

Гэри Виншип.

ГЛАВА ПЯТАЯ

Парадокс удовольствия: нирвана и зависимость от смерти

Сфера

В главе о молоке и мифах творения я попытался показать, что существует динамическое слияние, которое бессознательно связывает рождение, разрушение и интоксикацию. Затем я попытался понять, как мы можем понять это слияние с точки зрения страстного желания и аддиктивных appetitov. Предлагая конкретный синдром, основанный на мифе о Прометее, я обратил внимание на то, каким образом психологические сложности приема наркотиков могут быть связаны друг с другом в точке, где создание эйфорических психических состояний приближается к повторяющемуся побуждению к смерти. В этой главе я развиваю эту идею дальше с помощью теории, которую я называю «парадоксом удовольствия», где я пытаюсь показать, как приятные эффекты действия, изменяющего сознание, такого как прием наркотиков, могут быть тесно связаны с его опасными последствиями. Хотя я сосредоточен на злоупотреблении психоактивными веществами, я бы сказал, что идея «парадокса удовольствия» может быть осмысленно применена к другим компульсивным (маниакальным) актам самоповреждения, таким как порезы, рвота, переедание, азартные игры и другие зависимости, когда потакание или чрезмерное увлечение удовольствием от действия вызывает потенциально пагубные последствия. Мой тезис заключается в том, что в самой сути парадокса удовольствия заключена борьба не на жизнь, а на смерть, битва между Эросом и Танатосом за господство над душой.

Попытки изменить компульсивное поведение не позволяют устранить скрытые побуждения к саморазрушению. Многие наркоманы описывают глубоко ощущаемое отсутствие удовольствия или ангедонию. Может показаться, что молодые люди, причиняющие себе вред, также переживают жизнь подобным образом, например, описывая скуку как причину, по которой можно порезаться. Последующий гедонистический поиск удовольствия, даже если резка может быть приятной, кажется попыткой уйти от реальности. Фрейд предположил, что мы были склонны искать блаженное внутриутробное состояние, которым когда-то наслаждались, и что это желание было врожденным и универсальным. Он назвал это «принципом нирваны», побегом на более раннюю жизненную стадию, где удовольствие предшествовало сознанию. Для некоторых людей этот поиск нирваны может быть случайным, для других он может стать опасно захватывающим, где используются все более сложные садомазохистские модели поведения для достижения желаемого состояния блаженства. В худшем случае это стремление к удовольствию может даже быть попыткой оживить состояние удовольствия, которое на самом деле никогда не формировалось. Процесс терапии характеризуется переходом от стремления к удовольствиям к поиску отношений, в которых реальность принимают, а не ускользают от нее.

Курение убивает

Через несколько месяцев после начала амбулаторной психотерапии два раза в неделю одна из моих пациенток, женщина лет двадцати пяти, сказала мне, что бросила курить. Новость сначала прошла мимо меня, и я подумал об этом лишь несколько месяцев спустя. Когда я размышлял о своем отсутствии ответа, я задавался вопросом, было ли это потому, что она доносила информацию довольно прозаично, как будто это было не так важно. Я задавался вопросом, было ли мое отсутствие ответа отражением ее самоуспокоенности. Но на самом деле у меня не было причин полагать, что она удовлетворена. Мне пришло в голову, что эта новость могла пройти мимо меня, потому что у меня были более насущные опасения по поводу того факта, что она, по крайней мере, до недавнего времени, была справедливо настроена на то, что собирается покончить с собой. После нескольких месяцев психотерапии дважды в неделю, отказ от курения казался менее значимым, чем то, что она больше не ощущала потребности в самоубийстве.

Конечно, оглядываться назад - это здорово, и, поразмыслив, я понял, что существует связь между отказом от курения и уменьшением ее суицидальных чувств. Иными словами, курение было симптомом ее саморазрушения и суицидальности, хотя курение выражалось как действие, приносящее удовольствие или успокаивающее. Поэтому ее решение бросить курить было частью более глубокого психологического сдвига в сторону утверждения жизни. В ее битве между любовью к жизни или Эросу и любовью к смерти или Танатосу оказалось, что Эрос взял верх. Мы знаем, что Танатоса можно перехитрить: Гесиод рассказывает историю о том, как царь Сизиф дважды перехитрил Танатоса и его брата-близнеца Гипноса (Сон), когда ему пришло время умирать. Так как же случилось, что моя пациентка бросила курить?

Что я сделал, чтобы помочь, или вообще сделал ли я что-нибудь? На первый взгляд, по крайней мере, казалось, что помимо отметки в первоначальной оценке, что она курила, эта тема никогда не затрагивалась в нашей совместной работе. А учитывая тот факт, что о курении редко, если вообще когда-либо говорили на любом из наших сеансов, есть, по крайней мере, возможность, что отказ от разговора о ее привычке каким-то образом произвел парадоксальный эффект. Идея парадоксального предписания широко используется в терапии. В супружеской терапии, когда пары сталкиваются с сексуальными проблемами, терапевт может начать с предложения парам прекратить сексуальные отношения. Авторитетное эмбарго, кажется, дает быстрый эффект в некоторых случаях, когда пара обнаруживает, что сексуальный запрет возбуждает их желание близости: обратный результат, если хотите.

Думаю, наверное, нет. Вместо этого мы говорили о запутанном переплетении жизненных траекторий, ее отсутствующем отце и разводе ее родителей, когда она была подростком, ее ревности к новой девушке отца, а затем открытию того, что за несколько лет до развода ее отец был вовлечен в ряд дел. Было трудно понять, больше ли она была взбешена его обманом или же она действительно презирала самодовольство матери. Хотя она пережила наихудшие последствия этого эмоционального потрясения, время от времени испытывая желание покончить с собой в подростковом возрасте, и построила хорошую

профессиональную карьеру после университета, когда ее парень разорвал отношения, все старые чувства нахлынули на нее. Она стала склонной к суициду, ей прописали антидепрессанты и направили на психотерапию. Она действительно перестала принимать антидепрессанты во время терапии; это было запланировано, и я не думаю, что ее использование антидепрессантов было компульсивным (принудительным), как это может быть, скорее для моей клиентки они казались симптомом беспокойства ее терапевта.

Конечно, в случае с моей клиенткой не было никаких парадоксальных предписаний, которые заставили бы бросить курить. Чтобы вмешательство было правильным, мне пришлось бы посоветовать ей продолжать курить. Тем не менее факт остается фактом: мы не говорили о курении. Я был достаточно заинтересован, чтобы проверить мою последнюю нагрузку на то время, когда было шестнадцать клиентов, все из которых были направлены в NHS для амбулаторной психотерапии. Я заметил, что из четырнадцати курильщиков в начале терапии большинство действительно бросило курить в течение курса терапии. Это редко было проблемой, имеющей какое-либо значение, поэтому вопрос о том, что же действительно изменило их саморазрушение, оказался в центре внимания. В каждом случае, как и в случае, описанном выше, терапия была возможностью исследовать отношения, прошлые и настоящие; изучить чувства и переживания по отношению к семье, друзьям, коллегам, сверстникам и так далее. И, наконец, терапия была возможностью исследовать «тогда и там чувства» в состоянии «здесь и сейчас», в переходных отношениях со своим терапевтом.

