

Перевод – Семеновой Н.Д. и Тихоновой М.В.

В основу статьи легла лекция «Психо-соматическая дилемма», прочитанная автором на заседании Общества психосоматических исследований 21 мая 1964 г. Статья была опубликована в Международном журнале по психоанализу, 1966.

Оригинал:

Winnicott D. W. Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects //International Journal of Psycho-Analysis. – 1966. – Т. 47. – С. 510-516.

Д.В. Винникотт

ПСИХО-СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ЕГО ПОЗИТИВНЫЕ И НЕГАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ¹

ПРЕДИСЛОВИЕ

1. Слово психо-соматика нам необходимо, поскольку нет другого, подходящего для описания определенного рода клинических явлений.
2. Дефис в этом слове одновременно и объединяет и разделяет два аспекта медицинской практики; и эти вещи постоянно затрагиваются при любом обсуждении данной темы.
3. Это слово точно описывает нечто, присущее работе медицинской практике.
4. «Психо-соматический» врач гордится тем, что может одновременно править двумя лошадьми, стоя ногами на разных седлах и удерживая в руках обе узды.
5. Необходимо найти агент, который будет разделять эти два аспекта психо-соматического расстройства, устанавливая дефис между ними.
6. Таким агентом фактически является диссоциация, наличествующая у пациента.
7. Патологическим в психо-соматическом расстройстве является не само по себе клиническое состояние, выраженное на языке соматической патологии или языке нарушенного функционирования (колиты, астма, хроническая экзема), а сохраняющееся при этом расщепление Эго-организации пациента, или множественные диссоциации; в этом – истинная патология.

8. Диссоциация пациента является защитной организацией, с очень мощными детерминантами, и по этой причине даже действующие из самых лучших побуждений, хорошо осведомленные и хорошо оснащенные врачи часто терпят неудачи в попытках лечить пациентов с психо-соматическим расстройством.

9. Если причины таких неудач – не понятны, у врача опускаются руки; и далее субъект психо-соматики перестает быть субъектом клинического рассмотрения, и становится субъектом *теоретического* изучения. Это упрощает ситуацию: теоретики обособлены в своей работе и не отягощены ответственностью за реальную судьбу реальных пациентов. Теоретики не сталкиваются непосредственно в клинике с диссоциацией, а потому могут с легкостью рассматривать ситуацию как раз с двух сторон.

Следует сказать, что *силы, задействованные в работе с такими пациентами, огромны.*

Дилемма в работе психо-соматического врача здесь предстает во всей своей реальной силе.

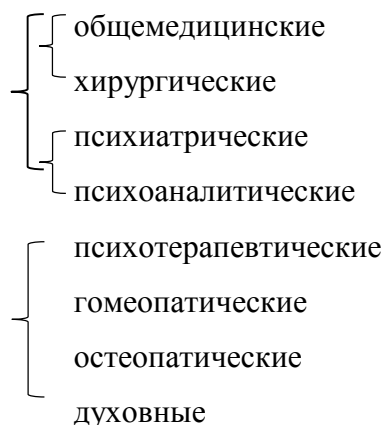
С этим связано несколько существенных проблем:

(а) Практикующие врачи, как правило, не способны оседлать сразу двух коней. Они сидят в одном седле, а другую лошадь либо ведут под уздцы, либо вовсе теряют с ней контакт. В самом деле, почему считается, что врач более здоров в психиатрическом смысле, чем его пациент? Врач не проходит отбор на предмет психического здоровья; и потому, наряду с диссоциацией в картине личности пациента, должны быть учтены и собственные диссоциации врача.

