

Журнал практической психологии и психоанализа

#3 сентябрь 2001 г.

Аффективная толерантность

Генри Кристал

почетный профессор Мичиганского государственного университета, лектор Мичиганского психоаналитического института.

Несмотря на определенные теоретические возражения, связанные с искусственностью овеществления (reification) аффектов, клинически полезно рассматривать способность пациента переносить аффекты адекватной интенсивности в недиссоциированной форме. В классических работах Зетцель было установлено, что для эмоционального роста необходима способность переносить тревогу (1949) и депрессию (1965а). Говоря о зависти, Иоффе (1969) отмечал, что "аффективная толерантность значительно разнится от человека к человеку, и такая вариабельность может иметь несколько различных причин..." (р.543).

Аффективная толерантность включает в себя целый ряд ресурсов и действий, которые делают возможным сознательное переживание эмоций. Способность к обращению с эмоциями затрагивает характер саморепрезентации и тот способ, каким интерпретируются чувства. Если мы примем вариации в интенсивности эмоций как нечто само собой разумеющееся и ограничим наше рассмотрение ресурсами человека, которые позволяют ему комфортно себя чувствовать "испытывая" их, все еще останутся огромный различия среди людей. Клиницистам хорошо известно, что те пациенты, которые обращаются с просьбой помочь им избавиться от определенных чувств, например, от депрессии, в действительности нуждаются в переживании депрессии. Как правило, такие пациенты обращаются к нам за помощью в результате порочного круга неадаптивных попыток преодолеть депрессию, в состоянии злости на себя, испуга, или отчаяния, таким образом увековечивая ее.

И наоборот, люди, которые могут комфортно испытывать чувство, обычно спокойны, считая, что их состояние вполне соотносится с их жизненным переживанием; что оно имеет смысл; и что, выполнив свою цель или пройдя свой путь, оно прекратится. Люди, которые осознают источник и смысл своих интенсивных аффектов, например, реакцию, следующую за каким-либо недавним событием или в результате переживания тяжелой утраты, скорее всего смогут избежать неадаптивного паттерна, и эмоция будет протекать естественным, не затяжным образом. Хотя проблема чаще возникает с болезненными чувствами, у некоторых людей развивается страх любых эмоций, даже состояния влюбленности или сексуального возбуждения. Ресурсы для обращения со своими аффектами, включают в себя различные объектные вложения и полное использование функций саморегуляции

Переносимость болезненных чувств в частности зависит от способности периодически смягчать их, тем самым достигая коротких периодов удовлетворения или передышки.

Развитие аффектов в существенной степени зависит от идентификации с родительскими объектами любви. Сходным образом приобретаются и паттерны аффективной толерантности. Такая идентификация происходит главным образом с матерью, которая позволяет своему ребенку испытывать чувства такой интенсивности, с которыми он может справиться, однако вмешивается до того, как эти чувства становятся подавляющими. Она вмешивается, если тревога завладевает ребенком. Растущий ребенок пытается имитировать это действие, однако груз аффектов таков, что эмоции как правило его *овладевают* сознанием и поэтому в течение этого периода возможность иного рассмотрения или удовлетворения оказывается невозможной.

Значение идентификации в аффективной толерантности зависит от назначения аффекта. Пациент с примитивным супер-эго чувствует, что депрессия - это наказание и он должен ее сохранять в качестве подкупа провидения, чтобы отвлечь худшую катастрофу. И наоборот, идентификация с добрым родительским супер-эго содержит положение, что каким бы ни было преступление, человек всегда сохраняет право на любовь и на удовлетворение своих базисных потребностей. Зетцель (1970) отмечала, что формирование саморепрезентации героической природы, всегда свободной от тревоги, приводит к предрасположенности к депрессии, приходящей на смену тревоге.

Для того чтобы вернуть способность к отвлечению и гедонизм ребенка, некоторые люди пытаются вернуть органическое несовершенство мозга ребенка. Таким образом, привычными способами людей всех возрастов и мест обитания становится употребление алкоголя и других наркотиков, чтобы временно "заморозить" эмоции. Я даже высказал предположение, что без алкоголя цивилизация была бы невозможна и что миф об Адаме и Еве, съевшими запретный плод, в действительности относится к открытию алкоголя в упавшем и естественным образом забродившем фрукте (Krystal, Moor & Dorsey. 1967). Использование наркотиков или других средств для блокировки эмоций становится проблемой, лишь если оно выходит из-под контроля или когда *все чувства* должны быть заглушены - ситуация, которая создает предрасположение к наркотической зависимости. Однако, в длительной перспективе, временное использование наркотиков или других средств в действительности способствует расширению способности индивида справляться со своими чувствами и поэтому является ценным приобретением.

В течение шестилетних наблюдений, сделанных во время работы в Британской медицинской скорой помощи в годы Второй мировой войны Зетцель (1970) отметила, что существуют индивидуальные отличия в способности переносить тревогу. Солдат постоянно должен реагировать на реалистически оцениваемую опасность, то есть, ему необходимо функционировать в состоянии тревоги. Он не может позволить себе "блокировать" свою тревогу, ибо для выживания ему жизненно важно быть готовым к угрозам своей жизни и к немедленному, сохраняющему жизнь действию. Вместе с тем, тревога не должна его подавлять, иначе она станет препятствовать эффективности его действий.

В действительности существует оптимальный уровень тревоги для любой активности. Некоторые люди обладают "тонкой регулировкой", особенно бросающейся в глаза. Как известно психоанализ пробуждает аффективные реакции. Когда появляются такие эмоции, пациент должен овладеть ими. Если пациент позволяет своим эмоциям возрастать до неконтролируемых, угрожающих пропорций, аналитик сталкивается с потенциальной чрезвычайной ситуацией, которая может прервать терапевтическую работу (1967). Или же, если страх пациента перед своими эмоциями привел его к развитию обширных диссоциаций аффекта или к обширным внутренним запретам на выражение аффекта, психоаналитическая интерпретация остается простым клише, и ее терапевтический потенциал снижается.

Внимание психоаналитика, таким образом, неизбежно смещается с интрапсихических источников аффектов и их формы к степени успешности пациента в обращении со своими эмоциями. Зетцель (1970) подчеркивала значение способности переносить тревогу: "...наличие симптомов тревоги как в детстве, так и во взрослой жизни, часто имеет хорошую прогностическую ценность" (p.30).