При лечении наркоманов, употребляющих запрещенные вещества, я пришел к пониманию того, что говорить потребителям наркотиков «не принимать наркотики» бесполезно. Более того, это может даже иметь противоположный эффект. Идея кампании «Курение убивает» может невольно оказаться лучшей рекламой, которую только может попросить табачная компания. «Курение убивает» обращается к бессознательному соблазну смерти, который, возможно, лежит в основе аппетита к курению. Говорить с наркоманами об опасностях употребления наркотиков неэффективно и даже может повысить вероятность того, что некоторые потребители будут принимать наркотики. Возможно, нам стоит начать с аксиомы о том, что потребители наркотиков принимают наркотики, потому что они опасны. Это одна из проблем «санитарного просвещения», цель которого состоит в том, чтобы препятствовать употреблению наркотиков, что начинается с своего рода подхода терапии отвращения.

Опасность ошибочных сообщений в санитарном просвещении была очевидна в рекламной кампании 2006 года в Шотландии, где в первые недели августа несколько раз транслировалась телевизионная реклама. Я был в Эдинбурге на фестивале и предположил, что реклама должна была быть приурочена к фестивалю и, следовательно, была нацелена на молодых людей в возрасте от двадцати лет, которые могли бы испытать соблазн принять героин. В рекламе мужчина был изображен сидящим на стуле и вдыхающим дым, исходящий от квадрата из серебряной фольги. Пока мужчина пребывал в состоянии интоксикации, различные предметы в комнате, включая телевизор, видео, музыкальный проигрыватель и т. д., начали исчезать. В конце концов, мужчина оказался в довольно-таки скудной обстановке. Цель, казалось, достаточно ясна: если вы употребляете наркотики, вы продадите свое имущество, чтобы заплатить за свою привычку. Но учтем,

что вначале квартира выглядела грязной и захлавленной, а к тому времени, как исчезли все предметы, пространство стало выглядеть более пригодным для жилья. Плох был уже тот факт, что реклама учила, как курить героин - она показывала нам, как «преследовать Дракона» (курение героина из фольги), и еще хуже было предположение, что беспорядок в вашей жизни может быть устранен героином. Это было весьма соблазнительно, своего рода антикитчевое эргономичное модное заявление о создании новых городских жилых пространств. И в довершение всего, токсичный отдых пользователя в рекламе, возможно, предполагал блаженное сонное состояние или гипноз, который мог понравиться людям, перегруженным напряжениями современности. В общем, это была дорогая реклама, которая могла больше обеспечить продажу героина, чем оттолкнуть от его покупки.

Пожалуй, нам следует начать с рассмотрения возможности того, что обсуждение с потребителями наркотиков опасности их употребления может вызвать у них аппетит к соблазнительной игре на грани жизни и смерти. Это тезис Бетти Джозеф (1982), что люди могут стать зависимыми от / пристраститься к смерти. Ее меньше интересуют, какие именно пристрастия выбирают людей - это могут быть наркотики, азартные игры, переедание, переутомление и т.д. Но она отмечает общую цель, благодаря которой смерть, кажется, имеет определенную привлекательность. Тем не менее, за последние два десятилетия мы наблюдали появление целой индустрии и профессий в сфере здравоохранения, которые в основном были связаны с парадигмой неприятия, направленной на то, чтобы отпугнуть людей от наркотиков. Ясно, что это не сработало. Возникает вопрос, следует ли вообще говорить о наркотиках, будь то профилактические кампании или лечение.

Идея о том, что мы могли бы не говорить о наркотиках, как это было в тех случаях, когда я не говорил о курении, но отказ от курения был клиническим результатом, по крайней мере, является стоящей гипотезой. За последние тридцать лет мы стали свидетелями индустрии лечения наркозависимости, которая, кажется, намерена держать само лекарство в центре внимания. Я думаю о философии программ минимизации вреда, в которых стабилизация доз и назначение поддерживающих доз были одной из основ санитарного просвещения. Я потерял счет тысячам часов, которые я провел в микропереговорах с наркоманами о том, какой должна быть их стабилизирующая доза. Мне кажется, что направление минимизации вреда в значительной степени бесполезно. При постоянно продолжающейся эскалации употребления наркотиков, мы должны сделать вывод, что философия санитарного просвещения оказалась крайне неэффективной в сдерживании распространения эпидемии наркомании.

Итак, о чем мы должны говорить с нашими зависимыми клиентами? Потребители наркотиков слишком охотно говорят о своей опасной наркотической зависимости. Заставить наркоманов говорить о чем-нибудь другом, кроме наркотиков, например о чувствах или отношениях, является сложной задачей. Простая теорема «не говорить о» лекарстве от курения в моих проверенных случаях опровергает более трудную задачу созерцания других вещей, о которых нужно поговорить. Но в этом и заключается загвоздка; как заставить наркоманов говорить о другом?

«Разговоры о наркотиках» занимают второе место по популярности после разговоров о «прекращении». То же самое можно сказать и о диетах для людей с навязчивым пищевым аппетитом, то есть гораздо больше времени тратится на разговоры о диете, чем на саму диету. Хорошим примером зависимого человека, рассказывающего о своей привычке, является сборник рассказов о курении Дж. М. Барри (1928) в книге «Моя леди Никотин». В книге показано, как курильщик смакует никотин, а также мельчайшие детали, связанные с обсуждением привычных действий и атрибутов заядлого курильщика. Барри показывает, как он и его друзья особенно любят говорить о «зле» курения и о том, как им следует бросить курить. Но вместо того, чтобы остановиться, разговоры о никотине превратились в навязчивую деятельность, которая подогревает желание закурить, а не отказываться от него.

Возможно, трудность заставить потребителей наркотиков говорить о своих чувствах начинает объяснять тот факт, что многие психотерапевты не хотят видеть потребителей наркотиков. Это всегда считалось чем-то вроде анафемы (проклятия), когда многие психотерапевты, в том числе работающие в NHS, говорили, что они не увидят (не примут на прием) наркомана, пока не «очистятся» в течение двух лет. В пространстве, освобожденном психотерапевтами, похоже, иногда в бой вступают бихевиористы. Работа по поведенческой терапии с середины 1970-х годов обещала предложить быстрые и дешевые решения целого ряда проблем психического здоровья, включая наркоманию. Например, были эксперименты с «экспонированием сигналов (реплик)» при зависимости. Было обнаружено, что воздействие сигнала полезно при лечении некоторых тревожных состояний, а также некоторых фобий и компульсий. Например, при лечении боязни пауков терапевт использует технику постепенного «подвергания» пациента воздействию пауков (сигналов), например, предлагая пациенту вначале посмотреть на картинку паука, прежде чем смотреть на настоящих пауков в банках, и тогда, после нескольких недель подготовки клиент прикоснется к пауку и вылечится. Проработав какое-то время в отделении Исаака Маркса в больнице Бетлема и Модсли, я увидел, как этот метод «выявления сигналов» применяется ко всем видам навязчивых и тревожных расстройств, от психотических бредов до педофилии.

Широкое признание метода поведенческой терапии в 1970-х и начале 1980-х годов послужило толчком для исследования, в котором поведенческий подход применялся к лечению потребителей наркотиков. Эксперимент включал повторную попытку метода экспозиции с помощью сигнала с тем же набором предпосылок, что и программа, посвященная паучьей фобии. В 1981 году я работал в стационарном отделении наркозависимости в Королевской больнице Бетлема, где проходили испытания программы. Программа была запланирована на шесть недель и проходила следующим образом: в течение первых двух недель клиенту показывали картинки с наркотиками и просили оценить уровни беспокойства и возбуждения, которые отслеживались и записывались психологом-исследователем каждый раз до и во время, и после экспонирования. Например, клиента попросили посмотреть на картинку с наркотиками и попросили рассказать о своих чувствах, и это продолжалось до тех пор, пока тревога и тяга не уменьшились. Эти сеансы повторялись с увеличением воздействия выбранного пациентом препарата в течение третьей и четвертой недель, прикосновения к картинкам, а затем к разным атрибутам, таким как ложки, иглы и так далее. Наконец, было введено

настоящее лекарство (или имитирующий порошок), и пациент посмотрел и прикоснулся к лекарству.

