

## ИССЛЕДОВАНИЕ АФФЕКТОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА \*

РАЙНЕР КРАУЗЕ, ЭВЕЛИН ШТАЙМЕР-КРАУЗЕ, БУРХАРД УЛЬРИХ

*На основе краткого описания современного состояния исследований аффектов излагается расширенная точка зрения на диагностику и лечение психических расстройств, вводится диагностическая логика, основанная на представлении о путях развития аффекта, и дерево решений для подбора терапевтических показаний на основе экспрессивного аффективного события. Приводятся общие соображения о методах лечения, рабочем альянсе и отдельных расстройствах (например, психосоматических).*

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Слова, обозначающие чувства, встречаются в психоанализе в трех различных контекстах. Первый – это когда мы говорим о состояниях, описываемых такими понятиями, как стыд, вина, гордость, возмущение. Такие «чувства» отражают соотношение между внутренними структурами, например, между идеальным Я и переживающим Я в случае стыда и возмущения, или между совестью и переживающим Я в случае чувства вины или гордости (*Chasseguet-Smirgel*, 1981). Эти чувства предполагают наличие внутренних структур и поэтому называются иногда структурными аффектами (*Krause*, 1990). В других исследовательских контекстах такие чувства называются «я-эмоциями», поскольку они отражают рефлексивное отношение между пассивно чувствующей и активно порождающей чувства частями личности (*De Rivera*, 1977).

В другом контексте понятие аффекта понимается как производное от влечений и/или познавательных процессов. В отличие от терминологии Фрейда (*Freud*, 1915), восприятия ряда желание-нежелание обозначаются как аффекты и объединяются с представлением об изменении напряжения. При этом речь идет, как и в старой психологии, о качественно не дифференцированном количестве (величине аффекта), которое концептуально

---

\* Перевод выполнен по: *Krause R., Steimer-Krause E., Ullrich B.* Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. Forum der Psychoanalyse, 1992; 8: 238-253.

приблизительно соответствует «возбуждению» в академической психологии. Уже сами эти понятия ясно показывают, что речь идет, собственно, не об аффектах, а об «ощущениях» и психическом корреляте воображаемых квантов энергии. Позднейшее включение сюда сигнала тревоги принципиально ничего не меняет в постулате о происхождении аффективности из влечений. Просто вводится некоторая познавательная контрольная функция, которая проверяет актуальную ситуацию на «сходство» с первоначальной, а затем управляет поведением. Вообще говоря, понятие страха было задано в качестве синонима такому отрицательному возбуждению или определяемой таким образом аффективности, а процессы регуляции, которые имелись в виду, – это процессы торможения (*Freud, 1926*).

Третий контекст – это контекст травматических аффектов. Здесь также часто употребляется понятие «страх». В действительности же речь идет не о страхе, а о внутреннем корреляте «схем капитуляции». Имеется в виду состояние полной беспомощности и безнадежности, сопутствующее «знанию» о неотвратимости угрозы, а также неразличение эмоционального и познавательного (*Krystal, 1978*).

Такие состояния служат не для регулирования других процессов, а указывают на общую катастрофу. Они ни в коем случае не сводятся к страху, а могут включать в качестве возбудителей все прочие аффекты, такие, например, как стыд, отвращение, ярость и т.д.

Заблуждение, которое возникло в результате неоправданного сведения аффектов к процессам влечения (*Krause, 1983*) и недифференцированного применения понятия страха в качестве синонима отрицательного возбуждения и неудовольствия, сильно повредило психоанализу как в теоретическом, так, и в лечебно-техническом плане. В теоретическом плане оно позволяло придерживаться единообразия, а в плане методики лечения – отрицать выразительные функции тела. В дальнейшем исследовательский контекст общей психологии, в котором разрабатываются мои проекты, следует проверить на его пригодность для психоаналитической практики и теории. Для этого мы сначала оставим в стороне травматические и структурные аффекты, поскольку здесь не возникает никакой необходимости в больших изменениях и поскольку в другом месте я подробно описал их (*Krause, 1990*).

## **АФФЕКТЫ**

Аффекты – это врожденные, биологически обусловленные процессы, которые определенным образом изменяют текущую деятельность организма. При «отрицательных» аффектах страха, гнева, отвращения, презрения и печали текущая деятельность прерывается. Поэтому говорят о так называемых «системах прерываний» (*Moser, 1983, 1985*) или «изменении системы текущих интересов» (*Frijda u. Swagerman, 1987*).

Одновременно с прерыванием приводится в готовность, пусть рудиментарная, программа действий на момент после прерывания. Страх, например, всегда прерывает текущую деятельность и одновременно создает готовность к бегству, правда, не обязательно реализует ее. При других аффектах дело также заканчивается прерыванием текущей деятельности. Со-

ответствующая готовность действовать выглядит по-разному. Например, при отвращении это реакция выталкивания находящегося в субъекте объекта, при гнев – борьба, при печали – поиск и призыв отсутствующего высокоценного объекта. Возбуждение аффектов может произойти через аффект другого лица посредством прямого заражения либо через «дополнительные» аффективные отношения. Страх, например, может быть дополнением реакции ярости партнера, отвращение – реакции радости партнера.

Еще одна группа возбудителей – это протокогнитивные процессы, описанные Шерером и др. (*Gehm, Scherer, 1988*). «Протокогнитивные» процессы не предполагают никаких более высоких познавательных функций, а содержат лишь очень рудиментарные события, протекающие в ретикулярной лимбической системе. Их можно охарактеризовать в форме дерева принятия решений, которое содержит следующие «вопросы»:

- Является ли событие приятным или неприятным?
- Является ли событие новым или известным?
- Способствует или мешает событие удовлетворению существующих на данный момент потребностей?
- Имеется ли возможность преодолеть это событие действием?
- Находится ли причина события снаружи или внутри?

