

**ПАТРИК
КЕЙСМЕНТ**

**ОБУЧАЯСЬ
У ПАЦИЕНТА**

Библиотека глубинной психологии

Патрик Кейсмент

ОБУЧАЯСЬ У ПАЦИЕНТА

*Перевод с английского и общая редакция
Валерия Зеленского.*



*Воронеж
НПО «МОДЭК»
1995*

Patrick Casement
On Learning from the Patient

ROUTLEDGE
London and New York
1985

Кейсмент П.

Обучаясь у пациента. /Перев. с англ.— Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.— 256 с.

Книга П.Кейсмента «Обучаясь у пациента» выдержала издания на четырнадцати языках. Данный перевод — пятнадцатый. В чем причина такого несомненного интереса к этой книге?

Прежде всего в том, что книга дает понять, почему психоаналитики используют на практике те или иные приемы, влияют на человека именно таким образом. Книга учит исправлять свои ошибки в общении с людьми, дает представление о технике самонаблюдения и психотерапии.

Жить, учась искусству общения друг у друга, помогать решать своим близким психологические проблемы или оказывать профессиональную психотерапевтическую помощь — все это постигнет читатель, прочитав книгу П.Кейсмента «Обучаясь у пациента».

ISBN 0-415-02553-2 (англ.)
ISBN 5-87224-074-0 (рус.)

© Patrick Casement, 1985.
© Зеленский В.В. Перевод
на русский язык, 1995.
© НПО «МОДЭК», 1995.

Содержание

<i>Предисловие к русскому изданию</i>	4
<i>Благодарности</i>	6
<i>Предисловие</i>	7
<i>Введение</i>	9
1. Предварительные мысли по поводу обучения у пациента	12
2. Внутренний наблюдатель (супервизор)	43
3. Внутреннее супервизорство: упущения и исправления	74
4. Формы интерактивной (взаимодействующей) коммуникации	90
5. Выслушивание с интеракционной точки зрения: клиническая презентация	122
6. Ключевая динамика сдерживания	153
7. Аналитическая поддержка в условиях давления . . .	178
8. Процессы поиска и открытия в психотерапевтическом переживании	192
9. Поиск пространства: вопрос о границах	217
10. Новое открытие теории	244
<i>Приложение I.</i> Знание и не-знание: Уинникотт и Байон	250
<i>Приложение II.</i> Вопросы конфиденциальности и степени открытости перед психотерапевтом	253

*Всем тем, многим,
которые помогали мне узнавать*

Предисловие к русскому изданию

Мне глубоко приятно писать это Предисловие к русскому переводу моей книги «ОБУЧАЯСЬ У ПАЦИЕНТА».

Уже достаточно долгое время я задаюсь вопросом, почему данная работа стала столь популярной на многих языках: вместе с этим переводом и изданием на румынском языке, только что вышедшем в Бухаресте, общее их число составляет пятнадцать. Думаю, что одной из причин такого интереса может быть стремление людей понять, почему психоаналитики используют именно те теоретические подходы, которые они применяют на практике, предпочитая вновь открывать теорию через собственный клинический опыт вместо того, чтобы просто следовать ей в качестве догмы. Кроме того, в той степени, в какой это было возможным, я стремился писать на общедоступном языке и тем самым вовлечь в чтение не только профессионалов, но и рядового читателя, питающего интерес к данной области.

Помимо всего, я думаю, что людей привлекает и та критика — изнутри — психоанализа, которую выражают сами практикующие специалисты, а не только пациенты, проходящие психоаналитический курс, психологи — «теоретики» или просто любознательные люди. Навряд ли можно считать нормальной и ситуацию, в которой психоаналитик считает, что он прав, независимо от того, соглашается с этим его пациент или нет. «Сопротивление», которое психоаналитик хотел бы приписать пациенту, может подчас исходить от самого аналитика. Поэтому, у психоаналитиков и психотерапевтов есть особая необходимость в самонаблюдении и распознавании тех или иных случаев,

когда что-то идет не так. Важной составляющей такого процесса самокоррекции является, по моему мнению, обучение у самого пациента.

Хорошо известно, что мать может многому научиться у своих собственных детей, в особенности же, как быть хорошей матерью, предоставив своему ребенку то, в чем он нуждается прежде всего. И здесь дети дают гораздо больше знаний, чем различные консультанты или книги. То же самое можно сказать и об отцах, которые могут научиться у своих детей, как стать отцом. Аналогичным образом психоаналитики и психотерапевты учатся у каждого своего пациента. В результате они оказываются способными быть разными с разными пациентами или же изменяться с одним и тем же пациентом в процессе психоаналитического лечения. Я убежден, что эти различия отражают нечто в личностной истории пациента и поиск последним того, что необходимо именно ему для достижения своего выздоровления.

Я полагаю, что обучение у пациента не только помогает обогатить психоаналитическую практику, но также поддерживает постоянный живой интерес к этому бесконечно завораживающему процессу, которым и является психоанализ. Поэтому и психоаналитики, и психотерапевты никогда не заскучают от своей работы, ибо всегда есть нечто, чему можно поучиться. Эта книга является моей попыткой разделить с читателем кое-что из своей собственной очарованности психоаналитической работой.

Завершая вступительные строки, я хотел бы выразить глубокую признательность своему русскому коллеге Валерию Зеленскому за его давний интерес к моей книге и терпеливую настойчивость при ее переводе и публикации в России.

*Патрик Кейсмент
122, Менсфилд Роуд, Лондон
14 февраля 1995 г.*

Благодарности

Я глубоко признателен как Артуру Уильямсу, чей энтузиазм впервые навел меня на мысль написать данную книгу, так и друзьям и коллегам, снабдившим меня множеством ценных критических замечаний, позволивших мне довести начатое дело до конца: Давиду Таккету — за его советы на стадии окончательной редакции и Джил Хиншелвуд — за ее тщательную проверку рукописи. Но особую благодарность я хотел бы выразить Джозефине Клайн, без чьей поддержки и внимания эта книга никогда не увидела бы свет, а также своей семье, смиренно выдержавшей все перипетии на этапе подготовки и написания рукописи.

Предисловие

Эта книга может оказаться весьма полезной не только психоаналитикам или психотерапевтам (как начинающим, так и искушенным в делах практических), но и врачам, социальным работникам, медицинским консультантам, учителям, воспитателям и др., — словом всем тем, кто хочет узнать больше о психологической динамике человеческих отношений помощи.

Когда меня попросили написать это предисловие, я взялся за работу с большим удовольствием, так как хорошо знал и помнил, сколь интересной и плодотворной была предшествующая клиническая обработка материалов, представленных автором, сделанная на основе его исследований внутреннего супервизорства (наблюдения). Она и стала тем зародышем, из которого (см. главу 5) впоследствии и возникла данная книга.

Внутреннее супервизорство — это процесс не только самонаблюдения или самопроверки психотерапевта, но и его саморецензирования во время лечебного сеанса. Автор описывает и демонстрирует значение внутреннего супервизорства во многих аспектах: для наблюдения за психотерапевтическим процессом, чтобы помочь выяснить, как пациент видит или воспринимает психотерапевта, какого рода психотерапевтическое вмешательство наиболее уместно в том или ином случае, и для прогнозирования последствий такого вмешательства. Затем он дает примеры применения подобной помощи в аналитическом выслушивании, выявляя широкий диапазон клинических и технических вопросов и находя ключи к их более ясному пониманию и решению.

К несомненным достоинствам книги следует отнести обилие примеров из клинической практики, включая ряд совершенно замечательных эпизодов. Практическая иллюстративность, несомненно, является бесценным источником для изучения и обучения психотерапии равно как и для всех тех специалистов, кто занят психодинамической работой с душевно страдающими людьми. «На ошибках

учатся», — и автор приводит примеры обучения на ошибках, в частности, на своих собственных. Совершив ошибку, психоаналитик может обнаружить ее с помощью самонаблюдения. И тогда возможна переориентация лечебного вмешательства. Компасом, указывающим верное направление в тумане психоаналитической ситуации, служит процесс внутреннего супервизорства.

Большое впечатление на меня произвело то, как автор воспринял собственные ошибки и упущения, обнаруженные им в подобном процессе. Для осуществления внутреннего самонаблюдения и саморецензирования необходимы: мужество, чтобы признать собственную неудачу, просчет (а иногда, что еще более болезненно, и собственную глупость), способность преданно и неукоснительно следовать истине, научная любознательность, а также уважение к пациенту и личная скромность, без утраты достаточной уверенности в себе, упорство и выносливость при выполнении своего профессионального долга. И автор вполне обладает всеми этими качествами.

Кроме того, он описывает свою работу с необычайной откровенностью. Это позволяет читателю проникнуть — в известной степени — на психоаналитическую «кухню» и увидеть, как трудится психоаналитик или психотерапевт, преодолевая себя в стремлении понять пациента, узнать, как можно использовать в психоаналитических целях различные виды общения и эмоционального воздействия, которые испытывает тот или иной аналитик в ходе своей терапевтической работы.

С истинным удовольствием я читал те страницы, где автор описывает процесс собственного обучения методам общения с пациентами, который происходит непосредственно в ходе работы с ними. Я и не подозревал, сколь повлияла на меня эта книга, пока внезапно не обнаружил, что уже применяю описанные в ней методы в собственной психоаналитической практике.

Ныне покойный доктор Байон говорил: «Я вряд ли смогу помочь Вам на завтрашнем сеансе. Только сам пациент может это сделать». Патрик Кейсмент демонстрирует нам, что именно такой позиции и следует придерживаться.

*Д-р Артур Уильямс
Директор Лондонской
Психоаналитической клиники,
12 апреля 1984*

Введение

Написать эту книгу меня побудили некоторые наблюдения. Например, широко распространенный миф о том, что опытный аналитик или психотерапевт понимают пациента безошибочно и быстро. Хотя некоторые пациенты и препятствуют такому пониманию, рискуя услышать о своем «сопротивлении», другие все же ведут себя так, чтобы быть понятыми. Возможно, это отвечает потребности в определенности. Стремление к ясности и уверенности в себе свойственно и психотерапевтам, в соответствии с безотчетным желанием всегда оставаться знающим и могущественным. Поэтому неудивительно сколь часто начинающие психотерапевты убеждены, что и пациенты и супервизоры ждут от них немедленного понимания. Чтобы выглядеть компетентным, требуется определенное напряжение, усилие «к пониманию». Тогда интерпретации, предлагаемые пациенту, могут, что называется, «браться с потолка»: из книг или лекций других специалистов, которые, в свою очередь, воспринимали подобные схемы, как проверенные временем, даже, если чрезмерное их употребление быстро превращало внутреннее озарение в аналитическое клише. Именно, поэтому я попытался предложить способы, в которых психоаналитический инсайт был бы высвобожден из такого порочного круга и обнаруживался вновь у каждого пациента.

Нашему творческому обучению у пациентов может мешать ощущение, что все, кроме нас, по-видимому, понимают своих пациентов значительно лучше, чем мы; и им меньше, чем нам, свойственно путаться, сбиваться и совершать ошибки. По моему убеждению, из своих ошибок мы можем извлечь не меньше полезного, чем из более удачных случаев.

Были психоаналитики, одаренные от природы, такие как Фрейд или Уинникотт, постигавшие «науку» обучения у пациентов естественным путем. Однако наивно и ошибочно думать, что и всем остальным должно искать совершенства, следя той же дорогой. Я считаю, что большинст-

во аналитиков и психотерапевтов, людей со средними способностями и возможностями, честных тружеников (не обязательно искрящихся талантом) также стремится добыть истину. Я причисляю себя к их числу, к числу тех, кто настойчиво следует по стезе познания и профессионального мастерства, и данной книгой я, главным образом, адресуюсь ко всем своим коллегам, выбравшим этот тернистый путь.

Мир бессознательного общения между людьми странен, загадочен и зачастую внушает страх. Общаясь, люди оказываются в замешательстве, пасуют перед неведомым. Отрицательный культурный опыт, накопленный обществом, привел к появлению специалистов в области бессознательного, разработавших особый эзотерический язык, на котором они говорят друг с другом. В отличие от них большинство людей такими специалистами не являются и тем самым как бы исключены из сонма посвященных. Поэтому я хотел бы раскрыть и продемонстрировать на примерах ряд вопросов, связанных с развитием бессознательного разума и отношениями людей в ситуациях психологической помощи, и сделать это таким образом, чтобы каждый — будь он профессионально занят в смежной гуманитарной области или просто рядовым читателем-неспециалистом — смог понять, о чем идет речь.

В психоаналитических кругах есть те, кто не испытывает никаких сомнений; есть «неисправимые» скептики и за их пределами. Думается, что среди последних нашлось бы немало таких, кто, вероятно, стал относиться с большим уважением к психоаналитическим способам работы, если бы смог получить более ясное представление о том, что вовлекает в себя подобная работа. Такие люди были бы рады возможности проследить нечто, что происходит в голове психотерапевта, когда тот пытается постигнуть и разгадать сложную тайну разума другого человека и способов его бытия.

Возможность обучения у пациента заложена во всех профессиях, связанных с лечением. В нашем случае, главным образом, потому что аналитическая консультационная комната обеспечивает «исследовательское пространство», внутри которого мы можем наилучшим путем исследовать динамику и развитие тесного взаимодействия в терапевтическом отношении. Поэтому я в большей степени обраща-

юсь непосредственно к аналитикам и психотерапевтам. Однако я надеюсь, что специалисты смежных лечебных профессий смогут также воспользоваться идеями и мыслями, изложенными в этой книге, и соотнести их со своей профессиональной сферой.

Я попытался откровенно — насколько это казалось приемлемым — раскрыть некоторые трудности, с которыми обычно сталкиваются специалисты на чрезвычайно захватывающем и в то же время очень трудном пути становления аналитика и психотерапевта. Надеюсь, что и другие люди с помощью этой книги научатся чему-то, что сможет придать им большей уверенности в жизни.

Примечание

Некоторые этические вопросы, возникающие при использовании клинического материала, полученного от пациентов (и от студентов при супервизорстве), обсуждаются в ПРИЛОЖЕНИИ II.

Предварительные мысли по поводу обучения у пациента

«Каким бы опытом мы ни обладали, в действительности нам очень мало известно, как воспитывать детей любого возраста. Мы начинаем осознавать, что не знаем — а это уже нечто».

(БАЙОН 1975:147)

Еще раз об отношениях помощи

Существует множество различных профессий, связанных с попечением и заботой, но психодинамика любых отношений помощи, возможно, универсальна. Поэтому важно познакомиться с тем, как взаимодействуют «помощник» и «клиент» и как они друг с другом общаются.

С этой целью я использую психоаналитический кабинет в качестве обстановки и условий, в которых можно исследовать терапевтическое взаимодействие, уделив особое внимание восприятию пациента и тому, как он бессознательно управляет психотерапевтом (бессознательный мониторинг).

Многие приводимые примеры — это эпизоды аналитических сеансов, в которых участвовали люди, посещавшие психотерапевта один-два раза в неделю. Большинство из них (если бы они выбрали иной способ) могло обратиться к социальному работнику или к консультанту (counsellor), к врачу или священнику или вообще оказаться в психиатрической лечебнице. Часть представленной работы была проведена с пациентами, посещавшими кабинет более двух раз в неделю, а некоторые приходили еженедельно по пять раз. Во второй главе (пример 2.4) приведен пример, взятый из моей собственной практики, в бытность социальным работником.

В целом, я делаю больший упор на техническую сторону, нежели на теорию. Но не хочу определять или предписывать те способы работы, которым должны следовать дру-

гие. Вместо этого я поднимаю вопросы, ответы на которые лежат в практической работе каждого отдельного специалиста. Поэтому надеюсь, что другие также научатся у своих пациентов и с большей ясностью и пользой приспособят методы своей работы, исходя из индивидуальных особенностей конкретного больного.

Чтобы было легче излагать материал, я часто буду писать «терапевт», имея в виду психоаналитика или психотерапевта или любого профессионального консультанта, использующего психодинамический подход. Исключения составляют случаи, когда речь пойдет о психоанализе, принимающем больного пять раз в неделю, или об общении с клиентом социального работника.

Психотерапия: мир парадокса

В психотерапии присутствует множество парадоксов. Я упомяну лишь о некоторых.

Для каждого человека всегда существуют две реальности — внешняя и внутренняя. Внешняя реальность переживается в терминах внутренней реальности индивида, которая, в свою очередь, сформировалась под воздействием прошлого опыта и постоянной тенденции к восприятию настоящего сквозь призму прошлого. Поэтому терапевт должен отыскать пути распознавания обеих реальностей и непрерывного взаимодействия между ними.

Существует много разных способов запоминания. В повседневной жизни память обычно воспринимается как сознательное запоминание. Когда же вступает в действие бессознательная память, то подчас мы имеем дело с другим видом запоминания — яркие детали прошлого вновь переживаются в настоящем. Такое воспроизведение прошлого вовсе не ограничивается воспоминанием о приятном, хорошем, как в случае ностальгии. Гораздо чаще в ходе анализа или психотерапии вновь переживается то, что вызывало страх. Считается, что это происходит в результате бессознательного стремления найти способ справиться с тем беспокойством, которое ранее было неуправляемым.

