального заступника — в силу или сущность, всегда видящую, любящую и защищающую нас. Она может позволить нам подойти очень близко к краю бездны, но в конце концов все равно нас спасет. Фромм характеризует эту мифическую фигуру как “магического помощника”²⁶, Массерман — как “всемогущего слугу”²⁷. В третьей главе я проследил возникновение этой системы верований к раннему детству: подобно вере в персональную исключительность, она укоренена в событиях раннего детства, когда родители, казалось, постоянно заботились и удовлетворяли любую потребность. Несомненно, на заре письменной истории человечество уже было привержено вере в персонального бога — существо, которое могло быть любящим, устрашающим, переменчивым, суровым, умиротворенным или разгневанным, но которое в любом случае всегда тут. Ни одна из ранних культур не представляла человека одиноким в безразличном к нему мире.

Некоторые люди находят своего спасителя не в некоем сверхъестественном существе, а в своем земном окружении, в виде лидера или какого-либо высокого дела. На протяжении тысячелетий люди таким образом побеждали страх смерти, принося свою свободу и саму жизнь на алтарь какой-либо высшей фигуры или персонифицированной идеи. Толстой остро сознавал человеческую потребность в создании богоподобной фигуры, чтобы затем можно было греться в лучах иллюзорной безопасности, исходящих от собственного творения. Вспомним в “Войне и мире” экстатический восторг Ростова на поле битвы при мысли о близости царя:

“...Он весь поглощен был чувством счастья, происходящего от близости государя. Он чувствовал себя одною этою близостью вознагражденным за потерю нынешнего дня. Он был счастлив, как

любовник, дождавшийся ожидаемого свидания. Не смея оглядываться во фронте и не оглядываясь, он чувствовал восторженным чутьем его приближение. И он чувствовал это не по одному звуку копыт лошадей приближавшейся кавалькады, но он чувствовал это потому, что по мере приближения все светлее, радостнее, значительнее и праздничнее делалось вокруг него. Все ближе и ближе подвигалось это солнце для Ростова, распространяя вокруг себя лучи кроткого и величественного света, и вот он уже чувствует себя захваченным этими лучами, он слышит его голос — этот ласковый, спокойный, величественный и вместе с тем столь простой голос... И Ростов встал и пошел бродить между костров, мечтая о том, какое было бы счастье умереть, не спасая жизнь (об этом он не смел и мечтать), а просто умереть в глазах государя. Он действительно был влюблен и в царя, и в славу русского оружия, и в надежду будущего торжества. И не он один испытывал это чувство в те памятные дни, предшествовавшие Аустерлицкому сражению: девять десятых людей русской армии в то время были влюблены, хотя и менее восторженно, в своего царя и в славу русского оружия”²⁸.

“...По мере приближения все светлее, радостнее, значительнее и праздничнее делалось вокруг него. Все ближе и ближе подвигалось это солнце...” С великолепной ясностью Толстой изобразил защитный экстатический восторг — конечно же, не только русского солдата, но легионов и легионов обычных людей, которых терапевты встречают в повседневной клинической работе. Защитная вера в спасителя и личностные ограничения

В целом вера в конечного спасителя как защита менее эффективна, чем вера в собственную исключительность. Она не только менее прочна, но и по сути своей накладывает более значительные ограничения на личность. Ниже я расскажу об эмпирических исследованиях, демонстрирующих эту неэффективность. Впрочем, более ста лет назад Кьеркегор понял ее интуитивно. У него есть любопытное высказывание, сопоставляющее опасности “рисковать” (отделения, индивидуации, исключительности) и не рисковать (слияния, принадлежности чему-либо, веры в конечного спасителя):

“...Рисковать опасно. И почему? Потому что можно проиграть. Не рисковать — разумно. Однако, не рискуя, ужасно просто лишиться того, что было бы трудно проиграть даже в самом рискованном предприятии, — собственного “я”. Ибо если я рисковал и совершил промах — что ж, жизнь поможет мне наказать себя. Но если я не рисковал вовсе — кто тогда поможет мне? Пусть даже, не рискуя совсем в высшем смысле слова (а рисковать в высшем смысле слова означает не что иное, как осознать себя), я получил все земные блага... и потерял себя. Что тогда?”²⁹ Остаться погруженным в другого, “не рисковать” значит подвергнуться величайшей опасности из всех возможных — потери себя, отказа от исследования и развития своего многогранного внутреннего потенциала.

Слишком большие ожидания от веры в спасителя ведут к тяжелым ограничениям в жизни. Так было в случае Лины, тридцатилетней участницы терапевтической группы. Лина находилась в состоянии глубокой подавленности, преследуемая суицидальными идеями и часто впадавшая в депрессивный ступор, когда она целыми днями не вставала с постели. Она жила очень изолированно, в основном проводя время одна в своей скудно меблированной комнате. Внешний облик Лины был примечателен: всем — от небрежных белокурых локонов до декорированных джинсов и куртки в стиле “жертва боевых действий”, до юношеской манеры держаться и доверчивости — она напоминала девочку в среднеподросткового возраста. Она потеряла мать в пять лет, отца — в двенадцать и выросла чрезмерно привязанная к бабушке с бабушкой и другим родительским “заместителям”. По мере того, как бабушка и бабушка старели и слабели, у нее развивался ужас перед телефоном (некогда принесшим известие о смерти отца), и Лина стала отказываться брать трубку, чтобы не услышать о смерти своих стариков.

Лина открыто боялась смерти и избегала всякого соприкосновения с темой смерти. Она пыталась укротить свой ужас самым неэффективным и магическим способом — способом, который я встречал у многих пациентов, — она пыталась избежать смерти, отказываясь жить. Подобно Оскару из “Жестяного барабана” Гюнтера Грасса, она хотела остаться ребенком, чтобы победить время, заставить его замереть навсегда. Она посвятила себя избеганию индивидуации и искала безопасности путем растворения в фигуре защитника. Члены терапевтической группы, взаимодействуя друг с другом в групповом “здесь и сейчас”, обнаруживают свои психологические защиты — это аксиома групповой терапии. В процессе групповой работы защитная установка Лины ярко проявилась. Однажды в начале сессии она объявила, что в предыдущий уик-энд

попала в серьезную автомобильную аварию. Лина направлялась навестить друга, живущего в городе за 150 миль отсюда, и в результате ее грубого недосмотра машина съехала с дороги, перевернулась, и она едва избежала гибели. В качестве комментария она добавила: как было бы хорошо и легко не приходиться в сознание.

Члены группы отреагировали адекватно. Они были озабочены и испуганы за Лину. Они наперебой старались поддержать и утешить ее. Терапевт делал то же самое, пока не начал про себя анализировать происходящее. Лина постоянно умирала, постоянно пугала группу, постоянно привлекала массивную заботу других участников. По сути, в первые месяцы пребывания Лины в группе они отвечали за то, чтобы она жила, принимала пищу, не покончила с собой. Терапевт гадал: "Происходит ли когда-нибудь у Лины что-то хорошее?"

Лина попала в аварию на пути к другу. И внезапно терапевт задал себе вопрос: "К какому другу?" Лина упорно предъявляла себя группе как одинокого человека, не имеющего ни друзей, ни родственников, ни даже знакомых. Однако же, по ее словам, она отправилась за 150 миль, чтобы навестить друга. В ответ на вопросы терапевта она сказала, что да, у нее есть друг; да, она проводила с ним все уик-энды в течение последних месяцев; наконец — да, он собирается жениться на ней. Она предпочитала не делиться этой информацией с группой. Причины очевидны: для Лины в группе был важен не рост, а выживание, для которого ей казалось необходимым домогаться заботы и защиты от группы и терапевта. Ее основная задача состояла в том, чтобы вечно обеспечивать себе протекцию; она не должна была обнаруживать признаков роста или изменения, иначе членам группы и терапевту могло прийти в голову, что она достаточно благополучна для завершения терапии.

В течение групповой терапии Лина ощущала себя подвергающейся серьезной угрозе в результате инцидентов, бросающих вызов ее главной защитной системе, то есть вере в то, что источник помощи находится вовне и единственная гарантия безопасности — постоянное присутствие спасителя. Пылкое стремление Лины к слиянию с терапевтом привело ко многим трансферентным искажениям, непрестанно требовавшим внимания в терапии. Она была чрезвычайно чувствительна к любому знаку отвержения с его стороны и остро реагировала на признаки его смертности, несовершенства или недоступности. Она больше других участников бывала встревожена (и рассержена), когда он брал отпуск, заболел, в групповой ситуации явно ошибался или терялся. Как я продемонстрирую в следующей главе, значительная часть терапевтической работы с пациентами, имеющими гипертрофированную потребность в конечном спасителе, посвящена анализу переноса.

Крах спасителя

Вера в конечного спасителя в течение долгих периодов жизни функционирует гладко и незаметно и служит источником немалого утешения. Как правило, люди не сознают структуру своих верований, пока те не перестают выполнять свою задачу; иначе говоря, как выразился Хайдеггер, пока не происходит "сбой в механизме"³⁰. Существует множество возможностей для сбоя и множество форм патологии, связанных с крахом защиты.

Смертельные болезни. Может быть, самым тяжелым испытанием для действенности иллюзии конечного спасителя является смертельная болезнь. Многие, кому это выпадает, значительную часть энергии расходуют на поддержание своей веры в присутствие и могущество защитника. Поскольку врач — ближайший кандидат на роль спасителя, отношения пациента с доктором становятся психологически нагруженными и сложными. Мантия спасителя на врача появляется отчасти потому, что пациент хочет этого. Однако, с другой стороны, доктор с удовольствием наряжается в это одеяние, поскольку играть Господа Бога — это его метод усиливать веру в собственную исключительность. И то, и другое приводит к одному результату: доктор воспринимается более могущественным, чем в реальности, а отношение пациента к нему нередко отмечено иррациональным послушанием. Нередко пациенты, страдающие смертельной болезнью, очень опасаются рассердить или разочаровать доктора; они извиняются перед ним за то, что отнимают у него время, и настолько волнуются в его присутствии, что забывают задать подготовленные заранее безотлагательные вопросы. (Некоторые больные пытаются преодолеть эту проблему, заготовив список вопросов, которые нужно задать врачу.)

Для пациентов столь важно сохранить представление о могуществе их врачей, что они не подвергают его испытанию и не оспаривают. Более того, многие из них обеспечивают своему доктору роль успешного целителя таким высоко магическим способом, как утаивание от него важной информации о своем психологическом и даже физическом неблагополучии. Таким образом, зачастую врач последним узнает об отчаянии своего больного. Вполне способный открыто говорить о своем страдании с медицинскими сестрами и социальными работниками,

пациент в присутствии доктора всячески изображает оптимизм и мужество, позволяя последнему заключить, что тот справляется с ситуацией наилучшим образом. (В связи с этим не так уж удивительно распространенное нежелание врачей направлять смертельно больных пациентов на психотерапию.)

Люди цепляются за свое отрицание с разной силой. Однако в конце концов всякое отрицание сокрушается под натиском реальности. Кюблер-Росс, например, утверждает, что за многие годы своей практики она встретила лишь несколько человек, сохранявших отрицание в момент смерти. Когда пациент узнает, что ему не поможет ни терапевтическое, ни хирургическое лечение, он реагирует на это как на катастрофу. Он испытывает гнев, чувствует себя обманутым и преданным. Однако на кого ему злиться? На космос? На судьбу? Многие пациенты злятся на доктора, не оправдавшего их ожиданий — не в медицинском смысле, а в том, что он не воплотил их личный миф о конечном спасителе.

Депрессия. Сильвано Ариети (Silvano Arieti) в своем исследовании лиц, страдающих психотической депрессией, описывает предшествующий центральный мотив, или жизненную идеологию — то, что “готовит почву” для наступления депрессии³¹. Его пациенты вели опосредованное существование: они жили не для себя, а для “доминирующего другого” или “доминирующей цели”. Эти две идеологии, как они описаны у Ариети, очень сходны с охарактеризованными мною двумя видами защит от смерти, хотя используемые нами системы терминов различны. Индивид, живущий ради “доминирующей цели”, по сути, строит свою жизнь на убежденности в своей личной исключительности и неуязвимости. Как уже обсуждалось выше, нередко депрессия развивается после крушения веры в вечно восходящую спираль (“доминирующую цель”).

Существование ради “доминирующего другого” — не что иное, как попытка слиться с другим, воспринимаемым как источник защиты и жизненного смысла. Доминирующим другим может быть супруг, мать, отец, любовник, терапевт, наконец, антропоморфизация бизнеса или социального института. Эта идеология может рухнуть по многим причинам: доминирующий другой может умереть, бросить, отказать в любви и внимании, оказаться слишком ненадежным для удовлетворения возложенных на него ожиданий.

После осознания краха своей идеологии у человека нередко наступает состояние подавленности; он ощущает, что пожертвовал своей жизнью ради фальшивых ценностей. Однако альтернативной стратегии выживания у него нет. Говоря о конкретной пациентке, Ариети описывает эти переживания следующим образом:

“Пациентка достигла критической точки, когда необходимо перераспределение психодинамических сил с формированием нового паттерна межличностных отношений, но она не в силах справиться с этим. Отсюда — ее проблема. Она беспомощна. Ее воображение не может породить иные когнитивные структуры, которые позволили бы психологически восстановиться, а если и может, то связывает с ними непреодолимые препятствия. В других случаях, когда альтернатива не представляется неосуществимой, она воспринимается как не значимая, поскольку пациентка привыкла концентрировать все свои интересы, все желания на одних-единственных рухнувших отношениях”³².

Пациент может пытаться восстановить отношения или искать другие. Если эти попытки неудачны, он остается без дальнейших ресурсов, одновременно чувствуя полное бессилие и упрекая себя. Пересмотр жизненной идеологии не допускается; многие пациенты, вместо того чтобы усомниться в своих базовых убеждениях, приходят к выводу: они настолько ничтожны или плохи, что не заслуживают любви и защиты со стороны конечного спасителя. Их депрессия усугубляется также тем, что бессознательно своим страданием и самопожертвованием они выражают последнюю, отчаянную мольбу о любви. Иначе говоря, они несчастны, потому что утратили любовь, и остаются несчастными, чтобы вернуть ее.

Мазохизм. Я описал варианты поведения, связанного с гипертрофированной верой в конечного спасителя: самоуменьшение, страх лишиться любви, пассивность, зависимость, самопожертвование, неприятие своей взрослости, депрессия после краха системы представлений. Любой из этих вариантов, будучи акцентирован, может вылиться в определенный клинический синдром. В случае преобладания самопожертвования пациент может быть охарактеризован как “мазохистический”.

40-летняя Карен, которая была моей пациенткой в течение двух лет, помогла мне многое понять относительно механизмов, скрытых за стремлением причинить себе страдание. Карен

предприняла терапию по многим причинам: мазохистические сексуальные наклонности, неспособность достичь сексуального удовлетворения со своим постоянным любовником, депрессия, тотальная инертность, ужасающие ночные кошмары и неприятные состояния в моменты засыпания. В терапии у нее быстро сформировался мощный позитивный перенос. Она всецело посвятила себя задаче получения от меня заботы и участия. В своих мастурбаторных фантазиях она представляла себя тяжело больной (физическим заболеванием типа туберкулеза или психическим расстройством), а меня — кормящим и убаюкивающим ее. Она обыкновенно медлила покидать мой кабинет, стремясь пробыть со мной несколько лишних минут; ради моей росписи сохраняла корешки погашенных счетов за терапию; прилагала усилия, чтобы посещать мои лекции, где могла лишний раз меня увидеть. Казалось, ничто не доставляет ей большего удовольствия, чем моя суровость; если я выражал раздражение ею, она сексуально возбуждалась в моем кабинете. Она идеализировала меня в каждом мыслимом аспекте, избирательно игнорируя абсолютно все мои очевидные недостатки. Она прочла книгу, написанную мной вместе с пациентом, в которой я был весьма откровенен относительно своих тревог и ограничений³³. Но вместо того, чтобы осознать мое несовершенство, она стала еще больше восхищаться мною за великое мужество, проявленное в публикации такой книги. Подобным же образом она реагировала на свидетельства слабости или несовершенства других значимых и мощных фигур в своей жизни. Если ее любовник заболел или обнаруживал какие-либо признаки слабости, замешательства, нерешительности, она переживала сильную тревогу. Для нее непереносимо было видеть его нетвердым, неуверенным. Когда однажды он получил серьезные травмы в автомобильной аварии, у нее развилась фобия посещений его в больнице. Примерно так же она относилась к родителям, переживая их старение и дряхление как мучительную угрозу. Ребенком она контактировала с ними через болезни. «Быть больной составляло ложь моей жизни», — говорила мне Карен. Она искала страдания, чтобы получить помощь. Много раз в течение своего детства она целые недели проводила в постели из-за фиктивной болезни. В подростковом возрасте она стала аноректичкой, с готовностью доводя себя до физического истощения ради того, чтобы получить внимание и заботу. Сексуальность Карен также несла на себе отпечаток ее стремления к безопасности и освобождению от тревоги: ее возбуждали сила, насилие, принуждение, в то время как проявления слабости, пассивности и даже нежности отталкивали. Быть наказанной означало быть защищенной; быть принуждаемой, связанной, ограничиваемой — чудесно: это значило, что границы установлены, и установлены некой мощной фигурой. Ее мазохизм отличался сверхдетерминированностью: она выживала не только путем подчинения, но также находя опору в символическом и магическом значении страдания. В конце концов, смерть понарошку лучше, чем настоящая смерть.

В процессе терапии удалось уменьшить остроту депрессии, ночные кошмары, суицидальную настроенность. Но пришло время, когда терапия у меня стала блокировать дальнейший прогресс пациентки: Карен продолжала приносить себя в жертву уже ради того, чтобы не потерять меня. Поэтому я установил шестимесячный срок для завершения терапии и сообщил ей, что по прошествии этого срока уже не буду встречаться с ней как терапевт. В следующие несколько недель нам пришлось выдержать тяжелый шквал симптоматики, вернувшейся в полном объеме. Мало того, что у нее вновь появились сильная тревога и ночные кошмары; она также, всякий раз, когда оставалась одна, испытывала ужасные галлюцинаторные переживания — бросающихся на нее с высоты гигантских летучих мышей.

Этот период был для Карен наполнен величайшим страхом и отчаянием. Иллюзия конечного спасителя всегда защищала ее от панического ужаса смерти; теперь же, когда она лишилась ее, уже ничто не стояло между ней и этим ужасом. Изумительные стихи, которые она записывала в своем дневнике (и отослала мне после завершения терапии), живо передают ее состояние.

Со смертью во рту я прихожу к вам,
И черви поедают мое сердце.
В какофонии колоколов
Мои протесты никому не слышны.
Смерть — разочарование,
Горький хлеб.
Вы впихиваете его мне в глотку,
Чтобы заглушить мои вопли.

Глубокая и сильная вера Карен в то, что слияние со мной позволит ей избежать смерти, открыто выражена в следующем стихотворении:

Я признала бы Смерть своим господином,
Назвала ее плетью нежным ласканием
И отправилась с ней в мрачные пещеры,
Где ее дом;
Охотно отказалась бы от спелых ароматов лета —
От запаха семени, переполненного кипением жизни, —
Чтобы сесть рядом с ней на ледяной трон,
Чтобы познать ее любовь.

С приближением даты окончания терапии Карен отпустила все тормоза. Она угрожала мне покончить с собой, если я не стану продолжать ее лечение. В другом стихотворении она выражала свое настроение того момента и свою угрозу:

Смерть — не притворство.
Это столь же реальная реальность,
Столь же полное присутствие, как другой конечный выбор,
Сама жизнь.
Я чувствую себя убегающей в тень,
Облачающейся в паутину,
Чтобы стать неуязвимой для реальности, которую вы вонзаете в меня.
Я хочу выставить перед собой мой темный покров, смерть,
И угрожать вам им.

Понимаете?

Я окутаю им себя, если вы станете упорствовать.

Испуганный угрозами Карен, поддерживая ее насколько возможно, я тем не менее решил не отступать от своей позиции и подтверждал, что через шесть месяцев перестану видеться с ней, сколь бы плохо ей ни было. Завершение терапии должно было быть окончательным и необратимым, независимо от бедственности ее состояния. Постепенно усилия Карен слиться со мной ослабли, и она обратилась к насущной задаче — использовать последние наши сессии как можно конструктивней. И лишь после того, как она оставила всякую надежду на мое постоянное, вечное присутствие, она смогла эффективно работать в терапии. Она позволила себе увидеть и проявить свою силу и свой рост. Быстро нашла работу на полный рабочий день, соответствующую ее талантам и умениям (в течение четырех предшествующих лет Карен тянула с этим). Изменила манеру поведения и стала следить за своей внешностью, радикально трансформировав свой облик и превратившись из безутешной сироты в зрелую привлекательную женщину.

Через два года после завершения терапии она попросила о встрече, объяснив это смертью друга. Я согласился на одну сессию и обнаружил, что Карен не только сумела сохранить изменения, но и добилась дальнейшего роста. Вероятно, пациенту важно понять, что, хотя терапевт может быть полезен, есть предел, за которым он уже ничего не может дать. В терапии, так же как в жизни, необходим фундамент одиночества — в работе и в самоощущении.

Вера в спасителя и межличностные проблемы. Тот факт, что некоторые люди избегают страха смерти благодаря вере в существование конечного спасителя, дает терапевту дополнительную точку зрения, полезную при оценке некоторых труднообъяснимых межличностных ситуаций. Рассмотрим нижеследующие примеры распространенной клинической проблемы: пациент вовлечен в очевидно неудовлетворительные, даже деструктивные отношения, от которых не в состоянии освободиться.

Бонни, сорока восьми лет, страдала тяжелым расстройством кровообращения (болезнью Бюргера) и, после двадцатилетнего бездетного брака, десять лет назад разошлась с мужем. Ее муж, энтузиаст загородных прогулок, производил впечатление бесчувственного, эгоцентричного диктатора, который окончательно оставил Бонни, когда из-за плохого здоровья она уже не могла сопровождать его в охотничьих и рыболовных вылазках. В течение десяти лет отдельной жизни он никак ее материально не поддерживал, имел множество любовных связей (которые неизменно обсуждал с ней) и раз в одну-две недели обязательно посещал ее дом, чтобы воспользоваться

стиральной машиной, ознакомиться с телефонными сообщениями, записанными на автоответчик, сохраняемый им здесь, и — один или два раза в год — вступать в сексуальный контакт с Бонни. Она, придерживаясь своих строгих моральных стандартов, отказывалась встречаться с другими мужчинами, поскольку все еще состояла в браке. Она по-прежнему была поглощена своим мужем — то приходя в бешенство от одного его вида, то влюбляясь в него. Существование Бонни все больше суживалось по мере того, как она становилось все более больной, одинокой, измученной его еженедельными визитами к стиральной машине. Однако она не в состоянии была ни развестись с ним, ни отключить его телефон, ни ликвидировать его прачечную привилегию. Долорес после долгой череды неудовлетворительных отношений с мужчинами наконец в тридцать пять лет вышла замуж за чрезвычайно компульсивного, не склонного к психологизму человека. До брака она проходила психотерапию в связи с хронической тревогой и язвой двенадцатиперстной кишки. Однако после брака педантичный контроль со стороны мужа привел к тому, что прежнее тревожное состояние показалось ей блаженством по сравнению с нынешним. Он составлял расписание ее уик-эндс (9.00—10.15— работа в саду, 10.30— полдень — покупка продуктов и т.д.) и тщательно следил за ее расходами; контролировал все телефонные звонки и упрекал ее всякий раз, когда она проводила время с кем-либо, кроме него. Долорес была вне себя от тревоги и подавленного гнева, однако одна мысль о расставании или разводе приводила ее в ужас.

Марте был тридцать один год, она отчаянно хотела выйти замуж и иметь детей. В течение нескольких лет она была связана с мужчиной, принадлежащим к мистической религиозной секте, которая учила, что чем меньше человек берет на себя обязательств, тем больше его свобода. Соответственно, хотя ему было хорошо с Мартой, он отказывался жить с ней вместе или принимать на себя какие-либо долговременные обязательства по отношению к ней. Его тревожило то, что она в нем нуждается, и чем крепче она цеплялась за него, тем меньше он готов был что-либо обещать. Марта была одержима стремлением привязать его к себе, отсутствие у него обязательств перед ней причиняло ей неопишуемые страдания. В то же время она чувствовала, что он стал предметом ей навязчивости, она не может от него освободиться; порвав с ним, она всякий раз испытывала мучительную “ломку”, пока наконец в подавленности или панике не хватала телефонную трубку, чтобы позвонить ему. Он же в периоды разрывов был отвратительно, душераздирающе спокоен; Марта была ему небезразлична, но он отлично обходился и без нее. Она же была слишком поглощена им, чтобы реально искать кого-то другого: ее главной жизненной задачей стало побудить его принять на себя обязательства, притом, что здравый смысл и весь предшествующий опыт не позволяли на это надеяться. Каждая из этих трех пациенток была вовлечена в отношения, причинявшие ей значительные страдания; каждая понимала, что продолжение этих отношений для нее разрушительно. Каждая безрезультатно пыталась освободиться; по сути, эти тщетные попытки составляли главную тему терапии для всех трех женщин. Почему расторжение отношений оказывалось таким трудным? Что так крепко привязывало их к другому человеку? Проблемы всех трех пациенток объединены одной, вполне очевидной темой, которая в каждом случае быстро становилась заметной, как только я просил пациентку рассказать, что приходит ей в голову при мысли об отделении от партнера.

Бонни двадцать лет состояла в браке с человеком, который принимал за нее все решения. Он мог все, и он о ней “заботился”. Конечно — как она узнала после их расставания, — личностный рост и самодостаточность объекта “заботы” неминуемо ограничиваются. Но знать, что есть кто-то, кто в любой момент защитит и спасет, — это так успокаивает. Бонни была серьезно больна и даже после десяти лет отдельной жизни упорно продолжала верить, что “там” есть муж, который заботится о ней. Всякий раз, когда я убеждал ее поразмышлять о жизни без его присутствия (я имею в виду символическое присутствие; что касается значимого физического присутствия, к которому трудно отнести визиты к общей стиральной машине и несколько довольно механических соитий, то оно отсутствовало уже годы и годы), она испытывала сильную тревогу. Что делать в критической ситуации? Кому позвонить? Жизнь без него будет невыносимо одинокой. Несомненно, он являлся символом, спасавшим ее от осознания жесткой реальности: “там” никого нет, “критическая ситуация” неизбежна, и ни один человек, реальный или символический, не избавит от нее.

Долорес, подобно Бонни, панически боялась остаться одна. Притом, что муж невообразимо ограничивал и сковывал ее, она предпочитала тюрьму своего замужества тому, что сама назвала “свободой улиц”. По ее словам, она стала бы не чем иным, как парией, членом бесчисленной армии неудачниц, находящихся в постоянном поиске случайного одинокого мужчины. Достаточно

было во время терапевтической сессии попросить ее поразмышлять об отделении от мужа, чтобы вызвать тяжелый приступ тревожной гипервентиляции.

Марта позволила будущему управлять своей жизнью. Когда бы я ни предлагал ей поразмыслить о перспективе прекращения отношений с ее безответственным любовником, она неизменно отвечала: все, что она может себе представить, это "шестьдесят три, и завтрак в одиночестве". На мой вопрос о том, как она определяет ответственность, она заявила: "Это уверенность, что мне никогда не придется жить одной или умереть одной". Мысль о том, чтобы обедать или идти в кино в одиночестве, наполняла ее стыдом и страхом. Чего же она на самом деле хотела от отношений? "Чтобы я могла получить помощь, о которой не надо просить".