Программа завершилась тем, что психолог-исследователь оставил пациента одного в комнате с лекарством. Целью была надежда на то, что имитация воздействия в реальном времени будет означать, что клиент не будет испытывать определенного побуждения к употреблению и, следовательно, сможет отказаться от приема препарата. Долгосрочная цель заключалась в том, чтобы это было хорошей подготовкой к внелабораторным условиям после выписки.

Одним из первых испытуемых был Ричард. Ричард казался намного моложе своих двадцати лет, склонен к вспыльчивым вспышкам гнева и даже битью головой, когда дела становятся плохи. Ему было трудно общаться с другими жильцами в блоке, и, похоже, он вообще не мог вписаться в их компанию. Тот факт, что Ричард в основном пристрастился к смеси от кашля, не нравился его сверстникам, которые относились к нему как к «ненастоящему наркоману». Когда Ричард вызвался провести программу демонстрации сигналов (реплик), многим из нас не было ясно, что у него вообще были проблемы с героином, несмотря на его утверждения об обратном. Тем не менее, его наняла группа исследователей психологии, и он с энтузиазмом отнесся к программе экспонирования реплики. Ричард наслаждался своим индивидуальным общением с психологом; возможно, его заставили почувствовать, что участие в инновационной программе терапии станет ответом на вопрос, как лучше всего лечить потребителей наркотиков. Эти сеансы дали Ричарду что-то, о чем можно было поговорить на групповых занятиях, поскольку он передавал детали программы воздействия другим пациентам. Сессии с психологом проходили по плану, шаг за шагом, будучи посвящены рисункам, атрибутам, разговорам о влечениях и так далее. После шестинедельной поэтапной программы наступил сеанс, когда Ричард подвергнется воздействию препарата и останется в лаборатории один. В предвкушении большого ожидания Ричард вскоре вернулся в палату, его лицо было покрыто пудрой, и он улыбался, как ребенок, только что окунувший голову в пачку шербета.

Несмотря на наше разочарование, казалось, что не все потеряно, потому что, хотя «экспонирование сигналов» могло и не увенчаться успехом, проступок Ричарда встретил сердечное одобрение среди его коллег-пациентов. Возможно, впервые в жизни Ричард, казалось, испытал некоторое ощущение того, что значит быть принятым как «один из нас». Думаю, я понял, что есть одна вещь хуже, чем быть членом антигруппы - это не быть членом какой-либо группы. Программа «экспонирования реплики» продолжалась некоторое время после этого, но вскоре прекратилась. Я не уверен, что можно сказать, что ей можно отвести обескураживающее место в архивах истории психиатрии, наряду с кровопусканием и хирургией головного мозга, потому что некоторые из этих методов могут входить и выходить из моды. Сказать по правде, дальнейшие исследования, наконец, доказали, что дополнительные усилия (и немалые затраты) когнитивно-поведенческой терапии не повлияли больше, чем обычное лечение (Dawe et al., 1993). Возможно, что еще более важно, исследования действительно показали, что уровни влечения, достигнутые в «лаборатории», не имели ничего общего с влечением, которое испытывали пациенты, когда они покидали стационар (Powell et al., 1993). Было бы глупо

с самого начала обещать слишком много, и эксперименты показали, что лучше всего добиться прогресса путем устранения гипотез и заблуждений. исследования действительно показали, что уровни тяги, достигнутые в «лаборатории», не имели никакого сходства с тягой, которую испытывали пациенты, когда они покидали стационар (Powell et al., 1993). Было глупо с самого начала обещать слишком много, и эксперименты показали, что лучше всего добиться прогресса путем устранения гипотез и заблуждений.

Парадокс удовольствия от зависимости

Если поведенческие попытки справиться с зависимостью терпят неудачу, альтернативой может быть разработка подходов, которые могут исследовать более глубокие мотивы употребления. Здесь мне кажется, что альтернативой модели отвлекающей или отвращающей терапии является та, которая начинается с рассмотрения соблазна наркомании в первую очередь. Воля к удовольствию от употребления наркотиков - вот что убедительно. Но, похоже, существует осязаемое напряжение, присущее неправильному использованию, в результате чего пиковое переживание удовольствия возникает на пороге опасности или риска. Похоже, существует дихотомия удовольствия и боли, когда противоположные влечения жизни и смерти, обозначенные Фрейдом как Эрос и Танатос соответственно, толкают и тянут в разных направлениях. Я слышал много разговоров между группами наркоманов, в которых обсуждение перешло от сентиментальных воспоминаний о старых привычках и привычках к почти обязательному состязанию относительно того, кто был в наиболее опасном «запое», кто потерял больше всего денег или кто перенес ужаснейшую передозировку и так далее. В этих историях о жизни и смерти есть своего рода извращенный эксгибиционизм, бравада ухаживания за опасностью.

Когда мы рассматриваем эти опасные действия в погоне за чувственным и психическим гедонизмом, мы, кажется, находимся в сфере человеческого опыта, который выходит за рамки принципа удовольствия (Freud, 1920). Другими словами, удовольствие - это не финал, скорее, оно существует в связи с побуждением к боли и даже смерти. Смертельные подвиги проглатывания или повторение боли при прокалывании себя иглой; это моменты, когда опасность переплетается с восторгом. Перспектива опасного для жизни заболевания или внезапной смерти от передозировки фальсифицированным интоксикантом, по-видимому, может рассматриваться в той же орбите. Это экстатическое чувство опьянения, которое ведет пользователя на путь саморазрушения, а иногда и смерти. Отказ от влечения к удовольствиям может быть менее трудным делом, чем облегчение влечения к опасности и смерти. Это проявляется в привычном акте «самореза». Для некоторых людей обрезание становится способом облегчения напряжения и множества чувств, которые в противном случае были бы нежелательными. Ярость и гнев, в частности, характерны для случаев порезов, когда ярость в отношении другого человека можно контролировать и отточить до акта самореза и кровопускания. Саморез может стать очень навязчивым, и клиентам может быть трудно отказаться от него, почти так же, как наркоману трудно отказаться от своего любимого наркотика.

Худшие последствия парадокса удовольствия слишком очевидны. Спайк (букв. «шип, игла») употреблял героин, когда ему было более сорока лет. Те, кто знал его, дали ему это прозвище, потому что он так долго употреблял инъекции. Он стал коллапсом между своим означающим (его имя) и его означаемым (его озабоченность внутривенными наркотиками). Спайк был символическим уравнением; игла больше не была внешней по отношению к нему, скорее он сам был этой вещью. Спайк напоминал зарисовки Кокто (1930) в «Опиуме», где тяга к опиуму была настолько сильной, что фигуры трансформировались во множество опиумных трубок с отверстиями и конечностями, напоминающими трубы. Казалось, что Кокто не мог видеть дальше своей тяги, а аппетит к опиуму был настолько силен, что он воображал себя кучей трубок, готовых закурить. Точно так же тело Спайка, казалось, стало следствием его тяги, только в случае Спайка это были не трубы, а инъекции от ран и инфекции, покрывающие его тело.

