Автор: admin
13.10.2011 17:00 -

# Шизоидные личности

Личности, чей характер по существу шизоидный, являются предметом широко распространенного неправильного понимания, основанного на общем заблуждении, что шизоидная динамика всегда в значительной степени примитивна. Необратимый психотический диагноз шизофрении относит человека к крайне нарушенной области шизоидного континуума, и поведение шизоидного человека нередко бывает неконвенциональным, странным или даже эксцентричным. Другие нешизоидные люди имеют тенденцию патологизировать людей с шизоидной динамикой, хотя они могут быть компетентными и автономными и имеют значительные сильные области Эго. Действительно, шизоидные люди составляют диапазон от подлежащих госпитализации кататоников до творящих гениев.

Личность может быть шизоидной на любом уровне - от психологически недееспособных до более чем нормальных. Поскольку используемые шизоидами защиты достаточно примитивны (например, уход в фантазии), возможно, что здоровые шизоиды встречаются реже, чем больные, но я не знаю ни одного научного исследования или систематизированного клинического наблюдения, которое бы эмпирически подтверждало данное предположение[47]. Людей с этим типом характера привлекают возможности, подобные философским изысканиям, духовным дисциплинам, теоретическим наукам и творческой деятельности в искусстве. На границе шизоидного спектра, соответствующей высокому уровню функционирования, мы обнаруживаем таких людей, как Людвиг Витгенштейн, Марта Грехэм, и других в высшей степени оригинальных и выдающихся личностей.

---

[47] Периодически появляются свидетельства, что наиболее частым преморбидным фоном у заболевших шизофренией является шизоидный личностный тип (E. Bleuler, 1911; Nannarello, 1953, M. Bleuler, 1977, Peralta, Guesta, & de Leon, 1991). Обратное утверждение, что для всех шизоидов существует риск психотического срыва, не имеет эмпирической базы.

---

В 1980 г., в опубликованной DSM-III, состояния, которые большинство аналитиков рассматривали бы как различные возможности шизоидного спектра или как минимальные варианты общей шизоидной темы, оказались описанными в качестве

дискретных категорий DSM. Связанные с этим решением теоретические сложности (Lion, 1986) отражают различия современных взглядов, являющиеся как бы отзвуком, эхом давнишних расхождений по поводу природы некоторых шизоидных состояний (E. Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919; Kretschmer,1925; Schneider, 1959; Jaspers, 1963; Gottesman, 1991; Akhtar, 1992). Большинство практикующих аналитиков продолжает рассматривать диагнозы шизоидных, шизотипальных и избегающих личностных расстройств как непсихотические версии шизоидного характера, а диагнозы шизофрении, шизофрениформного и шизоаффективного расстройства - как психотический уровень шизоидного функционирования.

## Драйвы, аффекты и темперамент шизоидных личностей.

Клинический опыт наводит на мысль, что, с точки зрения темперамента, личности, становящиеся шизоидными, являются гиперреактивными и легко поддаются перестимуляции. Шизоидные пациенты часто описывают сами себя врожденно сензитивными, а их родственники часто рассказывают, что в детстве их угнетал избыток света, шума или движения. Как будто бы нервные окончания у шизоидов находятся ближе к поверхности, чем у всех остальных.

Контролируемые наблюдения и исследования темперамента у детей (Thomas, Chess, & Birch, 1970; Braselton, 1982) подтвердили сообщения поколений родителей, что в то время как большинство младенцев прижимается, прилипает и цепляется за тело того, кто о них заботится, некоторые новорожденные "окостеневают" или уклоняются - как будто бы взрослый вторгся и нарушил их комфорт и безопасность. Можно ожидать, что такие дети конституционально склонны к образованию шизоидной личностной структуры, особенно если имеет место "плохая подгонка" (Escalona, 1968) - между ними и теми, кто осуществляет главную заботу о них.

В области драйвов, согласно классическому пониманию, шизоидная личность представляется борющейся с проблемами орального уровня. А именно: она озабочена необходимостью избежать опасности быть поглощенной, всосанной, разжеванной, привязанной, съеденной. Один талантливый шизоидный терапевт в супервизорской группе, к которой принадлежу и я, однажды описал членам группы свои яркие фантазии о том, что круг, физически образованный участниками группы, представляет собой огромную пасть или гигантскую букву "С". Терапевт вообразил: если он обнаружит свою уязвимость, искренне рассказывая о чувствах к своим пациентам, то группа сомкнется над ним, "С" превратится в "О", он задохнется и погибнет.

Фантазии, подобные этим, требуют следующих интерпретаций: они представляют собой

проекции и трансформации собственного голода фантазирующего (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1961). Шизоидные личности не переживают такие поглотительные драйвы исходящими изнутри собственного "Я" (self). Скорее, окружающий мир ощущается ими как пространство, полное потребляющих, извращающих, разрушающих сил, угрожающих безопасности и индивидуальности.

Предложенное Фэйрберном понимание шизоидного состояния как "голода, ставшего любовью" ("love made hungry"), адресовано скорее не к ежедневным переживаниям шизоидной личности, а к лежащей в их основании и проявляющейся динамике противоположных тенденций - удаляться, избегать, искать удовлетворения в фантазии, отклонять физический вещественный мир. Шизоидные люди бывают физически тонкими - настолько далеки они от эмоционального контакта со своей собственной ненасытностью (Kretschmer,1925).