Никто не может познать свое собственное бессознательное без помощи другого человека. Подавление способствует поддержанию сопротивления к тому, что было изгнано из области сознания; тем не менее ключи к бессоз-

натальному конфликту могут проявляться в производных формах, распознать которые способен лишь другой человек. Если эта бессознательная коммуникация может быть переведена в значимую и приемлемую для пациента форму, то все, что ранее «имело дело» исключительно с подавлением, может начать осознаваться и становиться предметом сознательного контроля или адаптации: «Где было Оно (Id), там воцарится Это» (ФРЕЙД, 1933:80).

Для терапевта обычным делом считается попытка уяснить бессознательное пациента. Но не всегда учитывается, что — осознанно или нет — пациенты тоже «читают» бессознательное терапевта. Психотерапевты не могут более считать себя чистой страницей или незапятнанным зеркалом, как вначале полагал Фрейд, поскольку они тоже люди, а ни один человек не может претендовать на абсолютную чистоту или незапятнанность. Любой аналитик и терапевт сообщают о себе своим пациентам значительно больше, чем обычно думают. Важно принять во внимание данный клинический факт.

Терапевты стараются не совершать ошибок и не попадать в ситуацию, когда необходимо оборонительное поведение. Тем не менее случается, что подобное все же происходит. Часто пациенты бессознательно используют эти ошибки таким образом, что это проливает новый свет на сам психотерапевтический процесс. В результате последующая работа часто оказывается обогащенной новым опытом психотерапевта, способного учиться у пациента. Тем самым происходит восстановление самой терапии, которая, в противном случае, может стать разрушительной.

На страницах этой книги я намереваюсь показать, как случилось, что мне пришлось заниматься некоторыми из этих вопросов в своей повседневной практике; формально исследуя процесс внутреннего супervизорства, анализировать с точки зрения пациента то, что, по моему мнению, происходит. И с этим процессом внутреннего супervизорства, обретением умения слушать я и хочу познакомить читателя и поделиться с ним своим опытом. Я думаю, что это поможет найти выходы из многих проблем, свойственных психотерапии.

Знание и польза от не-знания

Подчас психотерапевтам приходится переживать довольно длительные периоды, в течение которых они пребывают в неведении и беспомощности. В этом отношении студенты оказываются в наилучшем положении: они имеют все основания не знать, хотя многие из них поддаются искушению выглядеть уверенными, полагая, что это признак компетентности. Опытный терапевт или аналитик, напротив, должен прилагать некоторое усилие, чтобы удерживать необходимое состояние не-знания, если он стремится сохранить способность к свежему восприятию.

Пожалуй, Байон яснее, чем кто-либо, высказался по поводу необходимости для каждого человека быть открытым неизвестному. Он не утверждал, что знание приносит облегчение или комфорт. Напротив, он ясно выразился по поводу беспокойства, которое могут испытывать психоаналитики, когда они непосредственно сталкиваются с неизвестным. Он говорил: «В любом кабинете всегда можно увидеть двух довольно напуганных людей: пациента и психоаналитика. Если этого нет, то тогда вообще непонятно, зачем они пытаются выяснить общеизвестные истины» (БАЙОН, 1974:13).

Аналитические теории разрабатываются с целью более четкого определения условий, в которых работают аналитики и психотерапевты. Они необходимы для того, чтобы аналитическая интерпретация не превращалась во вдохновенную, но произвольную догадку. Теория также помогает смягчить чувство беспомощности от не-знания. Но важным остается то, что она должна служить терапевтической работе, а не превращаться в руководство.

В своей работе «Будущее одной иллюзии» Фрейд описал стремление к дорматизации: «И, таким образом, создается хранилище идей, возникающих вследствие потребности человека как-то справиться со своей беспомощностью» (ФРЕЙД, 1927:18).

Было бы слишком просто отождествить не-знание с невежеством. Это может привести психотерапевтов к поиску оправдания в иллюзии, будто бы они все понимают. Но если они смогут вынести ношу не-знания, то поймут, что качество их работы зависит от способности пережить-перетерпеть чувство не-знания, или некомпетентности, и готовности ждать (продолжать ожидать), пока не начнет выри-

совываться что-то значимое и релевантное (подходящее). Только таким образом можно избежать риска навязать пациенту самообман преждевременного понимания, который в результате ничего не даст, кроме защиты терапевта от неприятного ощущения, вызванного сознанием того, что он чего-то не знает.

Если слишком охотно прибегать к общепринятым расхожим теориям и легко воспринимать их применение на практике, можно утратить способность прислушиваться к незнакомому, угадывать неожиданное. Психотерапевт думает, что может распознать знакомые признаки, и легко перестает замечать непонятное и непохожее.

Подобие и сходство

Характерным свойством бессознательного является отношение к знакомым элементам в любой незнакомой ситуации как к знакам. Знаки можно рассматривать как сигналы предупреждения, что возможно повторение негативного опыта, переживания. В них можно увидеть и знаки безопасности. В любом случае незнакомое воспринимается так, как будто оно уже известно.

Такого рода реакции могут проявляться в явлении переноса. Пациент сталкивается с неизвестным, исходящим от психотерапевта, которого он силился понять, чтобы ослабить беспокойство, возникающее от присутствия человека, остающегося непонятным. Психотерапевт также иногда реагирует на непривычные стороны пациента в терминах привычного. Им обоим легче реагировать именно таким образом — думая, что неизвестное уже известно и поэтому может быть понято — вместо того, чтобы подольше сохранять состояние не-знания.

Байон призывал аналитиков поддерживать свое знание и не-знание в состоянии, которое называл «бинокулярным видением» (БАЙОН 1975:63). Аналитик может научиться следить одним глазом за теми жизненными проявлениями пациента, о которых он знает, что ему ничего не известно, а другим — за тем, что он действительно знает или чувствует, что знает. Между знанием и не-знанием всегда существует некое творческое напряжение.

Множества, подмножества и симметрия

В ситуации бессознательной коммуникации с пациентом терапевту часто приходится иметь дело с элементами процесса первичного мышления (рішагу-процесс). Поэтому необходимо владеть способами их восприятия, совместными с парадоксальной логикой бессознательного.

В своей книге «Бессознательное как бесконечные множества» (1975) М.БЛАНКО¹ использует два понятия из математической теории множеств, которые любопытным образом проясняют вопросы подобия и сходства.

Одно из понятий — это «множество», определяемое как совокупность предметов (составляющих, вещей), имеющих общий элемент. Например, мы можем выделить множество всех кошек. В нем может быть подмножество всех черных кошек. Мы можем также, если захотим, образовать множество черных предметов с подмножеством черных кошек.

Другое понятие, используемое БЛАНКО, — понятие «бессознательной симметрии». Оно образует логику, лежащую в основе первичного процесса мышления. Бессознательно мы воспринимаем все отношения как симметричные. Например, если Джон гневается на Мэри, то бессознательно допускается, что Мэри тоже гневается на Джона: они связаны взаимоотношениями гнева. Если Джон находится слева от Мэри, то первичное мышление «думает», что Мэри тоже находится слева от Джона: здесь они связаны отношением местонахождения бок-о-бок. Сходным образом, если Мэри является матерью Джона, то согласно «логике симметрии», Джон также может быть матерью Мэри: они объединены отношением мать-ребенок. Так что ребенок создает мать, которая создает ребенка, и наоборот. Аналогично ребенок кормит грудь, которая кормит ребенка.

Симметрия может найти бесконечно число способов применения в психоаналитическом слушании и в клинической практике. «Я» и «другой» могут взаимозаменяться, и это относится к отношениям пациент-психотерапевт. Часть, порой, приравнивается к целому, парт-объект (часть-объект) к объекту целостному. Аналогичным образом «внутреннее» и «внешнее» часто воспринимаются как одно и то же. Как указывал Фрейд, в бессознательном нет ни отрицания, ни противоречия. Нет и понятия времени (ФРЕЙД, 1915:187).

Множества, перенос и контрперенос

Если рассматривать перенос в терминах бессознательных множеств, то очень часто можно определить, что запускает этот процесс. Тогда можно ожидать, что настоящее будет напоминать похожую ситуацию, принадлежащую образованному ранее бессознательному множеству.

Ощущение сходства между прошлым и настоящим может исходить либо от пациента, либо от психотерапевта. Наиболее чаще считают, что пациент приписывает составляющие прошлого опыта психотерапевту или ситуации, возникающей при психотерапевтическом воздействии, и реагирует на это таким образом, как если бы прошлое «разлилось» в настоящем. Однако очевидно, что толчком для переноса может послужить и случайное поведение психотерапевта, вызвавшее реакцию в каком-то отголоске прошлого пациента.

Эти явления можно проиллюстрировать с помощью диаграммы, изобразив два круга (рис.1). Если условиться, что один круг изображает множество «настоящего опыта», а другой — множество «опыта прошлого», то все, что находится в области пересечения кругов, можно рассматривать как принадлежащее обоим множествам. (Это взаимоналожение областей может представлять сходство между прошлым и настоящим пациента или терапевта).

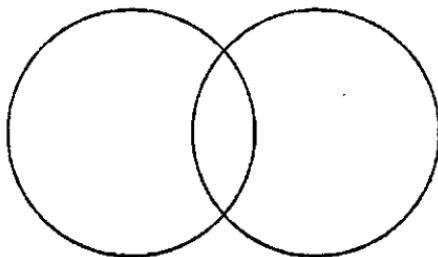


Рис. 1

С точки зрения сознания, несмотря на все сходство, прошлое и настоящее все различны довольно легко. Однако, поскольку чувство времени в бессознательном отсутствует, все, что находится в зоне пересечения, может восприниматься бессознательно, как принадлежащее, в равной степени, и настоящему и прошлому. Именно это искажение восприятия подобия как сходства и вызывает явление

переноса, с помощью которого прошлый опыт и связанные с ним ощущения переносятся из прошлого и переживаются так, как если бы они действительно относились к настоящему. Вот почему явлению переноса может оказаться свойственным столь глубокое ощущение реальности и непосредственности.

Такое же бессознательное «пересечение» может существовать между опытом «себя» и «другого». Что от кого исходит, во взаимоотношениях любых двух людей, не всегда ясно. Это происходит потому, что процесс общения может быть либо проективным (один передает другому), либо интроективным (один забирает у другого).

Помимо того, что пациенты реагируют на объективные элементы подобия, они также воспринимают внешнюю реальность сквозь призму меняющегося душевного состояния и, в этом смысле, реагируют уже на свое восприятие. Например, пациент может осознавать свою растущую зависимость от психотерапевта. Это вызывает к жизни бессознательное множество, в которое входят другие переживания зависимости. Внутренняя реальность пациента (особенно, в клинических условиях, что нетрудно заметить) включает текущие связанные между собой, дополнительные элементы, например, ощущение зависимости, ассоциируемое с ожидаемым и неминуемым реальным отделением. В результате это дает особое подмножество, включающее и соединение, которое вызывает у пациента реакции, повторяющие прежние переживания *разделения в период зависимости*. Иногда элементы особого подмножества объединяются вместе в настоящем, образуя важную примету, указывающую на известный момент в жизни человека. И этот момент может переживаться вновь при переносе.

Это помогает объяснить, почему даже короткая пауза в терапии, в период регрессии к более инфантильной зависимости, часто оказывается более травмирующей для пациента, чем длинный перерыв на более ранней стадии. Некоторые считают, что пациенты могут ссыльаться на то, что они легко перенесли отсутствие психотерапевта на начальном этапе терапии. Клиническая практика показывает, что на пациентов большее влияние оказывает текущее состояние их внутренней реальности, нежели взрослые переживания, хотя бы и недавние.

Подобное переживание прошлого заново не обязательно ограничивается аналитическими отношениями. Вначале я приведу пример, как это случается у пациента в домашней обстановке.

Пример 1.1

Пациентка (миссис П.), уложив вечером своего четырехлетнего сына спать, неожиданно для самой себя горько разрыдалась. Она не могла понять, что на нее нашло, какова причина. Ассоциации со случившимся включали плохое поведение сына днем. Он никак не хотел идти в комнату, о чем она его просила. Дело кончилось криком. Тогда сын послушался, на чем все и закончилось.

Миссис П. подумала, что ее плач как-то связан с этим инцидентом, но не понимала, что же, собственно, ее так расстроило. Ведь в результате сын послушался, и потом вел себя нормально. Может быть, думала она, есть связь с тем, что вечером он никак не мог уговориться и уснул лишь после предложения пойти в кровать к отцу. Расстроенные чувства нахлынули, лишь когда она осталась одна.

Обсуждение: Если мы выделим ключевые моменты в данной последовательности, то увидим, что послужило толчком к расстройству. Мы имеем отношение мать-ребенок: ребенок трудно управляем, мать кричит. Позже в кровати вместе два человека, пациентка от них отделена и плачет. Эти отдельные элементы можно рассматривать как нечто, принадлежащее уже знакомым подмножествам, каждое из которых связано с неуправляемым детским переживанием.

Мать миссис П. обыкновенно кричала на дочь, когда неправлялась с ней. В то время как раз родился ее брат. Это привело к тому, что девочка стала отказываться от еды, и в возрасте четырех лет мать отправила ее в дом родителей, дабы она набрала «нужный вес». Воспоминания, вызванные соединением этих специфических элементов в настоящем, включали и память о том, что брату разрешали оставаться с матерью. В данном случае это соответствовало тому, что сын остался вдвоем с отцом.

Пользуясь понятиями множеств и симметрии, нетрудно увидеть, что пациентка — кричащая мать — отождествила себя с сыном, как с ребенком, на которого кричат.

Далее, исключительные отношения (которые в детстве сложились между матерью и братом) были бессознательно пережиты в настоящем, как эквивалент отношений мужа и сына (мальчик немедленно уснул, после того как побывал в постели с отцом). Каждый вид отношений соединял элементы родитель-ребенок и переживания исключенного из них.

(Об этой пациентке мы поговорим еще в главе 6. пример 6.4).

Реакции контрпереноса на знакомое

Терапевтов учат управлять реакциями своего контрпереноса при работе с пациентом, так чтобы они избегали неадекватной реакции на пациента как на «трансферентный объект». (Другие аспекты контрпереноса будут обсуждаться в главе 4).

Хотелось бы подчеркнуть: в одном важном отношении пациенты постоянно сталкиваются с непроизвольным контрпереносом терапевта. Терапевтам свойственно выбирать определенное отношение (в чем-то схожее с отношением переноса) к своей собственной теоретической ориентации или клиническому опыту. Как и в случае переноса, здесь наблюдается тенденция испытывать чувство *déjà vu*,* когда присутствуют элементы сходства между наличной клинической ситуацией и предшествующими событиями. Это может подтолкнуть терапевта к тому, что он прореагирует на новое клиническое явление ложным ощущением узнавания, привлекая для интерпретации сложившиеся формулировки. К бессознательным процессам, способствующим такой «реакции контрпереноса на знакомое», относится беспокойство терапевта и потребность чувствовать большую уверенность, особенно когда он находится в напряжении. Кроме того, на него, естественно, воздействует и выбранный способ интерпретации.

Пример 1.2.

В цикле клинических семинаров, на которых мы разбирали «неудачные случаи», был рассмотрен пример взаимосвязи пациента и терапевта. В течение трех месяцев два раза в

* Уже видел (фр.).

неделю пациентка посещала терапевта-студента. Приводится клинический материал предпоследнего сеанса перед тем, как терапевт собирался уехать на пасхальные каникулы.

Пациентка: Сегодня вам придется слушать меня с повышенным вниманием, поскольку я только что от зубного врача. У него соскочило сверло, и он поранил мне язык. Мне трудно говорить.

Терапевт (немедленно соотнося это с приближающимся перерывом в курсе лечения): «Думаю, вы боитесь, что я буду невнимателен в связи с пасхальными каникулами. Мои слова смогут причинить боль, и вы почувствуете себя уязвленной, когда я уеду».

Пациентка: Нет, я совсем об этом не думала. (Молчание).

Терапевт: Возможно, молчание вам необходимо, чтобы уйти самой прежде, чем уйду я.

Пациентка: Нет. А вообще-то я уже подумывала о том, чтобы отказаться от психотерапии в любом случае. Мне кажется, дело пошло на лад. Мои отношения с окружающими стали лучше.

Терапевт (вспоминая недавний семинар об окончании курса психотерапии): Вы чувствуете, что улучшение — результат работы, которую мы проделали вместе, или же вы рассматриваете это как ваше собственное достижение?

Пациентка: Я рассматриваю это как мое собственное достижение.

Терапевт убедил пациентку подумать некоторое время над таким внезапным решением прервать курс лечения. На следующем сеансе пациентка сообщила терапевту о решении прекратить лечение. Она потратит сэкономленные деньги на оплату курсов по подготовке преподавателей английского языка иностранцам.

Обсуждение. Пациентка сказала терапевту о травме, мешающей ей говорить, а ему понимать ее. Вероятно, терапевт не распознал никакой производной коммуникации, в том, что ему было сообщено. («Производная (деривативная) коммуникация» обычно обозначает косвенную (непрямую)

мую) передачу мыслей или чувств, бессознательно связанных или вытекающих из того, что изначально их вызвало).

Терапевт слушал, опираясь, в основном, на теоретические положения и полагая априори, что пациентка имеет в виду предстоящий перерыв на каникулы. Но даже, если бы он и оказался прав, его интерпретация была сделана не вовремя. Сделав свое замечание, терапевт не дал пациентке возможность ощутить то, что он имел в виду. Предвосхищая ее беспокойство по поводу его возможной невнимательности, терапевт, по иронии судьбы, на самом деле, оказался невнимательным.