Эти параметры ведут к конкретным эмоциям. Так, известное неприятное событие, причина которого находится вовне и для которого имеются стратегии его преодоления, вызывает гнев; если последние отсутствуют, возникает страх. Эти протокогнитивные процессы привносятся в мир уже как филогенетическое наследие.

Прерывание текущих действий может относиться к внутренним умственным процессам, таким, как представления, фантазии и т.д., и/или к часто наблюдаемым способам поведения. Такой процесс описывает теория сигнального страха Зигмунда Фрейда (*Freud, 1926*), а также теория простого торможения. Моторно-экспрессивная и, тем самым, видимая часть аффекта может воздействовать также на поведение социального партнера, с которым данное лицо взаимодействует в данный момент. Это воздействие выражается в том, что у партнера возникает идентичный или дополнительный аффект. Аффективно обусловленные изменения могут быть связаны также с физиологическими гормональными процессами (см. *Levenson et al., 1990; Buck, 1988*). Для управления посредством аффектов тремя различными объектными областями: «фантазиями», «социальными отношениями», а также «телесной средой» – нельзя применять одинаковые сигналы, и включенные в процесс системы следуют различным закономерностям (*McDougall, 1985*). В дальнейшем экспрессивная, физиологическая, моторная и умственная системы совпадают по фазе только в пограничных условиях предельно сильных аффектов. Обычно большинство лиц пытается удерживать свое аффективное возбуждение под контролем посредством «работы чувств» как раз настолько, чтобы не было этого совпадения.

Экспрессивная система в большей степени, чем другие, допускает строгий контроль посредством так называемых «правил показа». Под этим понимаются культурно обусловленные и известным образом определенные

«правила» развития и показа эмоций в заданных социальных ситуациях. Выражение аффектов у здоровых людей относится обычно к предметам, о которых они говорят, или, в случае радости, обращено непосредственно к партнеру, но не отражает саму структуру Я. Отрицательные аффективные экспрессивные составляющие эмоций отражаются поэтому в речи через объекты, являющиеся предметом общения в диадической ситуации (*Huffman et al.*, 1991), а не через само отношение. Таким образом, если партнер обнаруживает гнев, то в общем случае мы предполагаем, что этот сигнал относится к предмету, о котором он говорит, а не ко мне как его партнеру.

Правила, относящиеся не к выражению, а к переживанию некоторой эмоции, называются в социологической литературе «правилами чувствования» («feeling-rules»). Соблюдение или нарушение таких правил чувствования имеет своим вторичным последствием авторефлексивные эмоции вины, стыда или радости и совершенства. Так, «неспособность» испытать печаль в ситуации, где это требуется, связана в общем случае с чувствами вины или даже стыда. Связанная с этим «работа чувств» представляет собой значительную область в социальных взаимодействиях и терапевтической деятельности, а также в профессиях, связанных с расширенным кругом общения (стюардессы, менеджеры и т.д.) (*Hochschild*, 1979). Большая часть профессиональной деятельности, которую мы называем сегодня работой, состоит в совершении такой работы чувств. Достаточно напомнить тот факт, что те медсестры, которые лучше всех имитировали положительные аффекты в ситуациях, вызывающих страх и отвращение, считались лучшими сиделками (*Ekman*, 1989).

В отличие от отрицательных аффектов, которые представляют собой системы прерываний, положительный аффект, в свою очередь, вызывает радость, как собственную, так и вызванную поведением партнера, так что система радости как во внутреннем, так и в интерактивном плане представляет собой естественную систему вознаграждения и соблазна. С помощью всех аффективных сигналов можно осуществлять процессы обусловливания, начиная с грудного возраста (*Lanzetta, Orr*, 1986). Это означает, что аффективная валентность мира для ребенка в значительной степени формируется из аффективных реакций взрослого, служащего моделью. Эмде назвал этот процесс «установлением социальных привязок» («social referencing») (*Klinnert, Campos, Scorce, Emde, Svejda*, 1983).

Мы предложили в своих работах (например, *Krause*, 1988) дифференцировать участвующие в аффективном событии подсистемы (S): аффективный экспрессивный сигнал аффективно обусловленного положения тела, например, в лице и голосе (S1), рудименты готовности к действию (S3) и психологические параметры (S2). Эти части аффекта, в совокупности и по отдельности зафиксированные в теле, мы назвали, следуя Мозеру (*Moser*, 1983), «возникающей эмоцией», так как для ее возникновения не требуется умственного авторефлексивного отображения. В дальнейшем мы разграничили восприятие и переживание (S4) аффекта и его языковое семантическое название (S5) и стали различать типичные процессы развития аффективного события во времени внутри индивида (Z1) и между индиви-

дами (Z2). В заключение мы предполагаем рассмотреть присущую конкретному индивиду или болезни способность расшифровывать аффекты другого лица. Этот процесс имеет составляющую, управляемую восприятием, и составляющую, связанную с механизмом умозаключений. Изменения, обусловленные восприятием, – это изменения, выражающиеся в распаде образа, которые известны нам в виде изменения восприятия лиц при острых психозах, когда мимический образ внезапно превращается в гримасу, или лицо другого человека превращается в пустое место. В случае изменения механизма умозаключений речь идет о систематических сдвигах оценки при правильном восприятии образа. Например, смех начинает означать презрение, так как больной делает вывод, что партнер смеется над ним. Таким образом, больной приписывает партнеру злорадство. Длительные значительные изменения на уровне восприятия известны нам, например, в картинах посталкогольных заболеваний, а изменения, связанные с умозаключениями – при параноидных психозах (Krause, 1992).