(б) У пациента может быть и не одно заболевание. Так, мужчина с предрасположенностью к спазму коронарных сосудов, вследствие проблем в эмоциональной регуляции, может также иметь кальциноз артерий; или женщина с фибромиомой и меноррагией также может иметь и половую незрелость и т. д. Это и ипохондрики, которые отказываются пройти дальнейшее обследование, когда у них диагностирован рак груди или гипернефрома; таковы и пациенты, фактически больные физически, однако при этом заявляющие о своем желании пройти курс психоанализа или гипноза. Так, пациенты, настойчиво требующие (и добивающиеся) консультации известных врачей – светил медицины, редко имеют что-либо, доступное обнаружению при физическом обследовании. Имея дело с такими пациентами, и рассматривая каждое заболевание в отдельности, врач заходит в тупик, рассказывая далее впечатляющие истории своих упущений, и некоторым из этих историй можно верить.

(в) Многие пациенты как бы расщепляют медицинскую помощь – и даже не на два, а на множество фрагментов, и мы как врачи ввиду узкой специализации занимаемся каждый только одним из них. Для обозначения данной тенденции в своих работах (1958) я уже использовал соответствующий термин – «разделение агентов ответственности». Таких пациентов можно увидеть

и в отчетах социальных служб, где в решение проблем какой-то одной семьи вовлекаются 20, а то и 30 таких агентов (ответственности). Пациенты с множественными диссоциациями также используют естественное разделение медицинских профессий, а именно:



различные вспомогательные службы.

ПСИХО-СОМАТИКА КАК ПРЕДМЕТ

Психо-соматика во многом является сложным предметом, поскольку стоит лишь возвыситься до сфер интеллектуализации и потерять контакт с реальным пациентом, то очень быстро обнаруживаешь, что термин «психо-соматика» утрачивает свою интегративную функцию. И тут же спрашиваешь себя, в чем же специфика? Нет ли здесь связи с любым аспектом человеческого развития, за исключением, возможно, поведения? Я обнаружил, что вовлекся в обсуждение тех же вопросов, что пытался прояснить для себя в работе «*Психика и её отношение к психо-семе*» (1949), так как именно при написании данной статьи понял, какая путаница существует при использовании понятия «психическое расстройство», – термина, который не охватывает случая ребенка, страдающего приступами разлития желчи, или случая физически смертельно больного человека, не теряющего надежду.

Я полагаю, что любые рациональные попытки понять психо-соматику основаны на том, чтобы не брать в расчет клинику (практику), которая всецело поглощает нас в нашей повседневной работе. Мы обнаруживаем, что пытаемся построить *теорию*, тогда как на самом деле должны строить *теории* (во множественном числе). Я говорю об этом не как об окончательной истине, а как о своей точке зрения, и представляю материал для размышления.

Как я уже говорил, элементом, обеспечивающим целостность нашей работы в психо-соматике, должно стать патологическое расщепление пациентом внешних условий (факторов среды). Расщепление как раз и является тем, что отделяет одно от другого: уход за физическим состоянием и интеллектуальное понимание состояния дел; более того, оно разделяет лечение – на заботу о «психе» и заботу о «семе».

Взяв случай из своей практики и попытавшись описать эту дилемму, я рискую своей врачебной практикой, потому что, как бы тщательно я не подбирал слова в своем сообщении, пациент – прочитай он все это – никогда этими словами не удовлетворится. Решение в случае любого конкретного пациента не следует искать в более тщательной отчетности; оно, решение, может быть удачным только в случае успеха терапии, в результате которой – если позволяет время – пациенту больше не потребуется расщепление, создающее описанную выше медицинскую дилемму. Имея дело с практической работой, нужно быть очень аккуратным, предоставляя иллюстративный материал.

Предположим, что среди читателей этого журнала находится мой пациент, страдающий от какого-то заболевания, названного нами психо-соматическим. Возможно, пациента не заботит, будут ли его приводить в качестве примера, – в этом как раз нет проблемы. Проблема в том, *что невозможно дать приемлемый отчет о чем-либо, что еще не стало приемлемым для внутреннего понимания (внутренней экономики) этого пациента.* В конкретном случае лишь продолжение терапии может иметь пользу, и со временем мой гипотетический пациент, возможно, освободит меня от дилеммы, перед которой я оказываюсь в случае его болезни, и которая является предметом обсуждения в данной статье. И еще, я терпеть не могу соблазнять пациентов согласием, подразумевающим отказ от психо-сомы, и убежать в интеллектуальный сговор.