Одним из наблюдений, благодаря которому Зетцель обратила внимание на функцию аффективной толерантности как независимой переменной, было открытие того, что люди, которые успешно справлялись с реальностью длительной опасности, могли быть сокрушены относительно незначительным инцидентом. Например, пожарник с длительным опытом работы на пожарах, возникающих при бомбежке Лондона, был потрясен и стал недееспособным, испугавшись падающих пепелищ сгоревшего здания. Ретроспективно здесь можно увидеть, что его прежняя превосходная толерантность к тревоге заключала в себе определенную обеспечивающую его чувством защищенности саморепрезентацию, которая включала в себя способность справляться с опасностью, страхом и тревогой. Способность переносить тревогу является существенно важной частью эмоционального созревания и поддержания во взрослом возрасте образа Я, который включает утверждение себя в качестве ответственного, осуществляющего заботу человека, у которого есть эмоциональные резервы как для себя, так и для любых других нуждающихся в помощи людей. Именно такой образ себя также является предпосылкой способности переносить тревогу психоаналитического исследования и способности выдерживать болезненные конфронтации. Поэтому мы можем вместе с Зетцель (1970, p.51) сказать, что чем больше индивид способен проявлять и переносить тревогу в ситуации внутренней, бессознательно продуцируемой ситуации опасности, тем в большей мере он способен в ходе анализа встретиться и разрешить конфликты, которые обусловили тревогу.

Такое утверждение особенно веско звучит, если мы вспомним, что за эти годы с равной проницательностью Зетцель изучала способность переносить депрессию. Она заметила, что способность переносить

депрессию была незаменима для "оптимального" созревания и важной составляющей в противостоянии разочарованию, утрате, фрустрации, болезни, выходу на пенсию и многим другим "болезненным, хотя и неизбежным переживаниям". Она свела вместе эти отдельные наблюдения в утверждении относительно воздействия ранних объектных отношений на базисные функции эго и на толерантность к аффектам. Сходным образом, во введении к книге *"Способность к эмоциональному росту"* (1970), в которой она подвела итог своей работе, Зетцель расширила ту прогностическую значимость, которую ранее она приписывала одной тревоге: "Пациенты, которые не могут переносить тревогу или депрессию, редко оказываются способны к проработке невроза переноса. Многие такие пациенты не могут завершать какую угодно форму терапии успешно" (р. 11). Таким образом, труды Зетцель содержат сжатую историю развития ее концепции аффективной толерантности. В то время как ее работа эволюционировала через исследование военных неврозов и депрессивных пациентов, мои исследования данной темы развивались в ином контексте.

Способность переносить эмоции во всей их целостности, без изоляции когнитивного от "экспрессивного" аспектов, приобретает сравнительно поздно. Она не сводима к одной функции эго. Такая способность является соединением многих качеств личности, ряда внутренних функций и факторов. Следует также иметь в виду количественный элемент аффекта, ибо нет пользы делать конкретными наши экономические метафоры в этой области. Можно только сказать, что интенсивность аффекта, который может выдерживаться человеком в любое данное время, имеет предел. Если человек приближается к границам переносимой интенсивности или длительности аффекта, возникает необходимость некоторой деятельности, которая избегает или блокирует сознательную регистрацию эмоции.

Этот процесс саморегуляции переживания аффекта обычно является частью нормального обращения с аффектом, и многие подобные защиты используются для поддержания нормальных психических функций. Доступность многих и разнообразных "ресурсов" усиливает способность переносить аффект.

Зетцель (1970) подчеркивала, что развитие эмоциональной устойчивости - это процесс, продолжающийся всю жизнь. Давайте вернемся к рассмотрению некоторых событий, посредством которых связанные с аффективной толерантностью функции эго, достигают созревания. Фрейд (1917) дает нам классическое описание маневра, который помогает увеличивать толерантность к болезненному аффекту; он описал скорбящего человека как периодически отвлекающегося от горя, а затем на какой-то ограниченный период времени вновь возвращающегося к болезненной работе траура. Он также предположил, что наличие других объектов любви и отрицание утраты объекта (с бегством в фантазию и временное отрицание реальности) являются теми ресурсами, которые испытывающий траур человек может использовать для того, чтобы удерживать печаль в допустимых пределах.

Каждый аффект имеет свою историю и связан с теми или иными проблемами в жизни данного индивида. Например, эмоция, которая когда-то в прошлом была подавляющей, впоследствии воспринимается как опасная. Когда возникает угроза того, что аффекты могут стать непереносимыми или непреодолимыми, полезно иметь различные стратегии, приемы, которые снижают дистресс и позволяют позднее вернуться к полному сознательному вниманию к собственному тягостному опыту. Среди повсеместно используемых средств самопомощи применяются кратковременные состояния измененного сознания, переключение внимания, игнорирующие или очищающие фантазии, компенсаторное отыгрывание. Также наблюдаются многочисленные методы, осуществляемые самостоятельно или с помощью объекта, такие как самоуспокоение или "проявления материнской заботы". Там, где такие способы поведения воспринимаются как запрещенные и поэтому недоступные, могут использоваться различные объекты, наркотики или плацебо, для того чтобы обойти внутренние барьеры (запреты), возникающие в результате вытеснения (Krystal & Raskin, 1970). Эффективность различных функций эго и ресурсов, которые могут быть использованы для аффективной толерантности, часто заметна по обращению ими аффекта из его острой формы в растянутую - аффекты становятся настроениями (Jacobson, 1957). Таким образом, тревога может превращаться в беспокойство.

При постоянной блокировке аффективности длительно действующими защитами, эмоции воспринимаются как периодически проявляющиеся физиологические "приступы". Даже периодически повторяющиеся периоды депрессии или тревоги переживаются как "приступы". Во время таких приступов аффекты могут не осознаваться (например, в синдромах гипервентиляции легких). Такое субъективное восприятие является причиной склонности, встречаемой как у пациентов, так и у их врачей, воспринимать их эмоции, как если бы они были заболеваниями. Отношение пациента к эмоциям может порождать дополнительные трудности. Страх аффекта может порождать нескончаемую круговую реакцию, такую как "боязнь страха".

Весь этот процесс может варьироваться по степени осознания и способности к рефлексивному самонаблюдению: защиты против эмоций, такие как "парализованность аффекта", изоляция или злоупотребление наркотическими веществами, могут становиться важными аспектами развития характера.