Марту преследовал постоянный отчаянный страх будущего одиночества. Подобно многим невротикам, она в действительности не жила в настоящем, пытаясь вместо этого вновь обрести прошлое (то есть успокаивающую связь с матерью) в будущем. Страх и эмоциональная потребность Марты были так велики, что полностью блокировали для нее возможность установления приятных отношений с мужчиной. Она слишком боялась одиночества, чтобы прекратить текущие неудовлетворительные отношения, а ее эмоциональные требования были настолько велики, что отпугивали потенциальных партнеров.

Таким образом, каждую из этих женщин связывали не собственно отношения, а ужас перед тем, чтобы остаться одной, прежде всего — перед отсутствием магического, могущественного другого, который постоянно витает вокруг нас, наблюдает за нами, предвосхищает наши нужды, обеспечивает каждому из нас избавление от смертной доли.

То, что вера в конечного спасителя может вовлекать человека в очень ограничивающие отношения, особенно ярко иллюстрируется отношениями некоторых взрослых с их стареющими родителями. Сорокалетняя Ирен и ее мать в течение долгого времени были связаны интенсивными амбивалентными отношениями. Мать была враждебна, требовательна и хронически подавлена; Ирен чаще всего чувствовала к ней большей частью отвращение и сильнейший гнев. Однако когда мать стала жаловаться на условия своей жизни, Ирен пригласила ее жить вместе с ней, что означало переезд из одного конца страны в другой. В этот период Ирен проходила терапию, однако не обсуждала с терапевтом свое решение пригласить мать к себе до тех пор, пока не выслала приглашение. Похоже было, что она сознает саморазрушительность своего поступка, но чувствует себя принужденной так действовать, и потому она не хочет, чтобы кто-то ее разубеждал. Вскоре после приезда матери у Ирен наступила декомпенсация: появились приступы сильной тревоги, бессонница, произошла острая вспышка астмы. Пока терапия фокусировалась на маневрах матери, продуцирующих у Ирен чувство вины, на навязчивости и ядовитом нраве последней, мы не двигались с места. Прогресс наметился тогда, когда мы переключились на другой вопрос — вопрос, критический для понимания мучительных отношений многих взрослых людей с их родителями: почему мать так важна для Ирен? Почему она считает себя ответственной за счастье собственной матери и обязанной его обеспечить? Почему она не могла психологически освободиться от своей матери?

Когда я попросил Ирен поразмышлять о складе ее жизни без матери, ее первая ассоциация была интересна: "Без матери никому не будет дела до того, что я ем!" Мать постоянно витала где-то над ее правым плечом, следя за питанием Ирен и делая заметки на эту тему. На сознательном уровне Ирен неизменно испытывала ярость от присутствия матери; однако теперь она поняла, что на более глубинном уровне оно действовало успокоительно. Из того, что мать контролировала ее питание, следовало, что она гарантирует благополучие дочери и в других сферах жизни. Ирен нужна была мать не только живая, но и энергичная: на глубинном уровне у нее вызывали беспокойство признаки немощи, апатии, подавленности матери.

К целостному представлению о психопатологии

Из дидактических соображений я рассмотрел по отдельности две основные стратегии преодоления тревоги смерти и представил виньетки историй пациентов, демонстрирующие крайние формы той или иной базовой защиты; теперь настало время интегрировать их. Разумеется, у большинства пациентов не наблюдается ясной и однонаправленной клинической картины. Стремясь отгородиться от тревоги, мы обычно используем не одну монументальную защиту, а множество переплетенных между собой защит. Большинство людей защищаются от тревоги смерти как с помощью иллюзорного убеждения в собственной неуязвимости, так и опираясь на веру в существование конечного спасителя. До сих пор я говорил об этих двух защитах как о диалектически противоположных, но в действительности они тесно взаимосвязаны. Мы уникальны и бессмертны и обладаем мужеством индивидуально выделиться из человеческой массы именно потому, что некое всемогущее существо или сила постоянно

печется о нашем благополучии. Именно потому, что мы представляем собой уникальные и особые существа, нам посвящены специальные силы во вселенной. Наш конечный спаситель, хоть он и всемогущ, в то же время является нашим вечным слугой.

Отто Ранк (Otto Rank) в глубоком обзоре, озаглавленном "Страх жизни и страх смерти" ("Life Fear and Death Fear"), постулировал базисную динамику, которая позволяет понять отношения между двумя защитами³⁴. По мнению Ранка, в человеке существует первичный страх, проявляющийся иногда как страх жизни, иногда — как страх смерти. Под "страхом жизни" Ранк подразумевал тревогу, связанную с перспективой "утраты связи с большей целостностью". Страх жизни — это страх встречи с жизнью в качестве изолированного существа, это страх индивидуации, "движения вперед", "выделения из природы". Ранк полагал, что прототипически страх жизни связан с процессом "рождения", первичной травмой и первичной сепарацией. "Страхом смерти" Ранк называл страх исчезновения, потери индивидуальности, растворения отдельного существа — возвращения его целостности.

Ранк утверждал, что "Индивида всю его жизнь швыряет между этими двумя возможностями страха, двумя полюсами страха...". Человек пытается отделиться, индивидуироваться, утвердить свою автономию, продвигаться вперед, реализовать свой потенциал. Однако наступает момент, когда у него возникает страх перед лицом жизни. Индивидуация, выход из массы вовне, или, как я назвал это в данной главе, утверждение своей исключительности, не дается даром, а влечет за собой полное переживание страха и одиночества, чувство незащищенности. Индивид может смягчить это ощущение, поменяв направление своего пути на противоположное — отступая "назад", отрекаясь от индивидуации, находя комфорт в слиянии, растворении себя, отдании себя другому. Однако комфорт нестабилен, поскольку эта альтернатива также пробуждает страх — страх смерти: капитуляции, стагнации и, в конечном счете, состояния неживой материи. Между этими двумя полюсами страха — страхом жизни и страхом смерти — индивид раскачивается всю свою жизнь.

Предлагаемая мной парадигма парных защит — собственной исключительностью и конечным спасителем — не идентична диалектике страха жизни и страха смерти, сформулированной Ранком, однако они явно имеют общую зону. Полюсы страха Ранка близко соответствуют границам защит, которые заложены в них самих. "Тревога жизни" порождается защитой с помощью исключительности: это цена, которую мы платим за то, что, ничем не огражденные более, отделяемся от природы. "Тревога смерти" — это "налог" со слияния: когда человек отказывается от автономии, он теряет себя и претерпевает своего рода смерть. В результате возникает колебательное движение: мы движемся в одном направлении до тех пор, пока обусловленная защитой тревога не перевесит даруемое ею же облегчение, после чего меняем курс и движемся в обратную сторону.

Некоторые из уже представленных мной клинических примеров демонстрируют это колебательное движение. Вспомним случай Лины, которая предпочла "законсервироваться" в подростковой фазе, чтобы избежать тревоги. Она постоянно пыталась слиться с каким-нибудь спасителем. Однако нередко жизненная ситуация ужасала ее, и, цепляясь за других, она в то же время упорно бунтовала против них. Она жаждала близости; но стоило предложить ей близость, как она спасалась бегством. Возникло впечатление, что значительная часть ее энергии затрачивается на избегание "тревоги жизни", сопутствующей изменению и росту. Она искала мира, комфорта и безопасности; но когда получала их, ее охватывала тревога смерти. Она ненавидела сон и вообще всякую неподвижность и, чтобы избежать этого, предавалась лихорадочной активности — нередко, например, бесцельно гоня автомобиль всю ночь. Вспомним Карен, которая была мазохистична и ради моих объятий готова была при необходимости приносить себя в жертву. Ее пугали и собственные устремления. Слияние с другим означало комфорт и безопасность, но оно означало также потерю себя. Одно из ее стихотворений ярко выражает эту дилемму:

Я хочу встряхнуться, как собака, выходящая из воды,
Чтобы освободиться от вашего влияния.

Мне было слишком свободно с вами,
я слишком приблизила вас к своему сердцу.

И оно прилепилось к вам, как плоть к холодному металлу.

Проявите ко мне теплоту и отпустите меня.

Чтобы освободиться, я должна разорвать свою плоть,

Нанести раны, которые не исцелятся.

Не этого ли вы хотите от меня?

Колебание между слиянием и отделением нередко с особенной силой демонстрируется на сеансах семейной терапии, когда основная проблема связана с подростком, готовящимся оставить дом. В одной из таких семей, с которой я работал, Дон, девятнадцатилетний идентифицированный пациент, как будто был сыт по горло родительским контролем над его жизнью. Судорожно пытаюсь стать самому себе хозяином, он, в частности, требовал, чтобы родители не участвовали в выборе колледжа и в процедуре принятия в колледж. В то же время он слишком долго медлил и упустил время поступления в колледж, который сам выбрал, решив в результате остаться дома и посещать местный двухгодичный колледж.

Дома присутствие Дона порождало хаос. Его отношение к свободе проявлялось бурно, но было амбивалентным. Болезненно чувствительный к любым действиям родителей, хотя бы отдаленно намекавшим на ограничение его свободы, он в то же время скрыто, но недвусмысленно просил, чтобы его ограничивали. Так, он допоздна слушал музыку на оглушительной громкости; требовал, чтобы ему разрешили пользоваться семейным автомобилем, а добившись своего, гонял машину на полном газу, визжа тормозами на крутых виражах, и нередко возвращался с опустошенным баком, так что его отец едва мог на следующее утро доехать до заправочной станции. Дон требовал деньги для встреч с девушками, но "нечаянно" оставлял презервативы на туалетном столике, чтобы его строгие родители-мормоны могли ими полюбоваться.

Дон требовал свободы, но не мог ею воспользоваться. Множество раз он в гневе уходил из дома, на несколько дней, находя приют у друга, но никогда всерьез не думал о том, чтобы поселиться отдельно. Его родители были богаты, но он не мог позволить им платить за свою квартиру и не мог оплачивать ее сам. (Он заработал летом значительную сумму денег, но отказывался их тратить, желая сберечь до того времени, когда они ему "по-настоящему" понадобятся.) Дон жаждал свободы и боролся за нее, но одновременно как бы говорил своим родителям: "Я — незрелый, безответственный, опекайте меня, но делайте вид, что я не просил вас об этом". Родители Дона в этой драме отнюдь не были незаинтересованными свидетелями. Дон был старшим ребенком; его уход из дома означал поворотную веху в жизненном цикле родителей. Особенную угрозу эта перемена представляла для отца Дона, чрезвычайно склонного к конкуренции трудоголика: она раскрывала иллюзорность его идеи собственной уникальности; символизировала его личностное умаление, начало новой, менее энергичной, менее полезной жизненной фазы; означала вытеснение его с прежнего места, упадок и таящуюся за всем этим смерть. Для матери Дона, чья основная личностная идентичность определялась ее ролью матери и домохозяйки, уход Дона также представлял угрозу. Она боялась одиночества и утраты смысла жизни. Соответственно, родители Дона в тончайших формах препятствовали его росту: они готовили его к жизни в качестве автономного взрослого (не это ли цель успешного родителя?), однако *sotto voce** молили: "Не вырастай, не оставляй нас, оставайся всегда юным, и тогда то же будет с нами"**.

Еще одним пациентом, раскачивавшимся между слиянием и отделением, был Роб, тридцатилетний служащий из сферы бизнеса, обратившийся за консультацией по поводу трансвестизма. Он переодевался в женскую одежду, всегда пребывал в уединении, с подросткового возраста и до настоящего времени это обыкновение оставалось эго-синтонным. Иначе говоря, этот импульс приходил, казалось, из самой сердцевины его существа: переодевание доставляло ему массу удовольствия, и он намеревался продолжать в том же духе. Однако в последнее время эта привычка стала брать над ним верх. Роб часто испытывал тревогу и сознавал необходимость переодеться, чтобы устранить ее. Симптом стал требовать большего: он хотел, чтобы Роб появился на публике в женской одежде, чтобы он сбрил все волосы на теле (что Роб исполнил); наконец, чтобы он отрезал себе пенис и стал женщиной. Таким образом, Роб испытывал тревогу в любом случае — если переодевался и если не переодевался.

Обычно психотерапевты рассматривают трансвестизм исходя из идеи, что сексуальная перверсия является попыткой защититься от кастрационной тревоги. Симптом переодевания в одежду противоположного пола выполняет две функции: это символическая кастрация (тот, кто уже кастрирован, находится в безопасности) и в то же время путь к некоторой форме генитального удовлетворения. Для Роба эта парадигма проясняет, например, почему он мог мастурбировать только будучи одет в женское платье и воображая себя женщиной. Однако многое она оставляет непонятым, в то время как экзистенциальная парадигма предоставляет более широкий контекст поведения Роба.

Фантазии Роба редко были открыто сексуальными. Обычно он представлял себя женщиной, которую приветствует и которой восхищается группа женщин, принимающая ее в свой круг; они принимают ее благодаря ее внешности или просто как личность, не требуя никаких специальных

действий. Роб желал слиться с ними, быть одной из них, быть медицинской сестрой, домохозяйкой или машинисткой. Он отметил, что отсутствие необходимости каких-то достижений для него особенно важно: он так устал от стресса, присущего жизни мужчины — от того, чтобы конкурировать, выделяться, бороться, демонстрировать свое умение.

Переодевание скрывало за собой значительную поглощенность темой смерти и страх смерти. Мать Роба медленно и мучительно умирала от рака, когда он был подростком, и более четырнадцати лет она продолжала ему снится. Переодевание символизировало слияние с матерью и со всеми женщинами; в течение большей части жизни Роба акты трансвестизма связывали его тревогу, сопутствующую индивидуации. Всегда ориентированный на достижения, Роб давно превзошел отца, но тем самым оказался лицом к лицу с тем, что Ранк называет "страхом жизни". Он всегда реагировал на тревогу индивидуации фантазийной жизнью, главным содержанием которой было слияние, осуществляемое через акт переодевания. Однако теперь эта защита перестала быть эффективной: она возбуждала слишком много "страха смерти", и Роб ужасно боялся, что его фантазии возьмут верх, что он потеряет себя в этом слиянии. Стремление смягчить тревогу индивидуации через сексуальное единение вполне обычно. Успешный мужчина, целиком посвятивший себя аккумуляции власти, продвижению вперед, выделению из общего ряда и "приобретению имени", в какой-то момент должен встретиться лицом к лицу с изолированностью и незащищенностью, сопровождающими индивидуацию. Зачастую этот момент настигает в деловых поездках. Когда этот человек, чья жизнь наполнена напряженными усилиями и устремлениями, не может полностью обратить свои энергию и внимание на работу, когда он должен замедлиться в непривычной среде, — тогда он нередко переживает ужасающее одиночество и впадает в сильнейшее неистовство. Он начинает искать секса, но не любовного объятия женщины (которое возбудило бы страх потери себя): он ищет манипулятивного секса, сексуального слияния, которое позволило бы ему по-прежнему контролировать свою жизнь и ограничивать сознание, но смягчило бы боль изолированности и глубинную тревогу смерти. Отношения при этом, конечно, "сделаны", и на некоем глубинном уровне индивид осознает неаутентичность своей встречи с другим человеком. Результирующее чувство вины присоединяется к тревоге и ведет к еще большей изоляции, еще большему неистовству, когда становится нужна еще одна женщина, порой буквально через несколько минут после ухода от первой.

У пациентов нередко наблюдается сексуальная активность как средство смягчения тревоги смерти. Патриция МакЭлвин-Хоен (Patricia McElveen-Hoehn) сообщает о серии таких случаев: сексуально консервативная женщина приезжает в родительский дом на похороны родителя или близкого родственника; с собой она прихватывает презерватив и вступает в сексуальные отношения с незнакомцем или случайным другом, что ей совершенно несвойственно; мужчина в состоянии тяжелой коронарной недостаточности на пути в больницу ласкает груди жены, вызывая ее на некоторый сексуальный обмен; мужчина начинает вести в высшей степени беспорядочную половую жизнь, в то время как его ребенок умирает от лейкемии³⁶.

Еще один иллюстрирующий пример — случай Тима, тридцатилетнего пациента, жена которого умирала от лейкемии. Тим обратился за терапией не из-за своего горя, а в связи с тревожащей его сексуальной поглощенностью и компульсивностью. До болезни жены он вел моногамный образ жизни, но с приближением ее смерти он стал навязчиво заглядывать в порнографические салоны и бары для одиноких (с большим риском быть узнанным) и мастурбировать по несколько раз в день, часто находясь в постели с умирающей женой. Вечером в день похорон жены он нашел проститутку. За сексуальной компульсивностью Тима нетрудно было распознать его горе и страх собственной смерти. Ясные свидетельства тому дают его сновидения, которые я опишу в следующей главе.

Поразительным примером взаимосвязи между сексом и смертью является случай одной моей пациентки, у которой развился массивный, неоперабельный рак шейки матки. Несмотря на явные физические страдания и истощение, она привлекала бесчисленных поклонников — по ее словам, больше, чем когда была в цветущем состоянии. Ее партнеры таким образом нейтрализовывали собственный страх смерти. Они говорили о том, как возбуждающе действует такая близость к самой сердцевине жизни — или, как выразился один из них, к "кишкам земли". Представляю, что им кружила голову возможность подходить так близко к смерти, извергать семя ей в лицо, оставаясь всякий раз целым и невредимым. У самой пациентки была другая мотивация: несмотря на интенсивные боли в области таза, у нее было мощное стремление к сексу. Она была так близка к смерти и так страшилась одиночества умирания, что жаждала слияния с другим человеком. Элен Гринбергер (Ellen Greenberger), исследовавшая женщин, больных раком на

терминальной стадии, на основании данных ТАТа сделала вывод о достоверно повышенном интересе к теме запретной сексуальности³⁷.

В течение всей жизни в нашем внутреннем мире существует диалектика двух потребностей — отделенности и автономии, с одной стороны, защиты и слияния, с другой — и встречи со страхом, сопутствующим каждой из них. Задача удовлетворения обеих потребностей возникает в первые месяцы жизни, когда ребенок, первоначально симбиотически связанный с матерью (и впоследствии имеющий постепенно ослабевающую эмоциональную зависимость от нее), должен высвободиться и дифференцироваться от матери, чтобы у него могло развиться чувство идентичности, чувство целостности и отделенности, — задача, называемая Маргарет Малер (Margaret Maler) «сепарацией-индивидуацией»³⁸.

Цена невротической адаптации

Попытка избежать тревоги смерти составляет ядро невротического конфликта. Соответствующее поведение становится «невротическим», когда оно достигает крайней степени выраженности и приобретает ригидность; как мы уже могли убедиться, гипертрофия любой из базовых защит от тревоги смерти выливается в ту или иную форму невротической адаптации. Невротический стиль жизни порождается страхом смерти, но поскольку он ограничивает способность индивида к спонтанной и творческой жизни, эта защита от смерти сама представляет собой частичную смерть. Именно это имел в виду Ранк, когда сказал, что невротик отказывается брать взаимную жизнь, чтобы не платить по векселю смерти: он покупает свободу от страха смерти ценой частичного саморазрушения³⁹.

Но такое самоограничение — не единственная цена невротической адаптации. Чувство вины не позволяет невротика избежать «уплаты налогов» даже за остаточную жизнь. Традиционно вина определяется как чувство, порождаемое реальным или воображаемым проступком против другого. Но Кьеркегор⁴⁰, а позже Ранк и Тиллих⁴¹ привлекли внимание к другому источнику вины — проступку против себя, непроживанию данной нам жизни. Ранк выразил это следующим образом: «Когда мы ограждаем себя от слишком интенсивных или слишком быстрых переживаний или жизненных усилий, мы чувствуем себя виноватыми в том, что не используем свою жизнь, вину перед непрожитой жизнью в себе»⁴². Таким образом, подавление — это палка о двух концах: оно дает чувство безопасности и облегчает тревогу, но в то же время ограничивает жизненные проявления и вследствие этого порождает вину — так называемую «экзистенциальную вину». В главе 6 вопрос экзистенциальной вины будет исследован глубже. До сих пор речь шла о четко очерченном невротическом приспособительном механизме к тревоге смерти. Сейчас мы ненадолго обратимся к рассмотрению более примитивных, фрагментарных защит от тревоги смерти, характерных для шизофрении.

Шизофрения и страх смерти

Хотя появляется все больше данных в пользу значительного биохимического компонента многих форм шизофрении, нельзя забывать также и о том, что шизофрения — это трагический человеческий опыт, который может быть оценен как в лонгитюдной (исторической), так и в одномоментной (феноменологической) перспективе. Взгляд пациента на мир формируется под воздействием сокрушительных стрессов в процессе его развития; мир, в котором он или она психологически обитает, полон ужаса и хаоса.

Возможно, ни один из современных психотерапевтов не предпринял столь последовательных и героических усилий для понимания и прояснения внутреннего мира шизофреника, как Гарольд Сэлс (Harold Searles), который многие годы занимался лечением психотических больных в Честнат Лодж, Роквилл, штат Мэриленд (Chestnut Lodge, Rockville, Maryland). В 1958 г. он написал очень глубокую, но оставшуюся незамеченной статью, озаглавленную «Шизофрения и неизбежность смерти», в которой выразил свои взгляды на психодинамику шизофренического пациента. Выдвинутый им тезис обобщен в следующем отрывке:

«Факт неизбежности смерти, как будто бы будничной, в действительности составляет один из мощнейших источников человеческой тревоги, и реакции наших чувств на этот аспект реальности принадлежат к числу самых интенсивных и сложных, какие мы только способны пережить. Заключение в психическом заболевании защитные механизмы, в том числе и те зачастую экзотические защиты, которые обнаруживаются в шизофрении, направлены на устранение из сферы осознания — среди других вызывающих тревогу аспектов внутренней и внешней реальности — также и просто факта конечности жизни»⁴³.

Сэлс утверждает, что психодинамика шизофренического больного, так же как и невротика, может

быть вполне понята, лишь если ее рассматривать как реакцию пациента на неизбежность его смерти. Несомненно, защиты шизофреника более причудливы, принимают более экстремальные формы, являются более повреждающими, чем защиты невротического пациента. Кроме того, ранний жизненный опыт у шизофреника более опустошитель, чем у невротика. Однако экзистенциальная природа человеческой реальности всех нас делает братьями и сестрами. Шизофреника не менее, чем невротика, терзает факт человеческой смертности, хотя их реакции на него неодинаковы по своей разрушительности. Сэлс блестяще пишет об этом:

“Вне всякого сомнения, шизофрения может рассматриваться как результат необычного, извращенного опыта в прошлом — прежде всего во младенчестве и раннем детстве; однако, по мнению автора, столь же точно, но с большей клинической пользой, она может быть описана как ситуация использования определенных, очень рано усвоенных защитных механизмов для совладания с нынешними источниками тревоги. И ни один из этих источников не является таким мощным, как экзистенциальное обстоятельство конечности человеческой жизни. Суть предлагаемой гипотезы заключается в точке зрения на шизофрению — одной из различных и возможных — как на интенсивную попытку противостояния этому аспекту человеческой ситуации или отрицания его.

Автор хотел бы подчеркнуть, что, согласно его опыту, факт неизбежности смерти имеет к шизофрении отношение достаточно близкое. Речь идет вовсе не о том, что по мере освобождения от шизофрении пациент становится способен обратить внимание на этот великий жизненный факт неизбежности смерти, прежде пассивно располагавшийся где-то на периферии его психологического кругозора или даже вообще вне его. Напротив, клинический опыт автора показал, что взаимосвязь значительно теснее: по сути, пациент становится и долго остается шизофреником (далее речь идет, конечно, о преимущественно или полностью бессознательной целенаправленности) с целью избежать конфронтации — среди других аспектов внутренней и внешней реальности — с фактом конечности жизни”⁴⁴.

В традиционных историях болезни шизофренических пациентов неизменно подчеркиваются их унылое, конфликтное раннее детство и тяжелая патология их раннего семейного окружения. Но как бы могла выглядеть реальная история болезни пациента, его экзистенциальная история? В психиатрическое обследование входит опрос, направленный на оценку психического статуса, когда интервьюер пытается выяснить, ориентирован ли больной в пространстве, времени и самом себе. Вот какое описание своей “ориентированности” мог бы составить, по мнению Сэлса, один его пациент:

“Я — Чарльз Бреннан, сегодня, 15 апреля 1953 г., мне 51 год; я живу здесь, в Честнот Лодж, психиатрической больнице Роквилла, штат Мэриленд; последние восемь лет постоянно проживал в ряде психиатрических больниц; свыше 25 лет серьезно болен психическим заболеванием, которое, как можно уже сказать в моем теперешнем возрасте, лишило меня реальной перспективы жениться и иметь детей и, вполне возможно, потребует моего пребывания в больнице до конца жизни. Я — мужчина, некогда бывший членом семьи, состоявшей из двоих родителей и семерых детей, но пережившей ряд сокрушительных трагедий: много лет назад моя мать умерла, будучи психически больной; один из братьев в молодости заболел психической болезнью, требовавшей продолжительной госпитализации; другой брат покончил с собой; еще один брат убит в ходе военных действий во время второй мировой войны; и третий, достигший высот своей юридической карьеры, убит совсем недавно психически больным клиентом. Оставшийся родитель, мой отец, сейчас в преклонном возрасте, он разительно отличается от того сильного мужчины, каким некогда был, и приближается к своей смерти”⁴⁵.

В этой конкретной истории есть нечто, от чего кровь стынет в жилах, но, возможно, еще более ошеломляет понимание того, что подобная трагическая история, повествующая не о раннем развитии, образовании, военной службе, объектных отношениях и сексуальном опыте, а об экзистенциальных фактах жизни, могла бы быть написана о каждом пациенте (и в действительности — о каждом терапевте).

Сэлс описывает ход психотерапии ярко выраженной психотической пациентки, которую он лечил в течение нескольких лет. Вначале пациентка обнаруживала “обильные признаки высоко детализированной, захватывающе необычной и сложной, с крайней бескомпромиссностью отстаиваемой бредовой системы, наполненной всевозможными ужасающими явлениями — от

брутальной жестокости дикарей до колдовства и замысловатых ухищрений научной фантастики”. Сэлс заметил, что, с одной стороны, мир переживаний пациентки был ужасен, с другой — ее мало беспокоили вещи, которые внушают ужас всем, такие как болезни, старение и неизбежная смерть. Со всем этим она уживалась посредством явного и массивного отрицания смерти: “Сегодня ни у кого в мире нет никаких причин страдать или чувствовать себя несчастным: у них есть противоядия от всего... Люди на самом деле не умирают, а просто ‘изменяются’, перемещаются из одного места в другое или бывают превращены в не ведающих о своей природе персонажей кинокартин”.

После трех с половиной лет психотерапии у пациентки начало формироваться реалистическое видение жизни и принятие того факта, что жизнь, в том числе и человеческая, имеет конец. В предшествующие этому принятию месяцы было заметно усиление ее бредовых защит против осознания неизбежности смерти, ожесточенное, как оборона последнего рубежа.