Подобным же образом, шизоидные люди не производят впечатление высокоагрессивных личностей, несмотря на то, что некоторые их фантазии содержат насилие. Члены их семей и друзья часто считают этих людей необыкновенно мягкими, спокойными. Об одном из моих друзей, чьей постоянной яркостью и шизоидным безразличием к конвенциональным нормам я восхищалась долгое время, на его свадьбе старшая сестра говорила с любовью, что он всегда был "кротким человеком". Эта мягкость существует в очаровательном противоречии с их любовью к фильмам ужасов, книжкам о настоящих преступлениях и апокалиптическими видениями о разрушении мира. В данном случае легко предположить защиту от драйвов, но по сознательному переживанию этих людей и по тому впечатлению, которое они производят на окружающих, это милые, спокойно настроенные, привлекательные эксцентрики. Большинство аналитиков, которым пришлось работать с людьми подобного типа, приходили к выводу, что шизоидные пациенты похоронили и свой голод, и свою агрессию под толстым тяжелым одеялом защит.

Удивительно, что при этом одной из наиболее поразительных черт многих функционирующих на достаточно высоком уровне личностей с шизоидной динамикой является *недостаток* у них общих защит. Они имеют тенденцию находиться в соприкосновении со многими эмоциональными реакциями до уровня подлинного переживания, что отдаляет и даже пугает тех, с кем они общаются. Для шизоидных людей характерно, что они недоумевают: как это все остальные могут так успешно обманывать себя, если суровая правда жизни так очевидна.

Отчуждение, от которого так страдают шизоидные люди, частично проистекает из

опыта, что их эмоциональные, интуитивные и чувственные возможности не были достаточно оценены - другие просто не видят, что они делают. Способность шизоидных людей воспринимать то, что другие люди не признают или игнорируют, настолько естественна и успешна, что они оказываются недостаточно эмпатичны к менее прозрачному, менее амбивалентному, менее эмоционально травмирующему миру нешизоидных людей.

Кажется, что шизоидные люди не борются с проблемами, порождаемыми стыдом или виной. Они имеют тенденцию принимать и себя, и мир достаточно полно - как будто бы без внутреннего стремления воспринимать различие вещей или страдать от осуждения. Возможно, они страдают от значительной тревоги по поводу базальной безопасности. Чувствуя себя подавленными, они прячутся - или буквально уходя в отшельничество, или погружаясь в свои фантазии (Kasanin & Rosen, 1933; Nannarello, 1953).

Шизоидные люди более чем другие оказываются "аутсайдерами", наблюдателями, исследователями человеческого существования. "Расщепление", содержащееся в этимологии слова "шизоид", проявляется в двух областях: между собственным "Я" и окружающим миром; между переживаемым собственным "Я" и желанием (Laing,1965). Когда аналитики отмечают переживание расщепления у шизоидных людей, они имеют в виду чувство отстраненности от некоторой части самого себя или от жизни вообще. Защитный механизм расщепления, при котором человек попеременно выражает то одно состояние Эго, то другое, противоположное, или, защищаясь, разделяет мир на абсолютно хорошие и абсолютно плохие аспекты, - другое использование данного слова.

## Защитные и адаптационные процессы у шизоидных личностей.

Как уже отмечалось выше, патогномонической защитой шизоидной личностной организации является уход во внутренний мир, в мир воображения. Кроме того, шизоидные люди нередко используют проекцию и интроекцию, идеализацию, обесценивание и, в меньшей степени, другие защиты, происходящие из того периода, когда "Я" и другой еще не были полностью психологически дифференцированы. Среди более "зрелых" защит интеллектуализация явно предпочитается большинством шизоидных людей. Они редко полагаются на механизмы, которые вычеркивают аффективную и чувственную информацию, - отрицание или подавление (репрессия). Подобным же образом, защитные операции, организующие опыт по линиям плохого и хорошего, - разделение на части, морализация, уничтожение, реактивное образование и поворот против себя - не являются преобладающими в их репертуаре. При стрессе шизоиды удаляются от собственного аффекта, так же, как и от внешней стимуляции, представляясь туповатыми, уплощенными или несоответствующими, часто несмотря на видимость высокой степени созвучия аффективным посланиям других.

Наиболее адаптивной и волнующей способностью шизоидных личностей является их креативность. Большинство действительно оригинальных художников имеет сильный шизоидный радикал почти по определению, поскольку они должны противостоять рутине и вносить в нее новую струю. Более здоровый шизоид направит свои ценные качества в искусство, научные исследования, теоретические разработки, духовные изыскания. Более нарушенные индивиды данной категории пребывают в своем личном аду, где их потенциальные способности поглощаются страхом и отстраненностью. Сублимация аутистического ухода в творческую активность составляет главную цель терапии с шизоидными пациентами.