Снова выделим основные моменты. Терапевт воспринял сообщение о невнимательности как относящиеся, в данном случае, к работе зубного врача. Если мы теперь снова представим это в понятиях теории множеств, то невнимательный зубной врач принадлежит к множеству «плохих работников», к которому мог бы принадлежать и сам психотерапевт, работай он невнимательно на терапевтическом сеансе.

Вмешавшись слишком быстро, терапевт упустил шанс выслушать дальше рассказ о нанесенной травме и понять более точно, относится это к нему или нет. А в рассказе мог бы оказаться намек на текущую работу с терапевтом, в ходе которой пациентка была чем-то ущемлена. И если это было именно так, то теперь она могла испытывать затруднения в общении с ним. Если бы он понял, что связь с ней становится более затрудненной, то ему пришлось бы слушать ее особенно тщательно. Сама пациентка говорит ему об этом.

Психотерапевт продолжает соотносить начало разговора с перерывом на каникулы. В клинической практике существует традиция обдумывать материал перед каникулами с учетом перерыва, но в нашем случае это выглядит довольно книжно. Пациентка отвечает несогласием. Следует молчание, которое терапевт вновь интерпретирует в связи с перерывом на каникулы. Разрыв в коммуникации увеличивается.

Когда терапевт не понимает намек пациентки на нечто, мешающее ее общению с ним, — хотя она ясно указывает ему на необходимость слушать ее более внимательно, — пациентка начинает подумывать о том, чтобы прекратить работу с таким терапевтом. При этом она косвенно упрека-

ет его, упоминая об улучшающихся отношениях с окружающими. Здесь есть намек на то, что последние складываются лучше, чем отношения, имеющиеся на данный момент в консультационном кабинете.

Терапевт хочет выяснить, насколько реальна такая готовность к уходу. Тем самым он делает следующий шаг, ясно демонстрирующий пациентке, что он воспринимает ее мысль о прекращении терапевтического курса как о чем-то фактически решенном. Пациентка подчеркивает свое недовольство. Она говорит об улучшении своего состояния как о собственном достижении, а не как о полученном в результате совместных усилий, благодаря психотерапии. Когда решение пациентки прекратить лечение становится окончательным, она на прощание говорит терапевту фразу, содержащую ключ к ее ощущению обиды. Она собирается учить иностранцев своему родному языку (английскому). В этом присутствует смысл того, что психотерапевт не смог понять и изучить ее язык. Вместо этого он навязал ей свой язык, язык психотерапии, продиктованный тем, что — как ему казалось — он столкнулся со знакомой клинической ситуацией. Последовавшие традиционные ответы, связанные с перерывом на каникулы или молчанием, никак не увязывались с более специфической коммуникацией, исходившей от пациента.

Подобную ошибку сделать очень легко и не только студентам. Многие полагаются на свое понимание других, равно как и на то, что знание теории укрепляет чувство уверенности. Использование знакомого элемента для ориентации в незнакомом пространстве может сбить с толку, хотя и приносит некоторое облегчение. В книге «Трое в лодке, не считая собаки» (Джером К.Джером), в эпизоде, когда трое друзей заблудились в лабиринте, один из них заметил, что они уже проходили мимо той же недоеденной булочки. Это совсем не означало, что они догадались, где находятся, но лишь свидетельствовало о том, что они движутся по кругу.

Упражнение на переориентацию интерпретации

Процесс выслушивания пациента психоаналитиком и интерпретации полученного материала можно по аналогии сравнить, в известной мере, с процессом поиска последовательности в математике. Разница, конечно, состоит в том, что в случае с пациентом мы имеем дело с живым человеком, а процессы, связанные с людьми, не подчиняются никаким точным доказательствам или опровержениям.

Рассмотрим следующую последовательность:

— — 2 2 4 4 — —

Одним из вариантов решения может быть выделение двух пар: 22 44. Тогда мы получим две однородные группы цифр, которые можно связать между собой с помощью умножения на 2. Но точно так же их можно связать с помощью прибавления 22. У нас еще нет достаточного количества данных, чтобы выяснить, к какой последовательности эти группы принадлежат. Если к первой, то мы можем получить последовательность, которую можно продолжить влево или вправо: 11 22 44 88. Если они принадлежат ко второй последовательности, то ее следует продолжить таким образом: 00 22 44 66.

Если бы эти последовательности характеризовали клинический материал, то было бы крайне преждевременно интерпретировать отношения между 22 и 44 просто как одно число, в два раза превышающее другое. Мы должны принимать во внимание и другую возможность, поэтому ждем, пока не появится больший отрезок последовательности, прежде чем делать попытку интерпретации. Подождав, можно с большей уверенностью определить, какую из последовательностей эти цифры вероятнее всего представляют.

Добавим к последовательности:

1 22 44 8.

Теперь мы можем исключить одну из возможностей, рассмотренных ранее, а именно, мы знаем, что это не будет последовательность 00 22 44 66. Скорее, похоже, что это может быть (1) 1 22 44 8(8); но все же и здесь преждевре-

менно полагать, что мы понимаем последовательность до конца. Например, пропущенные цифры могут оказаться и такими:

61 22 44 89

Тогда нам придется отказаться от всех предположений, сделанных раньше, и вновь вернуться к состоянию незнания; а последовательность возвращается в состояние, когда она не имеет смысла, то есть 6 1 2 2 4 4 8 9.

Если бы это был клинический материал, мы вновь должны были бы слушать пациента, чтобы получить новые данные для своей последовательности. Нам также нужно было бы прибегнуть к пассивному воспроизведению предшествующих деталей, могущих содержать элементы этой же последовательности. Если мы добавим элементы к нашему ряду, слева и справа, то можем получить следующее:

3 6 1 2 2 4 4 8 9 6

На первый взгляд это может показаться бессмысленным сочетанием случайных цифр. Однако, если мы посмотрим на нее по-иному, то сможем обнаружить, что она имеет-таки смысл, если мы сгруппируем цифры на иной основе. То, что казалось не имеющим смысла, приобретает его, если разбить весь ряд таким образом:

3 6 12 24 48 96

У вышеприведенного примера, как и любой аналогии, есть свои недостатки. Конечно, никакой сеанс психотерапии не может быть механическим, и его нельзя рассматривать как абсолютно верную или абсолютно неверную интерпретацию. Тем не менее подобная иллюстрация все же дает некоторое представление о клиническом процессе открытия, происходящем, когда наши первоначальные предположения не подтверждаются тем, что следует далее в последовательности — или тем, что произошло ранее (возможно, незамеченным).

Переориентация во время сессии

Во время работы с пациентом важно поддерживать состояние не-знания даже после того, как появляется ощущение, что все понятно. Часто пациент выдает недостаю-

щий фактор (их может оказаться несколько), который указывает на бессознательное значение, ранее остававшееся незамеченным. Примером этого может служить случай из практики женщины-психотерапевта.

Пример 1.3.

Пациентка 25 лет, проходящая курс психотерапии второй год, посещает психотерапевта три раза в неделю. В это время она забеременела, чего очень хотела, поскольку ее младшая сестра уже была замужем и имела ребенка.

В течение первых месяцев все сохранялось в тайне. Кроме мужа, лечащего врача и психотерапевта никто об этом не знал. Скрытие факта беременности было важным для пациентки, поскольку она все время страдала от постоянных вмешательств своей матери во все, что касалось ее жизни. Замужество, в какой-то степени, помогло обрести столь желанную независимость. Мать овдовела, но пациентка предпочитала жить на достаточном расстоянии, чтобы ограничить возможности какого-либо участия с ее стороны.

Тайна беременности сохранялась до тех пор, пока это еще было возможно. Однажды пациентка пришла на сеанс очень расстроенная. Только что навестить ее приходила сестра и догадалась, что та беременна. Сестра прямо спросила об этом, и пациентка оказалась вынуждена признаться. Теперь она расстроилась, поскольку придется сказать об этом и матери, но сам момент, когда она должна была это сделать, был выбран не ею, а продиктован обстоятельствами.

С того момента, когда сестра узнала о беременности, у пациентки начались сильные головные боли. Психотерапевт истолковала это в контексте знакомого пациентке беспокойства, что мать снова начнет вмешиваться в ее жизнь. Пациентка с этим согласилась. Она надеялась, что у нее будет еще, по крайней мере, месяц, прежде чем мать вновь появится на ее горизонте. Беременность была для нее первой возможностью оградить себя от назойливого материнского вмешательства. Даже замужество в этом не помогло. Она продолжала испытывать сильные головные боли.

Молчаливое раздумье. Упоминание пациенткой замужества привело терапевта к мысли, что тогда она испытывала похожее беспокойство. Пациентка воспринимала своего будущего мужа, как человека потенциально угрожавшего ей порабощением. Начав отвоевывать личностное и эмоциональное пространство у матери, она стала бояться утратить его в отношениях с мужем. В этом случае замужество могло оказаться лишь другим вариантом прежнего состояния принадлежности кому-то, что бессознательно отражалось в отношениях с матерью.

Размышляя об этапе замужества пациентки, терапевт решила персориентировать разговор относительно беременности. Прежде она рассматривала головную боль как симптоматическое проявление боязни пациентки вновь оказаться во власти матери. Терапевт не воспринимала головную боль как намек на еще не родившегося ребенка. А ведь он уже существовал внутри тела матери. Не могло ли случиться так, что пациентка бессознательно воспринимала ребенка как отражение матери, вторгающейся в нее изнутри?

Психотерапевт предложила соответствующую интерпретацию. Не может ли случиться так, что пациентка воспринимает своего ребенка как некую угрозу, скажем, как воплощение навязчивого вторжения матери, проявлявшегося на внешнем плане, в сфере внешней реальности?

Пациентка смогла обдумать это самостоятельно. Да, решила она, такое могло быть. Она, действительно, боялась физического и эмоционального порабощения, когда вышла замуж. Аналогичным образом, в еще большем масштабе, такой угрозой мог стать и ребенок. Все дело заключалось в том, что пациентка так никогда и не смогла выйти из-подластной опеки матери, равно как не могла избавиться от своей беременности. И одновременно своей ненавистью — внутренним воплощением матери — она боялась причинить ущерб ребенку.

После некоторого молчания пациентка продолжала говорить: она сказала, что для нее немыслимо думать о ненависти к собственному ребенку. Возможно, добавила она, ее головная боль оказалась проявлением конфликта между любовью, стремлением сохранить ребенка и сопровождав-

шим всю жизнь мощным желанием освободиться от всего, что угрожало вмешательством в ее жизнь. Она продолжала размышлять об этом вслух. Для нее совершенно неожиданным открытием явилось то, что можно испытывать чувство вражды к ребенку, которого так хотелось иметь.

Позже во время сеанса она ощутила, что головная боль отпустила ее, впервые за несколько дней. Пациентка убедилась, что противоречивые чувства по отношению к ребенку были причиной ее головной боли, объяснить которую ни психотерапевт, ни она сама раньше не могли.

Обсуждение. Слушая рассказ больной, терапевт смогла понять, что данный конфликт может быть связан с ребенком. Дело обстояло так, что ребенок оказался как бы «троянским конем», с помощью которого могло произойти то, что являло опасность со стороны матери, а именно, физическое и эмоциональное закрепощение. И теперь этот захват угрожал, буквально, изнутри. Последовавшее осознание пациенткой возможности и способности ненавидеть своего ребенка, одновременно его любя, еще глубже убедило в правильности вывода. Она сделала это открытие сама, без какого-либо внушения со стороны психотерапевта.

Никакого улучшения не следовало бы ждать, если бы психотерапевт продолжала разрабатывать линию более непосредственных и осознанных страхов, касающихся матери больной. Точно так же преждевременная (хотя и правильная) интерпретация о возможном переживании пациенткой двойственных чувств по отношению к ребенку могла оказаться неприемлемой и вредной для пациентки. Неспешность терапевта дала пациентке время самой прийти к нужному выводу наиболее приемлемым способом.

Инсайт подсказанный или навязанный?

Когда пациенты чувствуют, что их не понимают, им не всегда легко объясняться с тем, кто по своему профессиональному долгу должен знать о таких вещах. Кроме того пациент может столкнуться с окончательным и неоспоримым выводом относительно истины, о которой он ничего сознательно не знает и которую ему подсказывает аналитик. Всегда ли подсказывает? Иногда она утверждается догматически; и даже отказ пациента признать ту или иную

интерпретацию может быть истолкован в качестве доказательства ее правильности и как свидетельство сопротивления со стороны больного.

Аналитик или психотерапевт, как само собой разумеющееся, выступает провозвестником бессознательного, и, занимая сильную позицию в этом вопросе, должен пользоваться своей властью чрезвычайно осторожно. Некоторым пациентам очень непросто противостоять психотерапевту. И тем не менее, поскольку терапевты не могут быть всегда правы, им также нужна помощь со стороны пациентов, обеспечивающая ключ к наилучшему пониманию. Этот ключ носит чаще всего косвенный бессознательный характер, нежели прямой, сознательный.

Стремясь понять пациента, терапевт ждет момента, когда он может уловить нить смысла, который можно идентифицировать и интерпретировать. Но как избежать при работе над интерпретацией своих теоретических посылок и навязывания их пациентам? Байон утверждал, что аналитик должен приступать к каждому сеансу без желания, памяти и понимания (БАЙОН, 1967а, также 1967б: 143–45). Например, желание вылечить или оказать влияние, активная память о предыдущем сеансе и иллюзия понимания на основании того, что психотерапевту известно в теоретическом плане, могут действовать против той открытости по отношению к индивидуальности пациента, которая является центральным моментом психоанализа в его наилучшем проявлении.

Чье сопротивление?

Когда пациент не может принять правду о себе в том виде, в каком ее представляет аналитик, или когда на словах он соглашается, но в его жизни или в отношениях в ходе психотерапевтического курса никаких изменений не происходит, это обычно рассматривается как бессознательное сопротивление с его стороны. Так, действительно, может происходить; но иногда это может указывать и на то, что в отсутствие изменений подспудно содержится указание психотерапевту на необходимость пересмотра своих выводов относительно больного, а также положений используемой теории или методики. Возможно, здесь скрыто нечто такое, что психотерапевт еще не распознал или не понял, он также может оказывать и сопротивление. Поиск

бессознательной симметрии в том, что рассказывает пациент, часто может указать на упущенное. И тогда потенциальное препятствие, возникающее в ходе сеанса, может приводить к возобновлению движения.

Пример 1.4.

Во время клинического семинара женщина-психотерапевт рассказала о своей работе с пациентом-мужчиной, который постоянно кричал. Представляя сам сеанс, психотерапевт продемонстрировала, как он кричит, семинарской группе. Она сказала, что много раз пыталась различными способами понять, почему пациент так себя ведет. Ничто не помогло изменить положение.

Когда участник семинарской группы спросил, как она сама относится к тому, что на нее кричат таким диким голосом, психотерапевт ответила: «Я определенно знаю, что особых затруднений по ловоду встречной агрессии или грубости не испытываю».

Обсуждение. Воспринимая взаимодействие, в данном случае, в рамках концепции симметрии, мы смогли определить, что *кто-то* не в силах добиться понимания от *кого-то*. Ранее предполагалось, что терапевт не могла добиться понимания от пациента — поэтому не было никаких изменений. Но, взглянув на взаимодействие по-другому, мы поняли, что, возможно, пациент не мог добиться понимания от психотерапевта. Не исключено, что крик — это выражение попытки достичь такого понимания.

Нас также интересовало, не явилась ли способность психотерапевта справиться с агрессивным (даже неистовым) пациентом за счет частичного ограничения своей реагирующей открытости по отношению к нему.* Сам крик обеспокоил группу гораздо больше, нежели терапевта. Иными словами, если пациент пытался добиться понимания со стороны терапевта (но это ему не удавалось), то, возможно, он выражал свое отчаянное желание тем, что кричал громче.

Когда возникла мысль, что сопротивление, тормозившее процесс, частично могло исходить и от психотерапевта, докладчица поразмыслила по этому поводу и смогла

* В известном смысле, эмоциональной глухоты — В.З.

лучше услышать упущенное ранее в словах пациента. Позднее она рассказывала группе, участвовавшей в семинаре, что пациент успокоился. Он чувствовал теперь, что его слышат.

Вопрос о контроле

Легко теоретизировать по поводу того, что не следует позволять пациентам контролировать сам процесс психотерапии, поскольку — если воспользоваться известной фразеологией — это может «привести к бессилию психотерапевта». Но если терапевт настаивает на том, чтобы полностью контролировать весь ход психотерапевтического процесса, не приведет ли это к бессилию *пациента*? Иногда, конечно, терапевту следует занимать твердую позицию по отношению к пациенту. Бывают также случаи обратные, когда пациенту нужно быть твердыми во взаимодействии с терапевтом, чтобы отстоять истину. Такие случаи могут быть поняты неправильно, если терапевт болезненно относится к тому, что им руководит или его контролирует пациент. Это часто указывает на ситуацию напряжения, которое ощущает терапевт; в указанном случае обычно лучше прислушаться к самому ощущению напряжения как к бессознательной попытке пациента передать что-то, а не реагировать преждевременно как на попытку контроля.