В соответствии с участием этих разных составляющих, можно различать понятия «аффекта», «чувства» и «эмпатии к себе» или, соответственно, «эмпатии к другому». Понятие «аффект» будет тогда соответствовать термину «действие, совершенное в состоянии аффекта», т.е. самому низкому, квазибиологическому уровню, на котором могут возникнуть чисто телесные процессы «самозаражения» или «заражения» от другого, характеризующиеся отсутствием авторефлексивного отображения, а иногда и переживания (S1-S3).

Под «чувством» можно было бы понимать умственное представление плюс более или менее развитые сопутствующие телесные процессы (S1-S4). Умственное представление, конечно, не обязательно является языково-семантическим определением этого процесса. Напротив, мы, по видимому, склонны прибегать в области чувств скорее к иконическим или музыкальным формам представления. Под «эмпатией» – самосопереживанием или сопереживанием другому – следовало бы тогда понимать еще один, авторефлексивный эмоциональный способ переживания, который, наряду с участием, содержит «реальное» знание о том, кто вызвал аффект, и о том, кто переживает его (S1-S5) (Basch, 1976, 1983).

Еще одна необходимая характеристика аффективного процесса касается его продолжительности. Если говорить о «пусковых аффектах» (Moser, 1983), то под воздействием биологической функции как системы изменений аффекты могут действовать лишь кратковременно. В связи с этим мы должны будем обсудить вопрос, не означает ли хронификация аффекта по определению психопатологию, поскольку не только хроническое отвращение, хронический страх, ярость, но также и радость не обеспечивают важнейшей функции системы аффектов, – повышения гибкости действий. Следовало бы также проверить психопатологические последствия полного отсутствия какого-либо конкретного аффекта (Krause, 1990).

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Если аффективность является не состоянием, посредством которого осуществляется управление такими системными областями, как социальные отношения, физиология и внутреннее формирование моделей, то можно представить, что патология аффективности заключается не только в изменении отдельных подсистем, то есть физиологии или представлений как таковых, но и в изменении закономерностей, с которыми они связаны. Это означает, что цели лечения должны формулироваться также в терминах необходимого изменения связей аффективных подсистем. Таким образом, в простейшем случае я мог бы считать использование неправильного с точки зрения языковой общности названия для объективно имеющегося в теле и воспринимаемого аффективного процесса противоречием между чувством и языковыми представлениями. Я называю, например, радость нервозностью, но, несмотря на это, радуюсь. Такие случаи бесчисленны и обусловлены особенностями культуры и семьи. Так, швейцарцы немецкого происхождения называют сияющего от радости человека «удовлетворенным», а находящегося в ярости – «сумасшедшим», что позволяет судить об этнопсихологии культуры. Исправить такие процессы, конечно, труднее, чем неправильно выученные гласные, так как с этим связано большинство ценностных структур людей и культур, однако в общем случае это не требует никаких психотерапевтических мер. Высказывания об отсутствии переживания аффектов обычно не лишены проблем с теоретической и эмпирической точек зрения. Если, например, алекситимию определяют как неспособность читать чувства, следовало бы, собственно, указать, к какому первичному тексту относится процесс чтения. Либо больные не могут читать свою физиологию, свою экспрессивность, свою телесную моторику, бестелесное переживание или что-нибудь еще в этом роде, либо дело обстоит так, что сами первичные тексты уже так изменились или так стерты, что читать больше нечего? В зависимости от того, какой ответ дается на подобные вопросы, соответствующие расстройства рассматриваются как тяжелые, ранние расстройства Я или легкие невротические, конфликто-обусловленные. Кроме того, неясно, обусловлены ли такие свойства особенностями болезни или они характерны для тяжелых форм совершенно различных расстройств. Наконец, неясно, связаны ли тяжелые формы со всеми аффектами или только с некоторыми из них, например, с яростью.

Кроме того, вполне можно представить себе состояния, в которых языковое обозначение аффективности хорошо развито, но так называемое «переживание» отсутствует. В какой-то степени эти парадоксы описываются такими понятиями, как «ложное Я», «как бы», личность (*Deutsch*, 1942), «безаффектные больные» (*McDougall*, 1984). Однако, вообще говоря, из историй болезни, по которым была разработана эта номенклатура, нельзя почерпнуть никаких данных об экспрессивности и физиологии больных, так что перед нами стоят те же проблемы, что и при алекситимии.

Не имея возможности решить эти проблемы, в дальнейшем я хотел бы как-то очертить их на фоне наших эмпирических результатов. Для того, чтобы можно было теоретически убедительно выстроить связь с психоана-

лизом, необходим окольный путь – через психологию развития аффективности.

## ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ

Мы предлагаем концептуализировать диагностику психических расстройств на основе теории эпигенетического ландшафта Уэддингтона (*Waddington, 1957*). Развитие человека метафорически описывается этой биологической теорией как прохождение определенных отрезков пути, или долин. В каждый момент индивид может находиться только в одной долине. Пройденные долины и отрезки пути характеризуют развитие, а глубина долин отражает трудность, с которой сталкивается индивид при попытке перейти с одной пути на другой (ср. *Schneider, 1983*). Пройденная долина в статистическом смысле определяет принципиально возможные ближайшие отрезки пути. Прохождение таких отрезков в обратном направлении невозможно. Выбор отрезка пути определяется генетическими и обусловленными опытом граничными условиями, например, травматическими фиксациями. Известные на данный момент сменяющие друг друга во времени «ландшафты» онтогенетически соответствуют общим системам мотивации, а именно системе связей и безопасности (*Bischof, 1985*), регулированию автономии (*Bischof, 1985; Moser et al., 1991*), а также способности к эротизации и соблазнению (*Lincke, 1981*). Нетрудно увидеть в этом связь с этапами развития влечения согласно Фрейдю (*Freud, 1905*).