“...Она стала проводить большую часть своего времени, собирая сухие листья, ища мертвых птиц и мелких животных, иногда обнаруживаемых после долгих часов поисков, и, покупая всевозможные предметы в магазинах ближайшего поселка, затем пыталась с помощью различных процессов, напоминающих алхимию, возродить эти мертвые существа к той или иной форме жизни. Было совершенно ясно (и она сама это подтвердила), что она чувствует себя Богом, избирающим различные мертвые листья и другие вещи, чтобы вернуть в них жизнь. Много раз психотерапевтические сессии проводились в больничном парке; терапевт сидел на скамейке, в то время как пациентка весь день занималась изучением находящегося поблизости газона. Но по мере того, как шли эти месяцы и период отрицания смерти стал подходить к концу, она стала все более открыто выражать отчаяние по поводу своей деятельности. А потом наступил осенний день, когда во время сессии терапевт и пациентка сидели на разных скамейках не слишком далеко друг от друга и вместе смотрели на покрытую листьями лужайку. Она дала понять, преимущественно невербальными способами, что ее наполняют мягкость, нежность и горе. Со слезами на глазах, тоном смирения перед фактом, который остается только принять, она произнесла: “Я не могу превратить эти листья, например, в овец”. Терапевт отвечал: “Мне кажется, ты понимаешь, что с человеческой жизнью тоже так — так же, как жизнь листьев, жизнь людей заканчивается смертью”. Она кивнула: “Да”.

Этим пониманием ознаменовалось начало стойкого терапевтического прогресса. Пациентка постепенно отказалась от своей главной защиты против смерти — веры в собственные всемогущество и неуязвимость. Она осознала:

“...что она не Бог... и что все мы, человеческие существа, смертны. И это означало, что рухнет сам фундамент ее параноидной шизофрении, заболевания, частью которого было, например, многолетнее убеждение, что ее покойные родители на самом деле живы”⁴⁶.

Хотя защиты этой женщины, как и других описанных Сэлсом шизофренических больных, крайне и чрезвычайно примитивны, они, тем не менее, аналогичны защитным паттернам, обнаруживаемых у невротиков. Например, бред величия и всемогущества параноидного пациента представляет собой проявление одного из двух базисных способов избегания смерти — веры в свою уникальность и бессмертие.

Многие, если не все, шизофренические пациенты неспособны ощутить себя полностью живыми. Эта “печать смерти”, несомненно, является результатом глобального подавления всяческого аффекта, но, по мысли Сэлса, она также может быть связана с дополнительной защитной функцией: если пациент “мертв”, то он тем самым уже защищен от смерти. Ограниченная смерть лучше, чем реальная: тому, кто уже мертв, не нужно бояться смерти.

Но каждый из нас должен встретиться со смертью. Если страх смерти является центром психической динамики шизофреника, то необходимо разрешить загадку, почему этот универсальный страх в данном случае вызывает слом. Сэлс выдвигает несколько причин. Во-первых, у тех, кто не получил поддерживающего знания о своей личностной целостности и о полноте своего участия в жизни, смерть вызывает значительно большую тревогу. “Личность, — пишет Сэлс, — не в состоянии встретиться с неизбежностью смерти, пока он не пережил полноту жизни, а шизофреник — это тот, кто еще не жил в полной мере”⁴⁷. Норман Браун (Norman Brown) в своей замечательной книге “Жизнь против смерти” (“Life Against Death”) делает сходное утверждение: “Только утвердившийся в своем рождении может утвердиться в своей смерти...”

Ужас смерти — это ужас умирания с непрожитой жизнью в своем теле⁴⁸. (Этот тезис — то, что тревога смерти значительно повышается неудачей жизни, — имеет серьезные следствия для терапии и обсуждается в следующей главе.)

Вторая причина капитуляции шизофреника перед тревогой смерти — тяжелые утраты, пережитые в столь ранний период развития, когда человек еще не способен был их интегрировать.

Вследствие незрелости своего Эго пациент реагирует на потери патологически, главным образом — усилением субъективного инфантильного всемогущества, служащего для отрицания потери (тот, кто является целым миром, не может понести потерю). Таким образом, пациент, который не смог интегрировать потери в прошлом, в настоящем не может интегрировать перспективу величайшей из потерь — потери себя и всех, кого он знает. Следовательно, главное прикрытие пациента от смерти — это ощущение всемогущества, ключевой фактор любого шизофренического заболевания.

Третий источник интенсивной тревоги смерти обусловлен характером ранних отношений шизофреника с матерью — симбиотическим единением, из которого он так никогда и не вышел, но, находясь в нем, колеблется между пребыванием в психологическом слиянии и полной отчужденностью. Отношения пациента с матерью, какими они сохранились в его опыте, наводят на мысль о магнитном поле: подойдешь слишком близко — внезапно “всосет”, отодвинешься слишком далеко — унесет в ничто. Для своего поддержания симбиотические отношения требуют, чтобы ни одна сторона не ощущала себя независимой целостностью: каждый из партнеров нуждается в другом, дополняющем его до состояния целостности. Поэтому у шизофренического пациента не формируется ощущение целостности, необходимое для переживания полноты жизни. Кроме того, шизофреник ощущает симбиотические отношения как совершенно необходимые для выживания и потому нуждается в защите от любых угроз этим отношениям. Среди угроз нет более опасной, чем его или ее собственная (и материнская) мощная амбивалентность. Ребенок чувствует себя совершенно беспомощным, ощущая свою глубочайшую ненависть по отношению к самому любимому им человеку. Он беспомощен также перед лицом знания о том, что один и тот же человек одновременно очень любит его и ненавидит. Эта беспомощность требует постоянного поддержания нормальной лишь во младенчестве фантазии личного всемогущества. Но ничто не уничтожает переживание личного всемогущества в такой степени, как принятие неизбежности смерти, и шизофренический пациент отстаивает свое отрицание смерти со всей силой отчаяния. Экзистенциальная парадигма психопатологии:

данные исследований

В этой главе я постулировал, что, хотя отрицание смерти — универсальная тенденция, проявляющаяся в разнообразных формах, оно имеет два базовых механизма: веру в личную уникальность и веру в конечного спасителя. Эти защиты формируются рано и оказывают огромное влияние на структуру характера. Индивид, глубоко убежденный в существовании конечного спасителя (и, соответственно, стремящийся к слиянию, единению, погруженности в некую большую целостность), склонен искать силу вовне; он занимает зависимую, просительную позицию по отношению к другим; подавляет агрессию, может проявлять мазохистические черты; наконец, может впасть в глубокую депрессию при потере значимого другого. Индивид, опирающийся на свою уникальность и неуязвимость (и, соответственно, стремящийся к самопроявлению, индивидуации, автономии, отделению), может быть нарциссичен; нередко это компульсивный “успешник”; он, возможно, направляет свою агрессию вовне; склонен к преувеличенной самодостаточности вплоть до отвержения необходимой, уместной помощи других, а также к грубому неприятию собственных слабости и ограничений; наконец, он нередко проявляет экспансию, высокие притязания.

Прямые эмпирические подтверждения этой диалектики отделенности-погруженности отсутствуют — точно так же, как и подтверждения других клинических парадигм психопатологии, выдвинутых Фрейдом, Салливаном, Хорни, Фроммом или Юнгом: клинические парадигмы всегда рождаются интуицией, а оправдываются, или валидизируются, своей клинической полезностью. Тем не менее, имеется два здоровых и основательных направления исследований, в рамках которых были выдвинуты и тщательно изучались личностные конструкты, аналогичные рассматриваемым здесь. Это лабораторные исследования когнитивного стиля и личностные исследования локуса контроля.

Когнитивный стиль

Герман Виткин (Herman Witkin) в 1949 г. выявил два базисных перцептивных модуля — полезависимость и полenezависимость, — обнаруживающих сходство с личностными ориентациями на конечного спасителя и личную исключительность⁴⁹. В случае “полезависимого”

модуса (соответствующего вере в конечного спасителя) индивидуальное восприятие в значительной мере обуславливается глобальной организацией перцептивного поля. При "полнезависимом" модусе (аналогичном вере в личную исключительность) элементы поля воспринимаются отдельно от фона. В ходе множества исследований было продемонстрировано, что преобладание того или иного модуса восприятия является стойкой характеристикой личностного функционирования. Полезависимый индивид обнаруживает неспособность отделять находящуюся на переднем плане фигуру от средового фона в широком диапазоне перцептивных задач*; полнезависимый без всяких трудностей разрешает эту задачу. Таким образом, тесты демонстрируют стилевую индивидуальную тенденцию, которая, как выясняется, не ограничена восприятием, а представляет собой общий когнитивный стиль, выражаемый индивидом в интеллектуальной активности, образе тела и характере переживания своей отдельной идентичности.

Интеллектуальная активность. Полезависимый индивид хуже, чем полнезависимый справляется с проблемами, требующими выделения центрального элемента из контекста. Подобные тенденции носят название "когнитивного стиля". На одном конце спектра впечатления оказываются слишком глобальными и диффузными, на другом — слишком четко очерченными и структурированными, и это всякий раз устойчивая индивидуальная характеристика. Виткин называет эти два когнитивных полюса соответственно "глобальный" и "артикулированный". Однако стоит подчеркнуть тот факт, что мир не населен двумя отдельными породами существ: показатели когнитивного стиля распределены не биполярно, а непрерывно.

Образ тела. Индивидуальный когнитивный стиль влияет не только на то, что мы воспринимаем "вовне", но и на то, что обнаруживаем "внутри". Тесты на образ тела (например, тест "нарисуй человека") убедительно показывают, что восприятие индивидом своего тела существенно связано с тем, как он выполняет перцептивные и когнитивные тесты. Люди с полезависимым (глобальным) когнитивным стилем изображают мало деталей, пропорции и части тела представлены у них нереалистично, особых усилий к репрезентации половых особенностей не обнаруживается; полнезависимый (артикулированный) стиль способствует ясной обозначенности на рисунке пропорций и половых различий.

Идентичность. При полнезависимом когнитивном стиле индивид обнаруживает проявления развитого чувства отдельной идентичности — сознания потребностей, чувств, отличительных качеств, признаваемых им как его собственные и идентифицируемых как отличные от соответствующих признаков других людей. С другой стороны, индивид с полезависимым когнитивным стилем при установлении собственных позиций, суждений, мнений и представлений о самом себе существенно опирается на внешние источники*. Например, исследования показали, что полезависимые люди чаще смотрят на лицо взрослого экзаменатора, чем полнезависимые. Кроме того, первые лучше узнают лица тех, кого они видели раньше, и им чаще снятся сны, в которых затрагивается их отношение к проводящему исследование.

Когнитивный стиль и отрицание смерти. Индивид, определенный в результате тестирования как "полезависимый", по клиническому описанию сходен с теми, кто ориентирован на конечного спасителя; "полнезависимый" по своим характеристикам близок к убежденному в своей личной исключительности. Диалектика полезависимости — полнезависимости целиком основана на эмпирических исследованиях перцептивной и когнитивной функций и лишена какого-либо субъективного содержания. Я склонен утверждать, что описанная выше экзистенциальная диалектика связана с этой эмпирической диалектикой так же, как "ужас" связан с кожно-гальванической реакцией: экзистенциальная диалектика описывает личностный смысл, или феноменологический опыт, индивида, классифицированного согласно своему когнитивному стилю. Позвольте мне продолжить аналогию, сопоставив, с одной стороны, эмпирическую связь между когнитивным стилем и психопатологией, с другой — связь психопатологии с двумя базисными защитами от тревоги смерти, о которой шла речь выше в этой главе.

Психопатология и когнитивные стили. Индивидуальный когнитивный стиль тесно связан с "выбором" психологической защиты и с формой психопатологии. Полезависимость-полнезависимость — это континуум, на обоих концах которого возникает психопатология; более того, на разных концах патология принимает совершенно различные формы.

Личностные расстройства у полезависимого индивида обычно проявляются как тяжелые проблемы идентичности; как симптомы, характерные для глубинных склонностей к чрезмерной зависимости, пассивности и беспомощности. В нескольких исследованиях показано, что у такого пациента развиваются симптомы, связанные с недостаточной сформированностью "переживания отдельной идентичности" — такие как алкоголизм, ожирение, психопатия, депрессия и

психофизиологические реакции (например, астма). При психозе этот пациент склонен к галлюцинациям, в отличие от полнезависимого психотика, “предпочитающего” бред⁵⁰. Если патология развивается у полнезависимого индивида, то она с большой вероятностью сопряжена с направленной вовне агрессией, бредом, экспансивными и маниакальными идеями величия, параноидными синдромами и депрессивно-компульсивными структурами характера. Известны также интересные наблюдения относительно полнезависимых и полнезависимых личностей в психотерапии. Главное различие связано с переносом. Как и следует ожидать, полнезависимый пациент склонен к быстрому формированию высоко позитивного переноса на терапевта и раньше начинает чувствовать улучшение состояния, чем полнезависимый пациент. Полнезависимый пациент склонен к “слиянию” с терапевтом, в то время как полнезависимый в развитии отношений с терапевтом обычно проявляет значительно большую осторожность. Полнезависимый пациент на первую сессию приходит с четким описанием своих проблем и собственных идей на эту тему; полнезависимый, напротив, обратит на себя внимание расплывчатостью описаний. Полнезависимый индивид с готовностью принимает идеи и предложения терапевта, настойчиво добивается его поддержки и, испытывая тревогу в конце терапевтического часа, пытается продлевать сессии.

Когнитивный стиль психотерапевта является важной детерминантой терапевтического контекста. Полнезависимые психотерапевты склонны предпочитать либо директивную, либо пассивную, наблюдательную позицию по отношению к пациенту; полнезависимые — личностные, диалогические отношения со своими пациентами.

Признаки взаимосвязи двух осей очевидны: крайняя выраженность как полнезависимости, так и ориентации на конечного спасителя, ведет к патологии, характеризуемой пассивностью, зависимостью, оральностью, недостаточностью автономии функционирования, неадекватностью; чрезмерная полнезависимость, так же как и преувеличенное чувство личной исключительности, имеет тенденцию выливаться в патологические идеи величия, параноидные синдромы, агрессию или навязчивости. Эти наблюдения получают дополнительную поддержку от другого направления исследований — исследований локуса контроля, парадигмы, сформулированной на основе эмпирических открытий и также тесно ассоциирующейся с клинической парадигмой “исключительность — конечный спаситель”.

Локус контроля

Начиная с работ Джозефа Роттера (Joseph Rotter)⁵¹ и Е. Джерри Фареса (E. Jerry Phares)⁵², многие исследователи проявляли интерес к личностной парадигме, связанной с оценкой того, внутренний или внешний локус контроля имеет индивид. Чувствует ли человек, что события собственной жизни находятся под его контролем или же что они происходят независимо от его действий? В большинстве исследований локуса контроля используется один инструмент — I.E. шкала, разработанная Роттером в 1966 г. и с тех пор примененная в нескольких сотнях исследовательских работ^{55*}.

“Интерналы” имеют внутренний локус контроля, и у них есть чувство контроля своей личной судьбы; “экстерналы” помещают источник контроля вне себя, где и ищут ответы, поддержку, руководство**.

Интерналы отличаются от экстерналов по очень многим позициям. Интерналы склонны быть более независимыми, они более ориентированы на успех, более политически активны, обладают большим ощущением личной силы. Они в большей степени ищут власти, направляют усилия на достижение господства над средой. Пациенты-интерналы, госпитализированные по поводу туберкулеза, больше знали о своем состоянии, проявляли больше любознательности в отношении своей болезни и давали понять, что они не удовлетворены количеством информации, получаемым от врачей и медицинских сестер⁵⁶. При составлении рассказов по карточкам ТАТ интерналы были значительно менее восприимчивы к внушению и влиянию, оказывавшемуся посредством скрытых подсказок со стороны проводившего тестирование⁶⁰.

В целом, интерналы получают больше информации, а также лучше удерживают и используют ее для контроля собственной среды. Интерналы менее внушаемы, более независимы и больше полагаются на собственное суждение. В противоположность экстерналам, они оценивают информацию на основе ее собственной ценности, а не исходя из престижа или компетентности источника информации. Интерналы более склонны стремиться к высоким достижениям и отсрочивать удовлетворение ради получения большей награды, хотя бы и в более поздний срок. Экстерналы значительно более внушаемы, значительно чаще курят и идут на высокий риск в азартных играх; они менее успешны, доминантны и терпеливы; в большей степени желают получать помощь от других и более склонны к самоуничтожению⁵⁸.

Совершенно очевидно сходство этих характеристик с описаниями полнезависимых (или убежденных в своей исключительности) и полезависимых (или верящих в существование конечного спасителя) личностей. Можно интегрировать эти данные в общую картину, представив себе континуум с полезависимостью, внешним локусом контроля, ориентацией на конечного спасителя на одном полюсе и полнезависимостью, внутренним локусом контроля, ориентацией на личную исключительность на другом полюсе. Близость к любому из краев континуума высоко коррелирует с клинически проявленной психопатологией. Однако, судя по многим исследованиям, один из полюсов континуума связан с личностной организацией, которая менее эффективна и более склонна к развитию психопатологии. В чрезмерной степени полезависимые, с внешним локусом контроля индивиды чаще страдают явно выраженной психопатологией, чем индивиды, близкие к полнезависимому, с внутренним локусом контроля экстремуму⁵⁹. У человека с высоким показателем внешнего локуса контроля легче возникает чувство неадекватности⁶⁰; он в среднем более тревожен, враждебен, утомлен, растерян и подавлен⁶¹; менее энергичен и жизнерадостен⁶². Тяжело нарушенные психиатрические пациенты чаще оказываются экстерналами⁶³. Среди шизофреников значительно преобладают экстерналы⁶⁴. Во множестве исследований продемонстрирована тесная связь между внешним локусом контроля и депрессией⁶⁵.

Все эти данные исследований согласуются с клиническим опытом. Люди чаще обращаются за терапией вследствие краха защиты, связанной с верой в конечного спасителя (по причине жажды зависимости, низкой самооценки, презрения к себе, беспомощности, мазохистических тенденций, депрессии в результате потери или угрозы потери значимого другого), чем из-за срыва защиты, основанной на убеждении в личной исключительности. Один коллектив исследователей сообщал о позитивной корреляции между внешним локусом контроля и тревогой смерти⁶⁶. Иными словами, внешний локус оказывается менее эффективным заслоном против тревоги смерти, чем внутренний. (Впрочем, в другом эксперименте, где использовались другие методы оценки тревоги смерти, этот результат воспроизвести не удалось⁶⁷.)

Возникает впечатление, что вера во внешнего избавителя как психологическая защита по своей природе имеет определенную ущербность. Она не только не вполне контейнирует первичную тревогу, но и закономерно порождает дополнительную патологию: вера человека в то, что его жизнь контролируется внешними силами, связана с чувством бессилия, неполноценности, низким самоуважением. Тот, кто не полагается на себя или не верит в себя, соответственно ограничивает себя в приобретении информации и умений; в общении с другим он склонен стараться расположить их к себе. Легко понять, что низкая самооценка, тенденция самоуничужения, малое число умений, на владении которыми могло бы основываться переживание самооценности, неудовлетворительные межличностные отношения — все это подготавливает почву для психопатологии.

5. СМЕРТЬ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Путь от теории к практике непрост. В этой главе я проведу вас из башни метафизика в приемную практикующего психотерапевта и попытаюсь извлечь из вышеприведенных метафизических дискуссий о смерти то, что имеет отношение к повседневным проблемам терапии.

Для психотерапии реальность смерти значима в двух отношениях. Сознание смерти может работать как "пограничная ситуация" и радикальным образом изменить взгляд на жизнь; кроме того, смерть является базовым источником тревоги. Я намерен поочередно обсудить использование обоих этих аспектов в терапевтических техниках.

Смерть как пограничная ситуация

"Пограничная ситуация" — это событие, некий чрезвычайный опыт, приводящий человека к конфронтации с его экзистенциальной "ситуацией" в мире. Конфронтация с личной смертью ("моей смертью") — это ни с чем не сравнимая пограничная ситуация, способная вызвать значительное изменение стиля и характера жизни индивида в мире. "Физически смерть разрушает человека, но идея смерти может спасти его". Смерть действует как катализатор перехода из одного состояния бытия в другое, более высокое — из состояния, в котором мы задаемся вопросом о том, каковы вещи, в состояние потрясенности тем, что они есть. Сознание смерти выводит нас из поглощенности тривиальным, придавая жизни глубину, остроту и совершенно иную перспективу.

Выше я приводил наглядные примеры из литературы и клинических историй, рассказывавшие о людях, которые после встречи со смертью претерпели радикальную личностную трансформацию. Пьер в "Войне и мире" Толстого и Иван Ильич в "Смерти Ивана Ильича" — яркие примеры "личностного изменения", или "личностного роста". Еще одна поразительная иллюстрация —

всеобщий любимец, чудесно преображенный персонаж по имени Оливер Скрудж. Многие из нас легко забывают, что трансформация Скруджа — это не просто естественный результат действия святочной теплоты, растопившей его ледяное самообладание. Скруджа изменило не что иное, как конфронтация с собственной смертью. Диккенсовский Дух Будущего (Дух грядущего Рождества) применил мощную форму экзистенциальной шоковой терапии. Скруджу была дана возможность наблюдать собственную смерть, слушать, как члены общины обсуждают ее, а затем с легкостью оставляют эту тему, и лицеизреть, как незнакомцы ссорятся из-за его имущества, включая постельное белье и ночную сорочку. После этого Скрудж стал свидетелем собственных похорон и, наконец, в последней сцене, предшествующей его трансформации, преклонив колени на кладбище, внимательно осмотрел буквы своего имени, высеченного на надгробном камне.

Конфронтация со смертью как источник

личностного изменения: механизм действия

Каким образом осознание смерти вызывает личностное изменение? Каков внутренний опыт человека, пришедшего к трансформации этим путем? Во второй главе представлены некоторые факты, свидетельствующие о роде и степени позитивных перемен, которые произошли с некоторыми смертельно больными раковыми пациентами.

Рак излечивает психоневроз. У одной пациентки, после того как она заболела раком, почти чудесным образом исчезла фобия, связанная с межличностными отношениями, ранее серьезно ограничивавшая ее жизненные возможности. В ответ на вопрос об этом исцелении она сказала: “Рак излечивает психоневроз”. Она бросила эту фразу почти вскользь; в ней тем не менее содержится истина, которая заставляет задуматься: не печальная истина, что смерть устраняет жизненные огорчения вместе с самой жизнью, а оптимистическая истина, что осознание смерти создает богатый потенциал для решения жизненных проблем. Когда эту пациентку попросили рассказать о произошедшей в ней трансформации, она ответила, что все было просто: встретившись со своим страхом смерти и, как она чувствует, победив его — страх, перед которым все остальные ее страхи казались ничтожными — она испытала сильное переживание личной силы.

Существование не может быть отложено. Сорокапятилетняя Ева пребывала в состоянии глубокой подавленности. У нее был рак яичников на поздней стадии, и она никак не могла решить, предпринять ли ей еще одну, последнюю поездку. Наш терапевтический процесс был в разгаре, когда она рассказала следующий сон:

“Была большая толпа людей. Это напоминало сцену из Сесил Б. де Милль. Я могу узнать среди них свою мать. Они все распевают: “Ты не можешь ехать, у тебя рак, ты больна”. Пение все продолжается и продолжается. Потом я услышала своего покойного отца — его мягкий одобряющий голос: “Я знаю, что у тебя рак легких, как был у меня, но не сиди дома, не ешь куриный бульон в ожидании смерти, как это делал я. Поезжай в Африку — живи”.

Отец Евы умер много лет назад от затяжного рака легких. В последний раз она видела его за несколько месяцев до смерти и печалилась не только о его потере, но и о том, как он умирал. Никто из членов семьи не решился сказать ему о том, что у него рак; образ сидения дома и поедания куриного бульона был вполне уместным: последние дни жизни отца и его смерть были тусклыми и негероичными. Сон Евы заключал в себе совет, оказавший на нее большое влияние. Ева обратила на него должное внимание и решительным образом изменила свою жизнь. Она прямо потребовала у своего врача полную информацию о своем раке и настояла на своем участии в принятии решений, касающихся ее лечения. Она восстановила старые отношения с друзьями; она поделила с другими свои страхи и помогла им разделить с ней свою печаль. И предприняла то последнее путешествие в Африку, которое, хотя и было оборвано болезнью, оставило ее удовлетворенной: она выпила чашу жизни до последнего глотка.

Все это суммируется очень просто: “Существование не может быть отложено”. Многие больные раком говорят о том, что стали жить более полно в настоящем. Они уже не откладывают жизнь на будущее. Они стали понимать, что по-настоящему жить возможно только в настоящем; по сути дела, настоящее нельзя оставить позади — оно всегда держится вровень с нами. Когда мы оглядываемся назад на свою жизнь — даже в самый последний момент, — мы находимся здесь, проживаем жизнь, живем. Настоящее, а не будущее, есть вечное время.

Я вспоминаю тридцатилетнюю пациентку, которую преследовал собственный образ в виде старой женщины, проводящей Рождество в одиночестве. Стремясь избежать подобной участи, она значительную часть своей взрослой жизни, как одержимая, занималась поиском спутника жизни

и делала это настолько неистово, что отпугивала всех возможных поклонников. Она отвергала настоящее и посвятила жизнь новому обретению защищенности раннего детства. Невротик уничтожает настоящее, пытаясь найти прошлое в будущем. Это, разумеется, парадоксальная стратегия, и ниже я скажу об этом больше — о том, что наибольший ужас перед смертью испытывает человек, который не “живет”. Казантакис спросил: “Почему, подобно насытившемуся гостю, не покинуть пир жизни?”

Другой человек, университетский профессор, в результате серьезной схватки с раком принял решение наслаждаться будущим в непосредственном настоящем. С изумлением он обнаружил, что может взять и не делать то, чего не хочет делать. Оправившись от операции и вернувшись к работе, он резко изменил стиль своей жизни: отказался от тягостных административных обязанностей, погрузился в наиболее интересные направления своих исследований (достигнув на этом пути национальной известности) и — да будет это уроком всем нам — больше ни разу в жизни не посетил ни одного факультетского заседания.

Фрэн испытывала хроническую депрессию и в течение пятнадцати лет была заточена в крайне неудовлетворительном браке, с которым не могла заставить себя покончить. Последним препятствием к расставанию являлся огромный домашний аквариум ее мужа! Она не хотела менять место жительства, желая, чтобы ее дети сохранили своих друзей и остались в прежней школе, но не в состоянии была взять на себя ежедневный двухчасовой уход за рыбой. Перевозка же громадного аквариума потребовала бы невероятных расходов. Проблема казалась неразрешимой. (Ради таких пустяков мы жертвуем жизнью.)

Затем у Фрэн развился злокачественный рак костей, который заставил ее осознать простой факт, что эта ее жизнь — одна-единственная. Она рассказывала, что внезапно поняла: стрелки часов движутся непрерывно, и никаких “тайм-аутов”, когда бы они останавливались, не бывает. Хотя болезнь была столь тяжелой, что потребность Фрэн в физической и экономической поддержке мужа реально была очень велика, она смогла принять мужественное решение разойтись с ним — решение, с которым медлила целое десятилетие.