Когда Фрейд (1923) подвел итог фразой: "Эго - подлинное место тревоги" (р.57), он представил нам, основывающуюся на конфликте модель психической функции. В тех терминах было важно подчеркнуть, что при межсистемном напряжении на исполнительную часть психики оказывает влияние возникновение тревоги. Большая часть тех концепций получила дальнейшее развитие, включая признание самим Фрейдом (1926) сигнальной функции аффектов. Энгель (1926b) добавляет:

"По мере развития психического аппарата они также начинают приобретать качества функции эго. Аффекты обладают двумя важнейшими характерными чертами: они воспринимаются субъективно и выражаются невербально, указывая индивиду и другим людям текущее состояние его потребности... По мере развития психического аппарата эти процессы постепенно переходят под покровительством эго. Процессы восприятия, посредством которых индивиду известно, *как* он себя чувствует, являются функциями эго, как и те процессы, посредством которых он узнает, *что* он чувствует [pp.123-124].

Структурная теория, которая, прежде всего, является способом классификации психических содержаний в соответствии с их связью с конфликтами, порождает некоторую неуклюжесть в нашем рассмотрении аффектов. Аффекты описываются психоаналитиками как одновременно дериваты влечения и как обладающие характерными чертами функции эго. Они одновременно являются "физиологическими" и идеационными. Как об этом пишет Новей (1963): "Те самые структурные модели, которые мы используем при описании личности и ее развития, побуждают нас к особой аберрации мышления. Например, мы склонны воспринимать эго как нечто обладающее психической структурой, которое "испытывает эмоции"... и считаем это сущностью эго" (р.245). Полезно рассматривать взаимодействия между эго и аффектом, даже если *такие рассматривания представляют, до известной степени, искусственное противопоставление внутрисистемных элементов.*

Какой бы ни была используемая нами модель психического функционирования, благодаря ей мы получаем некоторые полезные инструменты, но вместе с тем вводим некоторые мысленные представления, которые могут становиться слишком конкретными и препятствовать дальнейшему исследованию. Таким образом, привлекательные метафоры об "узнавании" со стороны эго и "обращении" с аффектами должны восприниматься как указание на дальнейшее исследование, а не как последнее слово по данному предмету.

Мы хотим исследовать природу всех тех реакций на переживание эмоции, которые я обозначил как потенциально представляющие собой полезный, адаптивный способ аффективной толерантности. Такая точка зрения обусловлена тем, что на природу аффективного состояния человека может оказывать влияние реакция на осознание наличия аффекта. Иначе говоря, *выгодно удерживать аффекты в состоянии переносимой интенсивности, чтобы не было препятствий задаче обработки информации.* Сходным образом, когда мы испытываем боль, будет лучше, если мы не полностью подавлены дистрессом и страхом перед ним и что можем направить наше внимание на исследование источника боли.

Развитие аффективной толерантности имеет свою параллель в узнавании эго аффектов и в реакции на них. Этот процесс аналогичен развитию способности терпеть боль (Krystal & Raskin, 1970). Процесс изменения переживания аффекта как "приступов" (как они представляются в младенчестве) и проблем аффекта-регрессии, известных как психосоматические заболевания, в направлении к взрослой форме переживания аффекта сопровождается развитием эго в отношении аффективной толерантности.

Благодаря аффективной толерантности достигается инсайт, облегчение и знакомство с аффектами. Чтобы удерживать аффект в переносимых пределах интенсивности и продолжительности развиваются многочисленные способы действия, защит и паттернов. Вместе с формирующимися в ходе развития паттернами обращения с болью, мать играет жизненно важную роль, помогая ребенку "интерпретировать его переживания, а также организовать и интернализировать их., Благодаря ей напряжение может даже восприниматься как приятное" (Panel, 1968, р.640). Этот процесс включает оценка и регуляция аффекта со стороны инстанции, которую мы привыкли обозначать как "эго". Но в нашем исследовании функций саморегуляции полезно отметить, что эти функции - есть часть ядра Я, которое переживается как "чувство внутренней инициативы" (self-agency), благодаря которому становится возможным волевой акт (Stern, 1985, р.71). Те взрослые люди, которые переживают аффекты как приступы, приостанавливают функции саморегуляции и самомониторинга, особенно на ранней стадии травматического эпизода. Обнаружение и осознание этих бессознательных операций становится существенно важной частью психотерапии с пациентами, страдающими от боли или "приступов" интенсивных эмоций любого вида. Работа также

закключается в том, чтобы обнаружить первичные и вторичные выгоды в бессознательной мотивации для сохранения этих паттернов.

Аффективные шторма как чрезвычайные происшествия

Аффективные шторма представляют собой очень специфический тип чрезвычайных происшествий в ходе психиатрического или психоаналитического лечения и должны быть отделены от известного нам страха о том, что определенные импульсы и влечения, такие как самодеструктивные желания, выйдут из под контроля и станут причиной деструкции.

Фенихель (1941) ошибочно считал обе опасности, как если бы они были одной и той же: "То, что иногда описывается в литературе как "страх перед силой инстинктов", в действительности следует называть "страхом возникновения интенсивных аффектов, которые могут подавить рациональное поведение"" (р.220). Более знакомый страх, испытываемый в связи с интенсивными эмоциями, связан с тем, что когнитивные элементы аффекта содержат неприемлемое *желание*, *"осуществления которого"* так страшится субъект. Желания смерти по отношению к объекту, выражаемые в гневе, ярости или ненависти, могут "прорваться" наружу и причинить вред объекту или самому себе. В сексуально мотивированных желаниях беспокойство вызывают другие опасности: желаемое осуществление инцестуозных стремлений, отвержение, унижение, или, как в пограничных состояниях, слияние репрезентации Я с репрезентацией объекта.

Другими словами, наиболее часто встречающимся чрезвычайным происшествием, связанным с аффективными состояниями, является паника, вызываемая страхом, что магические силы индивида приведут к осуществлению данного желания. И наоборот, бессильная ярость, растаявшая как снежный ком, может привести к другому типу катастрофы. Однако все это проблемы, связанные с обращением с когнитивным элементом аффективности.

Однако боязнь быть переполненным аффектом реже отмечается или понимается, и те общие чрезвычайные происшествия, которые случаются в ходе психиатрического или психоаналитического лечения должны преодолеваются посредством специфической интерпретации, связанной с переживанием эго аффекта. Правильные интерпретации в состояниях кризиса, которые порождены страхом аффектов, могут увеличивать способность индивида как к осознанию аффекта, так и его переносимости. Терапевтическая работа при этом заключается в помощи пациенту в восстановлении чувства безопасности и самоконтроля.