Пытаясь применить теперь эти представления для диагностического понимания обратившегося к нам больного, попробуем использовать наблюдаемое поведение и, переживание аффекта в качестве исходной точки для построения пути развития, характеризующего данного пациента. Мы предполагаем на основе своих исследований найти в системе аффектов показатели, позволяющие получить подобный диагноз развития. Это означало бы, что в конкретной системе аффектов индивида эти пути развития можно проследить. Прежде чем говорить о показателях, следует еще раз кратко описать пути развития, или, в нашей метафорике, «ландшафты и их долины».

При прохождении первого отрезка пути следует решить, будут ли отношения формироваться по «объектному» или «нарциссическому» типу. Под нарциссическим регулированием следует понимать попытки оценивать других лиц и все поведение лишь с точки зрения саморегуляции. Такие лица не могут воспринимать объективно ни себя, ни других, так как эти восприятия приходят в столкновение с нарциссическими нуждами. В отношении взаимодействий это означает, что служащее моделью лицо реагирует на мир объектов и ребенка аффектами, не соответствующими вышеупомянутой протокогнитивной структуре. Поскольку аффекты взрослого служат показателями валентности мира объектов, ребенок теряет свободу узнавать и переживать мир на основе своего собственного опыта. Он теряет внутреннее пространство, «способность мечтать», поскольку он уже все знает через аффекты взрослых. Одновременно он теряет способность соблазнять, так как в своей собственной экспрессивности он должен на-

страиваться на нереальную аффективную валентность мира объектов взрослых. В общем случае у взрослых происходит экстернализация того же опыта, который они повторяли детьми. Когда, например, мать во время ухода за телом в области половых органов и/или анальной области всегда делает гримасу отвращения, то, согласно теории «формирования социальных установок», возникает внутренняя матрица опыта, согласно которой сенсорно хорошо обеспеченная и доставляющая радостные переживания зона тела попадает под влияние этого аффекта, который сопровождает реакцию выталкивания злокачественного объекта из аффективной системы испытывающего отвращение субъекта. Результатом такого повторяющегося опыта является то, что соответствующее сенсорное поле вычеркивается из телесных ощущений и не интегрируется в схему тела. Эта сенсорная дыра является основой и предшественницей будущего страха кастрации, который извращенная личность стремится снять сенсорными и магическими действиями (Greenacre, 1953). Мы считаем, что имеет смысл различать следующие системные области Я: телесное Я (в версиях «сенсорно представленная периферия» и «фантазируемое и переживаемое телесное внутреннее») и Я действия, или волевое Я (как переживание места и способности вызывать изменения). Поскольку аффекты представляют собой первые намерения ребенка, то его воля на этом этапе развития конгруэнтна его аффектам, так что опыт отрицания чувств идентичен опыту невозможности чего-либо добиться и чего-либо хотеть.

Следующий шаг – регулировка автономии – будет зависеть от первого выбора. При этом, вероятно, выбираются те системные области, которые на первом этапе (связи) меньше всего тормозили развитие отношений. В целях регулирования автономии телесное и действующее Я часто приводятся в состояние определенной противоположности друг другу, так, чтобы попытаться сбалансировать уже нарциссически поврежденное волевое Я за счет компенсаторного расширения телесного Я. Это известно как при перверзиях, так и при определенных формах культа тела. Однако все эти решения оказываются затруднительными в том смысле, что телесное Я управляется чужой «волей». Отсюда происходит также «машинная фантазия», которую мы находим как у психотиков, так и у лиц, страдающих перверзиями. Напомню только функцию врачебной комнатной гимнастики Даниэля Пауля Шребера и ее последствия для детей (Niederland, 1978).

Решения, в которых мнимая триумфальная автономия волевого действующего Я сопровождается полным пренебрежением к телесному Я и его отрицанием, известны непосредственно по некоторым психосоматическим заболеваниям. Кажется очевидным, что аутоагрессивные процессы через иммунную систему непосредственно связаны с аффектами, и что тяжелые психосоматические заболевания с самого начала отмечены скудостью выражения аффектов, прежде всего гнева. Обратное же заключение о том, что отсутствие выражения аффектов причинно связано с «психосоматозами», неправильно, так как этот синдром имеют и другие тяжелые состояния. Впрочем, в этой области многое или почти все неясно.

Для регулирования автономии также может быть нарциссически ис-

пользовано тело и/или волевое Я другого. При выборе чужого тела или Я части, мешающие нарциссической регуляции, конечно, подавляются (*Moser et al.*, 1991).

Следующий шаг решает, может ли быть сексуализирован выбранный таким образом объект. Под этим следует понимать не фактическое выполнение сексуальных действий, а способность соблазнить самого себя и/или других сексуально возбужденным телом или действующим Я. Мы отделяем эротизацию от сексуализации, так как большая часть того, что мы называем эротизацией, происходит из системы отношений и связана с мотивами безопасности.

В дальнейшем следует рассмотреть, в качестве примера, некоторые состояния и их варианты. Варианты развития выводятся не из симптомов, а из общих признаков, как правило, относительно незаметных. С этими представлениями мы приближаемся к концепции меток уязвимости, которые играют роль в современной психопатологии. Под ними следует, по видимому, понимать индикаторы, слабо связанные с проявлением будущего заболевания.