Позвольте мне начать сообщение с замечания, что *в практической работе* действительно существует реальная и непреодолимая проблема – а именно, диссоциация пациента – которая, будучи защитной структурой, поддерживает разделение: соматическое нарушение и конфликт в психической сфере. Со временем и при наличии благоприятных условий, пациент будет стремиться избавиться от такой защитной структуры. Интегративные силы внутри пациента стремятся заставить его отказаться от защиты. В своих формулировках я должен пытаться избежать этой дилеммы.

Далее станет очевидно, что я провожу различие между случаем истинной психо-соматики и наиболее универсальной клинической проблемой функционального нарушения – эмоциональных нарушений и психических конфликтов. Мне нет необходимости называть психо-соматическим случай пациентки, дисменорея которой связана с анальным компонентом генитальной организации, равно как и случай мужчины, который при определенных обстоятельствах испытывают позывы к мочеиспусканию. Это просто жизнь, и образ жизни. Однако, если мой пациент утверждает, что смещение межпозвонкового диска произошло у него из-за сквозняка, то этот случай можно обозначить как психо-соматический, и именно в таком смысле он интересен нам в данной статье.

ИЛЛЮСТРАТИВНЫЙ МАТЕРИАЛ

Дойдя до клинических примеров, я, конечно, сразу же утонул в обилии материала. Теперь я могу двигаться дальше тысячью способами, излагая свою точку зрения.

Случай нервной анорексии

Есть вещи, общие для случаев анорексии; и при этом в одном случае ребенок может быть почти здоровым (нормальным), а в другом он (чаще – она) может быть крайне больным. Один ребенок в острой фазе нарушения может буквально умирать от голода, однако затем может спонтанно оправиться от болезни, а в другом, – не таком, на первый взгляд, серьезном – ребенок может остаться с психическим расстройством.

Опишу кратко девочку 10 лет, которая проходит анализ. Физически она находится в хорошем состоянии, поскольку принимает пищу как лекарство. Как собственно пищу, она не ест абсолютно ничего. Вы не представляете, насколько подозрительно эта девочка относится к разговорам ее медицинских докторов с ее аналитиком. В то же время она вполне сознательно утверждает, что полагается на тесную совместную работу аналитика, врачей и прочего медицинского персонала. Здесь налицо множественные расщепления: пациентка разделила медперсонал и врачей на тех, «кто понимает», и тех, «кто никогда не сможет понять». Все ее старания направлены на то, чтобы избежать момента озарения, который бы вскрыл диссоциацию. Самое худшее было бы стимулировать это. Один из врачей так и сказал ей: «Ты теряешь здесь время, тебе нужно ходить в школу, делать уроки». Эта брошенная врачом фраза привела к возникновению очень сильной тревоги, и положение спасло только то, что вслед за этим была моя аналитическая сессия. Пациентка желала положиться на аналитика, чтобы и далее избегать учебы. Хотя мне не пришлось ничего особенного делать, так как она очень быстро нашла какого-то другого доктора («из тех, которые понимают»), который, конечно же, прямо осудил возможность вернуться к школе, урокам и всему, что с этим связано. Следует сказать, что некоторые медицинские работники позволяют себе бестактность, то есть, говорят вещи, игнорирующие диссоциацию пациента. Я убежден, что в такой ситуации никто из окружения этой девочки в радиусе десяти миль не предложит ей просто *поесть*, и тем самым ее чрезвычайно сильная потребность остаться в этом своем состоянии становится известной и с неохотой принимается.