Терапевтическая чувствительность к материалу, идущему от пациента

Несколько пациентов рассказывали о том, как они стали впервые доверять мне, обнаружив, что я готов у них учиться. Для некоторых это напоминало осознание истины. Тем не менее, если последующий опыт не подкрепляет обнаруженного, то все может остаться на уровне необоснованной надежды.

Пример 1.5

В начале психоаналитического курса миссис Б. (получившая сильные ожоги в возрасте одиннадцати месяцев) рассказала мне, что в результате несчастного случая, из-за постоянной боли и сопутствующих воспоминаний ее волосы

поседели. Я стал присматриваться к ее волосам более внимательно (над спинкой кушетки), чтобы увидеть седину. Не увидев седых волос, я подумал, а не является ли это намеком—приглашением быть поближе к пациентке. Возможно, будь я гораздо ближе к ней, то смог бы увидеть несколько седых волос. Я начал воспринимать это, как призыв быть ближе, думая (про себя), что пациентка пытается прибегнуть к определенной истерической манипуляции.

Миссис Б. очень расстроилась. Когда я выслушал причины ее расстройства, исходившего из самых глубин ее души, я понял, что пропустил всю суть конфликта. Я искал внешние признаки седины. Когда же стал слушать более внимательно, то смог понять все совершенно иначе. Пациентка пыталась рассказать мне о своем *внутреннем* мире, в котором шрамы, полученные в детстве, вызывали у нее ощущение, что она преждевременно стареет. Отчасти проблема заключалась в том, что эмоциональные шрамы были невидимы. А нам пришлось иметь дело с теми шрамами, которые еще не зажили.

Обсуждение. Несмотря на то, что я причинил пациентке некоторую боль тем, что понял ее неправильно — сосредоточившись на внешней стороне дела (ряд людей, окружавших ее, также были уверены, что она полностью оправилась от травмы) у меня появилась возможность, под руководством пациентки, выбраться из своего заблуждения. Она дала мне еще один шанс. К счастью, я смог понять, что она пытается сказать мне, говоря столь загадочно о своих седых волосах. Это оказалось весьма важным в работе с ней. Миссис Б. часто возвращалась к описанному моменту, вспоминая, что именно тогда она стала верить, что может рискнуть положиться на меня. Я позволил ей проруководить мной, а это означало, что я могу что-то узнать от нее.

После несчастного случая миссис Б. почувствовала, что, по всей видимости, ее мать перестала реагировать на запросы и потребности своей дочери так же, как и раньше. Поэтому для нее было очень важно, чтобы я учился понимать те намеки, которые она делала мне. Последнее стало основой для многоного из того, что позднее проявилось в ее анализе.

(Речь об этой пациентке пойдет вновь в главах 5 и 7).

По мере того, как я узнавал все больше о психоанализе и о работе психотерапевта, я начал и лучше учиться у своих пациентов. В связи с этим я стал задумываться и о том, насколько различно качество интерпретации в зависимости от этого обучения.

В анализе некоторых пациентов мне приходилось значительно больше опираться на то, что я уже знал из теории психоанализа и что давала методика лечения, поскольку именно таким образом вырисовывалось понимание самой терапевтической задачи. В такой работе я, в большей степени, опирался на книгу, чем на интуицию, и следовал классической методике. При работе с другими пациентами, особенно с теми, от которых, как мне казалось, я узнавал больше всего, моя реакция на каждого была более индивидуальной. Что стоит за этим? О какой группе пациентов можно утверждать, что анализ ее представителей проходит успешнее и лучше: о тех при анализе которых я вел себя одинаково, или о тех, при взаимодействии с которыми, я всякий раз позволял себе преобразовываться в индивидуального аналитика?²

Простых ответов на эти вопросы у меня нет. Я могу лишь исключить очевидные крайности. Если жесткость становится неповоротливостью, это внушает ложное чувство уверенности и аналитику, и пациенту. С другой стороны, противоположная крайность бездумной гибкости может привести к «дикуму анализу» (wild analysis), за которым скрывается серьезный риск неразрешимых трудностей контрпереноса. Последний может оказываться отреагированным в контексте терапевтических взаимоотношений (см. пример подобного рода в главе 3).

Остается тип аналитической взаимосвязи, который в одних случаях анализа может проявляться более отчетливо, нежели в других, но как фактор он присутствует всегда. Здесь я думаю о некоторых параллелях в отношениях между родителями и детьми, параллелях, которые часто отсортировываются в процессе анализа. Чтобы проиллюстрировать это, я сделаю краткое отступление.

Анализ и триада воспитания

Развитие детей вынуждает родителей быть способными по-разному реагировать на них в зависимости от различных стадий их роста. Например, мать должна изучить

язык своего ребенка, если она хочет адекватно реагировать на его меняющиеся потребности. Одним матерям это удается лучше, чем другим. Такое различие определяется многими факторами. Одним из них является опыт матери, полученный в отношениях с собственной матерью в детстве; он оставляет в ее психической памяти определенный набор образов материнства. Будущая мать также имеет и свой собственный врожденный потенциал «быть матерью»; этот потенциал либо реализуется, либо что-то может мешать его претворению в жизнь.

Читая Уинникота, я стал обдумывать его идею «триады выращивания ребенка» (*nursing triad*), то есть чем эмоционально захвачена мать, в то время когда она носит в себе ребенка (*is emotionally held while she holds the baby*). Сам биологический отец может и отсутствовать, но есть потребность в ком-то в новой материнской жизни, чья главная функция заключается в непосредственном присутствии и поддержке связки мать-дитя по мере того, как составляющие эту связку все больше и больше узнают друг друга. Специфически матери необходимо, чтобы кто-то верил в то, что она способна быть «достаточно хорошей матерью» для своего ребенка (УИННИКОТТ, 1958:245).

Когда такая поддержка матери (как и матерью ребенка) отсутствует, в дальнейшем опыте материнства могут произойти серьезные нарушения. Если мать ощущает, что ее недооценивают как мать, она может начать испытывать неприязнь к ребенку, как проявление самоощущения плохой матери. (Иногда общество усиливает материнскую неуверенность в себе как матери, когда внимание сосредоточивается на самой матери, а не на тех, кто вовремя не показал ей поддержку, в которой она нуждалась). Такой недостаток уверенности в себе может усугубляться и тем, что другие люди с готовностью сообщают, что нужно делать, а третьи готовы принять эту роль и стать лучшими матерями своим детям. Может появиться и внутренний недостаток уверенности, вызванный неприятными детскими воспоминаниями (например, о том, как с ней обращалась мать) или (в настоящем) тем, что в нее не верят или же поддерживают как мать. К этому иногда добавляется напряженное чувство, что ребенок не развивается так быстро, как хотелось бы, или не ощущает должного комфорта, когда мать им занята. Все эти факторы могут способствовать

появлению тенденции не уделять достаточно внимания ребенку или даже поддаваться соблазну нападать на него, что репрезентирует ее нападки на самое себя как на мать.

Если, с другой стороны, мать чувствует, что ее поддерживают должным образом (как мать своего ребенка), она оказывается более способной учиться у своего ребенка как быть наилучшей матерью, той матерью, в данный момент, в которой ее малыш нуждается больше всего. Это означает, прежде всего, что она изучает язык ребенка и его индивидуальные ритмы, а последние не обязательно совпадают с теми, что описаны в книгах или обнаруживаются у соседских детей, или «наблюдаются» у среднего ребенка, о котором часто говорят специалисты в области воспитания детей. Они также не совпадают с аналогичными моментами у другого ребенка этой же самой матери. Все дети разные.

Мать, способная реагировать на индивидуальность каждого своего ребенка, будет, в какой-то степени, несколько иной матерью для любого малыша. Она также увидит, что меняется со временем, продолжая учиться у своего дитя с учетом изменения его потребностей по мере роста и развития. (УИННИКОТТ, 1965б: глава 7).

Отец (или фигура, замещающая отца) тоже участвует в этом процессе. С самого начала для матери чрезвычайно важно поддерживающее присутствие. И ребенку становится лучше или хуже в зависимости от качества такой поддержки. Впоследствии «отец» начинает играть другую роль, по мере того, как ребенок начинает обнаруживать взаимоотношения треугольника. Еще позже подросток предъявляет другие требования вновь, ему нужна твердость, характеризующая сдерживающий фактор, не мистичность, но осознание собственной силы (УИННИКОТТ 1971; глава 11).

Пациент, аналитик и внутренний наблюдатель (супервизор)

Я изложил вышеизложенное столь подробно, поскольку считаю, что аналогичная динамика имеет соответствие и во взаимоотношениях в ходе психоанализа. Здесь мы можем рассмотреть это наиболее отчетливо на примере студентов.

Студенты — аналитики и психотерапевты — особенно нуждаются в профессиональной поддержке, пока они

учатся аналитическому холдингу (пониманию, владению ситуаций, заботе), который так необходим пациентам. Они должны извлечь необходимый опыт из своего собственного анализа; опираясь также на знание теории и методики, студенты должны обладать достаточной уверенностью, чтобы продолжать анализ даже в условиях сильного давления. Но, кроме всего прочего, необходима и супервизорская поддержка опытного специалиста, верящего в то, что студенты могут правильно настроиться на пациента и помочь ему своими комментариями.

Однако студенты должны быть в состоянии разрабатывать свой собственный индивидуальный стиль работы, совместимый с личностным типом; в ином случае, если студент демонстрирует излишнюю покорность (сколь бы бессознательный характер она не носила) аналитику-супервизору (*pastiche* — имитация, стилизация) или обучавшему специалисту, что-то важное может быть упущено.

Среди супервизорских ловушек (и здесь я опираюсь на следения тех студентов, которыми мне пришлось руководить) является упорное навязывание той или иной модели работы с пациентом. Это может привести к неправильному слишком прямолинейному заимствованию способа работы супервизора в ущерб отработке своего собственного. Для некоторых студентов такое заимствование может оказаться весьма разрушительным, поскольку они будут чувствовать, что лечение протекает по правилам, целиком определяемым супервизором.

Здесь уместна аналогия с матерью, выслушивающей советы, как быть матерью; результаты могут оказаться весьма плачевными для собственных аналитических отношений студента к пациенту в ходе анализа. Поскольку, если пациент будет презентировать трудности студента относительно его веры в себя как психотерапевта, у студента немедленно возникнут проблемы при работе с таким пациентом.

Уинникотт всегда старался быть внимательным и ценить понимание матерью своего ребенка. Поэтому он часто подчеркивал, что является специалистом по матерям и детям, лишь в общем и целом. Хотя можно оказаться полезным и отдельной матери, тем не менее именно ее следует считать тем человеком, который знает ребенка гораздо лучше, чем кто-либо другой (УИННИКОТТ, 1965а: глава 1).

Как и в случае с матерью, поддержка студента-терапевта ощущается вначале как исходящая снаружи, извне. Постепенно опыт супервизорства обычно интернализируется. В конечном итоге эта потребность развивается во внутреннюю поддержку, оказывающуюся автономной и не связанной с интернализованным супервизором. Чтобы подчеркнуть такое продолжающееся развитие, я и решил разработать идею о внутреннем супервизоре (наблюдателе) (см. главу 2).

Когда внутренний супервизор выражен не слишком ярко, терапевты склонны слишком полагаться на мнение других. Но слишком жесткая приверженность какой-либо теоретической школе или особой методике может сама по себе стать препятствием. Тогда процесс анализа легко может пойти по заранее предопределенному пути, означая, что впоследствии он перестанет быть творчески продуктивным или психоаналитическим.

Неудивительно, что критики психоанализа указывают на то, что пациенты Фрейдовской школы видят Фрейдовские сны, тогда как пациентам юнговского или клейнианского направления приходят сновидения, соответствующие теоретическим разработкам своих мэтров. Здесь, мне думается, свидетельство того, как пациент был научен говорить на языке аналитика, хотя дело не только в языке. Можно провести параллели между отношениями аналитиков и матерью, которая считает, что знает лучше других то, что необходимо ее ребенку. Мы знаем, среди прочих, матерей, не вполне доверяющих собственному мнению, поскольку многочисленные специалисты по воспитанию детей сбивали их с толку. Такие матери начинали думать, что, возможно, лучше воспитают детей по книге, а не «по ребенку».

Если книге придается слишком большое значение, тогда важнейшим моментом становится выбор книги. Многих горьких конфликтов и противоречий можно было бы избежать, если бы аналитики доверяли себе больше и чаще подвергали сомнению всеобъемлющую значимость полностью и безоговорочно принимаемой теории.³ Когда аналитики и психотерапевты действуют, в большей степени, «по пациенту» и, в меньшей степени, в зависимости от отдельной теоретической ориентации, поддержку которой они чувствуют, легче заметить и то, когда пациент перестает

действовать в согласии с тем, что говорится, или с тем, как ведется анализ. Некоторым пациентам необходим иной стиль анализа. Важно, когда терапевты оставляют для себя возможность в процессе работы менять направление и подходить к пациенту иначе. Процесс анализа серьезно ограничивается, если аналитик лишает себя такой возможности во имя выбранной изначально ортодоксальной линии.

Для того, чтобы уберечься от разрушительного влияния теоретических основ, полезно время от времени задаваться двумя вопросами, скажем, до и после интерпретации или во время супервизорства: (1) Учитывается ли индивидуальная особенность пациента, уважается ли личность больного, сохраняется ли специфика его поведения или всем этим пренебрегают и пытаются вмешаться? (2) Кто что привносит в аналитическое пространство в данный момент и почему?

Психоанализ позволяет привести отдельную личность к возрождению. Это сущая драма, когда такая возможность оказывается ограниченной процессом, более похожим на «клонирование» (вегетативное размножение), при котором пациент формируется «по образу» аналитика в зависимости от его теоретических установок.

Обучаясь у пациента

В своей книге «Ортодоксия» (1908) Г.Честертон представляет себе:

«английского яхтсмена, несколько сбившегося с курса и открывшего Англию, полагая, что это новый остров в Южных морях..., который высадился (вооруженный до зубов и объясняющийся знаками), чтобы водрузить английский флаг на варварском храме, оказавшемся Павильоном в Брайтоне» (издание 1961 г.:9).

Если психотерапевт относится к аналитическому процессу с доверием, то зачастую может обнаружить, что пациент привел его в область, в которой уже побывали другие. Для пациента важно, чтобы любое теоретическое сходство с тем, что ранее уже концептуализировалось во взаимоотношениях с другими, проявлялось как вновь открытое, а не заранее обусловленное.

Открытость терапевта всему незнакомому в пациенте дает последнему возможность, в дальнейшем, доставлять определенное знание; а то, что достигается совместными усилиями, всегда оставляет впечатление свежести, приятной обоим. Более того, может оказаться и так, что значительная часть терапевтической пользы в анализе достигается, когда пациент начинает осознавать, что аналитик или терапевт могут учиться у него. В таком случае пациенту отводится реальная действенная роль, заключающаяся в том, чтобы помочь аналитику помочь пациенту, а для этого остается выяснить, что же необходимо для терапевтической работы с ним.

Терапевтически полезным становится и просто готовность аналитика выяснить в клинической работе заведомо «известные» вещи. Это гораздо лучше, чем идти кратчайшим путем к пониманию, основанному на заимствовании у других (учитывая и тот факт, что заимствуют и сами пациенты). Внезапное прозрение, свежий взгляд, скорее, возможны в тех случаях, когда психотерапевт склонен к самовыражению с помощью языка пациента, а не путем исчисления старого способа мышления.

Когда я даю возможность пациентам играть свою роль в развитии терапевтического процесса, то не считаю, что при этом теряю контроль, становлюсь беспомощным. Иногда я даже вовлекаю себя в рамках аналитических взаимоотношений в «гармоническую смесь» (*harmonious mix-up*, БАЛИНТ, 1968). Конечно, бывают случаи, когда приходится сохранять соответствующую твердость, без которой пациент может почувствовать себя неуверенно или лишенным возможности испытать конфронтацию с кем-то, ясно отделенным и отличным от него самого. Например, когда пациент готов осознать свое отличие от психотерапевта (или то, что Уинникотт называет «экстернальностью», «внешней стороной»), последний должен быть в состоянии отреагировать на нападки пациента, — как на себя самого, так и на психотерапию, — не обижаясь и не нервничая (УИННИКОТТ, 1971: глава 6).

Терапевтам необходима уверенность в процессе анализа, если они стремятся выдержать напряжение и все превратности того, что пациенты используют их различным образом. Терапевты должны уметь приспособливаться к пациенту, чувствуя себя при этом достаточно уверенно,

чтобы проводить психоанализ. Для этого необходима соответствующая ориентация, позволяющая строго придерживаться курса или возвращаться к нему в случае возможной ошибки.

В ходе лечения задачей внутреннего супервизора является поддержка аналитика (или психотерапевта), который учится поддерживать пациента. Это обеспечивает сохранение структуры внутренней «триады воспитания», а последнее, в свою очередь, может помочь психотерапевту найти внутреннее пространство, позволяющее исследовать непосредственно клинические моменты (молча или совместно с пациентом), а не консервироваться в рамках прошлого мышления, теоретический аспект которого часто действует не более чем набор правил.

В остающейся части книги я намереваюсь рассмотреть различные аспекты взаимодействия пациента и аналитика (психотерапевта). Я полагаю, что аналитики могут рисковать сойти с рельс приверженности отдельным теоретическим установкам, если позволят себе стать более восприимчиво-открытыми к тому, что им сообщают на самых разных уровнях их пациенты.