Я работал со Спайком в течение нескольких месяцев в амбулаторных условиях, пока он, в конце концов, не сдался и не собрался для поступления в стационар. В день поступления я встретил его на приеме в больнице. Стационарное отделение находилось в пяти минутах ходьбы от стойки регистрации по красивой территории больницы Вифлема. На обратном пути Спайк сильно хромал и сказал, что у него уже несколько дней болит нога. При осмотре его нога была опухшей, как воздушный шар, а место инъекции в паху, одна из немногих оставшихся доступных вен, была сильно инфицирована, размером с теннисный мяч и сочилась гноем, как мини-вулкан. Была вызвана скорая помощь, и Спайка сразу же доставили в отделение неотложной помощи, а через несколько часов подтвердился тромбоз глубоких вен. По возвращении в больницу Спайк казался очень возбужденным. Он говорил нам: «]доктор сказал, что еще одна инъекция могла бы убить меня».

Описывать состояние Спайка с точки зрения «членовредительства», скорее всего, противоречило бы социальному воздействию его состояния. Через несколько часов после первого контакта со Спайком я понял, что волновой эффект его состояния коснулся жизнью примерно двадцати медицинских работников: носильщика, который помог Спайку идти, прихрамывая, в отделение; двух медсестер, которые его оценивали по прибытии; диспетчера скорой помощи; двух сотрудников скорой помощи; администратора службы неотложной помощи и других лечащих врачей и медсестер, которые его видели. Это было до того, как его поместили в палату, где Спайка могли бы увидеть другие сотрудники. И все это без учета других пациентов и сотрудников стационарного наркологического отделения, которые встретили Спайка и видели, как он прибежал в мгновение ока, оставшись с тревогой по поводу своего кризиса. В течение одной недели с момента его поступления недуг Спайка опосредованно, и в немалой степени, затронул многих других.

Понятие членовредительства в этом смысле кажется плохим объяснением феномена этого события. Мы могли бы думать об этом скорее как о своего рода «эффекте бабочки-шипа», то есть чем серьезнее акт самоповреждения, тем сильнее воздействие на других (статистический «всплеск»). Эффект шипа-бабочки вызывает в воображении образ резкой инъекции, которая сначала кажется лишь хирургическим вторжением внутрь самого инъектора, но в результате прорывается в виде ядовитой сети, проникающей наружу, как в теории хаоса, связанной с эффектом бабочки, где бабочка машет крыльями на востоке, а

ветер дует на западе. Предвидя мокнущее повреждение от раны от укола иглой, мы можем учитывать потенциальную опасность заражения из-за поврежденной кожи, либо путем лопания кожи (подкожная инъекция), либо внутривенной инъекции. Потребители наркотиков могут использовать одни и те же затупляющиеся иглы и шприцы несколько раз, не очистив место инъекции перед инъекцией. Осложнения, связанные с практикой не-асептических инъекций, включают: абсцессы, аллергические реакции, эндокардит, остеомиелит, сепсис, тромбоз и гангрену. Это часто рассматривается как личная опасность, но, что более важно, в случае Спайка сама смерть исходила из его психических и физических пор. Идея приятного приема наркотика в его случае, как и во многих других, имеет своим следствием целую вереницу страданий и травм. Можно сказать, что самоповреждения не существует. Напротив, вред всегда имеет последствия и влияет на других. Идея непрерывного взаимодействия с другими людьми, конечно, не нова. Винникотт говорит нам, что ребенка не существует; покажи мне ребенка, говорит он, и будет мама. Существуют эмпирические данные о том, что членовредительство потребителя наркотиков не является изолированным событием, а является результатом длительного причинения вреда в рамках системы «я сам – другие». В своей докторской диссертации Кристин Инглиш (2011) обратила внимание на тот факт, что среди ее когорты из тридцати наркоманов, все испытуемые в детстве испытали значительный уровень насилия и жестокости. Результаты Инглиш показывают, что, по крайней мере, среди ее когорты, употребление наркотиков во взрослом возрасте - это повторение предыдущего опыта боли и вреда в детстве.

Преодоление сферы удовольствия от младенчества до взрослой жизни является проблемой для большинства из нас в то или иное время в нашей жизни. Многие люди время от времени развивают чрезмерный аппетит, а то и более продолжительную зависимость от веществ, способных изменить сознание, таких как чай, кофеин, сигареты, алкоголь и шоколад. Принятие чрезмерного количества удовольствий от приема пищи может иметь серьезные долгосрочные последствия, которые могут быть опасными для жизни. Другие люди становятся «зависимыми» от различных поблажек, которые могут не вызывать непосредственной или долгосрочной физической опасности, но могут вызвать серьезные эмоциональные трудности. Например, увлекательное занятие азартными играми может стать всепоглощающим разрушительным времяпрепровождением. Анонимные игроки предлагают успешную сеть поддержки следуя той же модели поддержки, что и Анонимные Алкоголики (АА) и Анонимные Наркоманы (АН). Другие виды отдыха, такие как быстрые автомобили, скалолазание, прыжки с парашютом и, в последнее время, прыжки с тарзанки, примечательны тем, что все они имеют высокую степень общественного признания и высокую степень риска.

Некоторые из этих экстремальных видов деятельности стимулируют выработку эндорфинов, собственных естественных опиатов организма, и участники часто ссылаются на привыкание к «кайфу» от участия в экстремальных видах спорта. В журнале Face в марте 1997 года была опубликована статья «Скалолазание против клубов», в которой они пригласили группу посетителей клуба, принимающих наркотики, и группу альпинистов поменяться занятиями на выходные. «Химический удар» от кайфа в клубе сравнивали с выбросом адреналина от буквально географического кайфа, предполагая родственные психобиологические процессы. Однако один из альпинистов сказал, что кайф от

восхождения на гору был предпочтительнее химического кайфа, потому что подъем мог длиться месяцами, в то время как кайф от приема наркотиков ощущался только «хорошо в течение восьми часов, а затем - дерьмо в течение сорока».

Взаимосвязь между законными актами крайнего стремления к удовольствиям и более опасными зависимостями находится в «континууме злоупотребления удовольствием». С одной стороны, это более безобидные побуждения, при которых вред меньше или медленнее в течение длительного периода, а с другой стороны, есть зависимость от сильно летучих веществ и изменяющих сознание переживаний, которые несут большую непосредственную угрозу. Между этими полюсами существует целый ряд занятий, связанных с наркотиками и немедикаментозными средствами, не менее патологических, которые можно рассматривать с разной степенью риска. Добровольный флирт с опасностью и самоуничтожение характеризует дрейф от одного конца спектра к другому. Именно природу этой вовлеченности в смерть на дальних границах спектра стоит раскрыть, чтобы экстраполировать на другие, менее мгновенные, хотя и не менее беспокоящие зависимости, как курение.

«Принцип нирваны» Фрейда и зависимость от смерти

Смерть настолько бесспорно связана с наркозависимостью, что является идиосинкразическим фактом жизни многих наркоманов. Моя цель в этом следующем разделе - попытаться раскрыть феномен привлекательности смерти в наркомании, проследив концепции, полученные от модели инстинкта смерти Фрейда (1920) до идеи Фейрберна (1930) о «влечении к смерти». Несмотря на то, что в этих моделях есть расхождения, все они сходятся на практике там, где невозможно избежать клинической реальности того, что любой опасный потребитель наркотиков, по-видимому, дружит со смертью.