Пример случая

Госпожа Х., женщина в начале четвертого десятка лет жизни, в течение трех лет проходила анализ в другом городе. Ее профессиональное положение требовало, чтобы она переехала в небольшой городок в штате Мичиган. Это создало для нее сложную проблему, потому что в ходе анализа она была подвержена очень сильным эмоциональным реакциям, которые имели место как во время аналитических сессий, так и в другое время. Как результат, ее аналитик должен был быть ей доступен для экстренных бесед по телефону в любое время суток. Она приезжала к нему множество раз со времени своего переезда в Мичиган.

Ее обращению за помощью ко мне предшествовало одно событие, когда, будучи переполнена собственными эмоциями, которые сопровождались неконтролируемым плачем, она приезжала к своему аналитику в свой родной город, преодолевая длинные расстояния, по несколько раз в день. В этот раз ее эмоции достигли такого накала, что она запаниковала, опасаясь, что может сойти с ума или, что ее психика будет постоянно подавлена непереносимыми чувствами. Когда она приехала в мой офис (проехав около 100 миль), она была под сильным воздействием седативных средств, приняв с дюжину различных лекарственных средств, включая транквилизаторы, наркотические дериваты, антигистамины и даже некоторые "стимуляторы". Она ожидала, что при разговоре со мной ее охватит "истерика", и, прежде чем это случится, она хотела обсудить со мной "чрезвычайные обстоятельства" ее случая, а именно: прошлой ночью из-за под влиянием паники она приняла несколько капсул снотворного, после чего ей удалось проспать лишь несколько часов. Затем она проснулась в ужасе в 4 часа утра, испытывая желание вновь принять снотворное. Она опасалась, что при такой скорости приема снотворного у нее наступит передозировка.

Когда ситуация сложилась таким образом, что она была вынуждена расстаться со своим аналитиком, он прописал ей различные лекарственные средства. Кроме того, она принимала различные лекарства от астмы, экземы и других психосоматических симптомов тревоги. У нее было очень травматичное детство. В

настоящее время она считала, что должна любой ценой контролировать свои эмоции, даже путем увеличения дозы приема лекарственных средств до опасных пропорций, для того чтобы сохранить свое профессиональное положение.

После обсуждения ее душевных проблем я указал ей на то, что ее эмоции позволяли ей сохранять контроль над важными объектами в своей жизни, включая живущего вдали аналитика, и что она упускала шанс заметить, что ее эмоции были сигналами *для нее самой*, сигналами, которые она могла использовать в своей жизни. Пациентка возразила, что не манипулировала своим аналитиком "до своего отъезда", однако согласилась с тем, что ее родители заботились о ней только когда у нее были "приступы", которые включали в себя, помимо уже упомянутых, "приступы" мигрени и эссенциальной гипертензии. Затем я объяснил ей природу эмоций и как, если бы она не становилась испуганной или разгневанной их влиянием, они бы переживались и могли бы быть с пользой ею применены.

Пациентка сказала: "Это самое удивительное из всего, что я когда-либо слышала. Никто никогда не говорил со мной подобным образом!" Она покинула офис после аналитического часа вполне успокоенной и более никогда не давала волю своей "истерике". В последующие визиты работа почти исключительно была связана с тем, как она *обращается* со своими эмоциями. Позднее, когда была получена полная история других ее проблем, в фокус работы попали "психосоматические болезни" этой пациентки, явления регрессии аффекта и шторма.

Наиболее очевидное заключение, которое можно вывести из этого краткого описания случая, состоит в том, что реакция терапевтов (или родителей) на аффективные реакции пациентов (детей) чрезвычайно важна. Имея дело со взрослыми людьми мы должны помнить о "экспрессивной" составляющей переживания аффекта. Когда терапевт поражен или напуган эмоциями пациента, блокирует их или без необходимости госпитализирует пациента, тот не только не может обрести способность переносить свои эмоции, но и усугубляет свой страх перед ними. Психиатр может оказать большую помощь, особенно некоторым пациентам, помогая им справиться со своими аффектами. Успех групп самопомощи, которые основывают свою работу на трудах Абрахама Лоу, чикагского психиатра, обусловлен той помощью, которую ее члены оказывают друг другу в обучении переносить тревогу. Пациенты начинают относиться к своим эмоциям как к сигналам, часто неприятным, однако поддающимся регуляции и ограниченными по времени

Что касается терапевта, то он выполняет функцию, которую не смогло осуществить родительское или семейное окружение пациента. Однако чтобы быть в состоянии функционировать в таком качестве, необходимо хорошо разбираться в природе субъективного переживания пациентов, чья толерантность к аффекту нарушена. Пациенты - люди, которые были травмированы в детстве и которые могут быть затоплены их собственными аффектами. Среди остатков таких переживаний - пожизненный страх аффектов. У таких пациентов пострадало также генетическое развитие аффектов, что привело к их соматизации, плохой вербализации и недостаточной дифференциации.

Аффекты как вызов интегрированному функционированию

Каково переживание аффекта у "нормальных" индивидов, у которых не было серьезных детских травм, но, тем не менее, временами аффекты все же могут переживаться ими как обременительные? Шафер (1964) отмечал, что вопрос о том "будет ли определенная эмоция "опасной" или "болезненной" или нет, определяется существующими интрапсихическими условиями, характером самой эмоции и структурообразующим потенциалом межличностного или социального контекста" (р. 296). Во многом реакция индивида на аффект будет зависеть от характера самого аффективного элемента (то есть будет ли это минимальный, главным образом когнитивный сигнальный аффект или же он является соматическим, недифференцированным и связанным с первичным процессом мышления) и от способности эго в успешном обращении с ним. Аффекты, однако, всегда представляют собой вызов и ношу для исполнительной организации функций самоконтроля. Эйсслер (1953) описал, как эмоции склонны завладеть и доминировать в сознательной психике индивида, тем самым исключая другие эмоции. В то же самое время преобладающие аффекты изменяют текущую саморепрезентацию и, как мы видели, иногда заметно влияют на когнитивное функционирование и даже акты восприятия индивида.

Хотя существует постоянное взаимодействие различных компонентов индивидуальных функций, в традиционном способе рассмотрения "аффекта и его воздействия на эго" это как правило не учитывается. Аффекты - способы жизни и переживания, которые не могут быть отделены от других функциональных аспектов, не осуществляя при этом насилия над целостностью человеческого существования. Если мы рассматриваем аффекты скорее как переживание, чем как выражение, необходимо понять, что именно в аффекте, какая его составляющая может быть потенциально угрожающей или опасной для процесса

саморегуляции, и в особенности для поддержания функции самоконтроля. Возникающие концептуализации хотя и были полезными на каком то этапе с течением времени привели к трудностям в понимании аффектов. Огромным препятствием развития клинических и терапевтических концепций были метафоры, связанные с "разрядкой" эмоций.