Смерть напоминает нам, что существование не может быть отложено. И что еще есть время для жизни. Если вам посчастливилось встретиться со своей смертью и ощутить жизнь как “возможность возможности” (Кьеркегор)², и узнать смерть как “невозможность дальнейшей возможности” (Хайдеггер)³, — то вы осознаете, что, пока живы, вы обладаете возможностью — можете изменить свою жизнь до того, как наступит конец — но только до того. Если вы умрете сегодня ночью, то все завтрашние планы и перспективы погибнут, не успев родиться. Именно это узнал Эбenezер Скрудж. По сути дела, рисунок его трансформации определялся систематическим обращением плохих поступков предыдущего дня: он давал на чай певчому, которого проклял; жертвовал деньги сборщикам пожертвований, к которым отнесся с презрением; заключал в свои объятия племянника, над которым насмехался; давал уголь, пищу и деньги Крэтчиту, которым тиранически распоряжался.

Подсчитывайте свои сокровища. Еще один механизм изменений, активизируемый конфронтацией со смертью, хорошо иллюстрирует случай пациентки, у которой был рак, распространившийся на пищевод. Глотать стало трудно; постепенно она перешла на мягкую пищу, затем на пюре и наконец на жидкости. Однажды в кафетерии, будучи не в состоянии проглотить процеженный мясной бульон, она оглядела других обедающих и подумала: “Понимают ли они, какое это счастье — возможность глотать? Думают ли они когда-нибудь об этом?” Затем она приложила этот простой принцип к себе и отдала себе отчет в том, что она еще может делать и может испытывать: элементарные факты жизни, смену времен года, красоту ее естественного окружения; может видеть, слышать, осязать и любить. Ницше выразил этот принцип в чудесном отрывке:

“Из таких бездн, из такой тяжелой болезни ты возвращаешься вновь родившимся, сбросив все покровы, более нервным и злым, способным ощущать все тонкие оттенки радости и находить нежные слова для малейших проявлений хорошего, с обостренной остротой и азартом ощущений, с заново обретенной невинностью ликования, более наивного и одновременно в сотни раз более утонченного, чем когда-либо прежде”⁴.

Подсчитывайте свои сокровища! Насколько редко извлекаем мы пользу из этого простого поучения? Обычно то, что мы действительно имеем, то, что мы действительно можем делать, ускользает из сферы нашего сознания, оттесняется мыслями о том, чего нам недостает или что мы не можем сделать, затмевается мелочными заботами, угрозами для устоев нашей репутации

или гордости. Думая о смерти, мы становимся благодарными, способными ценить бесчисленные данности своего существования. Именно это имели в виду стоики, когда говорили: "Размышляй о смерти, если хочешь научиться жить"⁵. Императив, стало быть, состоит не в болезненной поглощенности мыслями о смерти, а в том, чтобы одновременно удерживать в фокусе восприятия фигуру и фон, благодаря чему бытие становится осознанным, а жизнь — более богатой. Сантаяна (Santayana) выражает это так: "На темном фоне, который создает смерть, нежные цвета жизни сверкают во всей их чистоте"⁶.

Разотождествление. В повседневной клинической работе психотерапевт встречается индивидов, испытывающих сильную тревогу перед лицом событий, вроде бы такую тревогу не оправдывающих. Между тем, тревога — это сигнал восприятия угрозы продолжению существования. Проблема невротика состоит в сомнениях по поводу собственной безопасности, что заставляет его далеко расширять свои защитные ограждения. Иными словами, невротик защищает не только ядро своего существа, то также множество атрибутов (работу, престиж, роль, тщеславие, сексуальные доблести, атлетические возможности и т.д.). Многие люди испытывают чрезмерный стресс, когда под угрозой оказываются их карьера или какие-либо другие атрибуты. Фактически они убеждены: "Я есть моя карьера", или "Я есть моя сексуальная привлекательность". Терапевт как бы говорит им: "Нет, вы — это не ваша карьера, вы — не ваше великолепное тело, вы — не ваша мать, или отец, или мудрый старец, или вечная кормилица. Вы — это ваше "я"*, ядро вашей сущности. Обведите его линией: другое, то, что остается снаружи, — это не вы; эти другие вещи могут исчезнуть, а вы по-прежнему будете существовать".

Увы, такие самоочевидные увещания, как и все самоочевидные увещания, редко бывают эффективными катализаторами изменений. Психотерапевты ищут способы увеличения действенности своего призыва. Один из таких способов я использовал как с группами раковых больных, так и в учебном процессе. Это структурированное упражнение по разотождествлению**. Процедура проста и занимает примерно тридцать — сорок пять минут. Упражнение проводится в тихой, спокойной обстановке. Я прошу участников на отдельных карточках дать восемь важных для них ответов на вопрос: "Кто я?" Затем предлагаю им просмотреть свои восемь ответов и расположить их в порядке значимости и центральности: ближайшие к центру их существа ответы поместить вниз, более периферические для них — выше. Затем прошу сосредоточиться на самой верхней карточке и поразмышлять о том, как бы они себя чувствовали, отказавшись от этого атрибута. Через две-три минуты (какой-нибудь мягкий сигнал, такой как колокольчик, является наименее отвлекающим) прошу перейти к следующей карточке и так далее, пока они не избавятся от всех восьми атрибутов. Рекомендую вслед за тем помочь участникам вновь интегрировать эти качества, проделав всю процедуру в обратном направлении.

Это простое упражнение вызывает сильнейшие эмоции. Однажды я провел через него триста человек, участвовавших в образовательной мастерской для взрослых; даже годы спустя участники спонтанно сообщали мне о том, сколь важным оно для них оказалось.

Разотождествление составляет существенный элемент системы психосинтеза Роберто Ассаджиоли (Roberto Assagioli). Он пытается помочь индивиду достичь своего "центра чистого самосознания", предлагая ему представлять в воображении отсоединение от себя поочередно своего тела, эмоций, желаний и, наконец, интеллекта⁷.

Индивид с хроническим заболеванием, хорошо справляющийся со своей ситуацией, зачастую спонтанно проходит через процесс разотождествления. Одна пациентка, которую я хорошо помню, всегда близко идентифицировала себя со своей физической энергией и активностью. Рак постепенно ослабил ее настолько, что она уже не в состоянии была носить рюкзак, кататься на лыжах, совершать пешие походы. Долгое время она оплакивала эти потери. Спектр ее физической активности неуклонно уменьшался, но в конце концов ей удалось справиться со своими утратами. После месяцев терапии она смогла принять ограничения — сказать "Я не могу это делать" без чувства личной ничтожности и ненужности. Затем она дала своей энергии другие, доступные ей формы выражения. Она поставила себе выполнимые конечные задачи: завершение личных и профессиональных неоконченных дел, выражение ранее невысказанных чувств по отношению к другим пациентам, друзьям, врачам и детям. Много позже она смогла сделать еще один шаг, имеющий фундаментальное значение, — разотождествиться даже со своей энергией, со своим влиянием и осознать, что она существует отдельно от них, так же как и от всех остальных качеств.

Разотождествление — это очевидный и древний механизм изменения: трансценденция материальных и социальных оболочек давным-давно нашла воплощение в аскетической

традиции. Однако оно не является легко применимым в клинической практике. Сдвиг жизненной перспективы и возможность для индивида провести различие между сущностью и атрибутами, восстановив в правах первое и освободившись от второго, стимулируются сознанием смерти. Сознание смерти в повседневной психотерапии

Если мы, психотерапевты, соглашаемся с тем, что сознание личной смерти может катализировать процесс личностных изменений, значит, наша задача — способствовать сознанию смерти пациентом. Но как? Многие из приведенных мной примеров относятся к людям, находящимся в экстраординарной ситуации. А что делать психотерапевту при работе с обычным пациентом — не страдающим раком в терминальной стадии, не смотревшим в лица расстрельной команды, никогда не попадавшим в почти роковой переплет?

Несколько моих раковых пациентов задавали тот же вопрос. Говоря о своем росте и о том, чему они научились в конфронтации со смертью, они сетовали: “Как жаль, что для того чтобы узнать эти истины, нам пришлось дожидаться сегодняшнего дня, когда наши тела изрешетил рак!” Существует много структурированных упражнений, которые терапевт может использовать для того, чтобы стимулировать конфронтацию со смертью. Некоторые из них интересны, и я кратко их опишу. Но самое важное, что я хочу сказать в этой связи, состоит в следующем: терапевту не обязательно обеспечивать опыт; ему нужно лишь помочь пациенту осознать этот опыт, которым проникнуто все вокруг него. Обычно мы отрицаем или селективно не замечаем то, что напоминает о нашей экзистенциальной ситуации. Задача терапевта — обратить внимание на этот процесс, выискивая подобные напоминания, являющиеся, как я попытался показать, не врагами, а мощными союзниками на нашем пути к интеграции и зрелости.

Рассмотрим следующую иллюстративную виньетку. Сорокашестилетняя мать везет младшего из своих четверых детей в аэропорт, откуда он отправится в колледж. Последние двадцать шесть лет она воспитывала детей и мечтала о наступлении этого дня. Конец лишним обязанностям, беспрестанной жизни для других, приготовлению обедов и подборанию одежды — лишь для того, чтобы новые грязные тарелки и беспорядок в комнате вскоре напомнили ей о тщетности ее усилий. Наконец она свободна.

Однако, сказав слова прощания, она внезапно начинает громко рыдать, а на пути домой ее тело пронизывают глубокие содрогания. “Это совершенно естественно”, — думает она. Это просто печаль прощания с тем, кого так любишь. Но это и нечто большее. Дрожь не прекращается и вскоре переходит в настоящую тревогу. Что бы это могло быть? Она консультируется с терапевтом. Он ее успокаивает. Это самая обычная проблема: синдром “опустевшего гнезда”. В течение стольких лет ее самоуважение основывалось на ее успешности в качестве матери и домохозяйки. И теперь вдруг она не находит способа подтвердить свою ценность. Разумеется, она в тревоге: организация и рутина ее жизни изменились, она лишилась своей жизненной роли и главного источника самоуважения. Постепенно, благодаря валиуму, поддерживающей терапии, тренингу уверенности в женской группе, нескольким курсам образования для взрослых, одному-двум любовникам и добровольческой работе на неполную рабочую неделю глубокие крупные содрогания сменяются мелкой дрожью и затем исчезают вовсе. Она возвращается к “преморбидному” уровню комфорта и адаптации.

Эта пациентка, несколько лет назад проходившая терапию у психиатра-ординатора, была включена в исследовательский проект, посвященный исходу психотерапии. Результаты ее лечения могут быть названы не иначе как превосходными: по всем критериям их оценки — контрольным листам измерения симптома, оценке состояния центральной проблемы, самооценке — у нее произошло значительное улучшение. Даже сейчас, в ретроспективе, не вызывает сомнений, что терапевт выполнил свою задачу. Тем не менее, я смотрю на эту терапию так же, как на “упущенную встречу”, как на случай неиспользованных терапевтических возможностей. Я сравниваю эту пациентку с другой, моей недавней пациенткой, пришедшей ко мне в почти такой же жизненной ситуации. В ее терапии я стремился скорее нянчиться с этой глубокой дрожью, чем делать пациентку нечувствительной к ней. Пациентка переживала то, что Кьеркегор называл “творческой тревогой”, и ее тревога стала нашим проводником в важные области. Действительно, у нее были проблемы самооценки, она действительно страдала от синдрома “опустевшего гнезда” и, кроме того, глубоко страдала от сильной амбивалентности по отношению к своему ребенку: она любила его, но в то же время обижалась на него и завидовала ему из-за тех жизненных шансов, которых не было у нее самой (и разумеется, она чувствовала вину за эти “низменные” чувства).

Мы последовали за ее трепетом, и он привел нас в важные сферы и поставил перед фундаментальными проблемами. Несомненно, она могла найти способы заполнить свое время, но

какое значение имел ее страх “опустевшего гнезда”? Она всегда желала свободы, но сейчас, получив ее, была от нее в ужасе. Почему?

Значение дрожи нам прояснил сон. Сын этой пациентки, который только что уехал в колледж, в средней школе был акробатом и жонглером. В ее сне была только она сама, держащая в руке 35-миллиметровый фотослайд, изображающий ее жонглирующего сына. Слайд, однако, был особенным в том смысле, что он показывал одновременно множество движений ее сына, который жонглировал и проделывал акробатические номера. Ее ассоциации, связанные с этим сном, относились к теме времени. Слайд схватывал и организовывал время и движение. Он сохранял все живым, но делал все неподвижным. Он замораживал жизнь. “Время движется, — сказала она, — и у меня нет способа остановить его. Я не хотела, чтобы Джон вырастал. Я по-настоящему дорожила этими годами, когда он был с нами. Но время движется независимо от того, нравится мне это или нет. Оно движется как для Джона, так и для меня. Понять это, по-настоящему понять — ужасно”.

Этот сон поместил в четкий фокус факт ее собственной смертности, и вместо того, чтобы кинуться заполнять жизнь отвлечениями, она научилась более полно, чем прежде, ценить время и жизнь и поражаться ей. Пациентка переместилась в сферу, которую Хайдеггер описывает как аутентичное бытие: она удивлялась не тому, каковы вещи, а тому, что они есть. С моей точки зрения, терапия помогла второй пациентке больше, чем первой. Это невозможно показать с помощью обычных средств оценки результата терапии. На самом деле, возможно, вторая пациентка сохраняла переживание тревоги в большей степени, чем первая. Но тревога — это часть существования, и пока мы продолжаем расти и созидать, мы не можем быть свободными от нее. Однако такая ценностная ориентация вызывает много вопросов относительно роли терапевта. Не берет ли терапевт на себя слишком много? Разве пациент обращается к нему как к проводнику в мир экзистенциального сознания? Не сводятся ли высказывания большинства пациентов к незатейливому: “Мне плохо, помогите мне почувствовать себя лучше”? И если это так, то почему бы не прибегнуть к самым быстрым, самым эффективным средствам из находящихся в нашем распоряжении — например, к транквилизаторам или бихевиоральной модификации состояния? Такие вопросы, возникающие в связи с любой формой терапии, основанной на самосознании, не могут игнорироваться; они будут затрагиваться вновь и вновь на протяжении этой книги.

В ходе всякой терапии непременно случаются ситуации, которые, будучи чутко акцентированы терапевтом, позволяют увеличить сознание пациентом экзистенциальных параметров его или ее проблем. Наиболее явные из этих ситуаций неуклонно напоминают о смертности и о необратимости времени. Смерть человека из близкого окружения всегда, если терапевт достаточно настойчив, может вызвать у пациента возрастание сознания смерти. Горе имеет много компонентов — собственно утрата, амбивалентность и чувство вины, крушение жизненного плана. И все они должны тщательно прорабатываться в терапии. Но, как я уже подчеркнул выше, смерть другого человека также приближает нас к встрече с собственной смертью, а этот аспект работы горя обычно упускается. Некоторые психотерапевты могут считать, что понесший утрату человек и без того слишком подавлен, чтобы взваливать на него дополнительную задачу выяснения отношений с собственной смертностью. Я, однако, считаю, что это представление часто бывает ошибочным: некоторые люди в результате личной трагедии проходят через грандиозный личностный рост.

Смерть другого и экзистенциальное сознание. Для многих смерть близкого существа влечет интимнейшее осознание собственной смерти. Пол Ландсбург (Paul Landsburg) в связи со смертью любимого человека говорит следующее:

“Было наше “мы” с умирающим. В этом “мы” — все; особая власть, которой обладало это новое и совершенно личностное существо, вела меня к живому осознанию неизбежности моей собственной смерти... Моя общность с тем человеком как будто бы прервана, но до некоторой степени она есть я сам, и я чувствую смерть в самом сердце моего существования”⁸.

Джон Донн (John Donne) говорил о том же самом в своей знаменитой проповеди: “И потому не спрашивай никогда, по ком звонит колокол. Он звонит по тебе”⁹.

Потеря родителя заставляет нас соприкоснуться с нашей собственной уязвимостью: если наши родители не смогли спасти себя, то кто спасет нас? Если родителей нет — уже никого нет между нами и могилой. Это мы стали теперь барьером между нашими детьми и смертью. Переживания коллеги после смерти его отца иллюстрируют эту мысль. Он давно ожидал смерти отца и

воспринял новость спокойно. Однако когда он сел в самолет, чтобы лететь домой на похороны, его охватила паника. Очень опытный путешественник, он внезапно потерял уверенность в безопасности взлета и приземления самолета — как если бы исчезла его защита от превратностей судьбы.

Потеря супруга часто пробуждает проблему фундаментальной изоляции; потеря значимого другого (иногда доминантного другого) усиливает наше сознание того факта, что как бы мы ни старались пройти через этот мир рука об руку с кем-то, все равно остается базовое одиночество, с которым мы должны мириться. Никто не в силах умереть своей смертью с кем-то или для кого-то.

Терапевт, внимательный к ассоциациям и сновидениям переживающего утрату пациента, обнаружит красноречивые свидетельства его озабоченности собственной смертью. Например, один пациент рассказал следующий кошмар, приснившийся ему ночью после того, как он узнал, что у его жены неоперабельный рак:

“Я жил в моем старом доме в ___ (Дом, принадлежавший семье в течение трех поколений.) Чудовище Франкенштейна преследовало меня по дому. Я был в ужасе. Дом ветхий, разрушающийся. Черепица осыпается, крыша течет. Вода текла всюду сквозь мою мать. (Его мать умерла шесть месяцев назад.) Я боролся с ним. Я мог выбрать оружие. Одно оружие имело изогнутое лезвие с рукояткой и напоминало косу. Я полоснул его и сбросил с крыши. Оно лежало распростертое на мостовой. Потом оно встало и вновь начало преследовать меня по дому”.

Первая ассоциация пациента, относящаяся к этому сну, была следующая: “Я знаю, что за моими плечами — сотня тысяч миль”. Символичность сна не оставляла сомнений. Приближающаяся смерть жены напоминала пациенту, что его собственная жизнь, подобно дому, разрушается; смерть неотвратимо преследует его, персонифицированная, как и в детстве, образом монстра, которого нельзя остановить.

Другому пациенту, Тиму, у жены которого был рак на терминальной стадии, приснился следующий сон в ночь после того, как его жену незадолго до смерти пришлось госпитализировать из-за серьезных дыхательных проблем:

“Я только что вернулся из некоей поездки и обнаружил, что меня вытеснили в какую-то заднюю комнату. Кто-то со мной расправился. Эта комната вся была заполнена мягкой мебелью, фанерой, пылью; все было покрыто проволочной сеткой. Выхода не было. Это напомнило мне пьесу Сартра. Я чувствовал удушье. Я не мог дышать, что-то давило на меня. Я подобрал какую-то грубо сколоченную фанерную коробку или ящик. Она ударилась о стену или об пол, и один угол у нее был разбит. Этот разбитый угол на самом деле застрял в моем уме. Он как бы сделал зарубку. Я решил обсудить это с самым большим начальником. Я пойду прямо в верхи и буду жаловаться. Я пойду к вице-президенту. Затем я поднимался по очень элегантной лестнице с перилами из красного дерева и мраморными ступенями. Я был разгневан. Меня отодвинули в сторону. Они сделали это со мной. Потом я перестал понимать, кому мне следует жаловаться”.

Ассоциации Тима по поводу этого сна ясно показывали, что надвигающаяся смерть жены подтолкнула его к конфронтации с собственной смертью. Выделяющийся образ из этого сна, “делающий зарубку” разбитый угол фанерного ящика, напомнил ему разбитый корпус его автомобиля после серьезной аварии, в которой мой пациент едва не погиб. Фанерный ящик также заставил его подумать о простом гробе, который он должен будет заказать для жены (согласно похоронному ритуалу иудаизма). Во сне именно он оказывается в ситуации своей жены. Это он не может дышать. Это он отодвинут в сторону, пойман в ловушку, подмят чем-то давящим на него. Основные аффекты сна — гнев и недоумение. Он чувствовал гнев из-за того, что с ним происходит, но кому он мог адресовать жалобу? Он проснулся в состоянии глубокой растерянности по поводу того, к кому там, наверху, следовало бы обратиться.

В терапии этот сон открыл важные перспективы. Он открыл для пациента, находившегося до того в паническом состоянии, возможность сгруппировать свои чувства и работать осмысленным образом над каждой группой. Пациента захлестнула тревога смерти, с которой он пытался справиться, физически избегая жены и с помощью компульсивной сексуальности. Например, он по несколько раз в день мастурбировал в постели рядом с женой (я кратко описывал случай этого пациента в главе 4). После того, как мы открыто поработали над его тревогой по поводу собственной смерти, он в конце концов смог оставаться рядом с женой, успокаивать ее, обладая

ею, и благодаря этому в значительной мере избежал чувства вины после ее смерти. После смерти жены терапия Тима фокусировалась как на утрате, так и на его собственной экзистенциальной ситуации, увидеть которую более ясно ему помогла смерть жены. Например, он всегда был ориентирован на успех, но теперь стал спрашивать: "Для кого я работаю?" "Кто увидит это?" Постепенно Тиму начало открываться то, что закрывали от него постоянный уход за женой и его одержимость сексом — его изоляция и смертность. После смерти жены он вел беспорядочную половую жизнь, но постепенно сексуальная охота потеряла для него свою привлекательность, и он стал задаваться вопросом, что же он хочет делать в этой жизни для себя самого. Так начался невероятно плодотворный период терапии; в течение последующих месяцев Тим прошел через значительные личностные изменения.

Потеря сына или дочери — самая тяжелая и горькая утрата. Мы одновременно оплакиваем свое дитя и себя самих. В такой момент мы чувствуем, что жизнь нанесла нам удары сразу со всех сторон. Родители вначале проклинаят вселенскую несправедливость, но вскоре начинают понимать: то, что казалось им несправедливостью, на самом деле — космическое безразличие. Они также получают свидетельство ограниченности своей власти: никогда прежде у них не было большей мотивации к действию и в то же время они беспомощны, они не могут уберечь незащищенного ребенка. Как за днем следует ночь, так за этим уроком следует другой горький урок: и мы сами, в свою очередь, не будем защищены.

Психиатрическая литература, посвященная горю, не акцентирует эту динамику, сосредоточиваясь вместо этого на чувстве вины (ассоциированной, как считается, с неосознаваемой агрессией), переживаемом родителями из-за смерти ребенка. Ричард Гарднер (Richard Gardner)¹⁰ эмпирически исследовал родительскую утрату, систематически интервьюируя и тестируя большую выборку родителей, дети которых страдали смертельной болезнью. Он подтвердил, что многие родители испытывали значительное чувство вины; однако, по его данным, вина в четыре раза чаще является попыткой родителя смягчить свою экзистенциальную тревогу, "контролируя неконтролируемое", чем обуславливается "неосознаваемой агрессией". Ведь если мы виним себя за то, что должны были сделать нечто и не сделали, — значит, что-то могло быть сделано. Это гораздо более утешительная ситуация, чем суровые экзистенциальные факты жизни.

Потеря ребенка включает в себе еще одно зловещее послание для родителей. Она сигнализирует о крушении их основного предприятия по достижению бессмертия: их не будут помнить, их семя не укоренится в будущем.

Вехи. Все, что ставит под сомнение устойчивое мироощущение пациента, может помочь терапевту раздвинуть его защиты и дать ему увидеть экзистенциальную подкладку жизни. Хайдеггер особо подчеркивает, что мы отдаем себе отчет в работе механизма лишь тогда, когда он внезапно ломается¹¹. Только после того, как защиты от тревоги смерти устранены, мы начинаем полностью осознавать, от чего они нас заслоняли. Поэтому терапевт при желании всегда может отыскать экзистенциальную тревогу у пациента, в жизни которого происходит значимое событие, особенно если оно необратимо. Ближайшие примеры таких событий — расставание и развод супругов. Связанные с ними переживания настолько болезненны, что терапевты часто совершают ошибку, сосредоточиваясь исключительно на облегчении страдания и упуская открывающийся шанс для глубокой терапевтической работы.

Для некоторых пациентов экстремальной ситуацией является скорее принятие на себя обязательств в отношениях, чем их прекращение. Обязательства приносят оттенок финальности, и многие люди не могут решиться на постоянные отношения, потому для них они означают "это все" — больше никаких новых возможностей, никаких восхитительных видений длящейся власти. В главе 7 я буду говорить о том, что необратимые решения пробуждают экзистенциальную тревогу именно потому, что они исключают другие возможности и конфронтируют индивида с "невозможностью дальнейшей возможности".

Переход к психологической зрелости нередко особенно труден. В возрасте около двадцати лет у многих людей возникает острая тревога по поводу смерти. Более того, описан клинический синдром юношеского возраста, названный "ужасом перед жизнью" (terror of life). Он заключается в выраженной ипохондрии и поглощенности мыслями о старении тела, о быстром течении времени и неизбежности смерти¹².

Терапевты, которым приходилось лечить ординаторов в клинике (это лишь один пример), иногда отмечают значительную экзистенциальную тревогу у тридцатилетних, завершивших, наконец, обучение и впервые сталкивающихся с необходимостью оставить студенческую идентичность и взглянуть на мир глазами взрослого. Я давно сделал наблюдение, что психиатрических

ординаторов незадолго до окончания обучения на некоторое время охватывает серьезное смятение, корни которого находятся значительно глубже таких актуальных забот, как финансы, выбор места приема и формирование системы привлечения пациентов для частной практики. Жак (Jacques) в своем замечательном эссе "Смерть и кризис середины жизни" подчеркивает, что мысли о смерти особенно терзают человека в середине жизни¹³. В этот период нас порой преследует зачастую неосознаваемая идея, что мы "перестали расти и начинаем стареть". В первую половину жизни "добываясь независимой зрелости", мы приходим ко времени расцвета (Юнг называл сорокалетний возраст "полуднем жизни"¹⁴) лишь для того, чтобы остро осознать ожидающую нас смерть. Один трицатилетний пациент, в процессе своего анализа остро осознавший смерть, изложил это следующим образом: "До сих пор жизнь казалась бесконечным подъемом с одним лишь дальним видом горизонта впереди. А теперь вдруг я словно достиг гребня горного хребта, и впереди простирается уходящий вниз склон с видимым концом дороги — правда, достаточно далеко, — где зримо присутствует смерть". Жак отметил трудность преодоления многослойной защиты отрицания смерти и привел пример случая, когда он помог пациенту осознать смерть, анализируя его неспособность оплакивать смерть друзей. Угроза карьере или уход на пенсию (прежде всего для тех, кто верит в жизнь как непрерывно восходящую спираль) может быть особо мощным стимулом для усиления сознания смерти. Недавнее исследование лиц, в середине жизни радикально поменявших свою профессию, обнаружило, что многие из них решение "выпасть" из рутины или упростить свою жизнь приняли в результате столкновения со своей экзистенциальной ситуацией¹⁵.

Терапевт может воспользоваться такими обычными жизненными вехами, как дни рождения и юбилеи. Эти знаки течения времени вызывают глубинную боль (побуждающую обычно к формированию реакции — радостному празднованию). Иногда поводом к росту экзистенциального сознания бывают повседневные свидетельства старения. Даже внимательный взгляд в зеркало может открыть проблему. Одна пациентка рассказала мне, что говорит себе так: "Я — маленький гном. Внутри я — маленькая Изабелла, но снаружи — старая дама. Мне — шестнадцать, переходящие в шестьдесят. Я отлично знаю, что другим полагается стареть, но почему-то никогда не думала, что это приключится со мной". Появление признаков старости, таких как потеря выносливости, старческие бляшки на коже, уменьшение подвижности суставов, морщины, облысение и даже просто осознание, что получаешь удовольствие от "стариковских" занятий — смотреть, гулять, безмятежно проводить время, — может послужить стимулом к осознанию смерти. То же самое относится к рассматриванию собственных старых фотографий; к обнаружению своего внешнего сходства с родителями в возрасте, когда они уже воспринимались как старики; к встрече с друзьями после долгого перерыва, когда оказывается, что они так постарели. Терапевт, который внимательно слушает, сможет использовать любое из этих вполне обыкновенных событий. Он может также тактично спровоцировать подобную ситуацию. Фрейд, как я уже рассказал в главе 1, безо всяких угрызений совести дал фройляйн Элизабет задание поразмышлять на могиле сестры.