Употребление наркотиков предлагает идеальный механизм для «отделения» плохих и отрицательных чувств. Другими словами, химическая интоксикация вызывает состояния эйфории, которые могут сдерживать нежелательные состояния чувств. В дневнике Go Ask Alice, основанном на реальных хрониках подростка, потребляющего наркотики, мы можем изо дня в день видеть, как лекарственное опьянение, создающее ощущение «нахождения на вершине мира», может вытеснить чувство безнадежности и страдания, вызванных потрясениями, с которыми сталкивается автор дневника при переезде, смене школы и т. д. в критический момент своей подростковой жизни. Процесс отделения плохих чувств - это попытка свести на нет все чувства и мысли посредством создания химически индуцированного приятного состояния ума. Это «отступление» от реальности можно сравнить с психическим состоянием шизоидного типа, когда химическое состояние ума становится защитой от реальности (Steiner, 1993). Опьянение как состояние бездумности, как психотическое отступление от социального мира было тем, что привлекало как Розенфельда, так и Биона в их работе в 1960х годах, когда они начали

принимать потребителей наркотиков наряду с множеством своих больных-шизофреников (о которых я подробнее расскажу в шестой главе).

Но одна из особенностей психотического «отступления» («уединения»), которую мы, кажется, упускаем из виду, - это стремление к смерти. Потребители наркотиков больше, чем любая другая группа психиатрических пациентов, служат примером наблюдений Анри Рея (1994) о том, что клинические презентации усеяны образами и отождествлениями со смертью. Рей описывал тот факт, как много его клиентов часто приносили сны о кладбищах или сны о умирающих людях, о которых они рассказывали в терапии. Одна из задач терапии - помочь наркоману избавиться от соблазна смерти. Например, Элейн было 41 год, когда ее поместили на курс детоксикации и реабилитации. У нее была двадцатилетняя история злоупотребления психоактивными веществами, и она была госпитализирована через несколько месяцев после смерти ее мужа, который умер от передозировки наркотиков, и ее отца, оба умерли в пределах нескольких дней. Она была изолирована от своей семьи, а также от семьи своего мужа, и, невзирая на ее чувства, оба погребения были устроены в один день. В конце концов Элейн отправилась на похороны мужа.

Ее госпитализация совпала с первой годовщиной обеих смертей. Когда она отказалась от героина, душевная боль, связанная с потерями, вновь обострилась. Ее потребление опиатов (опиумных наркотиков) привело к омертвлению не только ее тела, но и разума. Если ранее она была занята приемом наркотиков, то теперь, без «подушки» опиатов, она начала помышлять о смерти, чтобы воссоединиться со своим мужем. Она говорила о привычке ее и мужа посещать кладбища, когда они принимали наркотики; она сказала, что они были «счастливы среди мертвых» и слушали «песни из могилы». А теперь ей очень хотелось снова быть с мужем. Казалось, она буквально «любила его до смерти». Она стала склонной к суициду и нуждалась в круглосуточном уходе и наблюдении со стороны персонала и других пациентов (что в то время было нововведением для больницы – непростым с этической точки зрения, но было очень успешным). Когда чувства утихли, Элейн спросила, может ли она посетить могилы ее мужа и отца, и это было организовано; и при поддержке своего ключевого сотрудника, Сары Робсон, Элейн принесла цветы к могилам и прочитала слова, которые она выбрала заранее. В последующие недели интенсивность ее суицидальных чувств уменьшилась.

Чрезмерное отождествление Элейн со своим мертвым мужем и о цю м было разрушительным моментом в ее скорби, которая проявилась в болезни, состоящей из побуждений к самоубийству. Благодаря новому синтезированию скорби (частично под руководством персонала), она смогла начать процесс противостояния потерям, а затем проработать их до точки деидентификации. Первоначально скорбь пресекалась употреблением наркотиков во время похорон и в последующие периоды. Трезвый осмотр могил во время лечения, как оказалось, послужил новым местом для выхода из траура и выздоровления. Ритуал траура необходимо было повторить после детоксикации, когда последствия потери могли быть эмоционально пережиты более рациональным образом. В случае с Элейн казалось, что источник смерти был обнаружен, и тогда появилась возможность подавить ее бессознательное стремление к самоубийству. Это было началом обзора других потерь в ее жизни, первого этапа тщательной инвентаризации, восходящей

к тому времени, когда она не употребляла наркотики, к потерям, которые оказались толчком к зависимости.

Рей (1994) утверждает, что эти типы мертвых объектов постоянно воскрешаются в воображении и снах, с тем, чтобы их можно было исправить. Этот повторяющийся акт воскрешения жизни-смерти, как я описал ранее, можно обозначить как специфический синдром объектных отношений, происходящий из мифа о Прометее. Более общее предположение о феномене отождествления со смертью может привести нас к рассмотрению того, как наркотик вызывает нечто вроде сна-смерти. В лечении от наркозависимости смерть предстает как материальный объект: образы сновидений в индивидуальной и групповой психотерапии, надгробия, кресты, черепа и т. д., представленные в творческой терапии, музыка, прославляющая смерть, татуировки, изображающие смерть - в следующей главе мы услышим о татуировке черепа Люси под названием Дырявый призрак (так в оригинале) - и так далее. Многие пациенты несут в себе отчетливые образы трупов товарищей-наркоманов и воспоминания о передозировках. Призрак смертельных заболеваний, таких как ВИЧ и гепатит, нависает над зависимостью и еще больше подчеркивает порог жизни и смерти, который характеризует хроническое употребление наркотиков. Среда, в которой пребывают пациенты наркологических отделений, иногда настолько пропитана смертью, что часто кажется объектом, плавающим в пространстве между людьми. Приведенный выше случай Элейн предполагает, что побуждение к смерти необходимо встретить, понять и преодолеть.

Работая в тени смерти

Отождествление со смертью также может быть резонансным для сотрудников, которых привлекают для работы в этой сфере. Выбор работы с потребителями наркотиков всегда кажется достойным внимания выбором профессии, особенно потому, что он выделяется количеством молодых жертв, с которыми можно столкнуться. Элисон было чуть больше двадцати, когда она начала работать в стационарном отделении лечения наркозависимости. Вскоре после того, как она начала работать в подразделении, один из сотрудников неожиданно умер. А через несколько недель в палате скончался один из пациентов стационара. Хотя большинство коллег Элисон по работе присутствовали на похоронах коллеги, а затем на поминальной службе по пациенту, Элисон не пошла ни на то, ни на другое, сказав, что она хочет справиться со своим горем по-своему. В течение следующих нескольких месяцев Элисон все больше и больше боролась с работой. Один раз, на ночном дежурстве, Элисон сообщила, что ей стало так не по себе, что она пробежала мимо комнаты, в которой умерла пациентка. В отчете она написала о «плохом настроении, ознобе и суевериях». В палате было плохое время: один из пациентов сообщил, что видел привидение, и в комнате, где умер пациент, ходили слухи, будто его каким-то образом сглазили. В палате царил жуткая атмосфера, и Элисон оказалась очень восприимчивой. В клиническом отчете она проанализировала свое желание убежать из

того, что она называла «комнатой с привидениями». Она сказала, что ей стало известно, что недавние смерти пробудили ее чувства по поводу смерти ее лучшей подруги, которая в возрасте девяти лет была сбита и убита по дороге в школу. Элисон сказала, что ее не пустили на похороны. Как психотерапевт Элисон, я счел необходимым указать на параллель: поскольку ей не разрешили пойти на похороны своей подруги, она не позволила себе присутствовать на похоронах и поминальной службе коллеги и пациента. Она разозлилась на меня, сказала, что «все больно, больно», и убежала с сеанса.