## Объектные отношения шизоидных личностей.

Первичный конфликт в области отношений у шизоидных людей касается близости и дистанции, любви и страха. Их субъективную жизнь пропитывает глубокая амбивалентность по поводу привязанности. Они страстно жаждут близости, хотя и ощущают постоянную угрозу поглощения другими. Они ищут дистанции, чтобы сохранить свою безопасность и независимость, но при этом страдают от удаленности и одиночества (Karon & VanderBos,1981). Гантрип (Guntrip, 1952) обрисовал "классическую дилемму" шизоидных индивидов следующим образом: "Они не могут ни состоять в отношениях с другой личностью, ни находиться вне этих отношений, не рискуя так или иначе потерять и себя, и объект". Это утверждение указывает на данную дилемму как на "внутреннюю и внешнюю программу". Роббинс (Robbins, 1988) суммирует эту динамику в таком сообщении: "Подойди ближе - я одинок, но оставайся в стороне - я боюсь внедрения".

В сексуальном плане некоторые шизоидные люди оказываются удивительно безразличными, часто несмотря на способность функционировать и получать оргазм. Чем ближе Другой, тем сильнее страх, что секс означает западню. Многие гетеросексуальные женщины влюбляются в страстных мужчин, только для того, чтобы узнать, что их избранник оставляет свои чувственные силы для собственного применения. Подобным же образом, некоторые шизоидные люди страстно желают недостижимых сексуальных объектов, при том что чувствуют смутную индифферентность по отношению к доступным объектам. Партнеры шизоидных личностей иногда жалуются на механистичность или бесстрастность их манеры любить.

Теории объектных отношений в части происхождения шизоидной динамики, по моему мнению, перегружены усилиями локализовать истоки шизоидного статуса в пределах особой фазы развития. Адекватность фиксационно-регрессионной гипотезы применительно к *типу* структуры характера, как я упоминала ранее, проблематична, хотя ее привлекательность вполне понятна: она "нормализирует" озадачивающие феномены, рассматривая их просто как остатки обычной инфантильной жизни.

Кляйн (Klein, 1946) относит шизоидные механизмы к универсальной параноидно-шизоидной позиции раннего детства. Другие ранние аналитики, ориентированные на объектные отношения, следуют объяснительной парадигме, согласно которой шизоидная динамика приравнивается к регрессии к неонатальному опыту (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1971). Современные теоретики продолжают сохранять уклон в сторону развития, свойственный фиксационно-регрессионной модели, отличаясь при этом своим особым взглядом на точку фиксации. Например, согласно кляйнианской традиции, Джиоваккини (Giovacchini, 1979) считает шизоидное нарушение "прементальным". Хорнер (Horner, 1979) относит его происхождение к более позднему возрасту, когда ребенок выходит из симбиоза.

Возможно, более продуктивные соображения об истоках шизоидной личности можно получить на основе аналитических наблюдений тех условий роста, при которых оказывается, что подросток движется в шизоидном направлении. Одним типом отношений, который, возможно, провоцирует избегание у ребенка, является покушающийся, сверхвовлеченный, сверхзаботливый тип воспитания (Winnicott, 1965). Шизоидный мужчина с удушающей матерью - вот что составляет главную тему популярной литературы в последнее время. Это же явление можно обнаружить и при специальных исследованиях. Клиницисты, наблюдающие пациентов-мужчин с шизоидными чертами, как правило, обнаруживают в семейном основании соблазнительную нарушающую границы мать и нетерпеливого, критикующего отца[48].

---

[48] Хотя последние издания DSM и не дают информации о распределении шизоидных, шизотипальных и избегающих диагнозов по полу, большинство терапевтов видело больше шизоидных мужчин, чем женщин. Этот факт соответствует психоаналитическому наблюдению. В большинстве семей заботу о детях осуществляет преимущественно женщина, с которой девочка должна идентифицироваться и от которой мальчик должен психологически сепарироваться, женщины бывают более склонны к нарушениям, характеризующимся слишком сильным приближением (депрессия, мазохизм), а мужчины - к тем, которые выражаются в изоляции от других (психопатии, шизоидные состояния). Dinnerstein (1976) и Chodorow (1978, 1989).

---

Развитию шизоидного паттерна отстраненности и ухода, возможно, способствует не только уровень, но и *содержание* родительской вовлеченности. Многие наблюдатели семей тех пациентов, у которых развился шизофренический психоз, подчеркивали роль противоречивых и дезориентирующих коммуникаций (Searls, 1959; Laing, 1965; Lidz &

Fleck, 1965; Singer & Wynne, 1965a, 1965b; Baterson et al., 1969). Возможно, что такие паттерны вообще ответственны за шизоидную динамику. Ребенку, находящемуся в ситуации двойного зажима и эмоционально фальшивых сообщений, легко стать зависимым от ухода, чтобы защитить свое собственное "Я" от непереносимого уровня гнева и сомнений. Он может также ощущать глубокую безнадежность. Подобное отношение нередко отмечается у шизоидных пациентов (Giovacchini, 1979).

В явном противоречии с теорией о роли покушающихся родителей в развитии шизоидных черт находятся некоторые сообщения о людях, чье детство характеризовалось одиночеством и пренебрежением родственников в такой степени, что их приверженность уходу (независимо от степени глубины изоляции) можно понять как создание хорошего по необходимости[49]. Для литературы о шизоидных феноменах - подобная литература широко распространена благодаря высокой социальной цене шизофрении - типично, что везде можно обнаружить контрастирующие и взаимоисключающие формулировки (Sass,1992). И покушение, и депривация совместно определяют шизоидную проблему: если кто-то одинок или подвергается депривации, а родители доступны только в тех случаях, когда они проявляют себя как неэмпатичные и вторгающиеся, разрастается конфликт "тоска-избегание", "близость-дистанцирование". Исследование М. Кана (M. Khan, 1963,1974) подчеркивает комбинацию "кумулятивной травмы" от недостатка реалистичной материнской защиты и "симбиотического всемогущества", присущего избыточной материнской идентификации.