Здесь мы сталкиваемся с ситуацией когда определенные метафоры мешают нашим терапевтическим целям. Хотя выражение эмоций индивидом все еще часто подразумевает избавление, единственная реальная помощь, которую могут получить пациенты, заключается в увеличении их аффективной толерантности и способности обращения со своими эмоциями.

Шафер (1972) был одним из тех, кто выступал за то, чтобы отказаться от экономических теорий. Он обнаружил, что источник затруднений в попытке концептуализации аффекта лежит в преобладающей склонности мыслить в пространственных терминах - в попытке разместить аффект "внутри" индивида в качестве некоей количественной величины, которая может быть разряжена "вовне". Шафер выступал в защиту того, что аффект следует рассматривать как прилагательное, описывающее переживание Я, или как наречие, описывающее способ действия, чтобы устранить таким образом затруднения, возникшие в результате овеществления и использования анальных и пространственных аналогий.

Развитие аффективной толерантности в детстве

Лучше всего известные и наиболее очевидные воспитательные усилия родителей помочь детям обрести аффективную толерантность имеют место во время латентного периода. До сих пор значение латентного периода в развитии недооценивалось, поэтому роль родителя в такой важной задаче созревания как развитие аффективной толерантности виделось как нечто само собой разумеющееся. Однако даже минимальная рефлексия делает нас восприимчивыми к тому факту, что задача "воспитания" - в которую вовлечены родители, учителя, сиблинги и другие - сосредоточена на развитии умения справляться с эмоциями, в сущности на развитии аффективной толерантности. В этот период используются многочисленные побудительные мотивы, как поощрения, так и наказания. Возможно, наиболее важный и трудный аспект материнства состоит в позволении ребенку переносить все более интенсивное аффективное напряжение, но вмешиваться и успокаивать ребенка в ситуациях, когда он мог бы быть подавлен своими эмоциями. В этом матери может помочь только эмпатия к своему ребенку. Если осуществляющий материнскую функцию родитель терпит неудачу, аффект ребенка достигает непереносимой интенсивности что может привести к психической травме. Концепции о природе психического переживания психической травмы в раннем детстве многое теряют, если они не в полной мере учитывают природу инфантильных предшественников аффекта.

Позволение ребенку переживать как приятный, так и болезненный аффект такой *интенсивности, которую он может выдержать*, но вмешиваясь каждый раз, когда ребенок не в состоянии справиться с интенсивным возбуждением, может быть описано как функционирование в качестве временного или дополнительного "стимульного барьера". В действительности более точно будет сказать, что компетентные родители позволяют своим детям упражняться в способности переносить аффекты. Это во многом происходит таким же образом, каким они помогают своим детям в регуляции их возбуждений и моторных функций при обучении хождению или плаванию. Аффективным волнения допускаются лишь в той степени, в какой ребенок может их вынести. Тем самым обретается способность сохранять равновесие. Когда ребенок все же утрачивает контроль над ситуацией, вмешивается родитель, а позднее он также может помочь ребенку в отрицании того, что тот когда-либо утрачивал контроль, используя сложившиеся обстоятельства в качестве хорошего оправдания. Штерн (1983) отмечал, что мать достигает этой цели даже с младенцами посредством "расположения на одной линии возможного и вероятного", что означает обращение с ребенком таким образом, как если бы он был приблизительно таким человеком, каким он должен стать" (pp.20-21).

Какие методы имеются в распоряжении у ухаживающего за ребенком родителя? Само присутствие осуществляющего уход лица и его отклик уже несет успокоение для испытывающего беспокойство ребенка. Предлагая себя в качестве дополнительного органа тем самым показываешь ребенку, что сам не испытываешь существенного волнения. В потребности ребенка принимать оценку родителем окружающего мира заключена основа его внушаемости. У малыша нет иного выбора, кроме принятия матери в качестве всемогущей фигуры. Дети используют воображение для поддержки этой веры, даже когда мать не может облегчить их дистресс. Переживая боль ребенок обращается к матери, чтобы она утешила его и компенсировала его дискомфорт. Чтобы ребенок приобрел функцию успокоения, он должен чувствовать, что получил разрешение "занять место матери" в качестве источника оказания помощи. Такими компенсациями могут быть реальные удовлетворения, такие как еда, которые повышают настроение

индивида, или же они могут быть символическими, например, когда совершается некоторый акт прощения или избавления от чего-то неприятного, что помогает справляться с чувствами стыда или вины. По мере взросления доступ к таким приемам и ресурсам внутри себя делает для индивида возможным успешное преодоление различных неприятных чувств и состояний, которые случаются в ходе обычной ежедневной работы или учебы.

Только будучи защищенным от инфантильной травмы ребенок в ходе латентного и подросткового периода постепенно наращивает свою способность переносить аффекты с ощущением комфорта и безопасности. Раскин и я (1970, pp.25-29) подчеркивали, что воспитательные усилия матери, которые помогают ребенку в латентный период лучше переносить боль, также используются для научения переносить болезненные аффекты. Анна Фрейд (1952) высказала следующее наблюдение:

Согласно интерпретации ребенком события, маленькие дети реагируют на боль не только с тревогой, но также с другими аффектами, соответствующими содержанию бессознательных фантазий, то есть, с одной стороны, с гневом, яростью и чувствами мести; с другой стороны, с мазохистическим подчинением, виной или депрессией... Там, где вытекающая из фантазии тревога, играет незначительную роль или не играет никакой роли, даже тяжелая боль переносится хорошо и быстро забывается. Боль, отягченная тревогой, с другой стороны, даже если она сама по себе незначительна, представляет собой большое событие в жизни ребенка и помнится долгое время впоследствии, а воспоминание о ней часто сопровождается фобическими защитами против ее возможного возвращения [p. 272].

Обучая ребенка контролировать аффект, родитель также служит примером и в действительности будет часто сознательно и вербально побуждать ребенка идентифицироваться с ним и самому осуществлять эту функцию контроля в будущем. Когда ребенок показывает, что он может принять на себя эту функцию, родитель выражает одобрение и вознаграждает ребенка за использовании такого способа обращения с эмоциями, который до этого был продемонстрирован родителем. Многие такие паттерны связаны с походами к врачу, к стоматологу, в школу и т.п., и хороший родитель будет предлагать эмоциональную поддержку до тех пор, пока она необходима, однако готов дать возможность ребенку использовать свои собственные ресурсы.