Когда терапевт научится воспринимать основные мысли пациента и слушать результатирующий диалог между двумя точками «бинокулярного зрения» (БАЙОН, 1975) — знания и не-знания — он гораздо чаще обнаружит себя, идущим к столь необходимому пониманию.

Примечания

1. Впервые я узнал об использовании М. Бланко идей и понятий бессознательной симметрии и подмножеств из работы, представленной в Британском Обществе Психоанализа в 1980 году Эриком Райнером. Вариант данной работы был опубликован под названием «Неисчислимые переживания, Аффекты и характеристики Бессознательного» (РАЙНЕР, 1981).

2. Уже после написания этой главы я с удовлетворением обнаружил, что Сандлер выразил сходные мысли в своей работе «Размышления по поводу некоторых взаимоотношений теорий и практики психоанализа». Он говорит:

Убеждение в том, что в действительности происходящее в кабинете психоаналитика не «кошерно» и что все происходящее непременно подверглось бы критике коллег, узнай они об этом, исходит из того обстоятельства, что всякий аналитик (который не зря ест свой хлеб) приспосабливается к отдельным пациентам на основе взаимодействия с ними. Кроме того, он обязательно видоизменяет свой подход таким образом, чтобы ситуация психоанализа непременно развивалась, как и должно быть. Чтобы добиться этого, аналитик должен быть расслаблен и должен общаться с пациентами достаточно неформально; подчас ему приходится отходить довольно далеко от «стандартной» методики.

(САНДЛЕР, 1983:38).

3. Сандлер начинает свою работу (цитированную выше) следующим образом:

«Если посмотреть внимательно, то во многих работах по психоанализу можно найти не выраженное бессознательное предположение о том, что психоаналитическая теория должна быть направлена на то, чтобы создать корпус идей, достаточно полный и организованный, когда каждая часть связана со всеми другими».

Далее он продолжает:

«Выделение эволюционно-исторической стороны психоанализа имеет свои преимущества, когда мы говорим о теоретических вопросах. Это позволяет нам — если мы того хотим — избежать споров о том, какая теория «верна», а какая — «нет». Но взамен мы вынуждены задавать вопрос: «Почему была предложена эта, та или иная другая формулировка?» и «Что хотели сказать ее авторы?».

(САНДЛЕР, 1983:35).

Внутренний наблюдатель (супервизор)

Внутреннее супервизорство: поиски равновесия

Пациенты часто относятся к терапевтам как к объекту переноса, представляющему аспекты прежних отношений, и в то же время как к реальному объекту. Это означает, что терапевты должны уметь сохранить доброжелательное отношение к пациентам даже тогда, когда те относятся к ним с явной настороженностью.

Общепринятой является необходимость защищать аналитический процесс от ненужного вторжения со стороны личности самого терапевта. Это делается с тем, чтобы дать пациенту возможность — насколько это достижимо в пределах внутреннего мира пациента — наиболее свободного общения с терапевтом. Однако, стремясь не вмешиваться в психотерапевтический процесс, некоторые терапевты встают на позицию защиты, в надежде таким образом привнести как можно меньше своего. К несчастью, чрезмерное усердие в этом направлении может оказаться столь же навязчивым как и в случае попытки проникнуть в штаб-квартиру сознания пациента. Поэтому присутствие психотерапевта должно, по возможности, оставаться потенциальным или транзитным (наподобие присутствия матери, ненавязчиво находящейся рядом с играющим ребенком). Тогда терапевт в любой момент может быть привлечен к содействию как присутствующий или же будет использоваться пациентом как воплощение своего отсутствия.

Этот мир потенциального пространства (УИННИКОТТ, 1971; глава 3) отчасти реален, частично иллюзорен: здесь я использую понятие иллюзии как принадлежащее игровому переживанию (от лат. *Iudo* — играть). И в этом пространстве необходимо предоставлять пациенту

оптимальные возможности для самовыражения, без вмешательства со стороны психотерапевта.

Сохранивая для пациента творческий потенциал такого пространства, психотерапевты должны научиться оставаться в непосредственной близости с тем, что переживает пациент, для того чтобы это могло оказывать на него чувственное воздействие, и в то же время держаться на достаточном расстоянии, чтобы функционировать в качестве психотерапевта. Но такая профессиональная дистанция не должна превышать расстояние, в пределах которого терапевт еще может чувствовать, чего же хочет от него пациент. Терапевт должен обнаружить и понять, как быть психологически близким пациенту и в то же время достаточно отдаленным от него, отдаленным и все-таки близким.

В своей повседневной работе терапевты должны чувствовать, как им действовать среди множества парадоксальных притяжений и отталкиваний; и они должны обрести чувство равновесия, если хотят сохранить легкость в этом терапевтическом *на-де-де* (*pas de deux*). Поэтому здесь требуется нечто большее, чем просто те внешние аспекты триады воспитания, описанные в предыдущей главе.

Поддержка от супервизора или аналитика может помочь «задним числом» (*hind sight*), увидеть то, что было упущено на предыдущем сеансе; она также может помочь в *предвидении* (*foresight*) того, с чем еще, возможно, придется столкнуться. Но главное, психотерапевтам нужно развивать способность работать, используя непосредственный (но не мгновенный) *инсайт* (*insight*) в ходе самого анализа. Правда, даже то, что иногда называют «internalized supervisor», то есть наблюдателем, помещенным вовнутрь (*internalized supervisor*), не отвечает всем вышеперечисленным требованиям.

Я пришел к выводу, что противовесом многочисленных воздействий на психотерапевта во время аналитического сеанса может служить внутренний супервизор (КЕЙС-МЕНТ, 1973).¹ Впервые эта идея возникла у меня, когда я работал супервизором с другими. Я заметил, что обучающиеся в процессе супервизорства часто склонны слишком полагаться на совет или комментарии супервизора, который создает барьер между социальным работником или терапевтом и клиентом или пациентом. Последствия этого

проявляются при последующей самостоятельной работе обучавшегося. В связи с этим я пришел к выводу, что одно лишь формальное руководство не способно адекватно подготовить студента — потенциального специалиста к непосредственной работе в качестве психотерапевта.

Развитие внутреннего наблюдателя супервизора²

То, что я называю внутренним наблюдателем (супервизором), возникло еще до того, как сформировался опыт супервизорства, и оно продолжает развиваться собственным путем. Я прослужу здесь за его развитием, обращаясь, в основном, к опыту психотерапевтов, поскольку в программе их обучения особый упор делается на личностный анализ, входящий в программу подготовительного обучения. Для других смежных профессий все остальные стадии, описываемые здесь, практически идентичны.

В ходе личностного анализа

Ведя разговор от лица аналитика, общающегося с пациентом, Стерба (1934) подчеркивает, что очень важно обеспечить «терапевтическую это-диссоциацию» в сфере этого пациента. Он указывает, что это достигается с помощью интерпретации переноса. Одним из результатов является то, что пациент получает возможность вместе с аналитиком следить за тем, что он (пациент) переживает. Обе составляющих такого расчленения называют иногда соответственно «наблюдающее это» и «переживающее это». В своей работе Стерба вводит также понятие «острова интеллектуального созерцания». И когда психотерапевты действительно занимаются самоанализом, то тоже испытывают потребность найти в себе (как и пациент) этот остров созерцания, с которого можно наблюдать — уже со своим аналитиком, — что же они испытывают при переносе.

Именно здесь, в своем собственном опыте, как быть пациентом, психотерапевты закладывают основу того, что позднее станет внутренним супервизором. К этому всегда добавляется что-то на каждом этапе подготовки к последу-

ющей клинической работе. По мере того как растет наш опыт, мы надстраиваем исходную первооснову.

Под супервизорским оком

Процесс супервизорства может быть представлен в трех этапах, поскольку его функция на ранних стадиях подготовки отличается от того, что требуется позже.

(1) Когда терапевты начинают работать с пациентами, их лечебные ресурсы ограничены. Они имеют то, что знают из теории. У них есть то, что пережито, испытано во время собственного анализа. Они также могут знать, как работают другие профессионалы, поскольку об этом написано или говорилось на клиническом семинаре.

Однако единственным непосредственным опытом работы в качестве психотерапевта, который студенты-психотерапевты имели прежде, была какая-то другая профессия, скажем, врача или психиатра, учителя или социального работника. Иногда, особенно под воздействием пациента, может возникнуть сильное искушение — идентифицироваться с прошлым более знакомым видом деятельности. Но это может помешать адекватному новому обучению, необходимому для студента, готовящегося стать психотерапевтом или аналитиком.

Поэтому, когда студент-психотерапевт начинает работать с контрольными (учебными) случаями под чьим-либо супервизорством, то руководитель играет чрезвычайно важную роль, заключающуюся в помощи студенту на начальном этапе его клинической деятельности, — когда тот учится аналитической поддержке пациента. Супервизор осуществляет контроль, следя за тем, чтобы психотерапевт и пациент оказались в аналитической связке, и помогает студенту понять и сформулировать то, что ему сообщает пациент. Именно, здесь закладываются основы дальнейшей самостоятельной работы.

Вначале студенты, естественно, во многом полагаются на советы и комментарии супервизора. Со временем супервизорский инсайт (комментирующее участие) должен все более интегрироваться в текущую работу с пациентом. Иногда, однако, он продолжает действовать как компонент заимствованного мышления.

(2) Работая под руководством других, психотерапевты должны приобретать способность к спонтанной рефлексии в ходе сеансов, наряду с интернализованным супервизором. Так, они учатся наблюдать не только пациента, но и себя, используя упомянутый выше остров интеллектуального созерцания в качестве ментального пространства, в котором может начать действовать внутренний супервизор.

(3) Я полагаю, что ближе к концу обучения процесс супервизорства должен превратиться в диалог между внешним супервизором и внутренним. Именно с помощью такого диалога терапевты учатся действовать более независимо, чего, естественно, от них и ждут по мере повышения их квалификации.

Работа без формального супервизорства

После завершения срока обучения начинается важный период совершенствования опыта. Обучая студентов и руководя их практической работой, Джон Клаубер отмечал, что после окончания обучения необходимо, по крайней мере, десять лет, чтобы стать профессиональным психоаналитиком. Байон указывал, что «становление» — это процесс, который начинается, продолжается, но никогда не завершается. Мы всегда пребываем в стадии становления (БАЙОН, 1975:26). В период обучения у психотерапевта может формироваться более независимый внутренний супервизор; но я надеюсь, что никогда не придет такое время, когда психотерапевты завершат «становление» или вообразят, что «достигли совершенства».

Супервизорство других

Когда психотерапевты получают возможность супервизировать других, они могут вступить в дальнейшую фазу роста, вбирающую в себя многое из того, что происходило раньше. Развитие происходит по спирали, и психотерапевты снова могут оказаться в начале пути, в начале обучения или в начале практической работы. Они возвращаются туда, где уже были, но в то же время оказываются там, где прежде еще не были.

Мы лучше всего осознаем свои ошибки, обнаруживая их у других. То же самое происходит и в супервизорстве

других. Перед психотерапевтом открываются огромные возможности для пересмотра собственной деятельности, когда он внимательно изучает работу человека, супервизором которого он сам является. Весьма часто супервизоры видят отражение своих собственных методических затруднений. Мы не всегда поступаем так, как этому учим других, но можем многому научиться, пытаясь поступать именно так.

Когда я следил за работой своих подопечных с точки зрения теории интеракции (взаимодействия),³ то осознал, насколько пристально пациенты следят за работой своих психотерапевтов. Как они наблюдают за их настроением, отмечают временной режим, раздумывают над скрытым подтекстом тех или иных комментариев (то есть пытаются нашупать в этих комментариях некий ключ вопреки намеренной беспристрастности психотерапевта). До этого я не осознавал, насколько я, должно быть, выражая себя в том, как я комментирую происходящее, или в том, как реагирую на пациента.

Возобновленная рефлексия

Когда я начал сознавать, как непроизвольно манипулируют пациентом те, кого я супервизировал, для меня стало особенно важным тщательно направлять свою собственную работу с пациентами. Некоторые психотерапевты удивились бы тому, сколь часто они сами прибегают к различным сомнительным для них интервенциям (участию, вмешательствам), на которые они указывают при супервизорстве других. Знание подобных вещей может побудить нас вновь заняться углубленным изучением методик, а также заставить поразмышлять о своем участии в тех ответных реакциях, которые мы наблюдаем у наших пациентов.

Пробная (контрольная) идентификация

Иногда я нахожу полезным использовать — как часть предлагаемого мной внутреннего супервизорства — пробную идентификацию (ФЛИСС, 1942). Ее можно представить также в связи с эмпатией (сопереживанием) при попытке лучше понять пациента. Рейк (1937) указывал, что

мы развиваем эмпатию как способность разделить переживание другого не просто как похожее на наше собственное, но, именно, как наше собственное.

Мани-Кирле связал это с тем, что аналитик хорошо знаком со своим бессознательным:

«Именно потому, что аналитик способен распознать свою ранее проанализированную самость в пациенте, он может его анализировать. Эмпатия и инсайт аналитика, в отличие от теоретических знаний, зависят от такой частичной идентификации. Идентификация может принимать две формы — интроективную и проективную. Поэтому можно ожидать, что мы обнаружим обе формы в частичной идентификации аналитика со своим пациентом. Когда пациент говорит, аналитик начинает интроективно отождествлять себя с ним, а восприняв его изнутри, сможет вновь проектировать его и интерпретировать. Мне кажется, что аналитик в большей степени осознает проективную fazу, то есть ту fazу, в которой пациент представляет прежде незрелую или нездоровую часть, включая поврежденные объекты, которые он может теперь понять и, следовательно, вылечить с помощью интерпретации во внешнем мире».

(МАНИ-КИРЛЕ, 1956:360-61).

Поэтому не только пациенту необходимо развивать способность терапевтической диссоциации в пределах своего эго, так как описывает Стерба. Психотерапевт тоже должен уметь поддерживать благотворное разделение внутри себя, с помощью чего его переживающее эго свободно перемещается между ним и пациентом, между разумом и чувством. Крис пишет об этом, как о «регрессии в обслуживании эго» (КРИС, 1950). Аналитик использует контролируемую регрессию внутри себя, чтобы перейти границу между сознательным (рациональным) мышлением и бессознательным (первичный процесс/иrrациональный) мышлением. Позволяя себе такую свободу входления в состояние мечтательности во время слушания пациента, он может корректировать свое чувство со-переживания с пациентом (в каком бы то ни было контексте).

Итак, используя пробную идентификацию, я действую различными способами. Могу, например, обдумывать или ощущать любое переживание, которое описывает пациент. Могу также поставить себя на место другого человека, о котором идет речь. С любой точки зрения можно выбрать элементы объект-отношений пациента, которые в ином случае могут быть упущены.

Наряду с такими более традиционными способами корректирующего наблюдения (мониторинга) пациента с помощью пробной идентификации я пытаюсь также поставить себя на место пациента относительно его отношений со мной. Я пытаюсь слушать (как это мог бы делать пациент) то, что мне приходит в голову, стараясь мысленно придумать возможный комментарий или интерпретацию. Это помогает мне понять, когда пациент может неправильно воспринять сказанное мной из-за двусмысленности или неправильного выбора слов. Либо я ставлю себя на место пациента и думаю о своих последних комментариях. Часто это помогает мне увидеть непроизвольное или бессознательное значение, которое пациент может прочитать в том, что я только что сказал. Потом, когда я слушаю соответствующий ответ пациента, мне проще увидеть, как я вызвал данный ответ, — своим вмешательством или манерой интерпретации.

Впервые я научился управлять психотерапевтическим взаимодействием с помощью пробной идентификации с пациентом при наблюдении за клинической практикой людей, которых я супервизировал. Со временем я научился использовать две точки зрения одновременно, — точку зрения пациента и свою собственную, а не действовать различными голосами в музыкальной полифонии.

Такая способность быть одновременно в двух местах — в «гaloшах» пациента и в своей «коже» — может развиться, когда психотерапевт обретет способность синтезировать эти явно парадоксальные состояния эго. Именно здесь, по моему мнению, на первый план выступает перерабатывающая функция внутреннего супервизора. Это больше, чем самоанализ, больше и чем самонаблюдение.

Внутренний супервизор и игра

Уинникотт указывал, что:

«психотерапия работает на пересечении двух игровых зон: области пациента и области психотерапевта. Если психотерапевт не умеет играть, он не подходит для такой работы. Если пациент не умеет играть, то нужно сделать что-то, чтобы пациент смог это делать, после чего можно начинать психотерапию. Игра необходима потому, что именно в игре пациент раскрывается творчески».

(УИННИКОТТ, 1971:54).

Я рассматриваю игру как одну из функций внутреннего супервизора, и именно с помощью игры психотерапевт может подключиться к творчеству пациента. Здесь же он может обнаружить равновесие между тем, что он знает о природе бессознательного, и заблуждениями преждевременных предположений.

Противостояние предвзятости: аналогия из геометрии

Хочу привести пример творческой игры на воображение в связи с психотерапией. Также проиллюстрирую то, как могут существовать несколько различных вариантов «исходного» образа (или значения). Обычно, такой «исходный» образ вспоминается, когда мы узнаем, что бессознательная деривативная (производная) коммуникация частенько использует защитные формы отсылок (рефренций) — такие, как расщепление и просекция, смещение и обратное пересмещение и т.д. Здесь мне хотелось бы проиллюстрировать некоторые из этих процессов с помощью произвольной фигуры из геометрии.