---

[49] Г. С. Салливан и А. Роббинс - аналитики, чьи собственные шизоидные тенденции обусловили их успехи в интерпретации шизоидного опыта для ментально здорового сообщества. Они описывали раннюю депривацию и последующее чувство одиночества и изоляции (Mullahy, 1970; Robbins, 1988).

---

## Шизоидное собственное "Я".

Одним из наиболее поражающих аспектов людей с шизоидной организацией личности является их игнорирование конвенциональных общественных ожиданий. В драматическом контрасте к нарциссическому личностному стилю, описанному в предыдущей главе, шизоиды могут быть совершенно индифферентны к тому эффекту, который они производят на других, а также к оценивающим ответам, исходящим от окружающих. Согласие и конформность направлены против природы шизоидных людей, независимо от того, переживают ли они субъективно болезненное одиночество. Даже если эти люди видят некоторую целесообразность в приспособлении, они, скорее,

ощущают неловкость и даже нечестность, участвуя в светской болтовне или в общественных делах. Шизоидное собственное "Я" всегда находится на безопасной дистанции от остального человечества.

Многие наблюдатели описывают бесстрастное, ироническое и слегка презрительное отношение многих шизоидных людей к окружающим (E. Bleuler, 1911; Sullivan, 1973; M. Bleuler, 1977). Эта тенденция к изолирующему превосходству может иметь происхождение в отражении приближения сверхконтролирующего и сверхвторгающегося Другого, описанного в предшествующих этиологических гипотезах. Кажется, даже у наиболее дезорганизованных шизофренических пациентов в течение длительного времени отмечается своего рода преднамеренная оппозиционность - как если бы единственным способом сохранения чувства собственной интегрированности было бы разыгрывание фарса над всеми конвенциональными ожиданиями. Сасс (Sass, 1992) комментирует данный феномен, названный им "контрэтикетом", следующим образом:

"Кросс-культуральные исследования показывают... что шизофреники вообще тяготеют к "пути наибольшего сопротивления", к нарушению всяческих обычаев и норм, наиболее почитаемых в данном обществе. Так, в глубоко религиозной Нигерии шизофреникам особенно нравится нарушать религиозные санкции; а в Японии - оскорблять членов семьи".

Одна из возможностей понимания этого очевидного преднамеренного предпочтения эксцентричности и пренебрежения обычаями состоит в том, что шизоидные личности старательно предотвращают возможность быть определенными - психологически привязанными и приглаженными - другими людьми. Таким образом, для личностей с шизоидной структурой характера состояние покинутости оказывается менее губительным, чем поглощение. М. Балинт в известной статье с вызывающим названием "Дружественное пространство - ужасный пустой мир" (M. Balint (1945) "Friendly Expanses - Horrid Empty Spases") противопоставляет две разнонаправленные ориентации характера: "филобаты" (philobat), любители дистанции (дословно - самостоятельности, примеч. переводчика), которые ищут успокоения в уединении, и "окнофилы" (oknophil), стремящиеся к близости (при стрессе они обращаются к другим, ищут плечо, чтобы опереться[50]). Шизоидные люди - абсолютные филобаты. Можно предсказать следующее: поскольку люди часто тянутся к тем, кто имеет противоположные, вызывающие зависть стремления, шизоидов нередко привлекают теплые, экспрессивные, социабельные люди, например, истерические личности. Эта склонность создает почву для возникновения многих семейных, возможно, даже комических проблем, когда нешизоидный партнер пытается разрешить межличностное напряжение, постоянно приближаясь. В то же время шизоид, опасаясь поглощения, старается

удалиться (Wheelis, 1966, о "лишенных иллюзий" мужчинах и мечтательных женщинах).

---

[50] Вне психоаналитической традиции исследователи также, описывая конфликты в парадигме преследования-дистанцирования или в концепции приближения-избегания, имеют сходные наблюдения предпочтений близости или дистанции. Практически при всех подходах это оказывается центральным, универсальным измерением личности (Lachmann & Beebe,1989; Livingston, 1991).

---

Не хочу, чтобы у читателя сложилось впечатление, что шизоиды - это холодные и безразличные люди. Они могут быть очень заботливыми по отношению к другим, хотя и продолжают при этом нуждаться в сохранении защитного личного пространства. Без сомнения, некоторые из них выбирают занятие психотерапией, где они могут безопасно применить свою исключительную сензитивность, помогая другим. Ф. Уилис (F.Wheelis, 1956), находясь в достаточном контакте со своими собственными шизоидными чертами, написал красноречивую статью о привлекательности и азарте занятий психоанализом. Он подчеркивал, что для людей с ядерным конфликтом на тему близости и дистанции эта профессия может быть привлекательна именно тем, что дает возможность узнать других максимально близко и при этом позволяет остаться вне досягаемости чьих-то интерпретаций.