На данный аспект этого случая можно взглянуть и по-другому. В ходе анализа в течение многих месяцев – ощущения, эмоциональная боль и сны пациентки возникали в виде назойливого материала, так или иначе связанного с животом. Это был целый мир объектов, проваливающихся внутрь ее или выпадающих из нее. Во сне острую боль в животе вызывали у нее картотечные шкафы и даже стальные двери с твердыми краями. Их невозможно было заменить интерпретациями, соотносимыми с внутренними объектами. Но однажды (спустя годы) она сообщила о *головной боли*. Наконец-то произошел сдвиг от этого диссоциативного состояния, потому что головную боль уже

можно рассматривать как связанную со спутанностью идей и обязанностей. Теперь я интерпретировал материал так: она говорит мне о болезни ее *психики*, а значит я уже не только часть психо-соматической команды, я допущен к роли психотерапевта. Это закрепилось, и теперь, на протяжении многих месяцев уже не было сообщений о предметах из живота. Теперь, уже в статусе психически больной, она могла давать материал, который я мог интерпретировать, используя понятия внутренних объектов; если считать это верным, я мог работать с пациенткой над природой ее фантазий о внутреннем мире, над тем, что здесь можно найти, и как это сюда попало, и что с этим делать. В первоначальной фазе, наоборот, имело место бегство в бредовые симптомы с предметами из живота и отрицание психического содержания.

Если бы эта пациентка была сейчас здесь и читала эту статью, то она с легкостью сочла бы себя больной, поскольку поняла бы, что врачи, наблюдавшие ее впоследствии, являются друзьями ее аналитика. Психо-соматические пациенты постоянно жалуются на то, что различные врачи не сотрудничают друг с другом, однако пациенты сразу начинают почему-то беспокоиться, когда те действительно встречаются и обсуждают их случай. К счастью, мои коллеги-педиатры не придерживаются в полной мере точки зрения динамического психолога или психоаналитика, что приводит к некоторому разделению, реально существующему в области медицины; это позволяло ребенку чувствовать, что у нее всегда есть союзник, какой бы стороной ни проявил себя ее внутренний конфликт, проистекающий из диссоциации².

В практической работе с психо-соматикой психотерапевту нужно сотрудничать с *не слишком строгим в научном плане* соматическим врачом. Это звучит провокационно, и я ожидаю возражений в ответ на это утверждение. Но я скажу то, что чувствую. Проводя анализ психо-соматического случая, я бы хотел, чтобы мой коллега был *ученым, но в данный момент «отдыхающим от науки»*. Требуется, скорее, некое подобие науки, нежели строгое и маниакальное применение медицинской теории, основанной на восприятии объективной реальности.

Взрослая пациентка

Пациентка, проходящая у меня психоанализ, женщина средних лет, в ходе нашей терапии, помимо меня, как ее аналитика, зависела от многих людей и вещей. Приведу лишь нескольких из них.

Несколько видных врачей общей практики, а также группа гинекологов и патологов.

Ее остеопат.

Ее дерматолог.

Ее предшествующие аналитики.

Ее массажистка.

Ее парикмахеры, особенно тот, который когда-то лечил ее от облысения.

Экстрасенс-ясновидец.

Священник.

Очень тщательно подобранная няня для ребенка, умеющая хорошо заботиться о детях, а значит способная стать психиатрической сиделкой и для нее самой.

Очень нестандартный гараж для ее автомобиля и т.д.

В экономике личности пациентки «разделение агентов ответственности» было вторичным по отношению к активной дезинтеграции. В ходе анализа происходила интеграция, которая состояла в постепенном отказе от создавшегося разделения терапевтических агентов и от множественной диссоциации ее личности, защищавшей ее от потери идентичности из-за слияния с матерью. Понятно ли, что вначале пациентка использовала всех этих помощников самым что ни на есть диссоциативным способом? Она порхала от одного к другому и, поскольку существенную роль здесь играла множественная диссоциация, пациентка, находясь в одном месте, никогда не входила в контакт со всеми аспектами заботы, которые она организовала вокруг себя.

В ходе терапии произошли существенные изменения. Я наблюдал, как все эти агенты постепенно превращались в *аспекты переноса*. Когда пациентка достигла этого, она впервые обрела способность любить кого-то, а именно, своего мужа. Расщепление было связано с потребностью пациентки спасти свою личностную идентичность и избежать слияния с матерью. Я никогда не забуду тот день, когда пациентка по ошибке позвонила мне, хотя собиралась звонить своему мяснику³.