Тщательный мониторинг сновидений и фантазий неизменно дает материал для усиления сознания смерти. Всякий тревожный сон — это сон о смерти; исследование пугающих фантазий о вламывающихся в дом неизвестных агрессорах приводит нас к страху смерти. Обсуждение вызвавших беспокойство телевизионных шоу, кинофильмов или книг также дает существенный материал.

Тяжелая болезнь — столь явный катализатор, что ни один терапевт не оставит эту золотую жилу неразработанной. Нойес (Noyes) исследовал две сотни пациентов, которые в результате внезапного заболевания или несчастного случая едва не умерли, и обнаружил, что многие из них (25 процентов) испытали новое для себя сильнейшее переживание всемогущества и близости смерти. Один из его испытуемых заметил: "Я привык считать, что смерть никогда не наступит, а если и наступит, мне будет к тому времени восемьдесят лет. Но теперь я понимаю, что она может случиться в любой момент, в любом месте, независимо от того, как вы проводите свою жизнь. Люди имеют очень ограниченное восприятие смерти, пока не столкнутся с ней лицом к лицу". Другой описал свое сознание смерти в следующих понятиях: "Я увидел смерть в ткани жизни и подтвердил это сознанием. Я не боюсь жить, так как чувствую, что в процессе моего бытия смерть играет свою роль". Несколько испытуемых Нойеса сообщили об усилении ужаса смерти и переживания своей уязвимости, но для огромного большинства возросшее осознание смерти явилось позитивным опытом, приведшим к более интенсивному ощущению ценности жизни и конструктивной переоценке жизненных приоритетов¹⁶.

Искусственные средства усиления сознания смерти. Нередко терапевты обнаруживают, что

естественные напоминания о присутствии смерти при всем их обилии недостаточно мощны, чтобы преодолеть постоянно активное отрицание пациента. Поэтому многие терапевты искали наглядные пути приведения пациентов к встрече с фактом смерти. В прошлом умышленные и неумышленные напоминания о смерти были распространены намного больше, чем теперь. В келье средневекового монаха обыкновенно помещался человеческий череп — для напоминания о мимолетности жизни. Джон Донн (John Donne), британский поэт и священнослужитель XVII века, проповедуя своей пастве “Обратите свой взор в вечность”, облачался в похоронный саван; еще ранее Монтень в великолепном эссе “Философствовать значит учиться умирать” сумел многое сказать на тему намеренных напоминаний о нашей смертности:

“...Мы разбиваем свои кладбища рядом с церквями и в самых населенных частях города, чтобы (говорит Ликург) приучить простых людей, женщин и детей, не впадать в панику при виде мертвого человека и чтобы постоянное лицезрение костей, надгробий и похоронных процессий напоминало нам о нашем положении... Некогда считалось, что кровопролитие придает пиршествам дополнительную прелесть/ Присоединяя к пище зрелище вооруженных бойцов/ И гладиаторы падали среди чаш, и прямо на столы/ Обильно проливалась их кровь... И у египтян был обычай, согласно которому после празднества перед гостями появлялся мужчина, показывавший им изображение смерти и возглашавший: “Пейте и веселитесь, ибо когда умрете, станете как это”.

Поэтому я приучился поддерживать в себе постоянное присутствие смерти, не только в воображении, но и в языке. Ничто я не рассматриваю с такой страстью, как смерти людей: какие слова, какой вид, какое поведение находились у них для этого времени; нет ничего в историях, что я отмечал бы столь внимательно. Изобилие моих иллюстративных примеров свидетельствует об этом; воистину, я питаю особую слабость к этой теме. Будь я создателем книг, я бы составил снабженный комментариями реестр различных смертей. Тот должен учить людей жить, кто учит их умирать”¹⁷.

Некоторые терапевты, использовавшие ЛСД в качестве подспорья для психотерапии, полагают, что важный механизм действия ЛСД обусловлен приведением пациента в драматическую конфронтацию со смертью¹⁸. Другие терапевты высказывали мысль, что эффект шоковой терапии (электрошоковой, метразоловой, инсулиновой) связан с переживанием смерти и нового рождения¹⁹.

Некоторые ведущие групп встреч применяли своего рода “экзистенциальную шоковую” терапию, предлагая каждому члену группы написать эпитафию или некролог самому себе. Мастерские под названием “Место назначения”, проводимые для страдающих тревогой, усталостью и раздражением административных служащих в бизнесе, обычно начинают с такого структурированного упражнения:

“На пустом листе бумаги начертите отрезок. Один его конец представляет ваше рождение, другой — вашу смерть. Поставьте крестик на том месте, где вы находитесь сейчас. Поразмышляйте над этим примерно пять минут”.

Это короткое простое упражнение почти всегда вызывает мощные и глубокие реакции.

В больших группах для усиления осознания смертности используется упражнение “вызов”^{*}.

Группу разделяют на тройки и дают задание беседовать. Имена участников группы пишутся на отдельных листках бумаги; листки помещаются в сосуд, затем их вслепую вынимают по одному и выкликают написанные на них имена. Тот, чье имя названо, прерывает разговор и поворачивается спиной к остальным. Многие участники сообщают, что в результате этого упражнения у них возросло осознание случайности и хрупкости существования.

Некоторые терапевты и ведущие групп встреч для усиления осознания смерти использовали технику направленного фантазирования. Людей просили представить себе свою смерть. “Где она произойдет?” “Когда?” “Как?” “Опишите подробную фантазию на эту тему”. “Вообразите свои похороны”. Профессор философии описывает ряд упражнений, используемых им в учебной аудитории для усиления осознания смерти. Например, студентам предлагается написать себе некролог (свои “реальный” и “идеальный” некрологи), зафиксировать свои эмоциональные реакции на трагическую историю смерти шестилетнего сироты и написать сценарий собственной смерти²⁰.

Групповой опыт переживания “жизненного цикла”, предложенный Эллиотом Аронсоном и Энн Дрейфус (Elliot Aronson, Ann Dreyfus) на летней программе Национальной тренинговой

лаборатории (National Training Laboratory) в Бетеле, штат Мэн, помогал участникам сфокусироваться на основных вопросах каждой стадии жизни. В отрезок времени, посвященный старости и смерти, они целые дни жили жизнью стариков. Им была дана инструкция ходить и одеваться как старые люди, припудрить волосы и стараться играть конкретными хорошо знакомыми им стариками. Они посещали местное кладбище. В одиночестве гуляли по лесу, представляя в своем воображении, как они теряют сознание, умирают, как их обнаруживают друзья и как их хоронят²¹.

Сообщалось о проведении нескольких мастерских, посвященных сознанию смерти, где применялись структурированные упражнения, направленные на конфронтирование участников с их смертью²². Например, У.М. Уэлан (W.M. Whelan) описывает мастерскую, состоящую из одной восьмичасовой встречи группы из восьми человек, со следующей программой: 1) Участники заполняют вопросник, посвященный тревоге смерти, и обсуждают вызывающие тревогу темы. 2) Участники, находясь в состоянии глубокой мышечной релаксации, очень подробно, с охватом всех пяти чувств, воображают свою собственную (легкую) смерть. 3) Участникам предлагается составить список своих ценностей и затем представить себе ситуацию, связанную с тем, что убежище от радиоактивных осадков может спасти жизнь лишь ограниченному числу людей; каждый член группы, исходя из своей иерархии ценностей, должен аргументировать, почему он должен быть спасен (по словам авторов, это упражнение было придумано с целью воссоздания стадии сделки по Кьюблер-Росс). 4) Участникам группы, вновь приведенным в состояние глубокой мышечной релаксации, предлагают вообразить себе свою смертельную болезнь, возникающую в результате неспособности к коммуникации и, наконец, свои похороны²³.

Общение с умирающими. Какими бы волнующими ни были многие из этих упражнений, они все же остаются игрой воображения. Мы можем быть захвачены магией такого упражнения в течение некоторого времени, но работа отрицания включается быстро — и вот мы уже напоминаем себе о том, что пока еще существуем, а сейчас просто наблюдаем эти переживания. Стойкость и вездесущность отрицания, направленного на ослабление страха, явились причиной того, что несколько лет назад я начал заниматься терапией людей, страдающих смертельными заболеваниями, которые постоянно испытывают экстремальные переживания и не могут отрицать происходящее с ними. Я надеялся, что не только окажусь полезным этим пациентам, но также смогу применить то, чему научился в терапии физически здоровых индивидов. (Сформулировать это предложение было непросто, так как по сути данного подхода смерть является частью жизни с самого ее начала. Впоследствии я буду пользоваться выражением "обычная психотерапия" или, может быть, предпочтительно выражением "психотерапия насущно не умирающих".)

Сессии групповой терапии с терминальными пациентами часто бывают ярким событием, пробуждающим значительный аффект и активный обмен жизненной мудростью между участниками. У многих из этих пациентов есть чувство, что они немало узнали о жизни, но заблокированы в своих попытках быть полезными другим. Одна пациентка сказала об этом так: "Мне кажется, что я многому могла бы научить, но мои ученики не станут слушать". Я стал искать способы открыть "обычным" пациентам мудрость и силу умирающих. Ниже я опишу весьма ограниченный опыт применения двух различных подходов: 1) приглашение обычных психотерапевтических пациентов на встречи группы терминально больных в качестве наблюдателей; 2) включение пациента, страдающего раком на терминальной стадии, в обычную психотерапевтическую группу.

Обычные психотерапевтические пациенты как наблюдатели в группе терминально больных. Одной из пациенток, участвовавших в качестве наблюдателей в группе терминально больных, была Карен, о которой я рассказывал в главе 4. Основной психодинамический конфликт Карен был связан с ее всепоглощающим поиском значимого другого — конечного спасителя, — принявшим форму психического и сексуального мазохизма. При необходимости Карен была готова к самоограничению и причинению себе страдания ради привлечения внимания и протекции некой "высшей" фигуры. Групповая встреча, которую ей пришлось наблюдать, была особенной. Одна пациентка, Ева, сообщила группе о своем рецидиве рака, о котором она только что узнала. Она рассказала, что в это утро сделала то, что долго откладывала: написала детям письмо с инструкциями о том, как разделить всякие памятные мелочи. Помещая письмо в свой депозитный банковский сейф, она понимала как никогда прежде ясно, что ее действительно не станет. Я уже рассказывал в главе 4 о том, что она поняла: когда ее дети будут читать это письмо, ее не будет здесь, чтобы наблюдать или реагировать. Она сказала на группе о том, что лучше бы ей было проделать работу над отношением к смерти между двадцатью и тридцатью годами, чем ждать до теперешнего момента. Однажды, когда умерла одна из ее учительниц (Ева

была директором школы), она, вместо того чтобы скрыть смерть от школьников, организовала поминальную службу и открыто обсуждала с детьми тему смерти — смерть растений, животных, домашних зверей и смерть людей. Теперь она поняла, как была тогда права. Другие члены группы также поделились своими моментами полного осознания собственной смерти, и некоторые говорили о том, как это осознание послужило их росту.

Интересная дискуссия произошла в связи с рассказом одной из участниц о соседке, которая была совершенно здорова и вдруг внезапно умерла ночью. “Это идеальная смерть”, — заявила она. Другая участница не согласилась с ней, и представила убедительные аргументы в пользу того, что это неудачный вариант смерти: умершая женщина не имела возможности привести в порядок свои дела, завершить незавершенное, подготовить мужа и детей к своей смерти; наконец, бережно ценить оставшееся время жизни, как это научились делать некоторые члены группы. “Все равно, — фыркнула первая, — я бы хотела умереть именно так. Я всегда любила сюрпризы!”

Встреча, которую наблюдала Карен, вызвала у нее сильную реакцию. Непосредственно после этого она пришла ко многим глубинным инсайтам относительно себя, описанным в главе 4. Например, она поняла, что из-за страха смерти пожертвовала многим в своей жизни. Она так боялась смерти, что всю свою жизнь подчинила поиску конечного спасителя. Именно поэтому она в детстве притворялась больной, а будучи взрослой женщиной, оставалась больной и неблагополучной, чтобы не потерять своего терапевта. Наблюдая групповую встречу, она с ужасом осознала свою готовность болеть раком, лишь бы быть в этой группе и сидеть рядом со мной, — может быть, даже держать меня за руку (группа завершалась периодом медитации, когда все держались за руки). Когда я указал на очевидную вещь — а именно, на то, что вечных отношений не существует и что я, так же, как она, умру, — Карен ответила, что она бы нисколько не чувствовала себя одинокой, если бы могла умереть у меня на руках. Появление и дальнейшая терапевтическая проработка этого материала помогли Карен перейти на новый этап терапии — к рассмотрению вопроса о ее завершении, который она прежде не была готова обсуждать.

Другая обычная пациентка, наблюдавшая эту группу, — Сьюзен, жена видного ученого, который, когда ей было пятьдесят, подал иск о разводе. В браке она вела “опосредованное” существование: обслуживала мужа и грелась в лучах его успеха. Такой жизненный паттерн, нередкий в наши дни среди жен успешных мужей, имел неизбежные трагические последствия. Во-первых, Сьюзен не проживала свою жизнь: стремясь упрочить отношения со значимым другим, она выпустила из поля зрения саму себя — потеряла из виду свои желания, права, удовольствия. Во-вторых, пожертвовав собственными устремлениями, интересами, желаниями и спонтанностью, она стала менее вдохновляющим партнером и значительно более вероятным кандидатом на развод.

В нашей работе Сьюзен прошла через стадию глубокой депрессии и постепенно обратилась к своим активным чувствам, в отличие от реактивных, которыми всегда себя ограничивала. Она почувствовала свою агрессию — глубокую, сильную, полную жизни; почувствовала свое сожаление — не о потере мужа, а о потере себя на все эти годы; почувствовала себя оскорбленной всеми ограничениями, на которые она соглашалась. (Например, поскольку мужу были необходимы оптимальные условия для работы, в то время, когда он находился дома, ей не позволялось смотреть телевизор, говорить по телефону, работать в саду — его кабинет выходил в сад, и ее присутствие отвлекало его.) Сожаление о большой части жизни, растроченной таким образом, грозило раздавить Сьюзен, и задачей терапии являлось дать ей возможность наполнить остаток жизни новой энергией. После двух месяцев терапии она стала наблюдателем насыщенной и мучительной встречи “раковой” группы. Этот опыт затронул ее, и непосредственно вслед за тем она погрузилась в продуктивную терапевтическую работу, в конечном счете позволившую ей увидеть свой развод как спасение, а не как катастрофу. После терапии она переехала в другой город и несколько месяцев спустя написала мне отчетное письмо, в котором говорилось:

“Прежде всего, я подумала, что эти женщины, больные раком, не нуждаются в напоминаниях о неизбежности смерти, что осознание смерти помогает им видеть вещи и события в их подлинных пропорциях и корректирует наше обычно плохое чувство времени. Жизнь впереди может быть очень коротка. Жизнь драгоценна, не растрачивайте ее! Вкладывайте в каждый день как можно больше того, что вы цените! Пересмотрите свои ценности! Проверьте свои приоритеты! Не откладывайте! Делайте!

Что касается меня, то я растрачивала время впустую. В прошлом я то и дело остро ощущала, что

я лишь зритель или дублер, который смотрит пьесу жизни из-за кулис, но постоянно надеется и верит, что в один прекрасный день сам окажется на сцене. Конечно, были и моменты интенсивной жизни, но чаще жизнь воспринималась лишь как "репетиция" настоящей жизни, ожидающей впереди. А если смерть придет раньше, чем начнется "настоящая" жизнь? Трагично было бы осознать тогда, когда уже слишком поздно, что ты едва ли жила вообще".

Включение в обычную психотерапевтическую группу пациента, находящегося перед лицом смерти. "Смерть напоминает определенный тип лектора, — писал романист Джон Фаулз (John Fowles). — Вы не услышите практически ничего, пока не сядете в первый ряд"²⁴. Некоторое время тому назад я попробовал посадить в первый ряд семерых членов терапевтической группы (все они были обычными пациентами), включив в группу Чарльза, пациента с инкурабельным раком.

По этому эксперименту существует много данных. После каждой встречи я писал детальное резюме — как разговорного потока, так и самого процесса — и отправлял его по почте участникам группы (метод, который я использовал в группах многие годы)²⁵. Кроме того, поскольку каждую групповую встречу наблюдали из-за одностороннего зеркала и затем подробно анализировали десять психиатрических ординаторов, эта группа стала предметом массированного изучения. На основе всех наблюдений и записей я выбрал для обсуждения некоторые из основных характеристик группы, проявившихся в первые двенадцать месяцев после присоединения к ней Чарльза.

Группа включала проходящих (не стационарированных) пациентов и проходила еженедельно в течение полутора часов. Это была открытая группа: по мере того, как состояние участников улучшалось и они покидали группу, на их место приходили другие. К моменту появления Чарльза двое членов группы провели в ней уже два года, а четверо остальных посещали ее различные периоды времени — от трех до восемнадцати месяцев. Возраст участников колебался от двадцати семи до пятидесяти лет. Типы психопатологии в целом можно было отнести к невротическим или характерологическим, хотя у двоих членов присутствовали пограничные черты.

Чарльзу было тридцать восемь лет; он работал зубным врачом и был разведен. За три месяца до обращения ко мне он узнал, что болен формой рака, не поддающейся ни терапевтическому, ни хирургическому лечению. На нашем первичном интервью он подчеркнул, что не ощущает потребности в помощи для сосуществования со своим раком. Он провел много дней в медицинских библиотеках в поисках информации о ходе, лечении и прогнозе своего рака. Он принес с собой график предполагаемого клинического течения своего заболевания вместе с выводом, что в его распоряжении осталось от полутора до трех лет хорошей, полезной жизни, вслед за которым наступит быстрый, в течение года, спад. Я помню два своих сильных впечатления во время этого интервью. Во-первых, я был изумлен отсутствием эмоций. Чарльз казался отстраненным, как если бы говорил о ком-то постороннем, которому выпало несчастье подцепить редкую болезнь. Во-вторых, хотя его изоляция от собственных чувств покорила меня, я не мог не заметить, что в данном случае это его свойство отлично ему служило. Чарльз подчеркнул, что со своим страхом смерти сладит сам, но желал помощи в том, чтобы извлечь как можно больше из оставшейся ему жизни. Рак побудил его произвести ревизию удовольствий, получаемых им в жизни, и он обнаружил, что существенных удовлетворений помимо работы у него набирается немного. Он особенно хотел помощи в том, чтобы улучшить качество отношений с другими людьми. Он чувствовал себя отчужденным от других; ему не доставало личностной близости, которой, как он видел, имеют счастье располагать столь многие. Его отношения с женщиной, с которой он жил в течение трех лет, были очень напряженными, и он отчаянно желал научиться выражать и получать любовь, существовавшую между ними лишь подобно куколке в коконе.

В течение некоторого времени я старался найти больного раком, которого можно было бы ввести в обычную психотерапевтическую группу, и Чарльз показался мне идеальной кандидатурой. Он искал помощи в тех самых сферах, где терапевтическая группа может быть особенно полезной; кроме того, я предположил, что и Чарльз будет невероятно полезен другим членам группы. Было очевидно, что Чарльзу непривычно просить помощи: его запрос, неуклюжий и косноязычный, но в то же время неотложный и искренний, не допускал отказа.

Терапия семи человек, связанных между собой хитросплетениями терапевтической группы, весьма сложна; в течение последующих двенадцати месяцев возникали, обсуждались и порой прорабатывались удивительно замысловатые ряды проблем меж- и внутриличностного характера. Конечно же, я не в состоянии описать все это; я предпочту сосредоточить внимание на Чарльзе и на взаимном влиянии его и остальных членов группы.

Опережая самого себя, хочу заявить: присутствие человека, находящегося перед лицом смерти, не оказало на терапевтическую группу подавляющего действия. Атмосфера группы не стала болезненной, эмоциональный климат не затемнился, взгляд не стал суженным или фаталистичным. Чарльзу работа в группе дала многое; с другой стороны, его ситуация углубила уровень обсуждения для каждого из остальных членов. Группа не стала монотонной — затрагивался все тот же широкий спектр жизненных вопросов. Следует отметить, что были периоды господства массового отрицания, когда на протяжении целых недель рак Чарльза был почти забыт.

Момент самораскрытия является весьма существенным в психотерапии — в группе оно не менее важно, чем в индивидуальной терапии. В то же время важно, чтобы члены группы не воспринимали ее как принудительную исповедальню. Поэтому на ориентирующей сессии с Чарльзом перед его включением в группу я не преминул пояснить ему (так же, как поясняю всем новым членам): чтобы получить помощь от группы, он должен быть совершенно честен относительно своего физического состояния и психологических забот, но проявлять честность следует в приемлемом для него темпе. Соответственно, Чарльз посещал группу десять недель, прежде чем сообщил ее участникам о своем раке. Смотри ретроспективно, можно сказать, что его решение умолчать об этом на первых порах было мудрым. Группа всегда воспринимала Чарльза не как “ракового больного”, а как человека, у которого рак.

Одна из базовых аксиом групповой психотерапии общения состоит в том, что для каждого из ее членов группа становится социальным микрокосмом. Каждый из них рано или поздно начинает взаимодействовать с другими членами группы так же, как с людьми вне группы. Таким образом, каждый создает себе характерную социальную нишу. Это быстро произошло и с Чарльзом. В течение первых нескольких встреч, которые он посетил, участники группы заметили, что многие их утверждения встречали у него либо равнодушие, либо критическое и оценочное отношение. Постепенно они поняли, что он изолирован, ему трудно сблизиться с людьми, он не может ни переживать, ни выражать свои чувства и критичен по отношению к себе.

Особенное нетерпение и чувство превосходства он проявлял по отношению к женщинам в группе. Он воспринимал их как “надоедливых”, “ребячливых” или же “несерьезных”, и их мнение значило для него немного. С одной из женщин он был нетерпелив из-за недостаточной логичности ее мышления и обычно отвергал ее интуитивные комментарии как нечто вроде “помехи” или “шума” на линии связи. Однажды, когда трое остальных мужчин группы отсутствовали, Чарльз почти ничего не говорил, считая ниже своего достоинства участвовать в целиком женской группе. Для него было важно признать, понять и разрешить свои установки по отношению к женщинам группы — это помогло бы ему понять определенные фундаментальные источники конфликта между ним и женщиной, с которой он жил.

Хотя эти проблемы играли существенную роль в межличностном конфликте Чарльза и выводили на темы, над которыми он хотел работать, в группе, тем не менее, сохранялось немало замешательства на его счет. Периодически в течение первых нескольких групповых встреч, происходивших в присутствии Чарльза, участники отмечали, что они не знают его по-настоящему, что он кажется им закрытым, неестественным, отчужденным. (Еще одна аксиома групповой терапии состоит в том, что у члена группы, скрывающего что-то важное, возникает тенденция общей скованности. Человек, имеющий секрет, не только утаивает сам секрет, но также становится осторожен при обсуждении всех тем, которые могут так или иначе к нему привести.) В конце концов на десятой сессии Чарльз, благодаря поддержке участников группы и терапевтов, решил больше открыться и рассказал о своем раке примерно в такой же манере, как во время наших индивидуальных сессий: отстраненно, деловито, со множеством теоретических деталей.

Участники группы отреагировали на откровения Чарльза по-разному. Несколько человек сказали о его мужестве и о том, какой образец он им дал. На одного из них особенное впечатление произвели слова Чарльза о его цели, стремлении получить как можно больше от оставшейся ему жизни. Этот пациент, Дэйв, осознал, насколько он откладывает свою жизнь на будущее и мало наслаждается настоящим.

У двух участников реакции были тяжелые и неадекватные. Одна из них, Лина (о которой я кратко писал в главе 4), потеряла обоих родителей в раннем возрасте, и с тех пор у нее сохранился ужас перед смертью. Она искала защиты от конечного спасителя и оставалась пассивной, зависимой, ребячливой. Неудивительно, что Лина была испугана, а ее реакция оказалась агрессивной и причудливой: она решила, что у Чарльза тот же тип рака, который явился причиной смерти ее матери и самым неуместным образом, с мрачными деталями

принялась описывать группе физическую деградацию, происходившую с ее матерью. Другая пациентка, сорокалетняя Сильвия, испытывавшая сильную тревогу смерти, немедленно загорелась гневом на пассивность Чарльза перед лицом смерти. Она ругала его за то, что он не обращался к иным возможным источникам помощи: к исцеляющим с помощью молитвы, к филиппинским психирургам, к мегавитаминам и т.д. Когда кто-то из членов группы встал на защиту Чарльза, возник горячий диспут. Сильвию так испугал рак Чарльза, что она попыталась затеять конфликт в надежде под этим предлогом выйти из группы. Реакция Сильвии на Чарльза в течение года продолжала оставаться бурной. Длительный контакт с ним пробудил в ней сильнейшую тревогу, которая привела к краткой декомпенсации, но в конце концов здоровым образом разрешилась. Поскольку клиническая динамика Сильвии ярко иллюстрирует некоторые важные принципы контроля и проработки тревоги смерти, ниже в этой главе я опишу ее терапию подробно.

В течение последующих нескольких недель в группе произошло несколько важных событий. Одна из участниц, педиатрическая медицинская сестра, впервые рассказала об эмоциональной близости, возникшей у нее с одним из ее пациентов, десятилетним ребенком, который умер несколько месяцев назад. Она мучительно сознавала тот факт, что этот ребенок даже отпущенный ему короткий десятилетний срок прожил более полно, чем живет свою жизнь она. Смерть этого ребенка и смертельное заболевание Чарльза побудили ее к попыткам преодолеть ограничения, наложенные на себя собственноручно, и пробиться к большей глубине жизни. Другой пациент, Дон, на протяжении многих месяцев был вовлечен в трансферентную борьбу со мной. Испытывая глубокую потребность в моем совете и руководстве, он тем не менее не раз вступал в противостояние со мной, иногда выражавшееся в несколько деструктивной форме. Например, он систематически находил возможность социального взаимодействия с каждым членом группы вне группы. Хотя мы не раз обсуждали факт саботирования Доном групповой работы, ему было важно найти в группе союзников против меня. После того, как Чарльз открыл группе, что болен раком, чувства Дона по отношению ко мне начали меняться, напряжение и антагонизм между нами явственно уменьшились. Дон отметил, как сильно я изменился за недели, прошедшие со времени вступления Чарльза в группу. Он заявил, что ему трудно выразить это словами, но затем внезапно выпалил: "Почему-то я теперь знаю, что вы не бессмертны". Он смог теперь подробно обсудить на группе некоторые из своих фантазий, касающихся конечного спасителя, — веру в мою непогрешимость, а также в мою способность определить его будущее с величайшей несомненностью. Он смог выразить свою агрессию по поводу того, что, как ему казалось, я не желаю дать ему то, что на самом деле способен дать. Присутствие Чарльза напоминало Дону, что я, так же как и он, должен буду встретиться со смертью, что в этом все мы едины и равны; как сказал Эмерсон: "Давайте не будем горячиться, потому что через сотню лет это будет совершенно неважно". Борьба со мной внезапно представилась ему глупой и банальной, и вскоре мы из противников превратились в союзников.