Помимо прямой регуляции гомеостаза ребенка, в процессе которого он многому научается (Lichtenberg, 1983), имеет место помощь родителей в постепенном приобретении ребенком способности управлять своими эмоциями.

Вмешательства родителя в эмоциональное состояние младенца многочисленны и разнообразны. Младенец переживает свои аффекты пассивно, как если бы они исходят от матери. Когда он испытывает хорошие чувства, они сопровождаются объектными репрезентациями матери, которые (как он это чувствует) должны означать, что хорошие чувства сейчас уместны. Когда он чувствует дистресс, он должен обращаться к своей матери за определением *смысла* переживаемого им дискомфорта.

Способность ребенка постепенно увеличивать вербализацию и десоматизацию, а также различные функции эго, которые способствуют толерантности к аффектам, зависят не только от той помощи, которую он получает от своих родителей, то есть того, как родители реагируют на это, но также от самого факта присутствия родителей. Вполне вероятно, идентификация с родителями и имитация их способа обращения со своими эмоциями становятся наиболее важными детерминантами тех паттернов, которые приобретет ребенок. Снисходительные или, на другом полюсе, авторитарные паттерны преобладают в определенных семьях в их обращении с тревогой и другими эмоциями. Каждый стиль представляется работающим (внутри определенных границ) до тех пор, пока родители последовательны в том, чему они учат и как они относятся к собственным чувствам. Вследствие взаимного характера процесса приобретения аффективной толерантности (посредством обучения и через идентификацию) дети, родители которых испытывают затруднения в обращении с аффектом, также испытывают затруднения в развитии полезных способов обращения с собственными эмоциями. Катан (1961) привел пример таких затруднений:

Существуют родители, которые не только не способны показывать свои собственные эмоции, но также не разрешают их проявления ребенком. Если такие родители говорят о своих чувствах, но не способны показать, или говорят о чувствах своего ребенка, ясно, что они используют слова не для содействия выражению эмоций, а для их отвращения. То есть, в данном случае слова являются не мостиком к выражению эмоций, каким им следовало бы быть, а защитой от них. Это приводит к тому, что ребенок перенимает этот способ обращения с чувствами, и начинает по примеру родителей использовать слова защитным образом [p.187] ^[2].

В развитии саморепрезентации, или, как это ранее называлось, "телесного эго" решающее значение имеет характер аффективного взаимодействия матери и ребенка. Ибо все части тела, связанные с выражением аффекта, воспринимаются младенцем как находящиеся под контролем и принадлежащие материнской объектной репрезентации, а не как части себя. Так происходит потому, что младенец, по-видимому, переживает любой аффект как исходящий от объекта. Если мать не способна передать ребенку чувство, что ему нужно стремиться к тому, чтобы обрести контроль над ними, могут возникнуть серьезные затруднения. Финкелстейн (1975) сообщил о случае пациента, который воспринимал свои эрекции собственного пениса как целиком контролируемые его женщиной-партнершей. Его неспособность сознательно признавать контроль над своим сексуальным возбуждением приводило к преждевременной эякуляции. Раскин и Я (1970) детально описали те состояния, в которых недоступность функций регуляции аффектов может быть главным фактором в склонности к пристрастию к наркотикам. Кохут (1971) утверждал, что определенные нарциссические личности страдают от серьезного ухудшения своей способности регулировать температуру кожи и поддерживать ощущение тепла: "Они полагаются на других людей в обеспечении их не только эмоциональным, но и физическим теплом" (р. 64).

Мы только начинаем обращать внимание на те ситуации и сигналы, когда мать позволяет ребенку успокоить себя самому, например, с помощью переходного объекта. Некоторые матери, явно ощущая ревность, могут отнимать переходный объект у ребенка (Bush, 1974). Задаешь вопрос, не представляет ли такое действие разновидностью запрета на самоутешение, которое кумулятивно приводит к психопатологии, которую мы наблюдаем у наркозависимых пациентов.

Мать, которая последовательно поддерживает чувство доверия и активного овладения эмоциями способствует толерантности к приятным чувствам, которые по сути являются *предваряющими* (термин Шпица, 1963, относящийся к предвкушению удовольствия). По сравнению с ними те люди, которые страдали от тяжелых разочарований в период младенчества, не могут вынести обнадеживающего ожидания - получить пищу или любовь. Шмэйль (1964) рассмотрел это развитие с точки зрения младенца, который с возраста от 12 до 16 месяцев начинает осознавать свою симбиотическую связь с матерью, начинает осознавать свою потребность в помощи, а при чрезмерной депривации становится подверженным чувству беспомощности: "Беспомощностью, которая отражает психическую скованность, является выражением неспособности младенца активно искать удовлетворения и осознания потребности в получении заботы со стороны внешнего объекта" (294). Меня здесь интересует не столько травматический потенциал переживания беспомощности, который, несомненно, может быть значительным, а влияние такого опыта на переживание человеком позитивных "предваряющих" чувств в своей жизни. По моему убеждению, такие люди, подобны тем, о которых сообщал Эткин (1973). Те, кто не осмеливаются иметь никаких иных чувств, кроме гнева, являются такими людьми, контакты которых со своими матерями постоянно расстраивали их, поэтому ожидание удовлетворения вызывает у них предчувствие страдания и беспомощности. Таким образом, качество материнской заботы за ребенком имеет решающее значение для развития толерантности к предваряющим аффектам.

Сходные заключения можно вывести относительно материнской реакции на другие аспекты психосексуального и психосоциального развития ребенка. Здесь я буду следовать линии рассуждения Шмэйля (1964), который придает большое значение определенным аффектам в связи с ключевыми достижениями в ходе развития. На втором году жизни, когда ребенок начинает осознавать запреты, он не только достигает продвижения в оценке себя, но также учится тому, какие ожидания допустимы и безопасны - оказаться хорошим и эффективным, или же неудачником и виноватым. Хотя в этом возрасте могут приобретаться и другие умения, например, способность "обращаться" с объектами, может наблюдаться неспособность переносить предъявляемые ожидания. С установлением телесного самоконтроля ребенок может испытывать гордость или стыд, и здесь мать может помочь, позволяя ему испытать оба этих чувства, сохраняя при этом общее чувство благополучия.