Самоуважение людей с шизоидной динамикой часто поддерживается индивидуальной творческой деятельностью. При этом для них более важными оказываются именно аспекты личностной целостности и самовыражения, а не сторона самооценки. Там, где психопат ищет доказательств собственной силы, а нарциссическая личность - восхищения для подпитки самоуважения, шизоид стремится к подтверждению его исключительной оригинальности, сензитивности и уникальности. Подтверждение должно быть скорее внутренним, чем внешним, и, благодаря высоким стандартам в творчестве, шизоиды нередко бывают резко самокритичны. Настойчивость, с которой они добиваются аутентичности, так велика, что фактически гарантирует их изоляцию и деморализацию.

Сасс (Sass, 1992) великолепно показал символичность шизоидности для современности. Отчуждение современных людей от "общинного" восприятия, отраженное в деконструктивных подходах в искусстве, литературы, антропологии, философии и

критицизме XX века, имеет жутковатое сходство с шизоидным и шизофреническим опытом. Сасс отмечает, что отношение отчуждения, гиперрефлексии (усложненного самоосознания), разъединенность и рациональность, становящаяся сумасшествием, характеризуют модернистское и постмодернистское мышление и искусство. Они противоположны "миру естественных отношений, миру практической деятельности, разделяемых общепринятых смыслов и реального физического существования". Его представление призывает обратить внимание на облегченное и сверхупрощенное понимание шизофрении и шизоидного переживания.

## Перенос и контрперенос с шизоидными пациентами.

Можно интуитивно предположить, что, в соответствии со своей склонностью к уходу, шизоидные люди будут избегать такого интимного вмешательства как психотерапия и психоанализ. На самом же деле, если к ним подходить с пониманием и уважением, они оказываются в процессе терапии достаточно понимающими и сотрудничающими пациентами. Дисциплина клинициста, в смысле следования "повестке дня" самого пациента, и безопасная дистанция, создаваемая присущими терапии границами (ограничение времени, свободные ассоциации, этические запреты против социальных или сексуальных отношений с клиентом и т.д.), по-видимому, снижают страх шизоидного пациента быть поглощенным.

Шизоидный пациент приближается к терапии с той же смесью сензитивности, честности и страха поглощения, которая отмечает и другие его отношения. Он может искать помощи, потому что его изоляция от остального человеческого сообщества становится слишком болезненной, потому что он имеет ограниченные цели, связанные с этойизоляцией (например, желание преодолеть запрет на отношения) или же потому что стремится к иному специфическому социальному поведению. Иногда психологическая неблагоприятность шизоидного личностного типа не очевидна для него самого; бывает, что он хочет освободиться от депрессии, тревожного состояния или от другого вида симптоматического невроза. В некоторых случаях шизоид может обращаться за лечением из боязни - часто оправданной, боясь, что он находится на пути к сумасшествию.

Для шизоидных пациентов на ранних фазах терапии довольно характерно косноязычие и ощущение пустоты и растерянности. Приходится выносить долгие периоды молчания, пока пациент не интернализует безопасность сеттинга. Однако со временем, если только пациент не оказывается мучительно "невербализующим" или беспорядочно психотическим, многие аналитически ориентированные терапевты получают удовольствие от работы с пациентами с шизоидной структурой характера. Они часто бывают очень чувствительны к своим внутренним реакциям и бывают благодарны за возможность находиться там, где выражение их собственной личности не вызывает

тревоги, пренебрежения и не высмеивается.

Первичная трансферно-контртрансферная трудность для терапевта при работе с шизоидным пациентом состоит в том, чтобы находить путь ко внутреннему миру пациента, не вызывая слишком большой тревоги из-за вторжения. Поскольку шизоидные люди предпочитают разобщенный и затемненный стиль взаимоотношений, можно легко впасть в ответное разобщение и рассматривать своих пациентов скорее как интересный экземпляр, чем человеческое существо. Их естественный трансферный "тест" (в терминах теории контроля-овладения) включает в себя усилия, направленные на выяснение обстоятельства, достаточно ли терапевт заинтересован в них, чтобы выносить сложные запутанные послания и сохранять намерение понимать и помогать своим пациентам. Естественно, они боятся, что терапевт (так же как и другие люди) эмоционально отдалится от них и отнесет их в категорию безнадежных отшельников или забавных чудаков.

История попыток понять шизоидные состояния пестрит примерами "экспертов", объективизирующих отдельных пациентов и очарованных шизоидными феноменами, но соблюдающих безопасную дистанцию по отношению к эмоциональной боли, которую те предъявляют. Эти "эксперты" считают вербализации шизоидных людей бессмысленными, тривиальными или чересчур загадочными, чтобы напрягаться и распутывать их. Имеющий место психиатрический энтузиазм в психологических объяснениях шизоидных состояний представляет собой известную версию данной предрасположенности, состоящую в том, чтобы не принимать всерьез субъективность шизоидных личностей. Как показывает Сасс (Sass, 1992), попытки понять вклад биохимических или неврологических механизмов в шизоидные и шизофренические состояния не отменяет необходимости осознать *значение* шизоидных переживаний для пациента. В своей работе "Разделенное Я" Лэйнг (Laing, 1965) вновь рассматривает пример с шизофренической женщиной, обследованной Крипелином. Слова пациентки, совершенно непостижимые для него, приобретают смысл, если подходить к ним, вслед за Лэйнгом, эмпатически. Карон и Ванденбос (Karon & VandenBos, 1981) представляют один за другим случаи с пациентами, которым можно помочь и которых легко отвергают клиницисты, не наученные или не желающие понимать их.