Предположим, например, что мы пытаемся придать какой-то смысл предложенной фигуре с помощью трех отрезков одинаковой длины (рис.2). Предположим также, что эти отрезки пересекаются, причем два из них образуют угол в 60 градусов, а третья линия проходит под прямым углом. Если мы хотим найти здесь треугольник, то можем рассматривать в качестве ключа к этой фигуре два отрезка

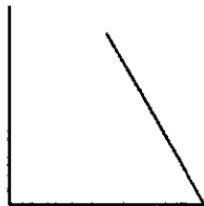


Рис. 2

под углом в 60 градусов. Отрезок, проведенный под углом в 90 градусов, тогда в расчет приниматься не будет. Играя с ним как с воображаемым объектом (рис.3), можно думать об угле в 90 градусов как о смещенному угле, — возможно представляющем защитную потребность в том, чтобы не демонстрировать форму треугольника в незамаскированном виде. Если принять такое объяснение, мы начнем думать о том, что перед нами «действительно» производное представление равностороннего треугольника.

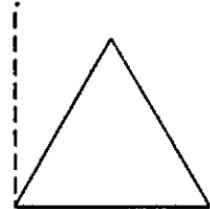


Рис. 3

Если иметь аналитическое предрасположение искать эдипов материал, то будет легко сформулировать некоторую треугольную интерпретацию, рассматривая этот «обнаруженный» треугольник как представленный в виде защитной реакции. Можно думать об исходной фигуре как производной скрытого треугольника, на которую ссылаются не прямо, но косвенно.

Однако, если мы еще раз посмотрим на нашу воображаемую форму, то сможем в отличие от первого варианта сориентироваться на прямой угол и рассматривать уже угол в 60 градусов как отклонение, — возможно, от другого прямого угла (рис. 4). Тогда у нас получится производная от квадрата, одна сторона которого не выявлена. И здесь мы либо видим «М» квадратной формы (или «контейнер»),

либо, наоборот, следует говорить о «крышке», в том случае, если не ограничиваться только понятиями геометрии.

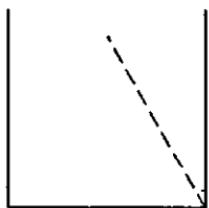


Рисунок 4

Именно о такой способности к игре с образами пациента говорил Байон, когда рассматривал аналитическое применение «мечтательности», «фантазирования» (БАЙОН 1967б: глава 9). Он также привел графическую иллюстрацию этого в своей работе, представленной в Британском Психоаналитическом Обществе (1979, неопубликовано). Он показал нам, как пришел к конкретному вопросу пациента «Почему?» в контексте сна пациента, в котором на спящего смотрела толпа людей, стоящая на лестнице. Форма толпы образовывала букву «Н».

Несфокусированное слушание

Прежде чем дать пример использования внутреннего супервизорства, мне хотелось бы ввести понятие «несфокусированного слушания». Я рассматриваю его как первый шаг от известного «равномерно распределенного внимания», следовать которому призывают всех аналитиков в ходе их общения с пациентом.

Когда я думаю, что начинаю понимать сообщения, получаемые во время аналитического сеанса, то нахожу, что избегать предвзятых идей и положений мне помогает изначальное абстрагирование от знакомых тем, возникающих в предлагаемых пациентом сообщениях и образующемся, таким образом, контексте разговора. Помимо этого, даже выслушивая определенные темы, ядерживаю в виду бессознательную симметрию, что помогает мне выявлять различные возможные значения.

Например, если пациент говорит: «Мой начальник недоволен мной», то мысленно это можно абстрагировать как

«кто-то недоволен кем-то». Тогда не совсем ясно, *кто же кем недоволен*, и возникает более широкая возможность творчества, нежели в жестких рамках полученного сообщения. Это можно рассматривать как констатацию, изложенного объективно факта; или как ссылку на раздражение пациента, спроецированное на своего начальника; это выглядит и как смешенная ссылка на перенос, в котором сам терапевт рассматривается как чем-то недовольный; или же это может быть косвенным намеком на то, что пациент недоволен психотерапевтом. На практике такое уравновешивание различных потенциальных значений должно быть интегрировано в нормальный процесс внутреннего супервизорства.

Внутреннее супервизорство на практике: упражнение в применении

Здесь я прибегну к случаю из клинической практики, как «упражнению», поскольку мы можем научиться лучше распознавать различные клинические методы, когда на нас не давит то, что присутствует во время реального сеанса терапии. Однако такой пример нельзя рассматривать как модель для сознательного и активного мониторинга или в качестве непременной интерпретации во время сеанса; нельзя допускать, чтобы что-то препятствовало «свободному потоку внимания» на психотерапевтической сессии.

Для того, чтобы можно было прийти к более глубинному использованию внутреннего супервизорства в компании с пациентом, очень полезно использовать клинический материал, не относящийся непосредственно «к делу» (или, пользуясь терминологией Уинникотта, «сыграть с ним»). Музыкант играет гаммы или занимается техникой игры, с тем чтобы это стало естественным элементом его манеры музыкальной игры. Так же происходит и в психотерапии: когда психотерапевт «создает музыку», работая с пациентом, он не должен заботиться или думать о технической стороне вопроса. Такая техника может быть достигнута с помощью больших временных затрат, но вне кабинета, при работе с клиническим материалом. Тогда в присутствии пациента, когда это необходимо больше все-

го, процесс внутреннего супервизорства осуществляется гораздо легче.

Пример 2.1

Вдова (Миссис Ж.) лет сорока с небольшим приходит на сеанс и «с порога» заявляет психотерапевту—мужчине следующее:

Пациентка: Я все думаю, не пойти ли к гадалке. (Пауза). Я нашла у Джона на полке книгу под названием «Отец и сын». Помню, он говорил, что книга для него очень важна, но не помню сейчас, что конкретно он говорил. Я как-то начала ее читать, но вчитаться так и не смогла. Наверное, когда-то надо будет ее прочесть. (Пауза). Я читать люблю, особенно Пруста. Это Джон меня познакомил с ним. Это хорошо. Недавно стала его перечитывать. Во всяком случае, это с пользой займет некоторое время. (Пауза).

Мне снился сон. Я видела девушку, которая попала в трудное положение — она оказалась в быстрой реке. Я видела, что она тонет, и думала о том, чтобы броситься в реку и помочь ей выбраться. Но проснулась прежде, чем успела что-либо предпринять. (Пауза). Интересно, не правда ли, что когда тонешь, перед тобой снова проходит вся твоя жизнь? Мне кажется, для этого слишком мало времени. Но наш разум — вещь странная. Возможно, мы никогда так и не узнаем, сможем ли увидеть так ясно свою жизнь, пока действительно не станем тонуть.

Пассивное воспоминание

Я намеренно не воспроизвел предысторию данного эпизода, поскольку хочу проиллюстрировать пользу применения сессионного материала для того, чтобы вызвать определенные воспоминания о предыдущей работе с пациентом. Это помогает психотерапевту начинать дело без предвзятых мыслей, коренящихся в предыдущем сеансе. Парадокс, конечно, заключается в том, что нам все же необходимо некоторое представление о развитии процесса любой психотерапии, и в то же время мы должны уметь откладывать его в сторону и вспоминать лишь тогда, когда это необходимо.

Здесь следует вспомнить, что муж миссис Ж. (Джон) умер меньше года назад, и недавно (из предыдущего сеанса) она решила купить дом за пределами Лондона. В качестве причины она называла свое желание уехать от постоянных напоминаний о Джоне в доме, в котором они прожили с тех пор, как поженились; она хотела, чтобы ее сын (единственный ребенок) пошел в среднюю школу неподалеку от того места, где пациентка решила поселиться. Мальчик должен был пойти туда после летних каникул.

Решение миссис Ж. уехать из Лондона возникло внезапно, всего через шесть месяцев после начала сеансов психотерапии. Поэтому мы могли задаться вопросом, не боится ли она погрузиться в более глубокие переживания и не может ли данный шаг содержать в себе бегства в здоровье. (Причины, на которые она указывала, были явно для нее важны, поэтому психотерапевт не хотел анализировать этот шаг, чтобы пациентка не восприняла интерпретацию как попытку проконтролировать ее решение).

В тот момент до начала летнего отпуска психотерапевта оставалось всего пять недель, и миссис Ж. планировала завершить свой курс к его началу. Такое завершениеказалось преждевременным и внезапным, но до описываемого сеанса она открыто не говорила о других своих намерениях.

Выделение тем

Когда мы «играем» с клиническим материалом с помощью несфокусированного слушания, можно заметить, что постоянно возникает несколько тем. Слова о гадалке предполагают желание знать будущее. Однако, если мы применим понятие бессознательной симметрии, то в данном случае нам может прийти в голову мысль о возможной первичной эквивалентности прошлого и будущего (*primary process*). Тогда тема бессознательного увязывается с желанием установить контакт *с кем-то, с кем трудно связаться, или с кем-то, с кем невозможно связаться* (в прошлом или в будущем). Мы не знаем, относится ли это прежде всего к мужу, к психотерапевту, воплощающему представление о муже, или к самой психотерапии. Гадалка, кроме того, может быть бессознательной метафорой желания пациента иметь другого психотерапевта, либо из-

за неизбежного перерыва в курсе терапии (отпуск), либо поскольку пациентка, возможно, чувствовала, что именно этот психотерапевт недостаточно проницателен.

Есть несколько деталей, касающихся темы *чего-то незавершенного*. Например, книга, которая прочитана лишь частично. Это может относиться с равной степенью вероятности к незавершенным отношениям с мужем, либо к психотерапии, курс которой миссис Ж. прошла лишь частично, либо и к тому и к другому. Можно также отметить, что во сне миссис Ж. начинает чувствовать, что ей следует броситься в воду, чтобы спасти тонущую девушку, но она просыпается прежде, чем выполняет это. Смерть мужа оставляет незавершенным многое: сами брачные отношения и отношения Джона с их сыном; и название книги тоже может стать еще одной бессознательной точкой опоры.

Есть также явный намек на *потерянное время*, поскольку миссис Ж. говорит о книге Пруста «В поисках утраченного времени». Потерянное время явно может относиться к внезапно прерванной семейной жизни, но также наталкивает на мысль о курсе психотерапии, который вскоре должен оборваться. Возможно, у нее еще не было достаточно времени, чтобы разобраться в болезненных переживаниях, испытываемых ею. Миссис Ж. указывает, что она мысленно проводит нечто вроде самотерапии; чтение Пруста заполняет долгие часы. Здесь и желание восполнить потерю времени, вновь пережить прошлое, возможно, сохранить живые воспоминания. Вероятно, миссис Ж. думает о том, как еще можно вспомнить всю свою жизнь. Нужно ли быть на грани смерти, утонуть, чтобы это выяснить? Воспоминание — еще одно указание на то, что она думает о том, будет ли для них достаточно времени, может быть, тем самым она намекает на близкий конец курса психотерапии.

Мы можем думать и об отношениях отец-сын. Применив симметрию, мы видим, что имеем дело с *отношением родитель-ребенок*. Относится ли это только к ее сыну и его умершему отцу? Может ли подобное отношение касаться ее как ребенка и ее же собственного отца? (Отец пациентки умер от сердечного приступа, когда ей было двенадцать лет). Вполне возможно, что она идентифицирует себя с сыном и его переживаниями. Они оба потеряли

отцов, примерно в одном возрасте и при сходных обстоятельствах. Можно подумать о переносе. Представляет ли в данном случае психотерапевт ее отца, поскольку она потеряяет психотерапевта прежде, чем будет к тому готова? Образ потери явно прослеживается во всех трех областях ее жизни, как если бы действовал какой-то повторяющийся мотив, который невозможно остановить. Это видно и в ее детстве, в замужестве и теперь во время психотерапевтического курса.

Действительно ли преждевременное завершение курса психотерапии столь неизбежно? Воспринимает ли это подобным образом психотерапевт? Ведь, вообще-то говоря, миссис Ж. могла бы спокойно приезжать и в Лондон. От Лондона до ее нового дома всего час езды. Возможно, в ее сне содержится намек на психотерапевта, который воспринимается как некто, кто колеблется, прежде чем броситься кого-то спасать. Наверное, Утопающего.

Выбор интерпретации: несколько примеров

Конечно, есть множество вариантов ответа на данный материал. Работа внутреннего супервизора включает в себя определение того, что может лучше всего служить интересам пациента и процессу психотерапии. Я приведу различные варианты, расширив спектр возможных версий. Версии эти могли бы сразу же возникнуть, если бы я позволил себе «период колебаний» (УИННИКОТТ, 1958: глава 4), прежде чем заговорил.

Психотерапевту нужно время для размышлений, но человеческий разум может работать и очень быстро (разум тонущего человека); пока сам психотерапевт не почувствует себя тонущим в количестве (или под воздействием) того, что говорит пациент. Если же он чувствует перегрузку, часто бывает полезно вначале прислушаться к форме сообщения (его чистому весу или объему), прежде чем он рискует потеряться в детальном содержании.

Значение подробностей в психотерапии

Весьма распространенным способом интерпретации в данном случае может быть проигрывание вновь самих подробностей того, что сообщает пациент, и соотнесения этого

с терапией. Но когда разворачивается всеохватывающая картина, то происходящее делается более похожим на лекцию, нежели на интерпретацию. К примеру, мне доводилось слышать некоторые ответы на слова пациента, звучавшие примерно так:

«Я думаю, вы хотели бы, чтобы я был ясновидцем и мог ослабить ваше беспокойство по поводу будущего. Помог узнать, что там вас ожидает. Кроме того, как и в случае с книгой, которую вы только что начали читать, вы думаете о том, что останется «непрочитанным», если курс психотерапии завершится преждевременно. Сейчас у нас нет времени, чтобы более тщательно рассмотреть вашу прошлую жизнь или ваше будущее. Итак, возможно, что в вашем сне тонущий человек — это вы сами. Это предполагает, что я представляю человека, который колеблется, прежде чем броситься вам на помощь. Вместо того, чтобы продолжать курс терапии, вы планируете читать Пруста в одиночестве, что может представлять попытку быть психотерапевтом самой себе, вспоминая как можно больше из своей прошлой жизни и делая это совершенно самостоятельно».

Это освещает большую часть из того, что говорила пациентка, и вполне четко суммирует сказанное для психотерапии. Возможно даже, что все это правильно. Однако, внутренний супервизор помогает нам осознать, что здесь нет фокуса. Его отсутствие обнаруживается еще отчетливее, если использовать пробную идентификацию. Что может ответить пациентка? Предположим, она скажет «Да» в ответ на всю эту длинную интерпретацию, но на что конкретно указывает это «Да»?

Можно также предположить, что на пациентку буквально обрушивается такая всеобъемлющая интерпретация. Она либо окажется под впечатлением мастерства психотерапевта, соединившего всю последовательность таким эффектным образом (если, конечно, все совпало с действительностью), либо будет раздражена основным предположением о том, что все связано с психотерапевтом, как будто так и должно было быть.

Подобный стиль интерпретации вряд ли интенсифицирует психотерапевтический процесс. Он не оставляет для пациентки возможности предложить свои версии, помочь

определить, что из сообщенного ею наиболее для нее важно на данном этапе психотерапии.

Полная интерпретация переноса

То, что я называю здесь *полной* интерпретацией переноса, это такая интерпретация, при которой можно соединить три элемента, обычно соединяющихся в динамически завершенной интерпретации переноса: а) нынешняя жизнь пациента; б) терапевтическая взаимосвязь; в) прошлое пациента. (NB. Часто забывают, что иногда требуется несколько сеансов или даже недель, прежде чем пациенту может быть убедительно предложена полная интерпретация переноса, базирующаяся на снах или иных сообщениях).

В данном случае интерпретацию переноса можно сформулировать, соединив следующие элементы переживаний пациентки: ее теперешнюю жизнь (под постоянным воздействием смерти ее мужа); ее детство (смерть отца); терапевтическую взаимосвязь (приближающееся завершение курса терапии). Таким образом, мы можем интерпретировать:

«Вас беспокоит повторяющаяся схема (паттерн) преждевременного конца: смерть мужа, а в детстве — смерть отца, и, возможно, теперь, я представляю для вас мужа и отца, по мере того, как близится конец терапевтического курса».

Думается, что многие восприняли ли бы такую интерпретацию как вполне приемлемую или, для данного случая, даже необходимую. Она более сфокусирована, нежели предыдущая, поскольку предполагает более четкое выделение тем и объединение их вокруг единого фокуса — вопроса о преждевременном окончании чего-либо.

Наше внутреннее супервизорство, однако, должно указывать на предсказуемость такой интерпретации. Это почти стандартный комментарий, и пациенты, которым регулярно предлагаются интерпретации такого рода, каждый раз ожидают от психотерапевта именно этого, что бы при этом они ни говорили. Пробная идентификация с пациентом может помочь нам определить, когда пациент может ответить: «Я думал, что вы можете это сказать». Это не является доказательством точности интерпретации, но служит лишь свидетельством ее предсказуемости. А тера-

певтам нет особой нужды говорить пациентам то, что они уже знают и сами.