### **ВАРИАНТЫ «РАННИХ РАССТРОЙСТВ»**

Мы считаем, что глубинная психотическая структура (не обязательно подразумевающая психотическое заболевание) может быть охарактеризована нарциссически «раненым» Я, компенсаторным превращением волевого собственного Я в объект регулирования автономии, а также снижением способности к эротизации. Поскольку на основе процесса проективной идентификации другим объектам тоже приписывается агрессивная волевая структура Я, возникают классические пограничные расстройства (*Cierpka*, 1985).

Среди других расстройств больше всего похожи на это тяжелые психосоматозы, которые не следуют модели конверсии. Точно так же происходит нарциссическое расстройство, прежде всего, волевой области Я; тело – в первую очередь внутренняя часть тела – выбирается в качестве объекта регулирования автономии, что приводит, в конце концов, к полной утрате эротизации. Эротизировать можно не только боль. У больных количеством мы вместо проективных процессов находим процессы отрицания (*Sandweg*, 1989), т.е. больные распознают негативные аффекты своих партнеров и свои собственные, но отрицают их существование, что ведет к тому, что у них имеется мало средств для защиты от чужих намерений и чувств, которые без буфера аффектов относительно непосредственно воздействуют на телесную область. Наблюдаемую иногда при определенных процессах лечения и течения болезни смену долин следует объяснять ипохондрией, которая сменяет тяжелые психосоматозы (*Krause*, 1985b).

Нарциссический выбор объекта с периферией тела в качестве опорной точки и удачной сексуализацией выливается в различные формы перверсии, которые в развитых формах могут быть исключительно разнообразными. Собственное тело используется нарциссически, чтобы посредством «функционализированного» партнера по взаимодействию достичь сексуализированного «пикового переживания», позволяющего ощутить самого

себя. На примере акта эксгибиционизма можно различить последовательное действие трех областей регуляции: нарциссическое нарушение и без того уже уязвимо волевого Я ведет к размыванию идентификации. За этим следует поиск некоторого конкретного объекта для восстановления автономии, которое состоит в том, чтобы через показ своего полового органа навязать объекту аффект прерывания. Этот аффект дает эксгибиционисту острую аффективную чувственную информацию о половом органе, которая не дана ему кинестетически. Навязанный аффект должен представлять собой страх, ярость или отвращение. Позитивные аффекты не дают достаточной остроты. Следующая затем мастурбация интегрирует идентичность тела и действующего Я через чужой аффект при высокой степени замещения. Это так называемое «пиковое переживание». К нему вторично присоединяется стыд, который должен подвергнуться отрицанию. В зависимости от значимости регулирования автономии, момент зависимости, послушания, которое сексуализируется, может представлять собой самое важное в качестве подобного нарциссического пикового переживания, регулирующего автономию и позволяющего ощутить собственное Я. Тот факт, что кто-то (частичный объект или Я) делает что-то (дефекация, мочеиспускание, проявление аффектов) «по команде», является сутью этого варианта. Штоллер (*Stoller, 1979*) предполагает, что речь идет о превращении поражения в мнимый триумф.

Аффективным индикатором для всех вариантов нарциссических расстройств является значительное сокращение частоты аффективной выразительности и разнообразия мимики. В большой степени исчезает подлинная радость, однако исчезают также и негативные аффекты. Это доказано для шизофрении в параноидной галлюцинаторной форме (*Steimer et al., 1988*) и для психосоматической картины язвенного колита независимо от пола (*Krause, 1992*). Верно ли то же самое для голоса, не выяснено. Выводы о самом аффективном переживании, разумеется, невозможны. У шизофреников скудость выражения сопровождается очень сильными негативными аффектами, переживаемыми и вербализованными. Для больных колитом это не так, в отношении вербализации неудовольствия у них нет никаких отличий от здоровых людей, вопрос о том, переживают ли они себя таким же образом, остается открытым. Для тяжелых депрессий не невротического типа это, по-видимому, так (*Ellgring, 1989*). На основе скорее разрозненных наблюдений больных с пограничными расстройствами и лиц, страдающих перверсиями, мы считаем, что описанное справедливо и для этих групп. У шизофреников самым частым длительным аффектом является презрение, у больных колитом – отвращение. Аффекты соответствуют выбранным Я-объектам. Если выбирается волевое действующее Я, то соответствующим процессом защиты является проекция или проективная идентификация как проявление мнимой собственной воли к воздействию на партнеров (*Hufnagel et al., 1991*). Если выбирается собственное тело, то имеется в виду проявление локализованного в теле злокачественного объекта, а соответствующим аффектом является отвращение.

Такие изменения не обязательно означают расстройства Я, так как

следует еще обсудить вопрос об обратимости, возможности в определенных, возможно, редких переходных условиях изменить часть репертуара аффективно выразительного поведения. Это имеет место в случаях психотических шубов и периодического заикания (*Krause, 1981*).

### **ВАРИАНТЫ «КОМПУЛЬСИВНЫХ СТРУКТУР»**

Как правило, компульсивная структура имеет в качестве глубинного измерения первичный выбор волевого собственного Я в качестве объекта последующего регулирования автономии. Так начинается первая фиксация. Если участвует телесное Я, то всегда в качестве поля действия и фона для «одичавшей» воли. Соответственно этому, эротизируется, как правило, воля, а не само тело. Сексуально возбуждает, если это вообще происходит, именно проявление воли над другим или над собой. В отличие от перверсии, компульсивная структура нужна собственному Я пациента для преодоления переживаемой как противоположность воли другого или борьбы с собственным телесным желанием. Магические игровые характеристики перверсивного акта господства, которые в конечном счете всегда подразумевают нарциссический театр, отсутствуют в компульсивной структуре из-за первого объектного выбора.