Несколько месяцев спустя, после недельного ежегодного отпуска, Элисон вернулась к работе. Во время сеанса она рассказала мне, что посетила могилу своей лучшей подруги, когда была в отпуске. Она объяснила, что на надгробии было нанесено воском изображение ее лучшей подруги (девяти лет). Элисон рассказала, что посещение могилы вызвало «наплыв прошлого». Дальше мы поговорили о ее подруге. Она сказала, что часто представляла, какой будет ее подруга, какой работой она будет заниматься, какого роста она будет и так далее. Похоже, что Элисон заставляла свою подругу расти вместе с ней. Я сказал, что, похоже, вместо того, чтобы перенести (перетерпеть) потерю юной подруги, она сохраняла ей жизнь, но как привидению. Как будто Элисон не смогла похоронить свою подругу. Но возвращение в могилу, и изображение подруги, нанесенное воском на надгробие, вызвало новый процесс оплакивания. В последующие месяцы Элисон сообщила, что почувствовала облегчение от предыдущих тревог, которые она испытывала на работе. Вскоре после этого Элисон покинула отделение и перешла в другую сферу психиатрической помощи. Это было так, как если бы повторяющаяся смерть подруги могла быть похоронена, и она, наконец, могла двигаться дальше.

Я думаю, что опыт Элисон проливает свет на повсеместную динамику, которая вызывает вопрос: как мы понимаем природу этого типа навязчивой или повторяющейся идентификации со смертью? Тезис Фрейда (1920) в книге «За гранью принципа удовольствия» заключался в том, что стремление найти удовольствие в жизни было смешано с врожденной склонностью к повторению мазохистских действий, что стремлению к удовольствию противодействовало стремление к разрушению. Он сделал смелое и спорное утверждение, что это двойное влечение действует на грани биологического императива, влияющего на разум и действие организма, и описал его как инстинктивное влечение, которое он назвал «инстинктом смерти». Доказательства инстинкта смерти, сказал Фрейд, были основаны на молекулярных исследованиях биологов того времени, которые обнаружили, что жизненный цикл клеток неким присущим им с самого рождения образом вынуждает их возвращаться к неорганическому состоянию. Фрейд предположил, что эта клеточная активность оказывает явное влияние на весь организм, приводя к психическому стремлению к тишине и устранению всякого напряжения до нулевой точки, инерции, некое перекрытие ощущений на стыке сна и смерти. Это было удачное поэтическое обозначение со стороны Фрейда, которое вызывает в памяти мысли поэтов-романтиков, таких как Китс и Шелли, которые ярко описали сон и смерть, соединенные в радостном союзе. Чтобы передать странный эйфорический дуализм жизни и смерти, Фрейд использовал термин «принцип нирваны».

Идея принципа нирваны была вскоре развита Барбарой Лоу (1920), одной из основателей Лондонского института психоанализа, которая опубликовала одну из первых вводных

книг по психоанализу. Лоу (1920) использовал идею нирваны, чтобы изобразить обычное желание вернуться к всемогущему состоянию блаженства в младенчестве. Но, приняв этот термин сам, Фрейд перезагрузил эту концепцию, придав ей более темный оттенок, намекая на его растяжение в буддийской философии, где идея нирваны может означать как совершенное медитативное состояние гармоничного созерцания себя с природой, так и полное уничтожение. Этот термин подходил и соответствовал сложностям инстинктивного желания организма достичь точки исчезновения, окончательного возврата к неорганическому (Freud, 1920, p. 50). Если Фрейд сначала колебался относительно того, может ли этот принцип более соответствовать сохраняющим жизнь силам Эроса, то несколько лет спустя в своей статье «Экономическая проблема мазохизма» (1924) он, наконец, постулировал принцип нирваны на службе инстинкта смерти. Примечательно, что Фрейд начал работу с предположения, что сложности мазохизма таковы, что они инстинктивно пересматривают обычный поиск удовольствия в манере, которую он сравнивает с действием наркотика:

«Существование мазохистской тенденции в инстинктивной жизни людей по праву можно назвать загадочным с экономической точки зрения. Ибо если психические процессы управляются принципом удовольствия таким образом, что их первая цель - избегание неудовольствия и получение удовольствия, мазохизм непостижим. Если боль и неудовольствие не могут быть просто предупреждениями, но фактически являются целью, удовольствие парализовано - это как если бы стражи нашей психической жизни были выведены из строя наркотиком» (Freud, 1924, p. 155).

Дело в том, что даже самые продуманные попытки психоаналитиков не достигали некоторых из его пациентов, которые без всяких оснований продолжали непрерывную спираль повторяющихся самоповреждений, несмотря на все усилия Фрейда. Фрейд был вынужден постулировать существование силы смерти, первобытного мазохизма, патрулирующего резервуар Ид. Фрейд предположил что его новая теория может быть «непонятной» для его учеников, но, тем не менее, он «неизменно продвигался вперед» (1920, с. 36). В конечном итоге это был удручающий диагноз, поскольку он наконец увидел, что человечеству суждено бороться с инстинктом смерти, потому что, насколько он мог видеть, не существовало такой вещи, как инстинкт совершенства. Конечно, контекст мрачного прогноза Фрейда следует рассматривать на мрачном фоне Первой мировой войны, когда всегда присутствовали его опасения по поводу двух своих сыновей-солдат. И, что, возможно, более важно, теория инстинкта смерти возникла после смерти его любимой и драгоценной дочери Софи. Но контекст данной теории, несмотря на ужасные потери, не подрывает ее ненасытности (жизненности). Скорее мы могли бы сказать, что Фрейд точно схватывает истинную природу человека в весьма темный час существования человечества.

Фрейд столкнулся с тем, что смерть смешала его теории, и все предыдущие аксиомы были поставлены под сомнение в свете новых мыслей о смерти. Теоретический путь инстинкта смерти был непростым даже для многих из его самых верных последователей. Хотя некоторые считали, что эта идея имеет полезную клиническую ценность в обеспечении биологического и психологического обмена органической энтропией (Bernfeld & Feitlberg, 1931), для Fairbairn (1930) она не была столь удобной. Фэйрберн представил серьезное

критическое опровержение теории инстинкта смерти, утверждая, что инстинкт животных в дикой природе не столько возбуждался инстинктом смерти, убийства, сколько процесс убийства существовал ради еды, и поэтому смерть была случайным следствием стремления (драйва) к самосохранению ради жизни. Фэйрбэрн чувствовал, что человеческое существо также движется потребностью в пропитании и что все инстинкты по сути являются выражением жизни (1930, стр. 122). Следовательно, садизмом не руководил инстинкт смерти, и смерть не была объектом садистских целей (1930, стр. 123). Рассматривая концепцию клеточной смерти, с которой начал Фрейд, Фейрберн предпочел последовать собственному наблюдению Фрейда о том, что эксперименты с культурами тканей продемонстрировали, что при благоприятных обстоятельствах сообщество клеток обеспечивает размножение тканей до бесконечности. Фэйрбэрн утверждал, что Фрейд слишком пребывал в тисках своей собственной теории «аутоэрогизма» - представления об индивидуе, внутренне связанном с удовольствиями мира как производными, - чтобы принять любое альтернативное понятие, которое могло бы быть более предметным.

Фэйрберн чувствовал, что влечение к смерти по сути было больше похоже на импульс, направленный во внешнюю среду, и что этот импульс к смерти был результатом опыта, а не врожденного влечения (драйва).

Он пришел к выводу, что теория Фрейда в корне ошибочна, потому что она «выведена не из психологии, а из биологии» (1930, стр. 127). Таким образом, Фэйрберн постулировал свой собственный праксис: «Разве не было бы более естественным рассматривать влечения к смерти как примеры инстинкта агрессии, отклоняющегося внутрь от внешних объектов к эго, чем рассматривать агрессивные импульсы как примеры инстинктов смерти, отклоняющихся вовне от эго к внешним объектам?» (1930, с. 127).