На эдиповой стадии, наряду с осознанием сексуальной идентификации, наблюдается повторная интенсификация чувств гордости, стыда и зависти. Ключевой вопрос на этом этапе развития состоит в том, может ли ребенок питать надежды на осуществление сексуальных желаний и желаний продолжения рода. Это вопрос не только определяет судьбу самого эдипова комплекса, но также чувства ребенка по поводу позволительности его стремлений и связанных с ними чувств надежды. Если ребенку не помогли почувствовать, что его надежды позволительны, это подталкивает его в направлении безнадежности (Schmale, 1964).

Иллюстрацией этого может послужить пациент, мать которого могла принимать лишь президиповы отношения с ним как со своим расширением - обожаемым фаллосом. Ее неспособность быть в отношениях с сильными мужчинами заставила ее сына воспринимать свои фаллические стремления как запретные, в

результате чего у него развилась импотенция и нарциссические проблемы характера. В анализе он продолжал просить меня "прикрепить его" к одной из моих пациенток.

Так как аффективное выражение - это единственная форма коммуникации для младенца, мать содействует определенному типу реакции младенца, посредством того, как она реагирует на нее. Большинство матерей способны воспринимать эмоции очень маленького ребенка как просьбу обо оказании тех или иных услуг и с готовностью удовлетворяют потребности ребенка. Однако состояние дистресса младенца подрывает ее идеальное представление о себе как о любящей матери удовлетворенного, "хорошего" ребенка; все в большей степени по мере развития ребенка она реагирует на его эмоциональные всплески раздражением. В позднем детстве "открытое эмоциональное выражение может вызывать скорее неодобрение и наказание, чем стремление помочь" (Jones, 1967, p. 163).

Такой ход развития имеет три важных результата: 1) Он поощряет вербализацию и самонаблюдение ребенка, так как для него становится необходимой словесная формулировка своих требований. 2) Внутренние отклики на аффекты приобретают более значимую роль (Jones, 1967). Этот процесс благоприятствует установлению психосоматических паттернов в качестве заменителей хронических аффективных состояний. Здесь можно проследить "разветвление" аффективного развития на вербализацию, с одной стороны, и формирование "психосоматических" (болезнь) паттернов, с другой. 3) При идентификации с родителями ребенок реагирует чувствами вины и стыда при неконтролируемом проявлении своих чувств. Например, маленький мальчик, который плачет от страха, испытывает дополнительную горечь обиды, замечая свой "детский" отклик и порицая себя за это. Покраснение выдает эмоцию, а ее рефлексивное самоосознание порождает еще больший стыд. Эта вторичная реакция усиливает страх аффекта. Ребенок научается реагировать на свой аффект сперва из реакций на него матери и членов своей семьи, а позднее - его сверстников. Таким образом его подводят к социальным нормам в выражении своего аффективного поведения.

Социальные воздействия на *переживание эмоции* - это мощные силы в развитии аффективной толерантности, а также способности переносить боль (Tursky and Sternbach, 1967). На интерпретацию телесных состояний сильное влияние оказывают приобретенные в детстве социальные установки по отношению к определенной эмоции (Schachter, 1967). В ранних психоаналитических трудах подчеркивалось репрессивное отношение к сексуальности под влиянием чего Д. Лоуренс выразил мнение, что наше общество столь же репрессивно по отношению к аффективности. В дальнейшем стало ясно, что существующие в нашей культуре установки против эмоциональности породили проблему, которая не может быть проигнорирована современными аналитиками (Stezba, 1969).

Сепарация-индивидуация - это процесс роста и развития, регулируемый интенсивностью чувств, которые могут быть выдержаны во время экспериментальной сепарации. Этот процесс дает возможность развития аффекта и возрастания его толерантности. Сходным образом, в детстве наблюдаются такие поведенческие акты, как пробные отлучения. Оставление ребенка в яслях или в детском саду обеспечивает главную проверку способности ребенка выносить сепарационную тревогу. Для детей, которые могут переносить тревогу, это возможность разнообразить объектные отношения, обогатить способность самоудовлетворения и таким образом еще более увеличить аффективную толерантность. Таким образом, мы можем добавить еще одно диагностическое соображение при расстройстве обращения с тревогой в латентный период и позднее. Мы должны задаваться вопросом о том, в дело в подавляющей и интенсивной тревоге, скажем, в случае фобии школы, или же у ребенка недостаточна аффективная толерантность.

Те бессознательные способы, которыми родители содействуют развитию аффективной толерантности не ограничиваются тем, что они служат в качестве объектов идентификации и позволяют такую идентификацию. Они также имеют *бессознательные ожидания* относительно способности ребенка переносить определенные болезненные аффекты и передают эти ожидания ребенку посредством того, что они позволяют делать. И наоборот, тот родитель, который постоянно вмешивается, как только эмоции ребенка достигают минимального дистресса, может способствовать формированию у ребенка страха аффекта, неуверенности в своих силах. Такие реакции, как правило, выдают природу мотивации родителя - содействовать чрезмерной зависимости.

При определенных обстоятельствах родители, как сознательно, так и бессознательно, ухудшают аффективную толерантность. Это может быть частью представления родителя о соответствующем поведении, как это имеет место, например, с родителями, которые стыдят мальчика и учат его тому, что страх и плач несовместимы с мужественностью. Сознательное и вербальное переживание печали или страха увеличивает трудности в овладении этими болезненными эмоциями. Старое японское отношение к стыду было явно направлено на то, чтобы сделать стыд и унижение непереносимыми и неприемлемыми.

Ребенок зависит от родителя в обеспечении его ранними интерпретациями боли и эмоций. Когда ребенок испытывает боль, он обращается к матери для выяснения того, был ли ему нанесен вред и для получения помощи. Мать может реагировать спокойно, успокоить и утешить малыша. Или же она может становиться чрезмерно расстроенной и охваченной паникой и, таким образом, порождает вторичную тревогу у ребенка. Она может даже ругать его за то, что он ушибся, таким образом добавляя к боли от ушиба оскорбление (Benedek, 1956).

У родителей существуют определенные паттерны отклика на аффективный дистресс. То, как реагирует родитель, может приводить ребенка к определенной оценке боли и болезненных эмоций, которая может приводить в результате к интенсивным реакциям на возможность переживания определенных эмоций. Таким образом, некоторые люди не пойдут к врачу, потому что боятся *своей реакции* на этот визит и того, что врач им скажет. Большинство родителей предпринимают особые усилия, чтобы помочь ребенку развить аффективную толерантность, в особенности во время латентного периода, когда эмоциональная устойчивость включает в себя способность переносить фрустрацию и откладывать удовлетворение без "снежного кома" аффективных реакций на это.