В случае компульсивной структуры поведение человека лежит в диапазоне от дружеского до нейтрального, правда, всегда имеются так называемые моментальные выражения ярости и презрения в сигнальной составляющей. Под этим подразумеваются очень краткие проявления, частично лежащие ниже порога восприятия. Конфликтные аффективные ощущения больного находят, таким образом, свое выражение.

«Иллюстраторы», то есть сопровождающие речь аффективно неспецифические сигналы возбуждения, почти отсутствуют, из-за чего больные выглядят «зажатыми, негибкими и сдержанными». Однако при преодолении торможения, например, под гипнозом, это может измениться.

О физиологических процессах (S2) при этих диагнозах в настоящее время известно еще слишком мало. Работы исследовательской группы во главе с Пеннебакером и Трауэ (*Hufnagel et al., 1991*) близки к тому, чтобы по меньшей мере в групповом статистическом смысле связать повышенное физиологическое возбуждение с низкой склонностью к его выражению. Восприятие больным конфликтности (S4) выглядит при тормозных и конфликтующих внутренних и внешних сигналах (S1-S3) правильным, так как они могут быть амбивалентно пережиты и описаны. Отвергнутые аффективные переживания хотя и воспринимаются, но переживаются как Я-дистонические. Однако они не приписываются – как при психозах – внешнему объекту (*Krause, 1981*).

Обозначение на языковом уровне (S5) происходит на некотором абстрактном языке. Абстракция выглядит аффективной только в своем денотативном значении, но в немалой степени свободна от коннотативных ссылок и символизаций (безаффектный язык в смысле изоляции). Дешифровка воспринятой конфликтности возмещена и отвечает противоречивым сигналам. Партнеры по взаимодействию часто чувствуют себя бессильными или проявляют интенсивные чувства ярости. В отличие от психозов и ис-

терии, при которых происходят поочередные несовместимые идентификации, здесь мы находим вертикальный разрыв всей аффективной системы правил, который остается устойчивым во времени. Конфликтность ограничена только конкретными темами, все амбивалентно.

### ВАРИАНТЫ ИСТЕРИЧЕСКИХ СТРУКТУР

Больные прошли объектный выбор и приобрели «успешную» форму регулирования автономии. Диадическая структура превратилась в триадическую, которая содержит процесс соперничающего сравнения, в какой-то степени касающийся способности к соблазнению. Теперь речь идет о том, кто может лучше всего эротически соблазнить, и соответствующими усвоенными чувствами являются зависть и тщеславие. Они предполагают сравнение двух лиц в глазах третьего лица. Частый вариант истерии заключается в защитной сексуализации и/или эротике, а также в защитном преобразовании этих сексуализированных желаний в отвращение (*Green, 1973*).

У лиц с истерической структурой в ситуациях, в которых нет угрозы возбуждения конфликта, в сигнальной системе (S1) находится «архаический» смех, сигнализируемый посредством иннервации *Musculus zygomaticus minor*, что следует рассматривать как экспрессивный коррелят великодушному равнодушию, веселости истеричных натур (*Freud, 1895*). Физиология (S2) и положение тела (S3) согласуются с сигнальной составляющей (S1) и указывают на готовность к соблазнению. Расшифровка партнером по взаимодействию согласуется с предлагаемым действием. Восприятие (S4) и описание больными ситуации не согласуются ни с их телесными процессами (S1-S3), ни с расшифровкой партнерами; они переживают себя как дружественно настроенных, но ни в коем случае не как соблазняюще и/или сексуально возбужденных. Они кодируют такие состояния, например, как нервное истощение или как безотчетный страх. Место разрыва внутри аффективной системы правил проходит между реальной и испытываемой эмоциями. Обе, однако, налично и проявлены. Эта форма несвязанности клинически часто обозначается как вытеснение (отделение представления в воображении от соответствующего аффекта) (*Freud, 1915*).

Если партнер по взаимодействию принимает предложенное отношение и со своей стороны сигнализирует о вожделении, то размытое внутреннее переживание у больных превращается в антипатию и отвращение. В сигнальной части (S1) возникают отвращение или презрение и ярость, с соответствующими внутренними (S2) и внешними действиями по подготовке поведения (S3), соответствующим восприятием (S4) и языком (S5) и правильной расшифровкой. Меняющееся по оси времени сочетание составляющих зависит от степени возбуждения конфликта, которое, в свою очередь, зависит от реакции партнера по взаимодействию. Состояние соблазнения/вожделения и состояние отвращения диссоциированы друг от друга, так что и в переживании партнера по взаимодействию, и в переживании субъекта эти составляющие личности включаются в упорядоченную временную последовательность (диссоциированные истерические идентификации,

Green, 1973).

## ДЕРЕВО РЕШЕНИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТОВ

В общем случае необходимо выяснить следующие вопросы:

– Имеется ли общий синдром отсутствия аффективного выражения? При этом прежде всего следует обращать внимание на верхнюю часть лица: не обстоит ли дело так, что вообще не проявляется иннервации лобной части, нет мимики вокруг глаз и морщин на лбу при сосредоточенности и гневе, то есть, прежде всего тогда, когда от содержания обсуждаемого следовало бы ожидать какого-то аффективного движения?