Кляйн (1946) начала с того, что согласилась с данными Фрейда о существовании инстинкта смерти, утверждая, что инстинкт смерти младенца был источником внутренней тревоги, которая могла проецироваться и привязываться к внешним объектам. Затем младенец верил, что внешние объекты ответят ему, и, таким образом, младенец фантазировал, что он будет уничтожен. Якобы водоворот примитивных травм, по мнению Кляйн, объясняется тем, что заселение внешнего мира объектами вокруг младенца было порождено инстинктом смерти. Она отметила, что самые ранние объекты воспринимались как части целого, такие как грудь, сосок или пенис, которые стали опасными объектами смерти, хотя первоначально только из-за их отсутствия. Именно в рамках этого обмена между разумом младенца и чувством смерти во внешнем мире, это было ключевым моментом, в котором должны были происходить здоровое созревание и рост. Поскольку мать интернализировала немислимую тревогу по поводу смерти в инстинктивном уме младенца, она предлагала чувство защиты и торжество жизненного инстинкта. То есть, когда младенец экстернализировал свой страх и тревогу, мать сдерживала тревогу, прежде чем возвращать ее в разбавленной и менее пугающей форме. Таким образом мать заверяла младенца, что конец света не наступит.

Согласно модели Кляйн, инстинкт смерти существовал с самого начала и, следовательно, предвосхищался процессом родительского сдерживания. Она следовала идее Фрейда о том, что Эрос одержал победу над Танатосом, но, описывая инстинкт смерти в терминах плавного обмена между внутренними и внешними состояниями, она установила мост

между Фрейдом (слишком озабоченным аутоэротизмом) и Фейрберном, который в основном был озабочен внешностью (экстернальностью) объектных отношений.

Пристрастие к жизни: меняющиеся зависимости, от удовольствия к людям

Зачастую, когда наркоманы обращаются за профессиональной помощью впервые, они отрицают, что им нужны «люди», чтобы помочь им; они говорят, что всё, что они ищут – это рецепт и бесконечный запас наркотиков. Отрицается потребность или желание межличностных отношений. Я работал в амбулаторных условиях со многими наркоманами, которые готовились к стационарному лечению, и самая частая жалоба заключается в том, что они не хотят ни с кем разговаривать. Программы поддерживающей терапии метадонем были ключевым звеном в службах лечения наркозависимости, довольно сомнительным образом выполняя функцию привлечения клиентов к лечению. Можно сказать, что желание сценария соматически представляет собой обмен между терапевтом и наркоманом. Могут пройти месяцы или годы, прежде чем выявленная потребность в наркотике превратится из его биологической и химической основы в его психологический субстрат. В плане изучения символизма треугольных отношений между терапевтом, зависимым пациентом и наркотиком, существуют некоторые работы, дающие психодинамические пролегомены, которые могут быть полезным чтением для любого студента или практика (Abraham, 1927; Glover, 1932; Fenichel, 1945; Rosenfeld, 1960; Kohut, 1971; Wurmser, 1974; Limentani, 1986; Kaufman, 1991; Rosenfeld, 1992; Van Schoor, 1992; Hopper, 1995).

Переход от этой химической зависимости к человеческой зависимости характеризуется растущей зависимостью либо от терапевта, либо от группы других пациентов в процессе выздоровления. Это имеет место в процессе лечения в стационаре в терапевтическом сообществе или в Анонимных Наркоманах, где группа становится ключевой точкой привязанности. Я попытаюсь проиллюстрировать этот процесс смены зависимости на примере клинического случая. Ахмед был наркоманом в возрасте около тридцати лет. Он был сдержанным человеком, чьи манеры создавали впечатление, будто он в какой-то степени выше других. Его лечили в частных клиниках, но без особого успеха. При поступлении в стационар NHS он сказал, что не уверен, что его лечение в стационаре было хорошим использованием его тяжелого времени. Его отказ от героина, вероятно, был не более трудным, чем обычно, с рядом физических и психологических симптомов отмены: судороги, недосыпание, беспокойство, тошнота, потеря аппетита и так далее. Однако больше всего Ахмеда беспокоили жгучие головные боли. Попытки справиться с головными болями с помощью горячих ванн, тигрового бальзама, массажа и травяных чаев, а также поддержки во время сеансов терапии оказались безуспешными. После пяти дней десятидневной отмены метадона Ахмед был на грани того, чтобы покинуть отделение. В качестве последней попытки Ахмеду прописали парацетамол. Назначение парацетамола в отделении было редкостью, поэтому в течение нескольких дней после этого это обсуждалось в терапевтических группах.

Ахмед дважды принимал парацетамол. Его головные боли уменьшились, и он остался, чтобы завершить абстиненцию, и приступил к программе интенсивной терапии и реабилитации продолжительностью до шести недель.

Спустя несколько недель он начал хорошо привыкать к программе лечения. Он перешел на систему пропусков, которая позволила ему постепенно увеличивать время, которое он проводил вне подразделения самостоятельно, начиная с нескольких часов, прежде чем переходить к более длительным пропускам, неделя за неделей, до дневного пропуска и, наконец, выходных. По возвращении из своего первого дневного отпуска Ахмед сообщил, что он испытывал тягу [к наркотику] в большей мере, чем ожидал, и признал, что, вернувшись в «старое убежище», был близок к тому, чтобы «употребить». Его результат анализа позже подтвердил, что он не употребил. Он сказал, что воздержался от употребления, потому что в момент соблазна был удивлен образом, который совершенно неожиданно пришел ему в голову. Образ было таким: он сказал, что видел, как его лечащий врач «бежала по коридору палаты с двумя парацетамолами в стакане».

Образ, возникший в уме Ахмеда, может отражать то, как процесс интернализации человеческих отношений может прийти на смену очарованию химикатов. Лечащий врач Ахмеда действительно выдавала ему парацетамол, хотя она определенно не «бежала по коридору». Можно сказать, что обычная профессиональная забота весьма опытного лечащего врача превратилась в довольно идеализированный предмет в сознании Ахмеда; она, конечно, помнила о побуждении Ахмеда преждевременно покинуть лечебницу, но походка ее осталась той же. В уме Ахмеда это превратилось в непрерывную доставку обезболивающих. Тем не менее, это вызывающее беспокойство имаго выглядело достаточно сильным, чтобы помешать ему употреблять наркотики, по крайней мере, в этом случае. Мы могли бы сказать, что лечащий врач стала олицетворением переходного человека или объекта, который был посредником между наркотическим голодом Ахмеда и его желанием того, что могло бы показаться заботливым попечителем в трудную минуту. То есть, по мнению Ахмеда, существовала взаимосвязь между объектами: стаканом, лекарствами и лечащим врачом. В первую очередь, объекты были твердыми таблетками, которые мы могли бы рассматривать как объекты аутистического типа (Rosenfeld, 1992), характеризующиеся холодными и нечеловеческими чувственными состояниями, которые, в его сознании, были связаны с беспрестанной заботой лечащего врача. Образ наводил на мысль о некоем торге, происходившем в уме Ахмеда между его зависимым «я», считавшим, что он может быть в надежных отношениях только с химическим веществом, и новым синтезом «я», связанного с человеческим обменом и восприимчивого к нему. После того, как он «отделился» и отрицал реальное значение ухода и поддержки, которые он мог бы получить от кого-то другого (начиная с персонала и его лечащего врача), его терапия была процессом открытия того, что отношения могут потенциально поддерживать жизнь.