Отношение Лины к Чарльзу было крайне сложным. Вначале она обнаружила, что ее переполняет гнев на него из-за своего ожидания, что он покинет ее так же, как это сделали мать и отец. Впервые она начала вспоминать события, связанные со смертью матери (это произошло, когда Лине было пять лет). Она вновь и вновь возрождала это переживание в своей памяти. Ее мать перед смертью очень исхудала; в первые месяцы пребывания Чарльза в группе Лина была аноректична и пугающе потеряла в весе. Она была настолько подавлена смертью близких людей, что для дальнейшей жизни избрала состояние своего рода анабиоза. Ее жизненная формула гласила: "Никаких дружб, никаких потерь". Имея четырех престарелых бабушек и дедушек, Лина каждый день с ужасом ожидала известия о смерти кого-то из них. Ее ужас был так велик, что она лишила себя удовольствия лучше узнать их и сблизиться с ними. Однажды в группе она сказала: "Я бы хотела, чтобы они не тянули и умерли наконец, и с этим было бы покончено". Постепенно она сломала в себе этот стереотип и позволила себе мучительно потянуться к Чарльзу. Она осторожно начала прикасаться к нему — например, помогая ему снять пальто в начале встречи. Он неизменно оставался для нее самым значимым человеком в группе, и, приняв тот факт, что глубокое удовольствие от близости к нему стоило страданий предстоящей разлуки, она постепенно стала способна установить другие важные для нее отношения. Таким образом, в конечном счете она смогла извлечь значительную пользу из опыта участия в группе вместе с Чарльзом. За то время, пока они вместе были в группе, она вернула потерянный вес, ее суицидальные устремления исчезли, депрессия прошла и после трех лет безработицы она нашла ответственную и удовлетворяющую ее работу.

Другая участница получила от "сидения в первом ряду" пользу другого рода. Она была

разведена, имела двух маленьких детей, большей частью испытывала по отношению к ним возмущение и раздражение. Лишь время от времени, когда один из них бывал болен или ушибался, она в состоянии была ощутить в себе позитивные нежные чувства. Благодаря отношениям с Чарльзом она остро и живо осознала, что время движется и жизнь конечна. Постепенно она смогла черпать из источника любви к своим детям и без провокации в виде болезней, несчастных случаев и других сильных напоминаний о смертности.

Участники группы переживали глубокие эмоции, но аффект никогда не был настолько мощным, чтобы стать недоступным для ассимиляции и проработки. Несомненно, этим мы в основном были обязаны манере Чарльза. Он редко обнаруживал признаки проявления или переживания глубокого аффекта. Это было очень полезно в групповой работе, поскольку позволяло обозначать аффект: эмоция появлялась медленно и в управляемых объемах. Однако в конце концов тенденция Чарльза подавлять эмоции стала объектом непосредственного наблюдения. Одна групповая встреча, происходившая примерно через два месяца после прихода Чарльза в группу, в этом смысле особенно показательна. Чарльз выглядел угнетенным и начал встречу необычным образом, заявив, что у него есть некоторые вопросы, которые он хотел бы задать терапевту. Вопросы имели общий характер, и его ожидание точных, авторитетных ответов было нереалистичным. Он спрашивал о конкретных техниках, которые помогли бы ему преодолеть свою дистанцированность от других, и о конкретной рекомендации для разрешения конфликта со своей подругой. Он задавал свои вопросы словно инженер, ищущий эффективное решение технической задачи, и явно ожидал ответов в том же духе.

Группа попыталась ответить на вопросы Чарльза, но он непременно хотел услышать лидера и раздраженно отмахивался от остальных. Но участники группы не дали заткнуть себе рот и поделились своими чувствами гнева и обиды на то, что их так исключают. Один участник мягко поинтересовался, не связано ли отчаяние, звучащее в вопросах Чарльза, с его ощущением уходящего времени и потребностью увеличить эффективность группового процесса. Постепенно группа тактично помогла Чарльзу рассказать о том, что зрело последние несколько дней глубоко внутри него. Со слезами на глазах он признался, что ужасно потрясен двумя событиями: он смотрел большой телевизионный фильм о смерти ребенка от рака и в связи со своей профессией стоматолога присутствовал на длительной и "страшной" конференции, посвященной раку ротовой полости.

Получив эту информацию, группа вновь обратилась к необычному поведению Чарльза на нынешней встрече. Его настойчивость в стремлении получить от терапевта точный ответ на свой вопрос выражала желание, чтобы о нем позаботились. По его словам, он ходил вокруг этого круга, потому что боялся открыто выразить "извергающиеся" из него чувства. Чарльзу казалось, что если бы ему самому были предложены такие экспансивные, подавляющие чувства, он был бы этим парализован.

Исходные вопросы Чарльза получили на этой встрече ответ не через "содержание" (то есть конкретные советы терапевта), а через анализ "процесса" (то есть анализ его отношений с другими людьми). Он понял, что его трудности в достижении близости с другими, включая бывшую жену и нынешнюю подругу, были связаны с его подавлением аффекта, страхом "извержения" чувств со стороны других, с его критицизмом и отвержением по отношению к равным в надежде получить концептуальное мнение авторитетной фигуры.

Несколько недель спустя произошел сходный эпизод, который подтвердил и подкрепил для Чарльза тот же самый урок. В начале встречи Чарльз был настроен воинственно. Он часто сокрушался объемом алиментов, которые должен был платить, и в тот день прокомментировал газетную статью, демонстрирующую, как женщины и адвокаты, ведущие бракоразводные дела, эксплуатируют беспомощных мужчин. Затем он распространил этот комментарий на женщин в группе и одним махом обесценил вклад их всех. Когда группа вновь обратилась к тому, что с ним происходит, Чарльз поведал о некоторых эмоционально нагруженных событиях последних двух дней. Его единственный ребенок только что уехал из дома в колледж, и их последний проведенный вместе день разочаровал Чарльза. Он очень хотел сказать своему сыну о том, как сильно любит его. Однако они в последний раз поели вместе в безмолвии, и Чарльз был в отчаянии от потери этой драгоценной возможности. С момента отъезда сына Чарльза преследовали мысли такого рода: "Что следующее?", "Все — словно в последний раз". Он почувствовал, что входит в новую и завершающую фазу своей жизни. Он сказал, что не боится смерти или боли; чего он на самом деле боится, так это бессилия и беспомощности.

Понятно, что страх перед бессилием и беспомощностью есть у каждого, но Чарльзу он внушал особенный ужас, проявляющийся в его нежелании признавать свою уязвимость или обращаться

за помощью. На той встрече Чарльз, вместо того чтобы открыто рассказать о своем страдании и попросить помощи, повел себя отчужденно и воинственно. Его рак рано или поздно сделает его физически зависимым от других, и он жил в паническом страхе перед этим днем. Группа создала возможность постепенного ослабления этого страха благодаря тому, что множество раз позволила ему раскрыть свое чувство незащищенности и обратиться за помощью к другим. Один из участников группы, Рон, посещавший группу свыше двух лет, очевидно пришел в достаточно хорошее состояние, чтобы покинуть ее, и уже в течение некоторого времени подумывал о завершении терапии. Кроме того, он был влюблен в Ирен, одну из участниц группы, и в его присутствии ей было трудно надлежащим образом участвовать в групповой работе. Всякий раз, когда члены терапевтической группы образуют подгруппу или, в частности, диаду, лояльность по отношению к которой для них становится более значимой, чем их преданность базовой задаче исходной терапевтической группы, — терапевтическая работа неизменно терпит серьезный урон. Отношения между Роном и Ирен достигли этой фазы, и на одной из сессий я не только поддержал решение Рона выйти из группы, но настолько откровенно подталкивал его к этому, что он поспешил осуществить свое решение. Первая сессия после ухода Рона была бурной. Существует еще одна аксиома относительно малой терапевтической группы, состоящая в том, что члены группы, испытавшие воздействие общего стимула, имеют высоко индивидуальные реакции на этот стимул. Данный феномен может иметь лишь одно объяснение: каждый член группы имеет свой особый внутренний мир. Поэтому исследование различающихся ответов на один стимул зачастую очень плодотворно для терапии.

Особенно примечательны были реакции Сильвии и Лины. Обе почувствовали чрезвычайную угрозу для себя. Они были уверены, что я вышвырнул Рона из группы, — хотя эту точку зрения не разделяли остальные участники. Более того, они восприняли мое решение как высшую степень произвола и несправедливости. Они были рассержены, но боялись выразить свою агрессию, чтобы не быть тоже изгнанными.

Работа над этими чувствами привела к исследованию главной защитной структуры Лины и Сильвии — веры в освобождение, которое принесет конечный спаситель. Обе испытывали такой ужас перед перспективой быть покинутыми мною, что предпринимали невероятные усилия, стараясь задобрить и умиротворить меня. Стремясь оставаться рядом со мной, они обе на бессознательном уровне сопротивлялись улучшению, а на сознательном предпочитали не сообщать группе об изменениях, которые могли бы быть расценены как позитивные. Благодаря присутствию в группе Чарльза их страх быть оставленными — в конечном счете, страх смерти — практически вышел на поверхность. Обе они постепенно осознали, что их реакция на ситуацию была преувеличенной — что уход Рона был правильным решением как для него самого, так и для группы, и никто, кроме них, не опасается быть исключенным из группы. В конце концов они поняли, что их реакция на этот инцидент отражала их поведение в целом: их зависимость, страх быть оставленными, тенденцию к самоинвалидации.

Реакция Чарльза на выход Рона из группы была такой же сильной, как и его последующие реакции на подготовку других членов группы к завершению терапии. Он сказал, что это вызывает у него реальную физическую боль в середине груди. Он чувствовал себя так, как если бы из него вырывали что-то, и возможный роспуск группы представлял для него величайшую угрозу. На одной из встреч он — тот самый Чарльз, который несколько месяцев назад назвал себя эмоционально стерильным и заявил, что нет человека, который бы для него что-то значил, — рассказал группе, как много они значат для него, и со слезами, текущими по лицу, поблагодарил их, как он выразился, за спасение своей жизни.

Однажды один молодой человек заявил в группе любопытную вещь: он завидует смертельной болезни Чарльза; если бы у него самого была такая болезнь, это, может быть, подвигло бы его сделать что-то большее из своей жизни. Группа не замедлила напомнить этому молодому человеку, что он, вне всякого сомнения, несет в себе смерть, и разница между Чарльзом и всеми остальными не больше, чем разница при сидении в первом или в последнем ряду. Чарльз часто пытался донести это до других членов группы. Как-то раз один из более пожилых участников группы жаловался, что “растратил” свою жизнь: в ней было столько упущенных возможностей, столько не получивших развития потенциальных дружб, столько неиспользованных профессиональных шансов. Он был полон жалости к себе и, преследуемый угрызениями совести, пережевывал прошлое, избегая таким образом жизни в настоящем. Пример Чарльза был особенно полезен для него, с неотразимой убедительностью указав, что он-то как раз еще не растратил всю свою жизнь, а в данный момент находится в процессе ее “растрачивания”. Члены группы время от времени получали напоминание, что Чарльз болен раком и должен

умереть в не слишком отдаленном будущем. Каждый периодически бывал конфронтрован со смертью Чарльза так же, как и со своей собственной. Одна участница, которой всегда было свойственно отрицание смерти, отметила, что жажда жизни Чарльза, его мужество и его способ обращения со своей смертью дали ей силу и образец как для жизни, так и для смерти. На момент написания этих строк Чарльз остается активным членом группы. Он надолго пережил свой прогноз и находится в хорошем физическом состоянии. Более того, он достиг своих первичных целей терапии. Он в большей степени чувствует себя человеком и уже не изолирован: его отношения с другими стали значительно более открытыми и близкими. Вместе со своей подругой он принял участие в терапии пар, и их отношения в значительной мере улучшились. Его присутствие в группе глубоко затронуло почти всех участников; опыт отношений с Чарльзом для каждого из них способствовал тому, чтобы замкнутость в относительно узком диапазоне существования отступила перед стремлением ощутить жизнь во всей ее широте и интенсивности.

Смерть как первичный источник тревоги

Концепция смерти предоставляет психотерапевту два фундаментальных инструментальных подхода. Первый из них я обсудил: смерть — событие столь грандиозной важности, что при правильном отношении конфронтация с ней может привести к изменению жизненной перспективы и явиться стимулом к аутентичному погружению в жизнь. Второй, к которому я собираюсь сейчас обратиться, основан на предпосылке, что страх смерти составляет первичный источник тревоги, присутствует уже на ранней стадии жизни, влияет на формирование структуры характера и в течение жизни продолжает порождать тревогу, являющуюся, в свою очередь, причиной как явного психологического неблагополучия, так и возникновения психологических защит.

Начнем с некоторых общих терапевтических принципов. Важно иметь в виду, что тревога смерти, при всей своей всепроникающей и всеобъемлющей последствии, обитает в глубочайших пластах нашего существа, мощно подавляется и редко переживается в своей полноте. Тревога смерти сама по себе обычно не находится на поверхности в клинических картинах, нечасто становится она и явной темой психотерапии — тем более, краткосрочной — у большинства пациентов. Однако некоторые пациенты с самого начала терапии полны переживания открытой тревоги смерти. Встречаются также жизненные ситуации, заставляющие пациента испытать такой натиск тревоги смерти, что терапевту не избежать этой темы, как бы он ни пытался. Что же касается долговременной интенсивной терапии, в которой исследуются глубинные уровни проблем — то в ней эксплицитная тревога смерти неизменно обнаруживается и должна учитываться в терапевтическом процессе.

Поскольку тревога смерти столь интимно связана с процессом существования, она имеет оттенок значения, нехарактерный для понятия “тревоги” в других концептуальных системах.

Экзистенциальный терапевт старается облегчить тревогу, которая достигает инвалидизирующей степени, но не стремится убрать ее совсем. Невозможно проживать жизнь, невозможно встречаться со смертью без тревоги. Тревога — не только враг, но и учитель: она может указать путь к аутентичному существованию. Задача терапевта — уменьшить тревогу до комфортного уровня и затем использовать имеющуюся тревогу для увеличения осознания и витальности пациента.

Еще один фундаментальный момент, о котором не следует забывать, состоит в том, что теория тревоги, основанная на сознании смерти, обеспечивает терапевта точкой рассмотрения, объяснительной системой, которая может значительно повысить его эффективность даже в тех случаях, когда тревога смерти не присутствует явным образом в терапевтическом диалоге.

Вытеснение тревоги смерти

Во второй главе я упоминал о столкновении автомобилей, в котором, сложись все менее удачно, мог бы лишиться жизни. Моя реакция на этот несчастный случай может рассматриваться как кристально ясный образец действия тревоги смерти в рамках невротической реакции. Помните, что уже через день или два я не испытывал никакой открытой тревоги смерти, но вместо этого стал страдать специфической фобией, связанной с дискуссиями за ланчем. Что произошло? Я “справился” с тревогой смерти путем вытеснения и смещения. Я привязал тревогу к конкретной ситуации. Вместо того чтобы бояться смерти, или “ничто”, я стал тревожиться о “чем-то”. Всегда, когда наша тревога оказывается привязана к конкретному объекту или ситуации, нам становится лучше. Тревога пытается превратиться в страх. Страх — это боязнь чего-то, некоторой вещи, имеющей координаты во времени и пространстве; со страхом, который таким образом локализован, можно существовать, и им даже можно “управлять” (избегая объекта страха или

разработав систематический план преодоления страха); страх — это поток над поверхностью, он не угрожает основаниям.

Я уверен, что такой ход событий не является редкостью. Тревога смерти глубоко вытеснена и не принадлежит повседневному опыту. Грегори Зилбург (Gregory Zilboorg) в связи со страхом смерти заявил: “Если бы этот страх постоянно был сознательным, мы не смогли бы нормально функционировать. Чтобы наша жизнь была хоть сколько-нибудь комфортной, этот страх должен быть в надлежащей степени вытеснен”²⁶.

Несомненно, причиной того, что многие терапевты пренебрегают тревогой смерти в своей работе, служит именно вытеснение — вследствие него тревога смерти остается невидимой для наблюдателя. Но несомненно и то, что при других теоретических концепциях дело обстоит так же. Терапевт всегда имеет дело с кальками первичной тревоги и защитами от нее. Насколько часто, например, аналитически ориентированный терапевт встречает открытую кастрационную тревогу? Еще один источник дезориентации заключается в том, что страх смерти может переживаться на многих уровнях. Мы можем, например, взирать на смерть бесстрастно и интеллектуально. Однако этот взгляд взрослого — совсем не то же самое, что обитающий в бессознательном ужас перед смертью — ужас, возникший на ранней стадии жизни, предвзято появлению точных концептуальных формулировок; ужас изначальный и невыразимый, существующий вне языка и образа. Исходное неосознаваемое ядро тревоги смерти напитывается еще большим страхом благодаря разрастанию в психике маленького ребенка ужасающих ложных представлений о смерти.

В результате вытеснения и трансформации тревога, с которой имеет дело экзистенциальная терапия, по видимости не имеет экзистенциальной почвы. Ниже в этой главе я буду обсуждать случаи пациентов со значительной открытой тревогой смерти, а также говорить о том, как в процессе длительной интенсивной терапии всегда можно добраться до слоев явной тревоги смерти. Но даже при таком ходе терапии, когда тревога смерти так и не эксплицируется, основанная на ней парадигма может увеличить эффективность работы терапевта.

Терапевт обеспечивается концептуальным подходом, значительно повышающим эффективность его работы. Как природа не терпит пустоты, так мы, человеческие существа, не терпим неопределенности. Одна из задач терапевта — увеличить у пациента ощущение определенности и контроля. Способность объяснить и упорядочить события своей жизни в соответствии с неким связным и предсказуемым паттерном отнюдь не маловажная. Назвать нечто определенным именем, определить его место в цепочке причинно-следственных связей — значит начать чувствовать его контролируемым. Наше внутреннее переживание или поведение уже не представляется пугающим, чуждым, неуправляемым: мы ведем себя определенным образом (или испытываем определенное внутреннее переживание) вследствие чего-то, что можем назвать или идентифицировать. “Потому что” дает нам контроль (или ощущение контроля, что феноменологически эквивалентно контролю). Я уверен, что даже в сфере нашей базовой экзистенциальной ситуации понимание рождает ощущение силы: как это ни парадоксально, но любой из нас начинает меньше чувствовать свою ничтожность, свою беспомощность, свое одиночество, когда приходит к пониманию факта нашей фундаментальной беспомощности и одиночества перед лицом космического безразличия.

В предыдущей главе я изложил объяснительную систему психопатологии, основанную на тревоге смерти. Подобная объяснительная система важна как для терапевта, так и для пациента. Та или иная объяснительная система — идеологическая система координат — имеется у любого терапевта. С ее помощью он организует клинический материал, с которым ему приходится встречаться. Даже если объяснительная система терапевта столь сложна и абстрактна и столь тесно связана с бессознательными структурами, что не может быть явным образом сообщена пациенту, — она тем не менее во многих отношениях повышает эффективность работы терапевта.

Во-первых, система убеждений дает терапевту ощущение надежности по тому же механизму, по которому пациенту полезно услышать объяснение. Позволяя терапевту контролировать клинический материал пациента и не быть захлестнутым им, система убеждений повышает у терапевта уверенность в себе и ощущение власти и приводит к развитию у пациента веры в терапевта и доверия к нему, что является существенным условием для успеха терапии. Кроме того, система убеждений терапевта зачастую способствует усилению его интереса к пациенту, в огромной степени стимулируя развитие необходимых терапевтических отношений.

Например, я полагаю, что поиск генетического каузального объяснения (“Почему пациент таков, каков он есть, с точки зрения его прошлой истории?”) — это неправильный ориентир для

терапевтического процесса; тем не менее объяснение прошлого часто выполняет в терапии важную функцию. Оно обеспечивает терапевта и пациента общим целенаправленным планом, интеллектуальной костью, которую можно грызть, — объединяет их и крепко привязывает друг к другу на то время, пока зарождается и зреет терапевтический альянс, реальный агент изменения.

Система убеждений терапевта обеспечивает последовательность его комментариев, адресованных пациенту: благодаря ей терапевт знает, что стоит сейчас исследовать, а что не следует форсировать, чтобы не вызвать у пациента замешательство. Даже не делая открытых исчерпывающих интерпретаций относительно бессознательных корней проблем пациента, терапевт может при достаточной тактичности и правильном выборе времени дать комментарий, который на глубинном внесловесном уровне “подойдет” к бессознательному пациента, как ключ подходит к замку, позволив последнему ощутить себя совершенно понятым. Система убеждений имеет глубокие корни, в действительности достигающие базисных пластов нашего существа, и поэтому она наделяет нас особым преимуществом — способностью донести до нашего пациента сообщение о том, что табуированных областей не существует, что любая тема может обсуждаться и, более того, его глубочайшие заботы не идиосинкратичны, а разделяются всеми человеческими существами.

Благотворное влияние, которое оказывает на процесс терапии чувство уверенности терапевта, основанное на его объяснительной системе психопатологии, определяется криволинейным законом. Существует оптимальная степень терапевтической уверенности: слишком высокая и слишком низкая снижают эффективность. Слишком низкая уверенность по уже обсуждавшимся причинам замедляет формирование необходимого уровня доверия. Избыток уверенности превращается в ригидность. Терапевт извращает или отвергает данные, не согласующиеся с его системой; кроме того, он избегает осознания и помощи пациенту в осознании одной из базисных идей экзистенциальной терапии: неопределенность существует, и все мы должны научиться сосуществовать с ней.

Интерпретативный выбор: иллюстрирующий случай

В главе 4 я описал некоторые общие экзистенциальные динамики, лежащие в основе распространенных клинических синдромов, включающих тревогу смерти. Здесь я представлю конкретные альтернативы интерпретаций для случая, в котором речь идет о компульсивной сексуальности.

Брюс — мужчина средних лет, который с подросткового возраста постоянно пребывает, как он выразился, “на охоте”. Он имел сексуальные отношения с сотнями женщин, но ни до одной из них ему по-настоящему не было дела. Для Брюса женщина была не целостной личностью, а “куском тела”*. Все женщины были для него более или менее равнозначны. Важно было уложить женщину в постель, — но когда оргазм был достигнут, Брюсу не слишком хотелось оставаться с ней. Поэтому не так уж редко случалось, что, после того как женщина уходила, он отправлялся на поиски другой — иногда уже через несколько минут. Компульсивный характер его поведения был настолько очевиден, что даже он сам понимал это. Он сознавал, что часто ему было “нужно”, или он “должен” был добиваться женщины, когда вовсе этого не желал.

Случай Брюса может быть понят с многих точек зрения, ни одна из которых не является исключительной и преобладающей. Эдиповы обертона совершенно ясны: он одновременно желал и боялся женщин, походивших на его мать. С женой он обычно был импотентен. Чем более он в своих путешествиях приближался к городу, где жила его мать, тем сильнее становилось его сексуальное желание. Кроме того, его сны были полны тем инцеста и кастрации. Имелись также свидетельства того, что его компульсивная гетеросексуальность приводилась в действие потребностью предотвратить взрыв бессознательных гомосексуальных импульсов. Самооценка Брюса была серьезно нарушена, и успехи в соблазнении женщин могли рассматриваться как попытка укрепить свое чувство самооценки. Еще один угол зрения: Брюс и нуждался в близости, и страшился ее. Сексуальный контакт — одновременно близость и карикатура на близость — отдавал должное и нужде, и страху.

На протяжении более чем восьми лет анализа и нескольких курсов терапии с компетентными специалистами все эти и многие другие объяснения были исчерпывающе обсуждены, но не оказали воздействия на его навязчивое сексуальное влечение.

Меня в случае Брюса поразило богатство незатронутой экзистенциальной тематики. Его компульсивность могла быть понята как заслон от конфронтации с его экзистенциальной ситуацией. Например, было очевидно, что Брюс боится оставаться один. Находясь вне семьи, он неизменно предпринимал огромные усилия, чтобы не проводить вечер в одиночестве.

Тревога может служить полезным проводником; порой терапевт и пациент должны открыто провоцировать тревогу. Соответственно, когда толерантность тревоги у Брюса повысилась, я предложил ему провести вечер в полном одиночестве и зафиксировать свои мысли и чувства. Проявившееся в тот вечер оказалось чрезвычайно важно для его терапии. То, что он пережил, точнее всего можно назвать животным ужасом. Впервые со времен детства он встретился со своим страхом сверхъестественного. По чистой случайности в тот вечер на короткое время отказало электричество, и Брюс пришел в ужас от темноты. Ему казалось, что он видел мертвую женщину, лежащую на кровати (напоминающую старуху из фильма "Заклинатель" ("Exorcist")); голову смерти за окном. Он боялся, что его коснется "что-то, возможно, рука скелета, одетая в лохмотья". Огромным облегчением для него явилось присутствие собаки, и он впервые осознал крепкие узы, существующие между некоторыми людьми и их домашними животными. Он сказал: "То, что необходимо — это не обязательно человеческое общество, а просто нечто живое рядом с вами".

Постепенно, с помощью терапевтической работы, ужас этого вечера трансформировался в инсайт. Функция секса стала предельно ясна. Оставаясь без сексуального заслона, Брюс испытывал мощный натиск тревоги смерти. Образы были достаточно красноречивы: мертвая женщина, рука скелета, голова смерти. Каким образом секс отгораживал Брюса от смерти? Несколькими путями, каждый из которых мы проанализировали в терапии. Компульсивная сексуальность, подобно любому симптому, сверхдетерминирована. С одной стороны, секс — это вызов смерти. Для Брюса секс содержал в себе нечто пугающее; несомненно, он был тесно переплетен с глубоко похороненными инцестуозными желаниями и страхами отмщающей кастрации — я имею в виду не кастрацию в буквальном смысле, а уничтожение. Таким образом, сексуальный акт был контрфобичен: Брюс оставался в живых благодаря тому, что выталкивал свой пенис в воронку жизни. С этой точки зрения компульсивная сексуальность Брюса оказывалась в одном ряду с другими его пристрастиями — парашютным спортом, скалолазанием и ездой на мотоцикле.

Кроме того, секс означал для Брюса победу над смертью, усиливая его веру в свою личную исключительность. В определенном смысле, Брюс оставался в живых постольку, поскольку являлся центром собственной вселенной. Женщины вращались вокруг него. Они существовали для него одного. Брюс никогда не думал о них как о живущих независимой жизнью. Он воображал, что они ожидают его, находясь в состоянии анабиоза; подобно тем, кто бичевал Йозефа К. в "Процессе" Кафки, они были наготове для него всякий раз, когда он открывал их двери, и застывали в неподвижности на то время, пока он в них не нуждался. И разумеется, секс выполнял функцию недопущения условий, необходимых для подлинной конфронтации со смертью. Брюсу не доводилось соприкоснуться с изоляцией, сопутствующей сознанию личной смерти. Женщины представляли для него "нечто живое и близкое", не слишком отличающееся от того, чем была для него собака в тот вечер его ужаса. Брюс никогда не оставался один, он всегда был в разгаре коитуса (исступленного усилия слиться с женщиной), или в процессе поиска женщины, или только что оставившим ее. Таким образом, его погоня за женщиной в действительности являлась не погоней за сексом и даже не погоней, инициируемой инфантильными силами, — "материалом, из которого — как любил говаривать Фрейд — "получится секс"²⁷; это была погоня, имеющая целью позволить Брюсу отрицать и смягчать свой страх смерти.