Характерологически шизоидные люди без опасности психотического срыва (большинство шизоидных людей) очевидно провоцируют гораздо меньшее непонимание и защитное отстранение у своих терапевтов, чем госпитализированные шизофреники, которым посвящено большинство серьезных психоаналитических описаний патологического ухода. Но те же самые терапевтические рекомендации применимы и к менее серьезным случаям. К этим пациентам нужно подходить таким образом, как если бы их внутренние переживания, даже чуждые окружающим, имели потенциально

распознаваемое значение и могли составить основание для неугрожающей интимности с другим индивидом. Терапевт должен иметь в виду, что отстраненность шизоидного пациента представляет собой распознаваемую защиту, а не непреодолимый барьер для отношений. Если клиницист может избежать отреагирования искушений контртрансфера, подталкивания пациента к преждевременному закрытию, если он в состоянии не прибегать к возражениям или дистанцированию от него, формируется прочный рабочий альянс.

Как только образуются терапевтические отношения, за ними могут последовать дополнительные эмоциональные сложности. По моему опыту, субъективная хрупкость шизоидных личностей отражается в чувстве слабости и беспомощности терапевта. Образы и фантазии деструктивного, пожирающего внешнего мира захватывают обоих участников терапевтического процесса. Появляются также противоположные образы всемогущества и разделенного превосходства ("Мы вдвоем образуем Вселенную"). Накопленные восприятия пациента как исключительного, уникального, непонятого гения или недостижимого мудреца могут присутствовать во внутреннем ответе терапевта, возможно, параллельно с отношением сверхвовлеченного родителя, воображающего собственное величие при помощи своего особенного ребенка.

## Терапевтические рекомендации при диагнозе шизоидной личности.

Терапевт, работающий с шизоидным пациентом, должен быть готов к такому уровню аутентичности и степени осознавания эмоций и представлений, который у пациентов с иным типом характера был бы возможен только после нескольких лет работы. Я знаю достаточно многих коллег, которые успешно работают с большинством типов клиентов и без прохождения предшествующего собственного анализа. Но все же сомневаюсь, что терапевт, будучи сам шизоидным, сможет эффективно отвечать на шизоидного пациента, не пройдя тщательной предварительной проработки собственных глубинных проблем.

Поскольку большинство терапевтов обладает той или иной степенью депрессивности - в том смысле, что их страх оставления сильнее страха поглощения, - они естественным образом пытаются подойти ближе к человеку, которому стараются помочь. Поэтому бывает трудно достигнуть эмпатии по отношению к потребности пациента в эмоциональном свободном пространстве. Один из моих супервизоров однажды прокомментировал мои искренние и сверхнастойчивые усилия добраться до шизоидного пациента: "Этому человеку нужна двууглекислая сода, а вы пытаетесь накормить его тыквенным пирогом". (Сода применяется при повышенной кислотности и при воспалительных процессах, а также для обеспечения буферного резерва крови - примеч. переводчика). Е. Хаммер (E. Hammer, 1968) отмечает эффективность даже простого отодвигания кресла от пациента, что дает невербальное подтверждение того

факта, что терапевт не желает навязываться, спешить, подменять или подавлять.

На ранних фазах терапии следует избегать интерпретаций, т.к. пациент испытывает страх подвергнуться вторжению. Комментарии и случайные реакции могут быть благодарно приняты, но попытки добиться от шизоидного пациента больше того, что он выражает, приведут его в замешательство, вызовут противодействие и усилят тенденцию к уходу. С. Дэри (S. Deri, 1968) подчеркивала важность того обстоятельства, что терапевтические замечания должны делаться с использованием слов и образов самого пациента, чтобы укреплять его чувство реальности и внутренней целостности. Хаммер (Hammer, 1990), кроме того, предостерегает против исследования, проверочных вопросов или обращения с пациентом таким образом, который бы заставлял его чувствовать себя "кейсом".

Важной частью эффективной терапии с шизоидными людьми является нормализация. Общая техника "давания интерпретаций" в отношении людей, расположенных на психотическом краю психотическо-погранично-невротической шкалы, обсуждалась в главе 4. Эти рекомендации оказались бы также полезными для шизоидных пациентов любой степени нарушенности, так как им бывает трудно поверить в то, что их сверхострые реакции будут поняты и приняты. Даже если они представляются функционирующими на высоком уровне, большинство шизоидных людей беспокоятся, что являются фундаментально отличающимися, недоступными пониманию других. Они хотят, чтобы люди, которые им небезразличны, узнали их как можно полнее, но боятся, что если их внутренняя жизнь будет совершенно открыта, они предстанут чудаками или даже уродами.