То, как клиенты переключают свою привязанность или зависимость от наркотиков на терапевта и других пациентов во время лечения, можно даже назвать стандартным процессом для хорошего результата терапии. Эта динамика по умолчанию не ограничивается только работой с наркоманами, она, скорее, является основой многих межличностных процедур «разговорного» лечения в консультировании, психотерапии и

психоанализе. Балинт (1968) описал, как терапевтические отношения могут вызвать у пациента зависимость, похожую на наркоманию. Можно сказать, что по отношению к пациентам, которые пытаются отказаться от своего компульсивного (навязчивого, маниакального) поведения, интенсивность их привязанности к своим навязчивым идеям переключается на интенсивность их привязанности к своему терапевту. Прежде всего, терапевт воспринимается как всемогущий и доставляющий удовольствие объект, но затем – как наркотический объект, к которому испытывают тягу, терапевт рассматривается как «лишающий» (при их отсутствии наркотиков). Терапевту необходимо подумать о том, как управлять первоначальным установлением терапевтического альянса, который имеет первостепенное значение при закладке основы для текущей работы в отношении сильной привязанности и зависимости, которые могут возникнуть. В свете необходимости получения информированного согласия на лечение терапевт должен обозначить для нового пациента вероятность возникновения сильной привязанности. По моему опыту, я еще не видел, чтобы пациент успешно прошел детоксикацию и начальный период выздоровления без появления сильной привязанности. Привязанность может возникнуть между парой пациентов, и хотя это не всегда проблематично, однако всегда предпочтительно, чтобы привязанность направлялась на группу пациентов или на одного члена персонала.

Установление взаимопонимания предлагает пациенту безопасное место для начала, место для обсуждения чувств, которые оставались подавленными, часто в течение многих лет. Это взаимопонимание, когда оно установлено в постоянных рамках времени и места, становится «потенциальным пространством», в котором может разворачиваться терапия (Winnicott, 1971). Таким образом, если пациент боится физической отмены или тяги к наркотикам, но еще не может выразить свои страхи словами, тогда необходима невербальная или бессознательная сеть коммуникации, и терапевт должен иметь некоторое понимание этих бессознательных форм общения. Терапевт использует собственную реакцию на пациента как инструмент для понимания того, как пациент может себя чувствовать. Первичные проективные процессы пациента, экстернализация состояний чувств, которые не всегда модифицируются зрелой артикуляцией, считаются здоровыми и адаптивными формами общения на ранних этапах лечения, когда пациент не может найти слова, чтобы сообщить о своих чувствах (Сандлер, 1988). Пациент также может использовать конкретные вопросы, чтобы передать свое расстройство, когда психическая жалоба может стать соматизированной, как в случае с Ахмедом. Таким образом, ранние вмешательства во время фазы отмены лечения предполагают, что персонал выполняет сдерживающую роль, которая часто имеет вид материнского участия – следя за тем, чтобы пациент ел и пил, даже когда у него плохой аппетит, предлагая утешение и поддержку и так далее, когда тревога становится невыносимой. Динамический или аналитический подходы часто критикуют за привлечение внимания к потребностям пациента в межличностной зависимости, но я думаю, что эта критика неуместна, потому что с ними можно справиться именно путем распознавания и управления потребностями в зависимости.

Хотя нельзя полностью исключить тот факт, что некоторых терапевтов действительно может соблазнить зависимость пациента, большинство курсов психодинамического консультирования и психотерапии в Великобритании требуют, чтобы терапевты сами

проходили терапию в рамках обучения. Можно надеяться, что нарциссические побуждения терапевта (так сказать потребность в том, чтобы быть нужным), всегда учитывались в личной терапии. Следует добавить, что даже в терапевтических подходах, где не рассматривается вопрос об отношениях пациента с терапевтом, это не исключает того, что у этих терапевтов может быть патологическое желание, чтобы их пациент зависел от них. Действительно, период индивидуальной терапии и постоянного клинического наблюдения будет показан всем специалистам, включая медсестер, психиатров, социальных работников, психологов и других, где есть возможность получить опыт обучения разрешению и пониманию своих собственных потребностей в зависимости. По моему опыту, когда был такой опыт, меньше вероятность того, что эти терапевты вызовут патологическую зависимость среди своих пациентов.

Принятие терапевтом потребности пациента в новом опыте доброкачественной зависимости является обязательным, если пациент хочет заменить свое прежнее представление о злокачественной зависимости, которое сформировалось в течение многих лет и, наконец, стало частью ритуалов химической зависимости. Таким образом, страх межличностной зависимости заключен в реакции пациента на лечение, но это также преобладающая тревога, которая подрывает многие психиатрические методы лечения. Это беспокойство возникло в 1980-х годах, когда правительство предприняло решительные попытки ослабить то, что в Великобритании считалось «няньским» подходом к социальному обеспечению. Пациентам предлагалось проводить меньше времени в больнице и становиться более склонными к самообслуживанию и менее зависимыми от профессионала. В то время как часть этой философии в психиатрических службах могла быть настроена на прогрессивную программу деконструирования ненужных недугов, связанных с помещением в лечебные учреждения, для некоторых психиатрических пациентов, повестка дня правительства в значительной степени определялась экономическими силами, а не согласованной конфигурацией услуг (Barham, 1992). Педдер (2010) утверждал, что попытка искоренить зависимость пациента была ошибочной, и полагал, что она возникла из гораздо более широкой западной культурной склонности к индивидуализму. Педдер также предположил, что модель зрелой зависимости в восточных культурах, таких как Япония, может предложить многое, чему Запад мог бы поучиться.

Сложно разобраться в философских тонкостях зависимости. Но мы можем сказать, что отправной точкой выздоровления от пристрастий, компульсий (зависимостей) и других психических расстройств в этом отношении является не развитие зависимости, а скорее то, чтобы позволить ей проявиться в качестве сопутствующего лечения. Это становится моделью, отличной от устаревшей идеи «регрессивной терапии», которая более широко практиковалась в 1960-х и 1970-х годах (хотя некоторые остатки этого подхода все еще существуют в некоторых школах психотерапии), когда пациента побуждали вернуться к более ранним этапам развития, на которых могла впервые возникнуть травма. Идея разрешить проблемам зависимости возникать по собственной воле - это совершенно иная рамка для подхода к концепции зависимости. Динамика смены злокачественных зависимостей и появление нового синтеза доброкачественной зависимости существует в центре межличностных отношений между терапевтом и пациентом. Было высказано предположение, что «терапевт как друг» играет важную роль в программах лечения

зависимости, которую можно представить в терминах модифицированного аспекта «переноса» (Strang, 1982).

Однако, хотя «позитивный перенос» (Freud, 1912) может быть основой для создания среды, способствующей лечению, я в основном обнаружил, что наибольших достижений в лечении можно достигнуть через проработку негативного переноса. Действительный успех достигается именно там, где терапевт воспринимается скорее как злодей, чем как друг. Можно сказать, что предпочитаемый позитивный перенос - это то, что было заработано, так сказать, преодолением негативного переноса. Негативный перенос не обязательно должен существовать принудительно; достаточно, чтобы терапевт был внимателен и настроен на возможность негативных эмоциональных состояний пациента, и они, конечно же, возникнут. Большинство злоупотребляющих психоактивными веществами изо всех сил пытаются справиться с негативными эмоциональными состояниями, чувствами печали, потери и разлуки, и эти чувства, как было показано, с наибольшей вероятностью могут быть причиной рецидива после воздержания (Marlatt & Gordon, 1985). Следовательно, процесс терапии включает реабилитацию в переживании этих негативных эмоциональных состояний без аннулирующей опоры химической поддержки. События, связанные с печалью и потерей, - это возможности для терапевтических встреч: так сказать, реальная жизнь в малых дозах. Неизбежно, что в ходе лечения эти негативные эмоциональные состояния, передаваемые в первую очередь соматически, как, например, в случае с Ахмедом, в конечном итоге поднимаются до уровня межличностной исследовательской терапии.