Развитие устойчивости к болезненным эмоциям необходимо для перехода от игры к работе и учебе. Естественное стремление ребенка к эффективности (Broucek, 1979) и к инициативе, овладению навыками и трудолюбию идет параллельно мотивации ребенка увеличивать интенсивность аффектов, которые он может выдержать. Клайн (1976) также подчеркивал, что удовольствие от функционирования и аффектации (переживая себя в качестве эффективного агента изменения) являются могущественные побудительными силами. Я полагаю, что они представляют особенно сильный мотив для ребенка в латентном возрасте увеличить диапазон толерантности эмоций, чтобы справляться со своими школьными и социальными задачами. Еще одной важной задачей развития аффективной толерантности во время латентного периода, о которой следует упомянуть является подготовка почвы для проверки эмоциональной удачи в подростковом периоде.

Примечания

[1] Глава из книги "Integration & self-healing. Affect, trauma, alexithymia" (1998), которая готовится к выходу в свет на русском языке.

[2] А.Грин (личное сообщение) высказал озабоченность тем, что схожая самопораженческая ситуация формируется аналитиком, который на словах побуждает пациента переживать свои эмоции сознательно, но в то же самое время сидит уподобившись деревянному истукану. Пациента, который страдает от нарушения аффективной толерантности, анализ должен обеспечить возможность достижения благополучия при перенесении своих эмоций. В противном случае он получает интерпретации на интеллектуальном уровне, в состоянии изоляции аффектов, и обращает такую интерпретацию в клише.

Литература:

Atkin S. (1973) Discussion of Krystal's paper: Therapeutic modification in impairment of affect tolerance. Fall meeting, American Psychoanalytic Association, New York

Benedek T. (1956) Toward the biology of the depressive constellation. Journal American Psychoanalytic Association. 4: 389-427.

Broucek F. (1979) Efficacy in infancy. International Journal of Psychoanalysis. 60: 311-316.

Bush F. (1974) Discussion of a paper on: The nature of the primary transitional object. Michigan Psychoanalytic Society, February 14, 1974.

Engel G.L. (1962b) Psychological development in Health and disease. Philadelphia: Saunders.

Eissler K.R. (1953) Emotionality of schizophrenic patient. The Psychoanalytic Study of Child, 8:199-256. New York: International University Press.

Fenichel O. (1941) The ego and the affects. In Collected Papers, Second Series. New York: Norton, 1954, pp. 215-228.

- Finkelstein L. (1975) Awe and premature ejaculation: a case study. *Psychoanalytic Quart.* 44:232-252.
- Freud S. (1917) Mourning and melancholia. *Standard Edition*, 14:237-258. London: Hogarth Press, 1957.
- Freud S. (1923) The ego and the id. *Standard Edition*, 19:3-66. London: Hogarth Press, 1961.
- Freud S. (1926) Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard Edition*, 20:77-175. London: Hogarth Press, 1959.
- Freud A. (1952) The role bodily illness in mental life of children. *The Writings Of Anna Freud*, 4. New York: International University Press.
- Jacobson E. (1957) Normal and pathological moods: The nature and their function. *The Psychoanalytic study of child*, 12:73-113. New York: International University Press.
- Joffe W.G. (1969) A critical review of the status the ego concept. *International Journal of Psychoanalysis*. 50:533-547.
- Jones H.E. (1967) The study of patterns of emotional expression. In *Feelings and Emotions*, Ed. M.R. Reynert. New York: Hafner, pp 161-168.
- Katan A. (1961) Some thoughts about the role of verbalization in early childhood. *The Psychoanalytic study of child*, 16:184-188. New York: International University Press.
- Klein G.S. (1976) *Psychoanalytic theory: An Exploration of essentials*. New York: International University Press.
- Kohut H. (1971) *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Krystal H., Raskin H. (1970) *Drug dependence: Aspects of ego function*. Detroit, MI: Wayne State University Press.
- Lichtenberg J.D. (1983) *Psychoanalysis and Infant research*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Krystal H., Moore R.A & Dorsey J.M. (1967) Alcoholism and the force of education. *Personnel Guild. J.* Oct:134-139.
- Novey S. (1963) Discussion of Engel's paper. In *Expression of emotions in man*, ed. P.H. Knapp. New York: International University Press, pp. 294-299.
- Panel (1968) Psychoanalytic theory of affect. L.B. Longfren. reporter, *Journal of American Psychoanalytic Association.*, 16:638-650.
- Peto A. (1967) Dedifferentiations and fragmentations during analysis. *Journal American Psychoanalytic Association*. 15:534-551.
- Schmale A.N. (1964) A genetic view of affects: With special reference to the genesis of helplessness and hopelessness. *The Psychoanalytic study of child*, 19:287-310. New York: International University Press.
- Schafer R. (1964) The clinical analysis of affect. *Journal of American Psychoanalytic Association.*, 12:275-300.
- Schafer R. (1972) Internalization: Process or fantasy? *The psychoanalytic Study of the Child*, 27:411-438. New Haven: Yale University Press.
- Schachter S. (1967) Cognitive effects on bodily functioning: Studies of obesity and overeating. In *neurophysiology and emotion (Biology and behavior, Vol 1)*, ed. D.C. Glass. New York: Rockefeller University Press/Sage Foundation, pp. 117-44.
- Stezba R. (1960) Therapeutic goal a present day reality. *J. Hillside Hosp.* 9:195-217.
- Stezba R. (1969) The psychoanalyst in word change. *Psychoanal. Quart.* 38:432-454.
- Stern D.N. (1983) Implications of infancy research for psychoanalytic theory and practice. In *Psychiatry Update II*, ed. L. Grinspoon. Washington: American Psychiatric Association, pp. 8-12.

Stern D.N. (1985) The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.

Zetzel E.R. (1949) Anxiety and capacity to bear it. International Journal of Psychoanalysis. 30:1-12.

Tursky B. & Sternbach R.A. (1967) Further psychological correlates of ethnic defferences in responses to shock. Psychophysiol. 4:67-74.

Zetzel E.R. (1965) Depression and incapacity to bear it. In Drives, Affects, Behavior, ed. M. Schur. New York: International University Press. pp. 243-274.

Zetzel E.R. (1970) Capacity for emotional growth. New York: International University Press.