Случай колита

Третий случай связан с менее счастливым исходом. Девочка проходила у меня психоанализ в связи с колитом, что является ярким примером расстройства, наблюдающегося вместе с расщеплением, которое я пытаюсь описать. К сожалению, я не смог вовремя заметить, что больным человеком в данном случае являлась не девочка, а ее мать. Именно мать этого ребенка, больного колитом, страдала от собственно расщепления. Но ко мне на прием привели ребенка.

Я хорошо работал с девочкой и полагал, что мать со мной сотрудничает. Она, как казалось, была весьма дружелюбно ко мне настроена. Когда девочке исполнилось 8 лет, я сказал, что она может пойти в школу, как ей того хотелось; и именно это бессознательно изменило отношение матери ко мне. Ребенок пошел в школу, но вскоре серьезно заболел.

Я узнал, что в свои восемь лет мать отказывалась ходить в школу, и это, несомненно, было связано уже с психопатологией ее матери (бабушки ребенка). Мать, – хотя и не осознавала этого факта, – не могла позволить своей дочери, проживавшей за нее жизнь, выйти за рамки этого паттерна.

Они неожиданно прервали лечение у меня, и я после узнал, что девочка перешла под наблюдение сразу нескольких видных терапевтов, а также педиатра, и, кроме того, незадолго до окончания моей терапии, она стала посещать гипнотерапевта и еще одного психотерапевта. Она пошла в школу, и это было незадолго до того, как хирург удалил ей толстую кишку. Мой контакт с девочкой был прерван, мать не предприняла никакой попытки обсудить сложившуюся ситуацию. Три месяца назад я, казалось, полностью владел ситуацией, и думал, что семья мне доверяет, и, несомненно, девочка доверяла мне, конечно в меру ее независимости. К сожалению, ничего этого не было.

Я не знаю, чем все закончилось, а выяснять я не осмелился. Моя ошибка состояла в том, что я лечил девочку, а не ее мать, и болезнь заключалась по сути в психо-соматической диссоциации, о которой ведется речь в настоящей статье. Не то, чтобы я пренебрег психопатологией матери, о которой знал ребенок, и которая все время была важным элементом в работе, проходившей между мной и ребенком – я забыл о чрезвычайной силе бессознательной потребности матери разделять агентов ответственности и сохранять *статус-кво* того, интегральной частью чего являлось психо-соматическое заболевание ребенка. Мать могла иметь здоровое тело, пока был болен ребенок.

Краткое повторение

Множить клинические примеры – не есть аргумент. В развитии личности нет такой области, которая не затрагивалась бы при изучении психо-соматического расстройства. В растяжении шейной мышцы может таиться сильный страх дезинтеграции; за незначительной кожной сыпью может скрываться деперсонализация; покраснение может быть единственным указанием на неудачу младенца в установлении отношений через необходимость помочиться, возможно потому, что не было никого, кто бы мог видеть и восхищаться младенцем в период обретения им контроля над мочеиспусканием. Более того, склонность к суициду может постепенно накапливаться в твердой бляшке на внутренней стороне лодыжки, вызванной и поддерживаемой из-за постоянных пинков; в клинической картине мании преследования все может ограничиваться ношением темных очков или зажмуриванием глаз; антисоциальная тенденция, связанная с тяжелой депривацией, может выглядеть как просто ночное недержание мочи; безразличие к калечащим увечьям или болезненному заболеванию может служить облегчением для садо-мазохистической сексуальной организации;

хроническая гипертония может быть клиническим эквивалентом психоневротического тревожного состояния или продолжительного действия травматического фактора, как в случае с любимым, но психически нездоровым родителем. Так можно продолжать и дальше, и все это знакомая область.