Впоследствии в период прохождения терапии возникла ситуация, когда он имел возможность переспать с красивой женщиной, женой своего непосредственного начальника. Колеблясь, он обсудил эту возможность с другом, который предостерег его против того, чтобы ею воспользоваться, — последствия могли быть разрушительными. Брюс также знал, что плата тревогой и чувством вины будет запредельной. В конце концов ценой невероятного усилия впервые в своей жизни он принял решение отказаться от сексуальной победы. На ближайшей терапевтической сессии я согласился, что он поступил наилучшим образом и в своих интересах. Его реакция на это решение многое прояснила. Брюс обвинил меня в том, что я лишил его удовольствий жизни. Он чувствовал себя "загубленным", "конченным". На следующий день в то время, когда должно было состояться вожденное свидание, он читал книгу и принимал солнечную ванну. При этом он думал: "Вот чего хочет Ялом — чтобы я состарился, сидел на солнышке и становился бесцветным, как собачье дерьмо". Он чувствовал себя подавленным и безжизненным. В тот вечер ему приснился сон, иллюстрирующий символизм сновидений лучше, чем любой другой из известных мне:

“У меня были прекрасные лук и стрела, я объявлял их великими произведениями искусства, обладающим магическими свойствами. Вы и Х (друг) не соглашались, указывая, что это самые обыкновенные лук и стрела. Я сказал: “Нет, они магические, посмотрите вот на то и это!” (указывая на два выступа). Вы сказали: “Нет, они совершенно обычные”. И вы стали показывать мне, как примитивно устроен лук, как обычны прутья и просты крепления, определяющие его форму”.

Сновидение Брюса великолепно иллюстрирует не что иное, как еще один путь, на котором секс одерживает победу над смертью. Смерть ассоциирована с банальностью и заурядностью. Магия дает возможность подняться над законами природы, над заурядным, позволяет отрицать свою тварность — тварность, которая обрекает на биологическую смерть. Его фаллос — это заколдованные лук и стрела, это волшебная палочка, возвышающая его над законом материи. Каждая любовная связь составляла мини-жизнь; хотя для него это всякий раз было путешествие по лабиринту, завершавшемуся тупиком, все они вместе взятые создавали для него иллюзию постоянно удлиняющейся линии жизни.

По мере того, как мы прорабатывали материал, появившийся в терапии благодаря этим двум позициям — проведению времени в одиночестве и отказу принять предложение сексуального контакта, — у Брюса происходили мощные инсайты, позволяющие понять не только его сексуальную патологию, но и многие другие аспекты его жизни. Например, его отношения с другими людьми всегда носили сильно суженный, сексуальный характер. Когда его сексуальная компульсивность ослабилась, он впервые в жизни задался вопросом: “Для чего мне другие люди?”, положившим начало важной встрече с проблемой экзистенциальной изоляции. Эту фазу терапии Брюса я буду обсуждать в главе 9. Ход его терапии действительно иллюстрирует взаимосвязь, переплетенность всех конечных факторов. Принятое им решение и последующее его сопротивление тому, чтобы это решение выполнять — отказаться от приглашения к сексуальному контакту, — было лишь верхушкой айсберга еще одной необычайно важной экзистенциальной проблемы — свободы, а особенно проблемы принятия на себя ответственности (тема главы 6). Наконец, возможный отказ Брюса от сексуальной компульсии, ставил его лицом к лицу с еще одной конечной проблемой — бессмысленностью. С устранением основного оправдания своего существования Брюс начал конфронтировать с проблемой цели в жизни (тема главы 9).

Тревога смерти в долгосрочной терапии

Хотя краткие терапевтические курсы часто полностью обходят любое эксплицитное рассмотрение тревоги смерти, всякая долгосрочная интенсивная терапия была бы неполной без работы над осознанием и страхом смерти. До тех пор, пока пациент продолжает свои попытки отразить смерть через детскую убежденность в том, что терапевт избавит от нее, он не уйдет от терапевта. “Пока я с вами, я не умру”, — вот невысказанный рефрен, так часто возникающий в конце терапии.

У Мэя Стерна (May Stern) есть важная статья, где он описывает шестерых пациентов, увязших в болоте бесконечного анализа²⁸. В каждом случае проработка тревоги смерти приводила анализ к успешному завершению. Один репрезентативный пациент — тридцативосьмилетний мужчина обсессивно-компульсивного склада страдал бессонницей, ночными кошмарами, ипохондрией и возникающей во время сексуального контакта навязчивой фантазией, что на нем сидят и в него дышат. Значительная аналитическая работа была посвящена эдипову и преэдипову уровню. Было исследовано и не дало терапевтического эффекта значение его симптомов в терминах кастрационной тревоги, инцестуозной женской идентификации, прегенитальной регрессии, орального поглощения и т.д. Только когда аналитик перешел на более глубокий уровень — значения симптомов в контексте страха смерти — клиническая картина изменилась.

“Наконец трансферентный материал, связанный с желанием получить от аналитика магическую формулу, позволил дать интерпретацию, в которой речь шла о том, что пациент воспринимал анализ как защиту от страха смерти и что в действительности никто не в силах защитить его от неизбежной смерти. Эта интерпретация вызвала поразительную, почти драматическую перемену. Благодаря ей предметом анализа стал постоянный страх умирания, являвшийся причиной ипохондрических жалоб пациента, его отчаянной борьбы со страхом пустоты, знаменовавшей начало его латентного периода и его желания вечно оставаться в процессе анализа”.

Другой пациент со многими аутодеструктивными симптомами — азартной игрой, пьянством, постоянными ссорами и мазохистическими сексуальными тенденциями — также мало преуспел в

длительном анализе.

“Ни один технический аналитический прием не заставил его прекратить проигрывать фантазию о том, что его перверсная активность возбудит гнев аналитика и тот его побьет. Любая интерпретация аналитика использовалась пациентом для удовлетворения своего желания быть обруганным и побитым; молчание воспринималось как зловещая реакция разгневанного отца. Казалось, его анализ зашел в тупик... В конце концов аналитик дал интерпретацию, что через слияние с аналитиком (отцом) пациент хочет получить защиту от смерти. После этой интерпретации открылся богатый материал, до того недоступный анализу. “Смерть находится и всегда находилась вокруг меня”. Пациент вспомнил, что в детстве много думал о смерти. “Я справился со своим страхом смерти через подчинение... Быть анально изнасилованным — это защита от смерти”. Пациент негодовал на то, что ему не было указано на это раньше”.

В данном случае, как и в первом, проработка переноса явилась *via regia** к глубинным уровням тревоги смерти. Историческая точка зрения на перенос (то есть рассмотрение его как перенос аффекта от некоего предшествующего катексиса на нынешний) в актуальности терапевтического процесса имеет лишь ограниченное значение. Важна непосредственная, осуществляемая “здесь-и-сейчас” функция искажения реальности у пациента. Пациент Стерна осознал, что использовал терапевта в качестве заслона от актуального осознания и страха смерти. Постепенно он вступил в конфронтацию со смертью и начал понимать, что не только его перенос, но и его симптомы символизировали инфантильные магические пути отведения смерти (например, пьянство воплощало “символическое экстатическое слияние с матерью как защиту против смерти”). У каждого из этих пациентов произошло выраженное улучшение, но автор был достаточно осторожен, чтобы отметить: “Решающий поворот в терапевтической картине этих пациентов, возможно, обусловлен тем фактом, что интерпретация на тему страха смерти была дана после целых лет кропотливой аналитической проработки, уже тогда, когда не за горами стало завершение анализа”. У каждого невротического индивида существует подпочва в виде тревоги смерти, доступная проработке в экстенсивной терапии — процессе, стимулируемом терапевтом путем интерпретации и симптомов пациента, и его переноса как попытки справиться со смертью. В широком самоисследовании тема смерти не может игнорироваться, поскольку фундаментальная задача зрелого взрослого человека — прийти к согласию с реальностью упадка и ослабления. “Божественная комедия”, написанная Данте, когда его возраст приближался к сорока годам, может пониматься на многих аллегорических уровнях, но она несомненно отражает беспокойство автора о его личной смерти. В открывающих поэму строках описывается боязливая встреча с собственной смертностью, часто наступающая в середине жизни.

Земную жизнь пройдя до половины,
Я очутился в сумрачном лесу,
Утратив правый путь во тьме долины.

Каков он был, о, как произнесу,
Тот дикий лес, дремучий и грозный,
Чей давний ужас в памяти несусь!
(Перевод М. Лозинского)²⁹

Те, кто пережили значительный эмоциональный срыв и чьи невротические защиты вылились в самоограничение, могут испытать жесточайшие трудности в середине жизни — в период, когда приходится признать реальность старения и надвигающейся смерти. При терапии пациента в возрасте “середины жизни” следует напоминать себе о том, что немалая часть психопатологии вызывается тревогой смерти. В своем эссе, посвященном кризису середины жизни, Жак ясно заявляет об этом:

“Человек, достигший середины жизни и не утвердивший себя успешно в профессиональном и семейном плане, либо утвердивший, но лишь благодаря маниакальной активности и действию отрицания с результирующим эмоциональным обеднением, оказывается плохо подготовлен к требованиям, предъявляемым средним возрастом, и к тому, чтобы получать удовольствие от своей зрелости. В таких случаях кризис середины жизни и встреча с взрослым представлением о жизни как проживаемой в условиях приближения личной смерти с большой вероятностью будут ощущаться как период психологического расстройства и нервного срыва. Иногда срыв может

быть предотвращен путем укрепления маниакальных защит, с изгнанием депрессии, мыслей о старении и смерти, но сопровождается накоплением страхов преследования, ожидающих часа, когда уже нельзя будет не осознать неизбежность старения и смерти.

Компульсивные попытки многих мужчин и женщин среднего возраста оставаться молодыми, ипохондрическая озабоченность здоровьем и внешностью, сексуальный промискуитет, имеющий целью доказательство молодости и потенции, пустота жизни и недостаток подлинного наслаждения ею, нередкие тревоги религиозного характера — все это хорошо знакомые паттерны. Они представляют собой попытки состязаться со временем”.

Тревога смерти как базовый симптом:
случай из практики

Нередко встречаются пациенты, у которых тревога смерти играет настолько центральную и явную роль, что доступ к ней не требует никаких промежуточных шагов. Эти пациенты зачастую представляют собой испытание для терапевта: осознав, что тему смерти здесь никак не обойти, он затем делает неприятное открытие, что не располагает концептуальными ориентирами в своей работе.

Такой пациенткой была Сильвия, уже упоминавшаяся в этой главе как член терапевтической группы, в которой участвовал Чарльз, пациент, больной раком на неизлечимой стадии. Сильвия, тридцати шести лет, архитектор, была разведена и проходила терапию с перерывами в течение десяти лет. Она страдала алкоголизмом, хронической подавленностью, тревогой, избыточным весом, одиночеством и предъявляла разнообразные физиологические жалобы, включая головные боли, крапивницу, боль в спине, проблемы со слухом и астму. Она находилась в тяжелом конфликте со своей тринадцатилетней дочерью и двумя старшими детьми — последние из-за ее алкоголизма и непредсказуемого поведения решили жить со своим отцом. Предыдущая терапия (индивидуальная, групповая и семейная) не привела к значительным улучшениям. Полтора года терапии в специализированной алкогольной группе помогли Сильвии обрести некоторый контроль над своим пьянством. В остальных же отношениях она в основном оставалась на стрессовом плато; терапия являлась лишь “сдерживающим мероприятием”.

Появление Чарльза в терапевтической группе (которую она к тому времени посещала в течение нескольких месяцев) радикально изменило ход ее терапии. Сильвия была насильственно конфронтрована с идеей смерти, в результате чего ее терапевтическая ситуация обогатилась некоторыми важными темами.

Первая реакция Сильвии на то, что Чарльз сообщил группе о своем инкурабельном раке, была иррациональной. Выше я описывал ее сильный гнев за его пассивное принятие рака, за то, что он не ищет иных путей помощи, отличных от конвенциональных медицинских. Примерно через две недели после сообщения Чарльза у нее возникла паника. Она купила новую кожаную софу для своего дома, но ее запах странным образом действовал ей на нервы. Кроме того, у Сильвии в доме некоторое время жил гость — художник, и в результате она пришла к убеждению, что испарения масляных красок токсичны. В тот вечер у нее появилась слабая сыпь на лице, и ночью она проснулась в состоянии тяжелой паники, убежденная, что ее ожидает смерть в результате нарушений дыхания, вызванных аллергической реакцией на софу и испарения красок. Страх все более и более овладевал ею, и в конце концов среди ночи она вызвала скорую помощь. Сильвия вновь начала пить, и через три недели после появления Чарльза была задержана полицией за вождение машины в нетрезвом состоянии. Она утверждала, что это вождение было для нее попыткой самоубийства; ей казалось, что самоубийство — способ достижения некоторой власти над смертью: оно позволяет активно управлять своей судьбой, вместо того чтобы ждать, когда “что-то ужасное поглотит тебя”. На протяжении нескольких недель уровень ее тревоги оставался высоким; она чувствовала столь сильный дискомфорт, что подняла вопрос об уходе из терапевтической группы. Одновременно Сильвия пришла к убеждению, что “ее дела в группе плохи” и я пытаюсь от нее избавиться. Из-за постоянных головных болей я направил ее к терапевту для соматического обследования, и она впала в острое депрессивное состояние, интерпретировав мою рекомендацию как сообщение, что отныне я отказываюсь о ней заботиться и отсылаю к другому. Когда в группе появлялись новые участники, она считала, что их привели на замену ей.

Когда исходная тревога несколько смягчилась, Сильвия перестала избегать Чарльза и начала устанавливать с ним контакт, сначала осторожно и неуверенно, затем значительно более открыто. На некоторых групповых встречах Чарльз был подавлен или встревожен, и из всех участников именно Сильвия находила в себе мужество вслух поинтересоваться, не обеспокоен ли Чарльз своим раком или тем, что время уходит. Постепенно она начала больше думать и говорить

о своих центральных заботах: старении, страхе заболеть раком, ужасе перед одиночеством. Воспоминания о событиях, связанных со смертью матери, все больше поглощали ее: они всплывали во множестве подробностей и более эмоционально, чем когда-либо за последние пятнадцать лет. Эти темы присутствовали всегда, но до сих пор ни разу явно не прорабатывались в терапии.

Случай Сильвии является великолепным примером того, как взгляд терапевта влияет на содержание материала, предоставляемого пациентом. В частности, Сильвия в течение пятнадцати лет страдала тяжелой бессонницей, по поводу чего ее лечило множество врачей самыми различными путями и с применением огромного количества седативных препаратов. Спустя несколько недель после вступления Чарльза в группу Сильвия вновь описала свою неотступную бессонницу, но поскольку терапевт был настроен на иную волну, на этот раз она рассказала нечто новое: оказывается, уже несколько лет она просыпалась почти каждую ночь между 2 и 4 часами утра в поту, со словами: "Я не хочу умереть, я не хочу умереть". За десять лет терапии (включая два года со мной) она ни разу не сказала этого терапевту!

Когда я пробудил страх смерти, служащий центральным организующим принципом, многие отдельные симптомы и события соединились в целостный паттерн. Атакам паники, часто служившим причиной для пьяных оргий и обжорства, почти всегда предшествовал факт некоего нападения на ее тело — появление признака физического заболевания или разрушения. Наибольшей силы страх смерти неизменно достигал тогда, когда Сильвия была в одиночестве. Скрытое сообщение, адресованное ее тринадцатилетней дочери, состояло в следующем: "Не вырастай, не оставляй меня. Я не могу выносить одиночество. Я нуждаюсь в тебе юной, как сейчас, и находящейся рядом со мной. Если ты не вырастешь, я не состарюсь". Это сообщение серьезно влияло на дочь, обнаруживавшую тяжелое делинквентное поведение.

Главным механизмом защиты Сильвии от тревоги была ее вера в существование конечного спасителя — вера, лежащая в основе ее всепроникающей оральности (отчасти проявившейся в ее алкоголизме и обжорстве) и особенно проявляющаяся в ее отношении к терапии и своим терапевтам. Она постоянно была с ними почтительно подобострастна. Ничто не страшило ее так, как перспектива быть отвергнутой и оставленной ими. Чтобы предотвратить это, она преувеличивала бедственность своего состояния, скрывала все свои позитивные достижения и имела обыкновение предьявлять себя как преувеличенно неуверенную и беспомощную.

Казалось, что ее задача в терапии, решаемая с помощью ряда стратегий, — показывать себя настолько лишенной сил, чтобы терапевт был вынужден устремляться ей на помощь.

Чем дольше Сильвия имела дело с этими проблемами, тем более возрастала ее тревога. Вскоре ею овладело такое беспокойство, что ей понадобились более частые встречи, чем раз в неделю на групповой сессии. Я провел с ней несколько индивидуальных сессий, во время которых мы специально анализировали ее озабоченность смертью.

Смерть матери была самым болезненным событием в жизни Сильвии, она не могла думать о нем без ужаса. Когда обнаружилось, что у матери рак шейки матки, двадцатипятилетняя Сильвия оставила собственную семью ради того, чтобы быть у постели матери, и ухаживала за ней в течение последнего месяца ее жизни. Мать весь этот период находилась без сознания либо в крайне спутанном состоянии сознания, когда она галлюцинировала и была очень паранойяльна. Не будучи в состоянии контролировать деятельность мочевого пузыря и кишечника, она нуждалась в постоянном уходе Сильвии. Наконец мать умерла — окутанная испарениями экскрементов, в атмосфере тошнотворной вони, с булькающими звуками в гортани, с кровью и слизью, выливающимися изо рта. Сильвия помнила свое ощущение того момента — словно ее голова отделена от тела, распухает и вот-вот расколется (сходные ощущения были у нее при головных болях, возникших после прихода Чарльза в группу).

У Сильвии сохранилось много пугающих детских воспоминаний о смерти. Ее дедушка умер, когда ей было семь лет, бабушка — шесть месяцев спустя. Она помнила свою бабушку в гробу и свое тогдашнее убеждение в том, что ей разрезали горло. (Сейчас, в ретроспективе, она предполагала, что бабушке делали операцию на щитовидной железе.) Когда ей было двенадцать, утонул ее школьный товарищ, и она ходила на похороны. Это также было очень страшное переживание.

Сама Сильвия была болезненным ребенком, и ее мать множество раз говорила ей (а также, по воспоминанию Сильвии, друзьям и родственникам) о том, как близка она была к смерти в нежном возрасте. В течение первых пяти лет жизни она несколько раз болела пневмонией. В шесть — сломанная рука и хронический остеомиелит. Тогда пришлось делать операцию, и она с величайшим ужасом вспоминала ощущение удушья от эфирного наркоза. С тех самых пор

анестезия вызывала у нее тяжелую тревогу. Анестезия, применявшаяся во время родов каждого из ее детей, пробуждала такой страх смерти, что он приводил к кратким психотическим эпизодам.

Самое первое воспоминание о том, как она "была мертвой", относится к очень раннему возрасту: ее тетя массирует ей ноги, возможно, чтобы вернуть ее к жизни. Она предполагала, что была в коме; вспоминала, что тетя плакала. Сильвия вспоминала также, что при каждом прикосновении к ее телу она ощущала интенсивную боль, но не могла ни сказать, ни дать понять тете каким-либо иным способом, чтобы та прекратила массаж. Второе раннее воспоминание было о том, что она мертва и покинула свое тело и отчаянно, но тщетно пытается вернуться в него.

Кроме этого раннего сенсбилизирующего опыта, где она встретилась со смертью "слишком рано и слишком близко", в жизни Сильвии имелось несколько других важных причин для того, чтобы она не смогла выстроить обычные защиты от ужаса смерти. У нее не было доверия ни к матери, ни к отцу. Отец ушел из семьи, когда она была маленькой, а мать в ее воспоминаниях отличалась ненадежностью и безответственностью. Всякая болезнь или физическая травма повергала мать Сильвии в состояние паники; когда кто-нибудь заболел и был необходим уход, она призывала для этого другого члена семьи. Мать не была доступна Сильвии ни эмоционально, ни физически. Когда Сильвия была в предподростковом возрасте, мать на целые дни уходила из дома, вероятно, к мужчине, оставляя семью целиком на попечение Сильвии. К перспективе собственной смерти мать относилась с неослабевающим ужасом, обеспечив тем самым Сильвию моделью, сделавшей ее еще более чувствительной к страху смерти. (Многие пациенты говорят о том, что стиль отношения к смерти их родителей сыграл крайне важную роль в формировании их собственного отношения к смерти. В этом наблюдении содержится очевидная значимость для работы с умирающими пациентами: один из способов наполнить жизнь смыслом до самых последних дней — задуматься о том, каким образом ты являешься для других.)

Тревога смерти у Сильвии была явно сверхдетерминированной. У нее не только был слишком большой и слишком ранний опыт переживания угрозы жизни, не только частые напоминания матери о ее столкновении со смертью — она также оказалась неспособной развить традиционные защиты от страха смерти, основанные на отрицании. Она не могла ожидать защиты или спасения от своих родителей: отец для нее был мертв, а мать сама была задавлена жизнью. Сильвия не могла ни изгнать смерть в отдаленные области, ни проникнуться верой в собственную неуязвимость. Смерть неизбежно постоянно присутствовала рядом с ней, не один раз почти загнав ее в западню, и она рассматривала себя как очень уязвимую и очень хрупкую.

Сильвия вспоминала, как пыталась найти утешение в религиозной доктрине и умоляла бабушку доказать ей, что Бог существует: если Он есть, то Он не даст ей умереть или позаботится о ней, когда она умрет. Она была воспитана в традиции южного баптизма со всеми его религиозными атрибутами адского пламени и серы. Несколько раз в детстве, когда болела, она вступала в сделку с Богом: "Если Ты сохранишь мне жизнь, я стану монахиней и посвящу всю свою жизнь Тебе". Даже теперь, по прошествии десятилетий, Сильвия продолжает размышлять о том, что не выполнила этот контракт.

Наши индивидуальные сессии, посвященные "анамнезу смерти", были продуктивны. Сильвия стала в гораздо большей мере сознавать степень своего страха смерти и роль, которую он играл в ее жизни. Продолжая участвовать в терапевтической группе, она отдала себе отчет в своем ужасе перед старением и в своей чрезвычайно дезадаптивной защите, представлявшей собой маневр типа "замри и замаскируйся". Иными словами, она приостанавливала жизнь и рост в магической надежде, что смерть просто не заметит ее. Она не заботилась о своей внешности, вечерами и уик-эндами вела растительное существование. Сильно растолстела вследствие магической веры в то, что если, в отличие от матери, не будет худой и истощенной, то сможет избежать смерти. (Сходные динамики описывает Хэтти Розенберг (Hattie Rosenberg) у одной из своих пациенток³¹.) Приостановку жизни она осознала на групповой встрече, когда один из мужчин принес ей цветы по случаю дня ее рождения. Она была потрясена, поняв, как сильно хочет иметь любовника и как много упустила за последние несколько лет, застряв на полпути между жизнью и не-жизнью.

Сильвия также осознала тот факт, что обращалась с собой как с умирающей и предъявляла определенные требования к окружающим, ожидая и от них соответствующего обращения.

Однажды, когда ее ипохондрические раздумья вызвали критику в группе, у нее сорвалось: "Как вы можете так обращаться со мной, когда я умираю!" Она осознала абсурдность этого заявления, но также и то, что бормотала эту фразу *sotto voce** многие годы.

Значительная часть работы Сильвии в группе определялась ее отношениями с Чарльзом и со

мной. Ее отношения с Чарльзом стали намного более реальными: она перестала отрицать его болезнь, побуждать его искать помощи целителя и соперничать с ним за титул самого близкого к смерти члена группы. От недели к неделе она мало-помалу отказывалась от веры в мое всемогущество. Все еще пытаюсь удерживать идеализированное представление обо мне, она начала испытывать раздражение из-за моей способности совершать ошибки и впадать в заблуждения. Я, соответственно, следил за тем, чтобы не принимать позу всемогущества, а быть настолько открытым и ясным, насколько возможно. Состояние Сильвии улучшилось заметно и прочно. Она начала рассматривать смерть, вместо того чтобы быть парализованной ею. Сильвия поняла, что прежде, пытаясь избежать страха смерти, стремилась слиться с терапевтом или друзьями. Даже телевизор служил этой цели, и когда она очень боялась смерти, то подолгу смотрела телевизор, так как "просто слыша голос, я понимаю, что еще жива". Она перестала страшиться одиночества и начала ощущать, что способна жить удовлетворяющей ее жизнью даже без успокоительно зависимых отношений с ребенком или женщиной. (Существует старая поговорка: "Тому, кто идет со своим светом, можно не бояться тьмы".)

Она начала следить за собой, сбавлять вес и выстраивать социальную жизнь вне группы. В течение двух лет группа составляла весь ее социальный мир, и теперь мы поняли, что она приближается к завершению терапии. Однажды на групповой встрече она вдруг заявила, что должна уйти на тридцать минут раньше, потому что приглашена на обед. Самым поразительным событием, однако, было ее сообщение на группе, что она ежедневно размышляет о смерти матери. Это были не навязчивые мысли, как нередко в прошлом, а осознанные размышления об ужасных сторонах смерти матери, направленные на то, чтобы обрести контроль над этими воспоминаниями путем подробного знакомства. Такое решение имело особую важность, потому что это был ее собственный план, а не план, предложенный терапевтом. Годами Сильвию преследовала мысль, что она умрет в том же возрасте, что и мать. Группа отметила, что она перестала упоминать эту навязчивость, и Сильвия сказала в ответ: "Я не думала об этом уже долгое время. Это просто больше не входит в мои переживания. Я теперь на пути к жизни". Она приняла твердое решение завершить свое участие в группе, после чего, как и следовало ожидать, наступил рецидив многих ее симптомов. Появились и кошмары, и приступы панического страха смерти глухой ночью, и мимолетные желания молить об облегчении какого-нибудь представителя высших сил. Обострение симптоматики было, однако, кратковременным, отчасти, может быть, благодаря тому, что было предсказано терапевтом как реакция на боль завершения. На свою последнюю групповую сессию она принесла следующий сон:

"Я находилась в большой пещере, и там был гид, который, как я думала, собирался показать мне потрясающую выставку. Однако в пещере не было ничего: ни картин, ни вообще каких-либо произведений искусства. Затем он привел меня в другую комнату — это была прямоугольная комната, может быть, размером с нашу комнату для групповой терапии — и в ней тоже не было никаких картин и ничего похожего на выставку. Единственное, что я в конце концов могла увидеть, — пару окон с видом на тусклые, серые небеса и несколько дубов. Потом на пути к выходу гид внезапно изменился: у него теперь были рыжие волосы и невероятный магнетизм, мне казалось, что он весь электрический. Между ним и мной происходило что-то очень мощное. Совсем короткое время спустя я увидела его снова, и похоже было, что он потерял весь свой магнетизм и снова стал нормальным мужчиной в синих джинсах".

Этот сон — великолепное и яркое изображение отказа от магии; он описывает Сильвию, примиряющуюся с иллюзорностью своей веры в конечного спасителя. В сновидении я не могу показать ей потрясающую выставку; вместо чарующих картин я предлагаю ей только окна с видом на тусклую реальность мира. К концу сна Сильвия делает последнюю попытку облачить меня в образ мага: внезапно я становлюсь существом со сверхчеловеческими качествами. Но старые чары самообмана потеряли свою устойчивость, и вскоре я вновь обращаюсь в то, что я есть на самом деле — в гида, не более и не менее.