Даже тем шизоидным личностям, которые уверены в надежности своего восприятия, небезразлично то, какой эффект они оказывают на отдаляющихся людей. Ведя себя таким образом, чтобы шизоидной личности стало ясно, что ее внутренний мир доступен пониманию, терапевт помогает ей интернализовать опыт принятия без подчинения требованиям другого человека. Со временем накапливается достаточное самоуважение, чтобы пациент смог ощутить: трудности, возможно, заключаются не в нелепости его собственной эмоциональности - они отражают ограничения других. Переопределение терапевтом богатства воображения как таланта, а не как патологии, глубоко живительно для шизоидного человека, чьи эмоциональные реакции в течение всей его жизни оставались неподтвержденными или преуменьшались менее сензитивными комментаторами.

Одним из способов дать шизоидному пациенту подтверждение и при этом не оказаться

воспринятым в качестве поглощающей или преуменьшающей личности является использование художественных и литературных образов, чтобы сообщить о своем понимании проблем пациента. Роббинс (Robbins, 1988), в почтенной и теперь чаще игнорируемой фрейдистской традиции рассмотрения самого себя в контексте обсуждения той или иной психической динамики, описывает ранний период своего собственного психоанализа следующим образом:

"Когда происходили длительные паузы, во время которых я не знал, что сказать или как сообщить о своих чувствах, испытываемых относительно истории моей жизни, мой терапевт, к счастью, не покидал меня. Иногда он предлагал мне "сказку на ночь" (когда Роббинс был ребенком, ему никогда не читали) в форме цитирования пьес, литературных произведений и фильмов, которые имели отношение к направлениям и образам, представленным мною в ходе лечения. Мое любопытство при этом усиливалось, и я взял себе за правило записывать материал. В частности, Ибсен, Достоевский и Кафка стали важными источниками символического материала, чем-то вроде зеркала, и проясняли мои внутренние переживания. Литература, а позднее живопись, давали символическую форму тому, что я пытался выразить. Самое главное, что этот материал давал возможность важнейшего эмоционального сопереживания с моим аналитиком".

Роббинс и его коллеги (Robbins et al., 1980; Robbins, 1989) сделали огромный вклад в терапию творчеством и арт-терапию и в разработку эстетического измерения психоаналитической работы с клиентами, то есть в аспекты терапии, особенно многообещающие при работе с шизоидными людьми.

Возможно, наиболее общим препятствием к терапевтическому прогрессу с шизоидными пациентами - при условии, что имеют место крепкие терапевтические отношения и продолжается работа "по пониманию", - является общая для терапевта и пациента тенденция образовывать своего рода эмоциональный кокон, где они прекрасно понимают друг друга и ожидают терапевтических сессий как передышки от требовательного внешнего мира. У шизоидных людей наблюдается тенденция, которую эмпатический терапевт невольно может принять. Он попытается сделать терапевтические отношения скорее заменой, чем поддержкой их жизни за пределами терапевтического кабинета. Может пройти значительный промежуток времени, прежде чем терапевт заметит, что, хотя пациент и развивает множество инсайтов почти на каждой сессии, он и не переходит к социальной функции, не вступает в брак, у него не улучшаются сексуальные отношения или он не разрабатывает никаких творческих проектов.

Существенным достижением психотерапии может стать распространение (генерализация) на весь внешний мир достигнутой шизоидным пациентом безопасной интимности с терапевтом. Терапевт сталкивается с дилеммой: работать для поддержания лучшего функционирования в социальной и личной жизни, осознавая при этом, что напоминание пациенту о том, что он не добивается этих целей, может быть воспринято как вторжение, контроль и отсутствие эмпатирующей потребности в дистанции. Со временем подобное напряжение может быть проанализировано, что углубит понимание шизоидной личностью того обстоятельства, насколько силен конфликт между желанием близости и ее страхом. Здесь, как и вообще в большинстве аспектов терапии, своевременность важнее всего.

Роббинс (Robbins, 1988) подчеркивал важное для шизоидного пациента значение готовности терапевта действовать и выглядеть как "настоящий человек", а не просто как трансферентный объект. В последние годы роль "реальных" взаимоотношений, сосуществующих с трансферными реакциями, вновь обнаружена и подчеркивается многими динамически ориентированными практикующими терапевтами (Paolino,1981). Это особенно относится к шизоидным пациентам, которые и так имеют в избытке "как бы" отношения и чувствуют потребность в активном участии терапевта как человеческого существа, поддерживающего определенный риск в отношениях, способного к игре и юмору (отсутствовавшим в истории клиента) и отвечающего пациенту с учетом его тенденции прятаться или избегать образования эмоциональной привязанности с другими. Можно считать, что при работе с шизоидными людьми более откликающийся, отзывчивый терапевтический стиль не только не затемняет трансферных реакций пациента, но даже может сделать их более доступными для интерпретации.

## Дифференциальный диагноз.

Шизоидную психологию легко распознать благодаря относительному безразличию шизоидных людей к тому, чтобы производить конвенциональное впечатление на интервьюера. Центральной трудностью диагностики является оценка силы эго клиента. Менее знаменательно может быть тот факт, что некоторых обсессивных и компульсивных пациентов, особенно пограничного или психотического уровня, легко ошибочно расценить как более шизоидных, чем они есть на самом деле.