– Если общий синдром аффективной пустоты выражения налично, ощущается ли в какой-то степени видоизмененный отрицательный ведущий аффект, конечно, не в переносе и не в переживании, о котором сообщает больной, а в его сигнализации? При этом речь может идти об отвращении, презрении, ярости, страхе.

– Можно ли вывести из рассказа какую-нибудь связную тему, отражающую центральный конфликт отношений?

– Можно ли отождествить резидуальный ведущий аффект в его выражении с этим центральным конфликтом отношений?

Если имеется не общий синдром затрудненного выражения, а лишь сужение набора вариантов до двух антагонистических ведущих аффектов, которые, кроме того, согласуются с центральным конфликтом отношений, то можно с большой уверенностью говорить о трансферентном неврозе.

Общий синдром затрудненного выражения и мимический ведущий аффект, не соответствующий однозначно центральному конфликту отношений, позволяет с большой вероятностью предположить расстройство на раннем этапе. Внутренняя форма его характеризуется, среди прочего, типом отрицательного ведущего аффекта. Отвращение имеет, по-видимому, большее значение в области нарциссических расстройств телесного Я, а презрение, напротив, – в области расстройств действующего и волевого Я. В этом и заключается различие между перверсиями и психосоматозами, с одной стороны, и психозами – с другой.

## К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

В ходе лечения аффективность больного и терапевта используется в качестве своего рода измерительного датчика для непрерывно идущего диагностического процесса и окончательного управления действиями (Krause, 1985a).

Этот измерительный датчик актуален в трех областях действия, лишь косвенно согласующихся между собой: (1) качестве рабочего альянса, (2) взаимном сосредоточении внимания на определенных областях действия и (3) реализуемой терапевтом «технике» поведения. Названные аспекты сложно взаимосвязаны. Нельзя понимать их аддитивно в том смысле, что результаты всех аспектов складываются в совокупный успех лечения. Мы принимаем скорее мультипликативную модель, в которой для обеспечения успеха некоторые эффекты не должны принимать отрицательные или нулевые значения. Так, например, лечение с высокой вероятностью заканчи-

вается неудачей даже при правильном применении метода, сосредоточении внимания на правильном объекте и правильном подборе показаний, если оно проводится при недостаточно прочном рабочем альянсе (*Senf*, 1991).

### **РАБОЧИЙ АЛЬЯНС**

Согласно нашим представлениям, рабочий альянс – это субъективная удовлетворенность терапевта и больного терапевтическими отношениями, чувство больного, что он правильно выбрал терапевта, и впечатление терапевта, что он может работать с данным больным. Это переживание отношений должно быть разграничено с переносом, понимаемом в узком смысле. То, как терапевт содействует образованию прочного рабочего альянса, не является, конечно, чем-то независимым от терапевтического метода, которым он пользуется. Рабочий альянс необходим, чтобы могли возникнуть отношения переноса, и чтобы можно было затем преодолеть трансферентный невроз (*Frieswyk et al.*, 1986).

Доказано, что рабочий альянс тесно связан с аффективными процессами регуляции. Мы знаем, например, что 70% заключений двух партнеров по общению о взаимной симпатии можно заранее предсказать по положению тел и его синхронизации (*Merten*, 1988). Мы знаем, что терапевты проявляют богатое квазиэротическое поведение и что это даже необходимо для поддержания отношений, но нередко сознательно смягчается терапевтами, а часто даже табуируется (*Schefflen*, 1965). Это, конечно, не исполнение желаний, боязнь конфликта или угодничество перед больным, это лишь создание необходимого положительного опыта отношений в конкретных ситуациях, что позволяет пренебречь исполнением желаний и взглянуть в лицо неприятным большей частью истинам, выявляющимся в рамках переноса. Описание такого поведения как тактичного, теплого, эмпатичного оставляет открытым вопрос о том, как оно фактически возникает и, прежде всего, как становится известно, что нечто в этом роде возможно. В контексте аналитического образования такие процессы рассматриваются как в определенном смысле природные явления, представляющие собой следствие собственного анализа, выполняемого в процессе обучения, что в такой формулировке, конечно, неверно. Задача создания прочного рабочего альянса должна, без сомнения, решаться по-разному, в зависимости от вида патологии.

### **МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ И АФФЕКТЫ**

При психотической глубинной структуре пациента терапевту необходимо владеть способами поведения, которые уменьшают аффективное участие, как, например, создание побочных переносов и разрешение вводить для уменьшения аффективного заражения параметры реальности. Нужно постоянно прояснять выражение аффектов путем сопоставления их с Я или объектом и использовать собственное выражение аффектов для обучения и создания учебного фона для больного. Все это должно происходить по преимуществу на когнитивном уровне, что не исключает интеллектуального анализа аффективных отношений, однако интерпретация их

как переноса только запутывает пациента.

В психосоматозах отрицательные аффекты, если их вообще можно наблюдать или ощущать, не нужно интерпретировать как целенаправленные, то есть имеющие целью оскорбление объекта (*Sandweg*, 1989). Вообще, бессмысленно интерпретировать аффекты, если они хотя бы частично не интегрированы в различные системные области, такие как физиология, телесное и умственное представление, так что больные «знают», о чем они говорят и что переживают. Это значит, что через большие интервалы времени у этих больных должно появиться нечто вроде семантической обусловленности, которая выражается в том, что отдельные рассеянные части аффективной системы – вздох, положение тела, определенный вид вокализации, зубовой скрежет, сжатые кулаки – называются своими именами, больной переключает на это свое внимание и использует для этого повседневное название, то есть именно вздох, зубовой скрежет и т.д. Лишь только эта семантическая сеть вообще делает возможной обработку прошлых и актуальных чувств, возникающих в процессе переноса в воспоминании. Интерпретация целенаправленности рудиментарных аффектов ведет, в общем случае, к ухудшению психосоматической симптоматики.