Возможно, что на этом сеансе пациентка сможет воспользоваться именно этой интерпретацией переноса, оказывающего на нее воздействие. То обстоятельство, что прерывать курс психотерапии вовсе не обязательно, может возникнуть из данной интерпретации. Кроме того, пациентка, возможно, в первый раз может осознать степень влияния смерти мужа на психотерапевтический процесс до такой степени, что она думает закончить его раньше времени.

Мой главный союзник, в данном случае, время. Будет более убедительным, если психотерапевт подождет, пока прояснится необходимость для пациентки именно такой интерпретации. Тогда она прозвучит более естественно.

Глубочайшее беспокойство

Еще одной возможной интерпретацией, направленной на самое глубокое переживание пациентки в данной последовательности, может стать бессознательное, скрывающееся в ее сновидении. (Нам следует знать, что миссис Ж. была чрезвычайно недовольна больницей и врачами, сделавшими, по ее мнению, недостаточно усилий, чтобы спасти ее мужа).

В сновидении можно усмотреть некоторый намек на действие по спасению жизни, действие, которое не совершилось. Есть и более ранние признаки спроектированной вины у миссис Ж. — ее обвинение других. (Психотерапевт слышал ранее, как она жалуется, что не поняла своевременно, как легкий сердечный приступ может так скоро и с таким трагическим исходом повториться. Она считала, что муж поправился в большей степени, чем это оказалось на самом деле. Какое было облегчение, когда они смогли вернуться к нормальной жизни после того, как муж оправился после первого сердечного приступа).

Итак, бессознательная вина миссис Ж. и заблуждение относительно степени выздоровления мужа после его возвращения к нормальной жизни. Не винит ли она себя за то, что не осознала всю степень опасности для него? Не представляет ли тонущая девушка (в сновидении) образ мужа, жизнь которого подвергалась риску? Не представляется ли

во сне ее муж в образе девушки, поскольку неприкрытая правда, в данном случае, оказалась бы слишком болезненной для самой пациентки? Если думать так и полагать, что пациентке следует испытать эту боль и свою бессознательную вину, то можно сказать:

«Я думаю, что вы вините себя за то, что видите свою роль в смерти мужа, то есть чувствуете, что могли бы сделать что-то, чтобы его спасти. Поэтому в сновидении присутствует тонущий у вас на глазах человек, и вы просыпаетесь, прежде чем успеваете чем-то помочь».

Здесь возникает техническая проблема. Если психотерапевт начнет интерпретировать некую предполагаемую бессознательную вину раньше времени, пациентка может понять это как намек на то, что она должна ощущать вину. Если он утверждает, что видит признаки бессознательной вины, или допускает причину такой вины до того, как пациентка сама это осознает, тогда подобное утверждение психотерапевта уже нельзя рассматривать просто как проекцию или перенос пациентки.

С помощью пробной идентификации можно явственнее почувствовать, действительно ли пациентка готова к терапевтическому разговору о возможной бессознательной вине; или такой фокус при интерпретации лишь навяжет ей ощущение вины и не оставит времени в ходе этого сеанса или даже в течение всего курса для проработки этой вины (*working through*)? Рассматривая возможность такой интервенции, причем с позиций пациентки, можно сохранить осторожность и воздержаться от интерпретации, связанной с бессознательной виной.

Поиск перехода к интерпретации

Важно, чтобы психотерапевты находили такие способы интерпретации, которые не препятствовали бы свободному течению мысли самих пациентов. Важно также, чтобы интерпретации не предвосхищали чувства пациента, не вмешивались в то, что он начинает испытывать, или предсказывали то, что пациент еще не начал чувствовать. Поэтому иногда может быть так, что достаточных данных для интерпретации как таковой и нет. Это не означает, что психотерапевты обязательно задают вопросы, чтобы по-

лучить недостающий материал. И не означает, что они, напротив, просто молчат, ожидая появления новых данных. Иногда пациенту легче продолжать, когда терапевт так или иначе дает понять, что он внимательно следит за всем.

Поэтому иногда вместо интерпретации психотерапевт ищет промежуточную ступень, на которой может лучше сфокусироваться то, что говорилось раньше. Это в максимальной степени позволяет пациенту свободно продолжать развивать свою мысль в любом направлении, а не только по пути, указанному комментариями психотерапевта.

В нашем случае, например, мы не можем утверждать, что сон о тонущем человеке непременно соотносится с психотерапией, а не с чем-то другим. Если психотерапевт забыл или не знал, что вскоре предстоит годовщина смерти мужа пациентки, было бы преждевременно утверждать, что ее подавленное состояние связано, в основном, с психотерапевтом. По всей видимости, на данном этапе предпочтительнее не говорить о какой-либо связи с терапевтом вообще, даже если это и близко к истине. Резоннее поискать другой более нейтральный способ выделения тем. Можно поговорить на тему незавершенных дел. Или выделить чувство острой необходимости в сновидении. Важно показать, что мы осознаем предмет беседы, говоря примерно следующее:

«Проанализировав то, что вы мне сказали, я заметил, что неоднократно упоминались вещи, оставшиеся незаконченными; в сновидении о тонущем человеке присутствует также и чувство острой необходимости».

От такого нейтрального обзора пациентка может перейти к вопросу о том, завершать ей курс психотерапии или нет; либо она может удивить нас, перейдя прямо к разговору о печальной годовщине. Далее это может привести — или не привести — к предполагаемому завершению курса психотерапии. Если не приведет, то мы можем заново почувствовать, как важно то, что мы предложили способ, с помощью которого пациентка может осознать это сама; важно, чтобы ее к этому не подталкивали. Следующим переходным комментарием может быть такой:

«Вопрос, который вы, возможно, задаете себе во сне, заключается в том, неизбежно ли, что все обрывы до срока

окончательны. Невозможно остановить быстротекущую реку, но можно спасти девушку, не дать ей утонуть».

Наиболее острое беспокойство

Одним из способов фокусировки интерпретации в нашем случае может стать концентрация ее вокруг чувства безотлагательности, которое явственно обозначено в сновидении. Появляется призыв к какому-то действию, к спасению кого-то, извлечению утопающего из воды. Непосредственным контекстом для данного сна, возможно, является факт истечения срока психотерапии.

Если мы чувствуем, что пациентка нуждается в осознании саморазрушительности в её преждевременном завершении психотерапии и для этого остается не так уж много времени, то можно сказать пациентке:

«Мне кажется, вы беспокоитесь по поводу приближающегося окончания курса терапии. Время на исходе, но ничего не меняется, и вы, возможно, думаете, сделаю ли я что-нибудь, чтобы предотвратить то, что (в вашем сне) олицетворяет тонущий человек».

Наша пробная идентификация в данном случае подсказывает, что следует подождать, прежде чем предлагать такую интерпретацию. Возможно, пациентка ждет от психотерапевта, что он уговорит ее не бросать курс психотерапии. Если бы он стал действовать в соответствии с этим желанием, она могла бы воспринять это как манипулятивно-руководящее или даже соблазняющее действие с его стороны. Но она могла бы прийти к этому и самостоятельно, с помощью частичной интерпретации, описанной в предшествующем разделе (стр. 63-64).

Психотерапевту пришлось бы сопоставлять всевозможные про и contra, завоевания и утраты для пациентки. Если он не будет слишком спешить с тем, чтобы подталкивать ее к осознанию необходимости продолжать курс лечения, возможно, она придет к этому и сама и тогда более ясно воспримет любое решение продолжать терапию как свое собственное. С другой стороны, если отрицать саморазрушительность пациентки, то это будет равносильно ситуации, когда психотерапевт просто сидит сложа руки и не работает с ней. Ему придется определить, насколько

пациентка сама готова осознать свою саморазрушительность, или степень ее бессознательного сопротивления увидеть это, прежде чем решить, стоит ли спорить с ней. В зависимости от конкретного пациента, в нашем случае, можно избирать совершенно разные линии поведения.

Я предложил пять различных способов реакции на данный материал, и, конечно, есть еще и другие варианты. Ни один терапевт не в силах сознательно проиграть так много возможностей (даже про себя) в пределах одного сеанса, если только не получается так, что сам пациент дает время для этого. И тем не менее некоторые из этих размышлений могут быть сделаны по ходу дела, хотя бы только и на подсознательном уровне. Всегда важно, чтобы психотерапевты учились использовать альтернативные способы реакции.

Здесь приведен пример того, что я называю «играть гаммы» на клиническом материале, для иллюстрации некоторых технических вопросов. Если психотерапевт не будет спешить с интерпретацией, внутреннее супервизорство позволит легче выработать решение, которое будет доступно вбирать в себя возможные варианты.

От супервизора к внутреннему супервизорству

Переход от изначальной зависимости от внешнего супервизора через интернализованного супервизора (воспринимаемого изнутри) к более независимому внутреннему супервизорству — процесс длительный, и подчас он не проходит гладко. Для иллюстрации некоторых этапов такого развития я приведу небольшие клинические примеры каждого этапа.

Внутреннее супервизорство отсутствует

Пример 2.2

Пациентка приходила на сеансы три раза в неделю к психотерапевту-мужчине. Всю первую половину сеанса она обрушивала на психотерапевта подробности своей депрессии, сексуальной неразборчивости, сцен насилия и т.д. Присутствовало общее ощущение полного отсутствия сдержанности или контроля.

Психотерапевт молчал не в силах найти какой-либо содержащий смысл комментарий, чтобы повести аналитический процесс. Затем пациентка останавливалась и шла в туалет, что она проделывала каждый раз в ходе сеанса. Вернувшись, она закрывала дверь и, как правило, меняла тему разговора.

Комментарий: Психотерапевт мог бы освободиться от ощущения парализованности, если бы прокомментировал саму форму, в которую облекалась речь пациентки, то, как она обрушивает на него подробности и как испытывает потребность избавиться от своего беспокойства (в туалете), как обозначение ее страха, что терапевт не сможет предложить ей облегчение или сдержанность, которые она так отчаянно ищет.

Сеанс продолжался следующим образом:

Пациентка: Я не могу спать, если все окна и двери не закрыты плотно.

Психотерапевт: С вашей матерью было так же?

Пациентка: Да... (Далее следуют многочисленные подробности).

Комментарий: Может быть, упущена важная возможность проследить за речью пациентки, когда терапевт уводит разговор в сторону, создавая новый центр внимания. Поэтому, когда психотерапевт указывает пациентке на прошлое (в качестве переносной интерпретации), хорошо бы проверить, не пытаются он или она избежать напряжения беседы с помощью защитного маневра ухода в прошлое.

Обсуждение: Представляя этот материал на супервизорство, психотерапевт был вначале доволен значимостью новой подробности детства пациентки, прояснившейся в результате единственного вопроса. Ведь, в конце концов, терапевтам говорят, что одним из показателей эффективной интерпретации является получение от пациента нового материала. Однако, если разобрать данную последовательность с точки зрения взаимодействия, распределив проблемную интерпретацию в равной степени между терапевтом и пациенткой, мы приедем к совершенно иной трактовке этого случая.

Еще до первого вмешательства психотерапевта мы видим, что поведение пациентки на сеансе напоминает ее жизнь за пределами кабинета. Она излагает подробности, скорее, для того, чтобы выговориться, а не для того, чтобы что-то сообщить, и предлагаемые темы не связаны со сдерживанием: в разговоре превалируют сексуальные и агрессивные сюжеты. Моя пробная идентификация, в данном случае с психотерапевтом, выявляет давление, которое он испытывает со стороны пациентки. Затем пациентка уходит, чтобы избавиться от своего дискомфорта, в туалет. Здесь ощущение неудобства преодолевается с помощью действия. Сдерживания нет.

После возобновления сеанса первое сообщение пациентки (вербальное и не вербальное) касалось дверей и окон. Это могло символизировать сдерживание, которое ей было так необходимо. Она указывает на плотно закрытые двери и окна, обеспечивающие ей чувство уверенности. Однако психотерапевт думает, что ему делается намек, и решает проверить «симптоматическое поведение» в свете детства пациентки. Поэтому он задает вопрос о матери.

Если выслушивать это с интерактивной позиции (с точки зрения взаимодействия), то можно почувствовать, какова бессознательная коммуникация терапевта пациенту. В этом вопросе есть ряд специфических особенностей. Пациентку вынуждают к ответу, задавая вопрос с нажимом. (Ощущает ли давление сам терапевт, переносит ли он это давление на пациентку, то есть защищается бессознательно?). Вопрос отвлекает пациентку от настоящего и переносит в прошлое. (Терапевту нужна отдушина, чтобы отвлечься от предыдущего материала на сеансе?). Пациентка переносит внимание с психотерапевта на мать. (Есть ли здесь какое-то неудобство для психотерапевта в его психоаналитическом взаимодействии?). Таковы возможные причины, в данном случае, приведшие к смешению фокуса аналитической беседы.

Если пациентка следует по направлению, бессознательно указываемому ей психотерапевтом, то возможно, что вместе с ним она ищет избавления от чего-то, с чем им обоим трудно справиться в настоящем. Если бы психотерапевт воспользовался собственной пробной идентификацией, возможно, он получил бы ключ к переориентации всей последовательности аналитического процесса. Паци-

ентка же реагирует на уводящее в сторону направление, предложенное психотерапевтом.

Поэтому то, что она с готовностью дает новую подробность, не обязательно указывает на то, что вопрос был задан удачно. Напротив, это может означать защитную реакцию со стороны обоих, когда они вместе уходят в прошлое, где чувства уже не так остры и где описываемые подробности не относятся непосредственно ни к пациентке, ни к психотерапевту. Разговор о патологии у матери может стать уходом из настоящего и из отношений пациентки и психотерапевта, — причем не все в этом уходе связано с переносом. Кроме того, пациентка заметит, что отход от настоящего был подсказан психотерапевтом, и, в результате, трудносодержимое для пациентки станет невозможносодержимым для психотерапевта и пациентки вместе.

Использование интернализованного супervизора

Пример 2.3

Психотерапевт, работавшая с пациентом-мужчиной, уже в начале лечения обнаружила, что проявляла слишком большую активность на нескольких сеансах. Это показалось ей реакцией на характерную пассивность, с которой пациент относился к жизни, включая вопрос об отношении к психотерапии.

Во время сеанса, предшествовавшего приходу терапевта-супервизора, произошел следующий диалог:

Пациент. Я не помню, на чем мы остановились в конце предыдущего сеанса.

Терапевт. Может быть, если вы немного спокойно подумаете, то сможете вспомнить.

После наблюдений за сеансом, я сказал, что данный ответ мог закрепить возникшее у пациента мнение о том, что он должен пытаться связывать один сеанс с другим. Мысль о том, что следует оставаться в настоящем, к чему бы это ни приводило, еще не стала ясной пациенту.

Следующий сеанс начался следующим образом:

Пациент. Я пытаюсь думать спокойно, может быть, это поможет мне вспомнить прошлый сеанс. Но я не уверен, что это поможет.

Терапевт. Возможно, в прошлый раз я ориентировала вас неверно своими словами. Я хотела лишь сказать, что в психотерапии неважно, связан ли прямо один сеанс с другим или нет. Можно начинать с чего угодно, и посмотрим, куда это приведет.

Пациент. Ну что ж, я сейчас думаю о том, чтобы научиться плавать с помощью старшей сестры. Она очень хорошо понимает, когда меня надо держать, а когда отпускать, чтобы я плыл самостоятельно. То же самое было, когда я учился кататься на велосипеде. Вначале она придерживала руль и седло, когда я ехал. Потом она держала только седло, а я рулил; позже она стала отпускать меня, и я ехал самостоятельно.

Обсуждение: Пациент среагировал немедленно, и его реакции были воспоминания, связанные с необходимостью перехода от такого состояния, когда кто-то направляет или поддерживает его (что, в любом случае, является формой контроля), к тому, когда его отпускают — так что теперь он может более свободно, независимо и активно использовать процесс психотерапии, чем это происходило до сих пор.

Данный пример показывает, как психотерапевт опирается на анализ предыдущего сеанса (с помощью интернализованного супервизорства). Воспринимая и реагируя на слова пациента, во время следующего сеанса, она демонстрирует, что начинает формировать и использовать собственное внутреннее супервизорство.

Использование внутреннего супервизорства

Для того, чтобы показать применение внутреннего супервизорства в других случаях, помимо психотерапии или анализа, я приведу здесь материал из своего прошлого опыта социального работника.

Пример 2.4

Тедди, как его называла мать, было двадцать четыре года, когда я впервые встретился с ним. До этого ему был

поставлен диагноз: кататоническая шизофрения, и он лечился дома с помощью стелазина. Еще раньше он находился в психиатрической больнице, но мать настояла на том, чтобы забрать его домой.

Мать Тедди попросила меня посмотреть его, поскольку почувствовала, что, возможно, он стал что-то воспринимать; Тедди начал давать односложные ответы на вопросы. Я согласился встречаться с ним раз в неделю. Мать приводила его в мой кабинет и ожидала внизу, пока наступало время идти домой. Тедди напоминал малыша, которого водят в детскую группу.

В течение первых недель я смог получить от Тедди три типа различных односложных ответов: «Да», «Нет» и «Не очень». С помощью этих ответов и специальных наводящих вопросов, я смог узнать, что у него есть брат на четыре года младше его. Выяснить также некоторые подробности о его доме и школе и о работе в течение двух лет после окончания школы. По какой-то причине, остававшейся неясной, он был уволен с этой работы, после чего перестал говорить.