Преыдушие курсы терапии Сильвия неизменно завершала рывком. Она так страшилась сепарации, так боялась прощания и вместе с тем осознания того факта, что возможности терапевта ограничены, что избегала завершающих сессий, резко обрывая контакт. Теперь же она встретилась с процессом сепарации (и глубинно связанным с ним напоминанием о смерти) так же, как встретилась со своим страхом смерти; вместо того, чтобы быть захлестнутой этим переживанием, она приняла его в себя и через тревогу пришла к проживанию большей полноты жизни, чем знала прежде.

Проблемы психотерапии

Отрицание со стороны пациента и терапевта

Несмотря на вездесущность смерти и мириады богатых возможностей ее исследования, большинство терапевтов находит задачу увеличения осознания смерти пациентом и проработки его тревоги смерти чрезвычайно трудной. На каждом этапе в этот процесс разрушительно вмешивается отрицание. Страх смерти присутствует на каждом уровне осознания — от самого осознанного, поверхностного, интеллектуализированного уровня до сферы глубочайшего бессознательного. Нередко оказывается, что существующая на поверхностных уровнях восприимчивость пациента к интерпретациям терапевта служит отрицанию в более глубоких пластах. Так, пациент откликается на предложение терапевта исследовать свои чувства по поводу конечности собственного существования, однако постепенно сессия становится непродуктивной, поток материала иссякает, разговор превращается в интеллектуальную дискуссию. В такие моменты для терапевта важно избежать ошибочного заключения, что он бурит скважину в сухом месте. Блокировка, отсутствие ассоциаций, отщепление аффекта — все это признаки сопротивления, и относиться к ним следует соответственно. Одно из первых открытий Фрейда в сфере практики динамической терапии состояло в том, что терапевт вновь и вновь сталкивается с психологической силой в пациенте, противодействующей терапевтической работе. («В своей психологической работе я должен был противостоять психологической силе в пациенте, препятствующей тому, чтобы патогенная идея стала осознанной»³².)

Терапевт должен упорствовать. Он должен продолжать собирать данные, работать со сновидениями, делать свои наблюдения, говорить снова и снова одни и те же вещи, пусть с различными акцентами. Комментарии, касающиеся существования смерти, могут казаться настолько банальными, настолько очевидными, что терапевт сочтет глупостью повторять их. Однако для преодоления отрицания простота и настойчивость необходимы. Одна пациентка, депрессивная, мазохистичная и суицидальная, во время отчетной сессии через несколько месяцев после завершения терапии назвала мне мой самый важный комментарий за весь период нашей терапии. Она часто описывала мне свою жажду смерти, а в другие моменты — различные вещи, которыми хотела бы заниматься в жизни. Я не раз давал до неприличия простой комментарий: для этих событий есть лишь одна возможная последовательность — сначала опыт жизни, потом смерть.

Разумеется, отрицание исходит не только от пациента. Зачастую отрицание терапевта безмолвно заключает союз с отрицанием пациента. Терапевт не в меньшей степени, чем пациент, должен вступить в конфронтацию со смертью и испытать тревогу перед лицом смерти. От терапевта требуется серьезная подготовка, чтобы в своей повседневной работе он мог удерживать осознание смерти. Мы с моим ко-терапевтом остро отдавали себе отчет в этой необходимости, когда вели группу для пациентов с метастатическим раком. В течение первых месяцев групповая дискуссия оставалась поверхностной: много разговоров о врачах, лекарствах, режимах лечения, боли, утомлении, физических ограничениях и т.д. Мы рассматривали эту поверхностность как защитную по своей природе — свидетельствующую о глубине страха и отчаяния пациентов. Соответственно, мы с уважением отнеслись к этой защите и вели группу в очень осторожной манере.

Только много позже нам стало понятно, что мы сами активно способствовали тому, чтобы групповые встречи оставались поверхностными. Когда мы смогли выносить свою тревогу и следовать примеру пациентов, для группы не осталось тем, настолько пугающих, чтобы с ними нельзя было работать открыто и конструктивно. Часто дискуссия бывала чрезвычайно болезненной для терапевтов. Эту группу наблюдали через одностороннее зеркало студенты, будущие профессионалы в сфере психического здоровья, и было несколько случаев, когда кто-то из них должен был покинуть комнату наблюдения, чтобы восстановить равновесие. Опыт работы с умирающими пациентами побудил многих терапевтов вновь искать личной терапии — часто с очень большой пользой для себя, поскольку многие из них в своей первой, традиционной терапии, не соприкоснулись со своим беспокойством по поводу смерти.

Чтобы терапевт мог помогать пациентам конфронтировать смерть и включить ее в жизнь, он должен сам лично проработать эти проблемы. Интересная параллель прослеживается в обрядах инициации целителей в примитивных культурах, многие из которых имеют традицию, требующую, чтобы шаман прошел через экстатический опыт, сопряженный со страданием, смертью и воскресением. Иногда инициация представляет собой подлинную болезнь: на роль шамана избирается человек, долгое время находившийся на границе между жизнью и смертью. Обычно связанное с посвящением переживание представляет собой мистическое видение.

Пример, отнюдь не редкий: тунгусский (сибирское племя) шаман описывал свою инициацию как встречу с предшествующими шаманами, которые окружили его, пронзали стрелами, отрезали куски от его тела, вырывали его кости, пили его кровь и затем вновь собрали его в единое целое³³. В нескольких культурах требуется, чтобы новоявленный шаман проспал ночь на могиле или несколько ночей провел связанный на кладбище³⁴.

Зачем тревожить осиное гнездо?

Многие терапевты избегают обсуждать смерть со своими пациентами не из-за отрицания, а вследствие сознательного решения, основанного на убежденности в том, что мысли о смерти приведут к ухудшению состояния пациента. Затем тревожить осиное гнездо? Зачем погружать пациента в то, что лишь усилит его тревогу, но с чем никто ничего не может сделать? Каждый должен встретиться со смертью. Не хватает ли у невротического пациента проблем и без того, чтобы обременять его еще и напоминанием о горькой чаше, ожидающей всякого человека?

Терапевты, о которых идет речь, считают: одно дело — выявлять и исследовать невротические проблемы (по крайней мере, здесь они могут быть сколько-нибудь полезны) и совсем другое — раскапывать “реальную реальность”, горькие и непреложные жизненные факты: это не только глупо, но и антитерапевтично. Например, пациент, имеющий дело с неразрешенными эдиповыми конфликтами, мучается призрачной мукой — неким сочетанием внутренних и внешних событий, имевших место давным-давно, но удерживаемых во вневременном по своей природе бессознательном и преследующих пациента. Пациент реагирует на текущие ситуации искаженно — на настоящее как на прошлое. Задача терапевта ясна: просветить пациента, вытащить на свет Божий и рассеять демонов прошлого, помочь пациенту изменить взгляд на события, сами по себе ничем не угрожающие, но иррационально переживаемые как пагубные.

Но смерть? Смерть — не призрак из прошлого. И она не кратка и не безмятежна по сути. Что с ней можно сделать?

Повышенная тревога в терапии. Во-первых, верно, что мысль о нашей смертности окружена силовым полем тревоги. Войти в ее поле означает усилить тревогу. Описываемый мною здесь терапевтический подход — динамический и раскрывающий; он не ориентирован ни на поддержку, ни на вытеснение. Экзистенциальная терапия действительно усиливает дискомфорт пациента. Невозможно достать до корней тревоги без того, чтобы какое-то время не испытывать повышенную тревожность и подавленность.

Случай Сильвии служит ярким тому примером. После того, как Чарльз сказал группе о своем раке, она испытала мощный взрыв тревоги с последующим рецидивом многих примитивных защит от нее. Выше я упоминал двух пациентов из сообщения Стерна, проходивших долгосрочный индивидуальный анализ, — они смогли успешно завершить терапию только после открытой и исчерпывающей проработки состояний предельного ужаса, в основе которых лежал страх смерти³⁵. Каждый из этих двух пациентов, как только его терапия проникла в сферу тревоги смерти, испытал возврат дисфории во всем расцвете. Когда один из них в результате проработки его фантазии об аналитике, защищающем его от смерти, осознал, что никакого спасителя нет, он впал в глубокую депрессию. “Его гиперактивность в работе и в хобби уступила место ощущениям крайней беспомощности, существования в тумане, растворения идентичности. Это вызвало регрессию к амбивалентным симбиотическим желанием — желанием орального поглощения собственной жены, аналитика, а также громадный гнев по отношению к обоим”. Другой пациент также осознал, что невротические защиты не уберегут его от смерти, после чего его анализ принял сходное направление. “Он стал подавленным, постоянно чувствовал себя словно в тумане и переживал рецидив многих инфантильных паттернов, которые должны были явиться последним бастионом против смерти”. В каждом из четырех остальных случаев, описанных Стерном, у пациентов также возникали преходящие дисфория и депрессия, когда они лицом к лицу встречались с травмой своей будущей смерти.

Бюджеталь в своем великолепном обсуждении этой темы называет данную фазу терапии “экзистенциальным кризисом”: по его мнению, это неизбежный кризис, наступающий после слома защит, служащих предупреждению экзистенциальной тревоги, когда человек получает возможность по-настоящему осознать свою базисную жизненную ситуацию³⁶.

Удовлетворение жизнью и тревога смерти:

в чем опора для терапевта?

В концептуальном отношении желательно, чтобы терапевт не забывал: тревога, окружающая смерть, одновременно невротична и нормальна. Все человеческие существа испытывают тревогу смерти, но у некоторых она достигает такой чрезмерной степени, что выплескивается во многие сферы их жизни, приводя к повышенной дисфории и/или проявлению серии защит от тревоги,

ограничивающих рост и зачастую порождающих вторичную тревогу. Я уже рассматривал вопрос о том, почему некоторые индивиды оказываются сломлены ситуациями, общими для всех: вследствие ряда необычных жизненных переживаний они, с одной стороны, чрезмерно травмированы тревогой смерти, с другой — не смогли выстроить “нормальные” защиты от экзистенциальной тревоги. Терапевт имеет дело не с чем иным, как с гомеостатической регуляцией тревоги смерти.

Один из доступных терапевту подходов состоит в том, чтобы сосредоточиться на текущей динамике пациента, которая может изменить эту регуляцию. На мой взгляд, для клинициста особенно полезно следующее уравнение: тревога смерти обратно пропорциональна удовлетворению жизнью.

Джон Хинтон (John Hinton) сообщает о некоторых интересных и релевантных исследовательских данных³⁷. Он изучал шестьдесят пациентов с терминальным раком и оценивал корреляцию их мировосприятия (включая “ощущение удовлетворения, или самореализации в жизни”) с их чувствами и реакциями в процессе смертельного заболевания. Ощущение удовлетворения жизнью оценивалось на основе интервью с пациентом и его супругом. Чувства и реакции в процессе смертельного заболевания оценивались на основе интервью с пациентами и измерения по шкале, выполнявшегося средним медицинским персоналом и супругами пациентов. Данные показали, что в значительной степени “когда жизнь воспринималась как удовлетворительная, умирать было не столь неприятно... Меньшая удовлетворенность прошедшей частью жизни сопровождалась более тяжелым взглядом на болезнь и ее исход. Чем ниже была удовлетворенность жизнью, тем выше, депрессия, тревога, агрессия, общее беспокойство по поводу болезни и качества медицинского обслуживания.

При поверхностном взгляде может показаться, что следовало ожидать противоположного: неудовлетворенным и разочарованным естественно было приветствовать убежище, даруемое смертью. На самом деле все наоборот: если есть чувство реализованности, ощущение, что жизнь прожита хорошо, то смерть представляется не такой ужасной. Ницше в своем характерном гиперболическом стиле заявил: “То, что стало совершенным, все, что созрело, — хочет умереть. Все, что незрело, хочет жить. Все, что страдает, хочет жить, чтобы стать зрелым, полным радости и жажды — жажды того, что дальше, выше, ярче”³⁸.

Несомненно, эта идея дает терапевту опору! Если он сможет помочь пациенту испытать большую удовлетворенность жизнью, значит, он сумеет ослабить чрезмерную тревогу. Конечно, здесь присутствует некий замкнутый круг: именно вследствие чрезмерной тревоги смерти индивид живет ограниченной жизнью — жизнью, посвященной в большей мере безопасности, выживанию и облегчению страдания, чем росту и самореализации. Сэрлз формулирует ту же дилемму: “Пациент не может смотреть в лицо смерти, пока не является целостной личностью, однако лишь глядя в лицо смерти он может стать по-настоящему целостной личностью”. Проблема (особенно критическая, по мнению Сэрлза, для шизофренических пациентов) заключается в том, что “тревога, связанная с конечностью жизни, слишком велика, чтобы прямо иметь с ней дело, не имея поддержки в виде знания себя как целостной личности... Личность не может вынести конфронтацию с неизбежностью смерти, если не имеет опыта полноты жизни, а шизофреник никогда не жил полно”³⁹.

Однако опора существует. Терапевт не должен испытывать благоговейный страх перед прошлым. Совершенно не обязательно прожить сорок лет полной, интегрированной жизнью, чтобы компенсировать предыдущие сорок лет призрачного существования. Ивана Ильича из рассказа Толстого конфронтация со смертью привела к экзистенциальному кризису, и за несколько дней, которые ему оставалось жить, он пережил трансформацию, позволившую ему ретроспективно наполнить смыслом всю свою жизнь.

Чем меньше удовлетворенность жизнью, тем выше тревога смерти. Этот принцип ярко иллюстрируется случаем одного из моих пациентов, Филиппа, пятидесятилетнего весьма успешного менеджера. Филипп всегда был закоренелым трудоголиком; он работал от шестидесяти до семидесяти часов в неделю, вдобавок каждый вечер приходил домой с портфелем, доверху набитым материалом для работы; недавно в течение двух лет он работал на восточном побережье, на уик-энды уезжая домой на западное побережье. Его удовлетворенность жизнью была невелика: работа давала ему стабильность, но не доставляла удовольствия. Он работал не потому, что хотел, а потому что должен был работать, чтобы ослабить тревогу. Он почти не знал свою жену и детей. Много лет тому назад у его жены была внебрачная связь, и он так и не простил ей — не столько из-за самой любовной связи, сколько из-за того, что ее роман и его страдание по этому поводу были серьезной причиной, отвлекающей его от работы. Его жена

и дети тяжело переносили отчуждение, но он никогда не пытался воспользоваться этим резервуаром любви, жизненной удовлетворенности и смысла.

Потом наступила катастрофа, лишившая Филиппа всех его защит. Его компания из-за серьезного спада в аэрокосмической индустрии обанкротилась и была поглощена другой корпорацией. Филипп внезапно оказался безработным и, в силу своего возраста и высокого служебного статуса, — без шансов найти работу. У него развилась тяжелая тревога, и на этой стадии он обратился за психотерапевтической помощью. Сначала тревога была полностью сконцентрирована на теме его работы. Филипп был полностью поглощен мыслями о работе. Регулярно просыпаясь в 4 часа утра, он часами лежал без сна, думая о работе: как сообщить новость своим подчиненным, в каком порядке лучше постепенно сокращать свой отдел, как выразить свой гнев по поводу обращения с собой.

Филипп не мог найти новую работу, и по мере приближения последнего рабочего дня его охватывало неистовство. Постепенно в процессе терапии мы отсоединили его тревогу от беспокойства о работе, за которое она цеплялась, как рак-отшельник за свою актинию. Стало понятно, что Филипп испытывает значительную тревогу смерти. Ночами его преследовал сон, в котором он ходил кругами по самому краю "черной дыры". В другом пугающем повторяющемся сновидении он шел по узкому гребню обрывистой дюны на морском побережье и терял равновесие. Неоднократно он просыпался от этого сна, бормоча: "Я не удержусь здесь". (Его отец был моряком и утонул до рождения Филиппа.)

У Филиппа не было острых финансовых проблем: ему полагалось щедрое выходное пособие, к тому же недавно полученное большое наследство обеспечивало материальную стабильность. Но время! Как использовать время? Ничто не имело для Филиппа большого значения, и он погрузился в отчаяние. Затем однажды вечером произошел серьезный инцидент. Он не мог уснуть и примерно в 3 часа ночи спустился вниз почитать и выпить чашку чая. Услышав шум из окна, подошел к нему и оказался лицом к лицу с огромным мужчиной в маске-чулке. Уже после того, как его испуг и смятение утихли, полиция уехала и поиски прекратились, Филиппа охватила подлинная паника. Ему в голову пришла мысль, которая ошеломила его и заставила содрогнуться: "С Мэри и детьми могло что-то случиться". Когда во время нашего терапевтического часа он описал этот инцидент, свою реакцию и свою мысль, я, вместо того чтобы успокоить, напомнил ему, что что-то обязательно случится с Мэри и с детьми, так же как с ним самим.

Какое-то время Филипп чувствовал неустойчивость и ошеломление. Его обычные системы отрицания вышли из строя: его работа, его исключительность, его претензия на триумф, его ощущение неуязвимости. Так же, как он смотрел в скрытое маской лицо грабителя, теперь он смотрел, вначале неуверенно, а затем все более твердо, в лицо некоторым фундаментальным жизненным фактам: пустоте, неумолимому ходу времени и неизбежности смерти. Эта конфронтация дала Филиппу ощущение безотлагательности, и он напряженно работал в терапии над тем, чтобы вернуть себе некоторое удовлетворение и смысл в жизни. Мы особо сосредоточились на теме близости — важного источника жизненного удовлетворения, остававшегося неведомым ему.

Филипп так полагался на веру в свою исключительность, что его безумно страшила перспектива увидеть (и показать другим) свою беспомощность. Я убеждал его говорить правду всем интересующимся: он остался без работы и испытывает трудности в том, чтобы найти новую, — и отслеживать при этом свои чувства. Вначале он в ужасе шарахался от этой задачи, но постепенно понял, что, открывая свою уязвимость, он обретает путь к близости. На одной сессии я предложил ему послать свое резюме моему другу, президенту компании в родственной области, у которого могло бы быть для него место. Филипп поблагодарил меня, вежливо и официально, но сев в свою машину, "заплакал как младенец" впервые за тридцать пять лет. Мы много говорили об этих слезах — что они значили, какие чувства были связаны с ними и почему он не мог плакать передо мной. В то время как он учился принимать свою уязвимость, его ощущение общности, вначале со мной и затем с его семьей, углублялось. Он достиг близости с другими, какой никогда не знал прежде. Его отношение ко времени разительно изменилось: он уже не видел во времени врага, которого надо не замечать или убивать. Теперь, когда свободное время шло день за днем, Филипп начал смаковать его и наслаждаться им. Он также познакомился с иными, давно пребывавшими в спячке частями собственной личности и впервые за многие десятилетия позволил некоторым своим творческим импульсам выразиться в живописи и литературе. Проведя восемь месяцев без работы, Филипп получил новую и непростую должность в другом городе. На нашей последней сессии он сказал: "За последние несколько месяцев я

побывал в преисподней. Но знаете, что я вам скажу: как бы это ни было ужасно, я рад, что не нашел работу сразу же. Я благодарен, что вынужден был пройти через все это". Филипп осознал: жизнь, посвященная сокрытию реальности, отрицанию смерти, ограничивает себя и в конечном счете омертвляет сама себя.

Десенсибилизация* к смерти

Еще одна концепция, на которую терапевт может опереться, имея дело с тревогой смерти, — концепция "десенсибилизации". "Десенсибилизация к смерти" — вульгарное выражение с уничижительным оттенком, поскольку в нем глубочайшее человеческое беспокойство бок о бок соседствует с механистической техникой. Однако при обсуждении терапевтических методов работы с тревогой смерти подобных выражений трудно избежать. Имеется в виду, что при неоднократном контакте человек может привыкнуть к чему угодно, даже к умиранию. Терапевт может помочь пациенту справляться с тревогой смерти методами, сходными с теми, которые он использует для преодоления любой другой формы страха. Он снова и снова помещает пациента в ситуации, когда тот испытывает свой страх в уменьшенных дозах. Он помогает пациенту манипулировать объектом страха и пристально изучать его со всех сторон.

Монтень отдавал себе отчет в этом методе, когда писал:

"Мне представляется, однако, что существует путь, позволяющий нам познакомиться со смертью и до некоторой степени ее испытать. Мы можем получить собственный опыт смерти, если не полный и совершенный, то по крайней мере не бесполезный, и это сделает нас более защищенными и уверенными. Нам не добраться до самой крепости смерти, но мы можем приблизиться к ней, разведать местность; если сам ее форт нам недоступен, то мы в состоянии хотя бы увидеть и освоить подступы к нему"⁴⁰.

За годы работы с группами раковых пациентов я множество раз видел десенсибилизацию. Пациент снова и снова приближается к своему страху, пока постепенно тот не ослабевает просто потому, что становится знакомым. Многим пациентам помогает обезвредить смерть модель, установленная другими пациентами и терапевтами, — будь то твердость, напряженное стоическое принятие или невозмутимость.

Базовый принцип бихевиорального способа уменьшения тревоги заключается в том, что индивид подвергается воздействию стимула, вызывающего страх (в тщательно калиброванных объемах), пребывая в психологическом состоянии и условиях, специально направленных на замедление развития тревоги. Эта стратегия использовалась в групповой терапии. Групповая сессия часто начиналась (и заканчивалась) каким-либо снижающим тревогу медитативным или мышечно релаксирующим упражнением; каждый пациент находился среди других, страдающих той же самой болезнью; участники группы доверяли друг другу и чувствовали, что их полностью понимают. Градуировка подверженности стимулу выражалась в одном из рабочих правил группы, согласно которому каждый член группы мог продвигаться с собственной скоростью, и никого не понуждали к более интенсивной конфронтации, чем он хотел.

Другой полезный принцип контроля тревоги — ее расчленение и анализ. Чувство животного катастрофического ужаса обычно состоит из многих компонентов страха, доступных рациональному анализу. Может оказаться полезным побудить пациента (как обычного психотерапевтического клиента, так и умирающего) исследовать свой страх и вычленить все его отдельные компоненты. Многие люди перед лицом смерти испытывают подавляющее чувство беспомощности, и группы умирающих, с которыми я работал, действительно посвящали значительное время нейтрализации этого источника мощного страха. Главная стратегия состоит в том, чтобы разделить дополнительные чувства беспомощности и подлинную беспомощность, обусловленную встречей с неизменной экзистенциальной ситуацией. Я был свидетелем тому, как умирающие возвращали себе ощущение власти и контроля, взяв в свои руки управление теми аспектами своей жизни, которыми можно было управлять. Например, пациент в силах изменить свой стиль взаимодействия с врачом: он может настоять на том, чтобы его полностью информировали о его болезни или допускали к участию в принятии важных решений, касающихся лечения. Он может сменить врача, если не удовлетворен теперешним. Некоторые пациенты становятся социально активными. Другие используют свою возможность выбора, с восторгом обнаруживая, что могут решить не делать то, чего они не хотят делать. Третьи, убежденные, что новые пути управления психологическим стрессом окажут воздействие на ход их заболевания, серьезно включают в психотерапию. Наконец, когда все остальное кажется вышедшим из сферы личного контроля, у нас еще остается власть контролировать свою позицию

по отношению к собственной судьбе — реконструировать то, что невозможно отрицать. Другие компоненты страха — это страх перед болью умирания, страх посмертного существования, страх неизвестности, беспокойство за семью, страх за свое тело, чувство одиночества, регрессия. В западной культуре, ориентированной на успех, смерть любопытным образом приравнивается к неудаче. Каждый из этих составляющих страхов, исследованный рационально и отдельно, является менее пугающим, чем все вместе. Каждый связан с очевидно труднопереносимым аспектом умирания; однако ни по отдельности, ни в сочетании они не должны с неизбежностью вызывать катастрофическую реакцию. Следует заметить, однако, что многие пациенты, которым я предлагал проанализировать их сильные страхи, связанные со смертью, обнаруживали, что дело не в чем-либо из вышеназванного, а в чем-то примитивном и не укладывающемся в слова. В бессознательном взрослого живет иррациональный ужас маленького ребенка: смерть переживается как злая, жестокая, увечная сила. Вспомним кошмарные детские фантазии о смерти, описанные в главе 3, в которых выражены более устрашающие представления о смерти, чем у зрелого взрослого человека. Эти фантазии не в меньшей степени, чем эдиповы или кастрационные страхи, являются атавистическими довесками, разрушающими взрослую способность распознавания реальности и ответного реагирования. Терапевт работает с этими страхами так же, как с другими искажениями реальности: он стремится выявить их, прояснить и рассеять эти призраки прошлого.

Десенсибилизация к смерти: эмпирические данные

В нескольких публикациях (все они являются докторскими диссертациями по психологии) описываются мастерские по сознанию смерти, где применялись многие из вышеописанных методов десенсибилизации к смерти и оценивались количественные изменения тревоги смерти. Об одном восьмичасовом марафоне — состоявшем из обсуждения темы смерти, просмотра кинофильма о смерти, направленного фантазирования (в состоянии глубокой мышечной релаксации) каждого члена группы о своем смертельном заболевании, смерти и похоронах — сообщается, что восемь участников этого эксперимента (по сравнению с внегрупповой контрольной выборкой) «реорганизовали свои представления о смерти», меньше прибегали к отрицанию в конфронтации с собственной смертью и, согласно проведенному через восемь недель проверочному тестированию, имели более низкие показатели тревоги смерти. В послегрупповых интервью некоторые испытуемые спонтанно заявили, что мастерская послужила для них катализатором жизненных изменений в других областях жизни. Например, один из них, алкоголик, рассказал, что группа оказала на него огромное воздействие: он решил, что не желает умирать унизительной смертью алкоголика и стал полностью воздерживаться от спиртного⁴¹.

Другая сходная программа десенсибилизации к смерти, SYATD («формирование ваших позиций по отношению к смерти») привела к снижению страхов смерти (измерявшихся с помощью двух шкал манифестной тревоги смерти)⁴². Мастерская «смерти и самораскрытия» вызвала повышение тревоги смерти, но также усиление чувства смысла жизни⁴³. Результаты других программ проявились в снижении тревоги непосредственно после мастерской с возвратом по прошествии четырех недель к уровню, который был перед проведением мастерской⁴⁴. Наконец, шестинедельный образовательный курс на тему смерти для медицинских сестер не изменил тревогу смерти сразу же, но дал о себе знать достоверным ее снижением четыре недели спустя⁴⁵.

Смерть — лишь один компонент человеческой экзистенциальной ситуации, и работа над сознанием смерти составляет лишь одну грань экзистенциальной терапии. Чтобы прийти к полностью сбалансированному терапевтическому подходу, мы должны исследовать значение в терапии каждого из остальных конечных факторов. Смерть помогает нам понять тревогу, дает динамическую структуру, из которой мы можем исходить в своих интерпретациях, и служит источником пограничного опыта, способствующего грандиозному сдвигу точки восприятия. Каждый из прочих конечных факторов, к которым я сейчас обращаюсь, составляет отдельный аспект всеобъемлющей психотерапевтической системы: свобода помогает нам понять принятие ответственности, преданность изменению, решению и действию; изоляция проясняет роль отношений; что же касается бессмысленности, то она обращает наше внимание на принцип обязательства.