В случае компульсивной структуры следует «аффективно обогатить» язык познания. Это может происходить путем конфронтации с защитной рационализацией при изложении больным фактов, а также посредством указания на затрудненность и подавленность телесных коррелятов аффекта в результате снижения сенсбилизации и уменьшения интенсивности «переживания». Одновременно следует обратить внимание на сопровождающие словесное выражение аффектов сигналы страха, проводя их когнитивную обработку и интерпретируя иррациональное уравнение «аффект равен действию». Через большие промежутки времени это должно сработать по отдельности как для когнитивных, так и для телесных составляющих аффектов. При работе над тяжелой подавленной амбивалентностью следует стремиться к одновременному возбуждению противоречивых аффектов ярости и любви в трансферентных отношениях.

При истерической структуре нужно способствовать когнитивной интерпретации аффективных телесных процессов в поведении благодаря истолкованию событий переноса и соответствующих воспоминаний. Способы поведения должны заново оживляться и соответственно интерпретироваться при переносе, причем истерической аффективности и драматизации, которая без сознательных когнитивных коррелятов и возможностей контроля действует как защита, следует противодействовать путем отказа от соответствующего аффективного ответа.

ЛИТЕРАТУРА

- Basch M.F. (1976). *The concept of affect: A reexamination. J. Psychoanal. Assoc.* 24: 759-770.
- Basch M.F. (1983). *Empathic understanding. A review of the concept and some theoretical considerations. J. Am. Psychoan. Assoc.* 31: 101-126.
- Bishop N. (1985). *Das Ratsel Odipus. Piper, Munchen.*
- Buck R. (1988). *Human Motivation and Emotion. Wiley, New York.*
- Chasseguet-Smirgel J. (1975). *Das Ich-Ideal. Suhrkamp, Frankfurt.*
- Cierpka M. (1985). *Zur Unterscheidung von Neurose vnd Psychose. Forum Psychoanal.* 1: 587-631.
- De Rivera J. (1977). *A structural theory of the emotions: Psychological issues, vol.10. Int. Univ. Press, New York.*
- Ekman P. (1985). *Weshalb Lugen kurze Beine haben. De Gruyter, Berlin.*
- Ellgring H. (1989). *Nonverbal communication in depression. Cambridge Univ. Press, Cambridge.*
- Freud S. (1885). *Studien uber Hysterie. GW, Bd.1.*
- Freud S. (1915). *Das Unbewusste. GW, Bd.10.*
- Freud S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. – GW, Bd.5.*
- Frieswyk S.H., Allen J.G., Kohlsen D.B. et al (1986). *Therapeutic alliance. The place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research, J. Consult. Clin. Psychol.* 54: 32-38.
- Frijda N., Swagerman J. (1987). *Can computers feel? Cognition-Emotion.* 1: 235-257.
- Gehm T.L., Sherer K.R. (1988). *Relating situation evaluation to emotion differentiation. In: Scherer K.R. (ed). Facets of emotion. Earlbaum, New Jersey, p.61-78.*
- Green A. (1973). *Le discours vivant. Presse Universitaire de France, Paris.*
- Greenacre P.H. (1953). *Certain relationships between fetishism and faulty development of the body image. Psychoanal. Study Child.* 8: 79-98.
- Hufnagel H., Krause E., Krause R. (1991). *Mimisches Verhalten und Erleben bei schizophrenen Patienten und bei Gesunden. Z. Klin. Psychol.* 20: 356-370.
- Hochschild A. (1979). *Feeling rules and social structure. Am. J. Social.* 75: 79-89.
- Klennert M.D. et al. (1983). *Emotions as behavior regulators. In: Plutchika R. (ed). Emotions-Theory, vol.2. New York, Academic Press, p.57-86.*
- Krause R. (1981). *Shprache und Affekt. Kohlhammer, Stuttgart.*
- Krause R. (1983). *Zur Onto- und Phylogenese des affektsystems und seine heandlung. Psyche.* 37: 1016-1043.
- Krause R. (1985). *Psychotherapie. In: Hermann (Hrs). Personlichkeitpsychologie. Urban and Schwarzenberg, Munchen, Wien, Baltimore. p.147-154.*
- Krause R. (1988). *Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung. Psychosom.* 38: 77-86.
- Krystal H. (1978). *Trauma and affects. Psychoanal. Study Child.* 33: 81-116.
- Lanzetta J., Orr S. (1986). *Excitatory strength of expressive faces, J. Personality*

- Social. Psychol.* 50: 190-194.
- Levenson R.W. (1990). *Voluntary facial expression: Psychophysiology.* 27: 363-384.
- Lincke H. (1981). *Instinktverlust und Symbolisierung.* Severin and Ziegler, Berlin.
- McDougall J. (1988). *Kinestisches Verhalten von Schizophrenen.* Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Moser U. (1985). *Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte.* Zürich, Bd.10.
- Niederland W.G. (1974). *Der Fall Schreber.* Surkamp, Frankfurt (M).
- Sandweg P. (1989). *Zur Psychodynamik und Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen.* *Prax. Psychother. Psychosom.* 34: 73-81.
- Schefflen A.E. (1965). *Quasi-courtship behavior in psychotherapy.* *Psychiatry.* 28: 245-257.
- Schneider H. (1983). *Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Processes.* Huber, Bern.
- Waddington C.H. (1957). *The evolution of an evolutionist.* Univ. Press, Edinburgh.