С моей точки зрения, все это *само по себе не конституирует психо-соматическое нарушение*, даже если и оправдывает использование специального термина или выделение *Психо-Соматической Группы* в общей медицине и хирургии. Смысл такому разделению придает именно исходящая изнутри потребность некоторых пациентов удерживать разных врачей по разные стороны баррикады; а также внутренняя потребность как часть высокоорганизованной и устойчивой системы, защищающей от опасности, возникающей при интеграции и формировании целостной личности. Такие пациенты нуждаются в расщеплении нас, докторов, поскольку не могут позволить себе что-то знать.

Долгое время я ломал голову над проблемой классификации психо-соматических расстройств и над невозможностью построить единую теорию этой группы заболеваний. Когда я нашел способ сказать себе, чем на самом деле является психо-соматическое расстройство, в моем распоряжении оказалась готовая классификация, которую я сейчас представляю, так как она заслуживает внимания.

ПОЗИТИВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ В ПСИХО-СОМАТИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ

Психо-соматическое заболевание является негативом позитива; позитив состоит в стремлении к интеграции во всех смыслах, включая то, о чем я говорил ранее (Winnicott, 1963) как о персонализации. Позитив – это врожденное стремление любого индивидуума достичь единства психики и сомы, это данное в опыте тождество души (или психики) и всей совокупности физического функционирования. Это стремление побуждает младенца или ребенка задействовать тело, посредством и в результате чего развивается деятельная личность, вооруженная защитами против тревоги любой силы и свойства. Иными словами, как говорил Фрейд много лет назад: основой Эго является телесное Эго. Фрейд, возможно, хотел сказать, что в *норме* в Я сохраняется это воображаемое тождество с телом и телесным функционированием. (Данной теме посвящена вся теория интроекции и проекции вместе с теоретическими построениями вокруг понятия «внутренний объект».)

Данный этап процесса интеграции можно назвать стадией «Я ЕСТЬ» (Winnicott, 1965). Такое название мне нравится тем, что оно напоминает об эволюции идеи монотеизма и об обозначении Бога как «Великого Я ЕСТЬ». На языке детской игры эта стадия воспевается (хотя я говорю об этом, спустя много лет) в игре «Я – Король замка, вы – грязные мошенники». Именно то самое значение «Я» и «Я ЕСТЬ» заменила собой психо-соматическая диссоциация.

Отщепление психики от сомы по сути является регрессивным феноменом, использующим архаичные остатки при построении защитной организации. Наоборот, стремление к психо-соматической интеграции является частью поступательного движения в процессе развития. «Расщепление» здесь является типичным проявлением «вытеснения», как мы оперируем этим понятием соответственно в более сложной организации.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Если это верно, то можно классифицировать психо-соматические заболевания, исходя из теории процесса созревания, содержащей две главные идеи:

(1) Первичное не интегрированное состояние с тенденцией к интеграции. Результат зависит от силы или крепости Эго Матери, от которого зависят ее адаптивные способности, что обеспечивает Эго младенца реальностью зависимости. Неспособность матери это обеспечить оставляет младенца без самого необходимого для процесса созревания.

(2) Психо-соматическая интеграция или создание в теле «обиталища» для психики, что следует за радостью переживания психо-соматического единства.

В процессе интеграции младенец (в случае нормального развития) в своем эмоциональном развитии укрепляется в ощущении «Я ЕСТЬ» или состоянии «Короля замка», после чего не только начинает радоваться тому, как телесное функционирование способствует развитию его Эго, но и тому, как развитие Эго укрепляет функционирование тела (влияет на мышечный тонус, координацию, адаптацию к температурным изменениям и т.д.). Тогда как срыв в развитии порождает неуверенность в «обиталище» или ведет к деперсонализации в той мере, в какой обиталище становится свойством, которое можно утратить. Понятие «обиталище» используется здесь для описания пребывания психики в теле индивида и наоборот.

В позиции «Я ЕСТЬ» или «Король замка» индивид может или, в силу внутренних и внешних причин, не может (тогда младенец остается сильно зависимым) справиться с конкуренцией, которую такая позиция порождает («Вы – грязные мошенники»⁴). В норме соперничество становится дополнительным стимулом для роста и притока жизненных сил.