### *Уровень патологии*

Прежде всего, критически важно оценить, насколько нарушенным является пациент шизоидного ряда. Возможно, что именно значительность этого нарушения для тех, кто

имел с ним дело, заставила авторов последнего издания DSM привести несколько альтернативных шизоидности диагнозов, чего они не делали для некоторых других характерологических состояний, при которых также возможна различная степень тяжести. Очевидно, особенно важно оценить при первичном интервью возможность психотического процесса; с пациентами, представляющими шизоидный тип, правомерны вопросы о галлюцинациях и иллюзиях, обратить внимание на присутствие или отсутствие нарушенного мышления, оценить способности пациента отличать идеи от действий и в случае затруднений применить психологические тесты. Если результаты подобного обследования предполагают наличие психоза, может быть показана медикаментозная терапия или госпитализация.

Ошибочная оценка шизофренического пациента как непсихотической шизоидной личности может очень дорого обойтись. Однако, к сожалению, настолько же ошибочно было бы решить, что пациент имеет риск декомпенсации только потому, что он обладает шизоидным характером. Шизоидные люди нередко кажутся более больными, чем они есть на самом деле, и для терапевта сделать такую ошибку почти оскорбительно. Для пациента это может означать быть втянутым в жизнь, где его индивидуальность, возможно, навсегда будет приравнена к сумасшествию. (Даже с психотическим пациентом позиция терапевта, придерживающегося мнения, что клиент не "просто шизофреник", а человек со своими особенными устремлениями, который вправе ожидать помощи, наиболее эффективно снижает психотическую тревогу.)

Если принять тот факт, что шизоидные процессы совершенно не обязательно зловещи, легко включить в терапевтическое отношение восхищение оригинальностью и интегрированностью высокофункционирующих шизоидных личностей. Некоторые здоровые шизоидные индивиды, которые подходят к проблемам не безнадежно связанными особенностями своей личности, не захотят, чтобы обращались к их эксцентричности и разбирали ее. Это их право. Терапевтическое знание, как сделать шизоида более "удобным" и открытым, может все же облегчить работу над проблемами, с которыми пациент действительно хочет бороться.

### *Шизоиды в сравнении с обсессивными и компульсивными личностями*

Шизоидные личности часто самоизолируются и проводят длительное время в раздумьях, может быть даже навязчивых, о главных вопросах в их фантазируемой жизни. Нередко они, из-за их конфликта, связанного с близостью, проявляют бесчувствие, одеревенелость и отвечают на проблемы интеллектуализацией. Некоторые имеют причуды в поведении, кажущиеся или являющиеся навязчивыми, или

же они оформляют свою жизнь в соответствии с невыносимой системой ритуалов. Следовательно, подобные шизоиды могут быть с легкостью неправильно определены как люди, имеющие обсессивную или обсессивно-компульсивную личностную структуру. У многих шизоидные и обсессивные или компульсивные качества сочетаются, но все равно эти два вида личностной организации можно обсуждать как "чистые" типы. Между ними существуют некоторые важные различия.

Обсессивные индивиды, составляя заметный контраст с шизоидами, обычно совершенно социальны и в подобном контрасте со стремлением шизоидов к уникальности, могут быть сильно заинтересованы в респектабельности, соответствии, одобрении близких и в репутации в обществе. Обсессивные люди бывают также моралистичны, они внимательно наблюдают за предпочтениями в их референтной группе. Шизоидные люди, напротив, не особенно озабочены тем, правы они или нет с общепринятой точки зрения. Люди, наделенные обсессивно-компульсивной личностью, отклоняют или изолируют чувства в отличие от шизоидных индивидов, которые идентифицируют их внутренне и удаляют из отношений, предполагающих их выражение.

## Заключение.

Я показала, как люди с шизоидной организацией личности сохраняют чувство безопасности и избегают интимности с другими, боясь оказаться поглощенными ими и спасаясь во внутреннем мире фантазий. Имея конфликт, касающийся близости-дистанции, шизоидные люди выбирают второе, несмотря на свое одиночество, так как близость для них ассоциирована со вредным влиянием на собственное "Я". Возможные конституциональные составляющие включают в себя гиперсензитивность и сопутствующее избегание стимуляции. В добавление к аутистическому отходу в фантазии, шизоид использует и другие "примитивные" защиты, но также показывает и завидные способности к аутентичности и творчеству. Обсуждается влияние данных тенденций на отношения с другими людьми, уделено внимание семейным паттернам взаимодействий, которые могут спровоцировать шизоидный личностный конфликт приближения-избегания, а именно - сосуществование в них депривации и вторжения.

Соответственные трансферные и контртрансферные проблемы включают в себя трудности, связанные с допуском терапевта в мир пациента, тенденцию терапевта разделять с клиентом его чувства беспомощной уязвимости или грандиозного превосходства и попытки соучаствовать в его уклонении от общения с другими людьми. Лечебные рекомендации включают максимальное самоосознавание у терапевта, аутентичность, нормализацию и готовность использовать свою собственную "реальную" личность. Наконец, подчеркивается важность точной оценки положения данного индивида в шизоидном континууме. Шизоидный характер дифференцируется от обсессивной и компульсивной личности.

## Дополнительная литература.

Много комментариев относительно шизоидного состояния похоронено в описаниях шизофрении. Красноречивое и емкое исключение представляет собой работа Гантрипа (Guntrip, 1969) "Шизоидные феномены, объектные отношения и собственное "Я"".

***Автор - Нэнси Мак-Вильямс***

***"Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе"***