Психо-соматическое расстройство связано со Слабым Эго (обусловленным в основном недостаточно хорошей матерью), которое имеет непрочное обиталище, созданное в ходе развития; и/или с утратой позиции «Я ЕСТЬ» и уходом от мира, ставшего враждебным из-за отказа индивидуума от НЕ-Я, в особую форму расщепления, присутствующего в психике, однако

проходящего идущего другим путем – психо-соматическим. (В этом случае актуальная преследующая деталь окружения может вызвать уход индивидуума в какую-то форму расщепления.)

Таким образом, психо-соматическое заболевание предполагает расщепление в личности индивидуума, при этом связь между психикой и телом ослабевает или расщепление формируется в психике, выполняя роль защиты от генерализованного преследования со стороны отвергнутого мира. Уже больной человек, тем не менее, сохраняет стремление *не* утратить в момент и окончательно психо-соматическую связь.

Так что *соматические проявления имеют здесь положительное значение*. Индивидуум ценит потенциальную психо-соматическую связь. Чтобы это понять, надо помнить, что защита формируется не только в виде расщепления, защищающего от уничтожения, но также и как защита психо-сомы от бегства в исключительно интеллектуальное или духовное существование, или в компульсивную сексуальность, в которой игнорировалось бы все психическое, – психическое, которое строится и сохраняется на основе соматического функционирования.

Еще одна трудность заключается в том, что расщепленный человек будет переносить расщепление и на окружающую его среду. Так, дезинтегрированный родитель будет провоцировать семейные раздоры, ведущие к распаду семейного союза, либо бессознательно провоцировать антагонизм между школой и семьей, создавая расщепление семья–школа. Точно так же будет использоваться пациентом расщепление (к которому и я имею отношение), присущее системе медицинского обслуживания.

Здесь мы можем вернуться к моей главной идее, заключающейся в следующем. Существование «психо-соматики» или (психо-соматической) группы врачей определяется потребностью пациента разделить нас в практических целях, однако оставить теоретически связанными общим делом и профессией.

Наша весьма трудная работа состоит в достижении целостного видения пациента и болезни, но при этом *не должно создаваться впечатление, что мы опережаем пациента в его способности достичь интеграции в целое*. Иногда в черед наших отношений с пациентом и нашими коллегами мы вынуждены позволять пациенту иметь свою болезнь и манипулировать ее симптомами, мы не должны пытаться излечить реальную болезнь. Реальной болезнью является именно расщепление личности пациента, которое создается на фоне уязвимых мест в Эго и используется в качестве защиты против угрозы уничтожения в момент интеграции.

Психо-соматическое заболевание, подобно антисоциальной тенденции, обладает тем обнадеживающим свойством, что пациент знает о возможности психо-соматического единства (или персонализации) и знает о доверии, даже несмотря на то, что его клинические проявления ясно

указывают на обратное, обнаруживая расщепление, различные диссоциации, постоянные попытки расщепить медицинский персонал, а также обнаруживая магическое оберегание себя.

ПРИМЕЧАНИЯ

- 1) В основе статьи – лекция «Психо-соматическая дилемма», прочитанная автором 21 мая 1964 г. на заседании Общества психосоматических исследований.
- 2) 1965/6. С тех пор, как статья была написана (1964), характер заболевания пациентки изменился. Теперь это не является случаем психо-соматического заболевания. У нее серьезное нарушение в эмоциональной сфере, и она использует психоанализ для облегчения психического конфликта и эмоционального возбуждения, уже не прибегая к психо-соматической защите [Позднее замечание: У этой пациентки теперь все благополучно.]
- 3) На случай, если этот пациент прочтет мои слова, хочу подчеркнуть, что данное описание является неверным и неточным. Я использую его лишь для иллюстрации идеи. [Позднее замечание: С этим пациентом теперь все хорошо.]
- 4) Здесь это выражение означает: «В отличие от меня, вы – не материнский плод, способный к интеграции и автономии, а бесформенный продукт выделения вашей матери, не прошедший процесс созревания».