Внутреннее супервизорство: Несмотря на внешнее впечатление успеха в работе с Тедди — полученные подробности его жизни — я чувствовал значительные трудности, связанные с природой нашего с ним взаимодействия. По всей видимости, мои попытки использовать его молчание ни к чему не приводили, — активные вопросы давали лишь фактическую информацию.

Я представил себя на его месте и подумал, как бы я воспринял социального работника, непрерывно забрасывающего меня вопросами. Вскоре я осознал, что это напоминает преследование. Я как бы пытался пробиться через практически полный отказ Тедди от контакта с внешним миром; а то, что он отвечал, выглядело компромиссом между потребностью защититься от вторжения и давлением с моей стороны, оказываемым на него, чтобы он заговорил. Я решил попробовать применить иной подход.

Когда в следующий раз Тедди вошел в мой кабинет, я передвинул наши стулья с того места, где они стояли раньше (почти друг против друга), и поставил их почти

параллельно. Когда мы сели, я начал говорить, отчасти обращаясь к Тедди, отчасти говоря сам с собой.

Социальный работник. Я сегодня поставил стулья по-другому и попытаюсь объяснить, почему. Я думал о том, как бы я чувствовал себя на вашем месте, перед лицом социального работника, забрасывающего вас всеми этими вопросами. Я подумал еще, что, возможно, для нас обоих было бы легче, если бы я не сидел прямо напротив вас, как будто я хочу, чтобы вы обязательно смотрели на меня. (Молчание).

Когда я представляю себя на вашем месте, когда мне задают столько вопросов, я чувствую, как будто кто-то пытается проникнуть внутрь меня, — заставляет меня открыть такие мои стороны, которые я не хочу открывать. (Молчание). Мне кажется, меня окружают люди, которые пытаются заставить меня говорить, и я хочу спрятаться от них. Я также представляю себе, что я ни с кем не разговариваю, пытаясь тем самым выстроить стену вокруг себя, чтобы люди не могли за нее проникнуть. (Пауза).

К несчастью, до сегодняшнего дня я не осознавал, что возможно, вам необходимо иметь стену молчания, чтобы держать меня на безопасном расстоянии. (Тедди повернул ко мне голову и посмотрел на меня с интересом).

Тедди. Интересно, как вы об этом говорите. Я часто представлял себе, как я прячусь под крышкой люка в канализации, а люди хотят найти меня. А внизу проходят трубы. Я не боюсь канализации. Запах исходит от людей. Из-за них мне трудно дышать. Я задыхаюсь от матери. Она обращается со мной, как с маленьким мальчиком. Вы знаете, внутренне я мужчина. А она этого не осознает.

Я был поражен. Тедди не сказал практически ни слова более чем за два года. Единственным исключением были его односложные ответы, которыми он парировал вопросы окружающих. Теперь, совершенно неожиданно, он начал выражать свои мысли и чувства.

Обсуждение. Поставив себя на его место, я осознал, что Тедди испытывает потребность в защитном отстранении. Только когда я перестал быть «навязчивым объектом», он смог почувствовать, что может свободно со мной общаться.

Общаться с кем-то, кому он может что-то сказать. В особенности, я должен был осознать его потребность в про странственной отделенности в мире, который стал слишком навязчивым. Как и другие люди, я вначале реагировал на его молчание тоже очень навязчиво. Только с помощью пробной идентификации, перенеся его ощущения на себя, я осознал природу этого взаимодействия.

У нас впереди было еще очень много работы, но появилось то начало, от которого Тедди смог оттолкнуться. Через шесть месяцев он убедил мать, что его не нужно сопровождать. После он всегда приходил один, и начал говорить во время сеансов спонтанно, без всякой помощи. Через год он нашел себе работу в магазине игрушек. Там он мог общаться с детьми и родителями по-своему.

В дальнейшем в этой книге я приведу и другие примеры того, как внутреннее супервизорство используется клинически (или как его не смогли использовать). Я надеюсь показать также, как этот процесс должен вписываться в общий контекст работы. Слишком большой акцент на саморуководство может нарушить свободный поток внимания (см. глава 5). Но очень часто в работе аналитика можно избежать провалов, если научиться чувствовать, как пациент воспринимает психотерапевта, к примеру, так, как я это описал.

Примечания

1. В упоминаемой работе (первоначально предназначавшейся для социальных работников) я говорю о том, что если два человека работают вместе с семьей или с супружеской парой, важно определить «точку зрения наблюдателя», к которой любой работник может прибегнуть, когда он думает о том, что происходит во время аналитической беседы или разговора на терапевтическом сеансе. С этой точки зрения соответствующие социальные работники могут исследовать взаимоотношения между участниками и найти способы отражения бессознательных сторон семейных или супружеских отношений. Клиническая ценность этого последнего момента натолкнула меня на мысль об использовании подобной отстраненной точки зрения и тогда, ког-

да действует один работник или психотерапевт, и теперь я называю это «внутренним супервизором».

2. Возможно, читателю будет нелишне узнать, что все подробно разбираемые примеры из клинической практики в данной книге (главы 3, 5, 7 и 9) были написаны до того, как я сформулировал идеи, изложенные в этой главе. И именно работа с пациентами заставила меня более тщательно исследовать процессы, о которых я говорил здесь подробно.

3. О том, что я называю точкой зрения взаимодействия, я буду говорить в следующей главе.

Внутреннее супервизорство: упущения и исправления

В этой главе я хочу показать, как пациенты реагируют на ошибки психотерапевтов. Приводимый ниже пример — это случай, когда мне не удалось оставаться в профессиональной роли. Показательно, как пациент бессознательно способствует исправлению психотерапии, когда в ее атмосфере сгущаются разрушительные тучи.

Я использую данный клинический порядок следования еще и для того, чтобы показать различные лечебные перспективы, открывающиеся при рассмотрении под этим углом зрения терапевтических взаимоотношений. Углом зрения, который принимает во внимание бессознательное взаимодействие между пациентом и психотерапевтом, в свою очередь, в котором каждый реагирует на определенные шаги другого.

Общий очерк интеракционистской точки зрения

После публикации работ о контрпереносе Хайманном (1950) и Литльом (1951) все более общепризнанной становилась мысль о том, что отношения в процессе анализа — это такие отношения, при которых взаимодействуют два человека. Каждый стремится понять другого. Сознательно или бессознательно, но каждый влияет на другого. Этот подход к отношениям в процессе анализа имплицитно (а иногда и явным образом) присутствует в работах таких авторов, как Балинт, Уинникотт, Байон, Сандлер, Сиерлс и других. Лангс, со своей стороны, весьма подробно исследовал само явление.¹

Теперь уже нельзя говорить об аналитике как о человеке, который лишь наблюдает и интерпретирует, а о пациенте, единственно, как об объекте, осуществляющем в процессе взаимоотношений бессознательную коммуникацию

и поставляющим свидетельства о патологии. Пациенты не воспринимают аналитика как чистый экран. Они его изучают, а он стремится оставаться неизученным, и они же, пациенты, находят ключ к пониманию многих сторон личности человека, с которым имеют дело. Они чувствуют душевное состояние аналитика и реагируют соответствующим образом.

Аналитики и психотерапевты зачастую узнают о себе гораздо больше, чем сами осознают. Они могут не говорить о себе прямо, могут избегать личных вопросов, но от этого они, отнюдь, не остаются для пациента закрытой книгой. Как ребенок, ищущий на лице матери признаки удовольствия или знаки, указывающие на ее настроение, пациенты прислушиваются к аналогичным свидетельствам со стороны психотерапевта, а свидетельств таких предостаточно.

Пациенты следят за изменениями в характере поведения психотерапевта, отмечают расслабленность или суетливость во время сеанса. Они также обращают внимание на бессознательное значение, стоящее за его комментариями. Интервенции терапевта (вмешательство, участие) не всегда переводимы, интерпретативны, то есть не всегда делают сознательным то, что появляется из бессознательного пациента. Они могут быть директивными, предлагающими пациенту что-то чувствовать или делать, или интрузивными, навязывающими, как это имеет место при вопросах; либо они играют отклоняющую, уводящую роль, предполагающую смещение, изменение фокуса внимания. Последнее может свидетельствовать о том, что психотерапевт избегает чего-то трудного во время сеанса.

Пациенты отмечают, как и когда психотерапевт вмешивается. Они спрашивают себя, почему это откомментировано, а это нет и почему психотерапевт вмешивается именно тогда, когда он вмешивается, а не раньше или позже (или не вмешивается совсем). Пациенты чувствуют также беспокойство терапевта, когда он чересчур активен или слишком часто вмешивается во время сеанса. Точно также они задумываются о его длительном молчании, особенно тогда, когда происходит проявление сильных чувств пациента. Не подавил ли пациент психотерапевта?

По большей части бессознательно, а иногда и сознательно пациенты по-своему толкуют психотерапевта.

Иногда бессознательно они делают интерпретации психотерапевту на сеансе (ЛИТЛ, 1951:381). Когда терапевт выглядит защищающимся, его рассматривают также, как чувствующего угрозу. Это вызывает сомнения относительно его способности удерживать страсти пациента. Одной из возможных реакций пациента является защита терапевта и перенос более сложных чувств на других или интроективно против себя. Более благоприятной реакции оказывается противодействие защитной реакции психотерапевта, когда тот привлекает внимание пациента к тому, что упущено. Пациенты всегда замечают, насколько психотерапевт готов поддерживать связь с тем, что ему сообщается. Поэтому важно, чтобы психотерапевты отмечали те элементы интерьера в приемном кабинете, на которые пациент мог бы прореагировать. Именно в этом пробная идентификация может оказать существенную помощь терапевту.

Когда я говорю что-либо во время сеанса или ничего не говорю, то в любом случае воздействую на пациента. Поэтому мне нужно прислушиваться к тому, как пациент реагирует на меня. Следует учитывать, что его реакция, отчасти, может непосредственно не достигать моего сознания. Прислушиваясь к себе, ставя себя на место пациента, я в большей степени осознаю динамику нашего взаимодействия.

Пациенты, зачастую, реагируют двояко на поведение психотерапевта во время аналитического сеанса. На одном уровне они откликаются на внешнюю реальность, на другом — отвечают через опыт прошлого и свою внутреннюю реальность. Поэтому даже тогда, когда реакции пациента можно рассматривать как перенос, они часто запускаются (инициируются) внешними факторами, присутствующими или возникающими на лечебном сеансе (см. главу 5).

Из-за этого я часто не могу понять, что пациент пытается мне сообщить, пока не идентифицирую природу своей собственной роли в ходе того или иного сеанса, на которую, возможно, реагирует пациент. Когда же я выявляю триггеры (стартовые рычаги), приводящие в действие реакции пациента, то оказываюсь способным понять его по-иному (надеюсь), более точно, по существу. Отсюда я, словно слепой, пытаюсь слушать разнообразные звуки, доносящиеся до меня, после каждого шага, который я про-

извожу во время сеанса. Вот так я понимаю интеракционную точку зрения на слушание. Это помогает мне осознавать свое воздействие на пациента, в отличие от того, что исходит от пациента в его автономном независимом режиме. Я пытаюсь также отслеживать воздействия пациента на меня самого.

Использование интеракционной точки зрения имплицитно (в неявном виде) присутствует во всех главах этой книги. Я говорю об этом здесь, поскольку в данной главе (и в главе 5) привожу специфические примеры своих первых попыток слушать пациента таким образом. В главе 8 мы более подробно поговорим о природе бессознательных намеков и подсказок пациентов.

Введение к клинической презентации

Примеры из клинической практики — я пользуюсь ими для иллюстрации вопросов, составляющих тему данной главы — относятся к тому периоду, когда идеи, изложенные в главе 2, еще не были сформулированы. Поэтому внутреннее супервизорство как непременный компонент аналитического процесса еще не артикулировано. Раньше я использовал его, в основном, тогда, когда знал, что нахожусь в стрессовом состоянии, или когда пациент оказывался в кризисе. Еще предстояло понять, что остается необходимость направлять и планировать свою работу и тогда, когда психотерапевтический процесс проходил нормально. Из этого следует, что существуют две возможности причуд контрпереноса.

Когда бы психотерапевт не сталкивался с контрпереносом, необходим самоанализ для понимания, что же происходит и почему. Есть и необходимость следить за неблагоприятным влиянием контрпереноса на саму терапию; здесь интеракционная точка зрения особенно полезна, а в описываемом мной случае дело усложнялось отсутствием супервизорства. Можно увидеть, как пациентка обозначает различные уровни, на которых она респондирует (отвечает) на мои выходы из роли. Она также демонстрирует, сколь непосредственно она реагирует на мое участие в ее лечебном процессе.

Если бы я так и не осознал отреагирование своего контрпереноса, мое навязчивое (интрузивное) поведение

могло бы привести этот психотерапевтический процесс к резкому и разрушительному завершению. К счастью, я смог исправить это упущение, распознав бессознательную подсказку пациентки. Я легко мог упустить значимость ее намеков, если бы к тому времени уже не знал о способах, с помощью которых пациенты отражают свои восприятия бессознательного терапевта (ЛАНГС, 1978).

Предыстория сеанса²

Миссис А. было за 60, когда она начала курс психотерапии, проходивший раз в неделю. Говорилось о том, что у нее случаются острые приступы беспокойства на фоне колеблющегося маниакально-депрессивного настроения. Поначалу психотерапия не помогла, и пациентку госпитализировали. Психиатр, руководивший лечением, назначил фармакотерапию карбонатом лития. Позднее, по просьбе миссис А., еще находившейся в больнице, меня попросили возобновить курс психотерапии. На этот раз психотерапия возымела большее действие, и пациентку выписали домой. Довольно скоро вновь, по ее просьбе, ей разрешили принимать лекарства.

Миссис А. продолжала довольно успешно прогрессировать во многих отношениях. Приступы беспокойства прекратились, и уже в течение двух лет не наблюдалось неконтролируемых, таких как прежде, смен настроения. Сама пациентка была довольна успехами, был удовлетворен и я. Ситуация, однако, привела к более смягченному напряжению, и я, что называется, «отпустил тормоза» в тот период, который, казалось, предшествовал завершению курса терапии. В то самое время, я рационализировал сам лечебный процесс в сторону более реалистичных и обоядных отношений, все еще веря, что это поможет более легко проработать и прекратить отношение переноса. Больше я уже в это не верю. Здесь сыграл свою роль мой предшествующий опыт: как социального работника, так и неопытного психотерапевта.

В то время я не знал, что пациентку ждет кризис в ее супружеской жизни. Дома нарастало напряжение, поскольку муж полагался на готовность своей жены избегать конфликтов, подстраиваясь под его желания и требования. В ходе психотерапии миссис А. обнаружила, что может

быть гораздо более независимой со своим мужем даже ценой конфликта, и личностный рост создавал предпосылки для изменений в супружеских отношениях. В прошлом, уже были намеки на данную проблему, но более непосредственное представление этих семейных трудностей все откладывалось, пока я не вступил в период «отпущеных тормозов», о котором я уже упомянул.

Последние сбои в терапевтическом сюжете³

Приблизительно за два месяца до описываемого сеанса миссис А. как-то похвалила своего зубного врача (доктора Х.). Несмотря на то, что ей приходилось ездить к нему очень далеко, она уже много лет лечилась у одного и того же доктора. Он всегда был внимателен и аккуратен. С недавних пор миссис А. смогла совмещать еженедельные визиты к психотерапевту с посещениями зубного врача, его кабинет оказался прямо через дорогу от моей приемной.

Тут-то я и испытал контрпереносное удовлетворение, поскольку мне самому был нужен хороший зубной врач. Меня подкупило непредвзятое свидетельство в пользу его профессиональных заслуг, и я спросил ее, не могла бы она порекомендовать его мне, так как я ищу для себя хорошего зубного врача. Миссис А. с готовностью дала мне его адрес и сказала, что рада мне помочь. Она надеется, что доктор Х. понравится мне не меньше, чем ей.

Комментарий: Позднее, мы увидим типичное расхождение между сознательным удовольствием пациентки быть в чем-то полезной и ее бессознательным неудовольствием (негодованием, обидой) к смыслу этой просьбы, поскольку в основе последней заложено её внимание к моим нуждам. Мы также увидим, как исключение в одном часто приводит к другому.

За два сеанса до описываемого я попросил пациентку еще об одной услуге. Миссис А. говорила о том, как трудно си бывает уснуть и что она нашла магнитофонную запись, помогающую при бессоннице. Запись оказалась настолько эффективной, что она ни разу не дослушала ее до конца, поскольку засыпала.

Я заинтересовался на предмет прослушать запись. Миссис А. в ответ сообщила, что знает, где можно приобрести пленку с этой записью. Затем она правильно предположи-

ла, что, вероятно, я хочу попросить у нее пленку с записью на время. Лучше, если я прежде прослушаю запись, а затем решу, стоит ли ее приобретать. Она предложила принести эту запись для меня на следующий сеанс. Ее муж сделает для меня копию.

Комментарий: Ход терапевтического процесса совершенно отклонился от работы с пациенткой. Так же, как и в случае с зубным врачом, я прореагировал как завистливый ребенок. Каждый раз, как миссис А. сообщает, что у нее есть что-то хорошее, я хочу это что-то для себя и прошу пациентку дать это мне. Вряд ли пациентка пропустила тот бессознательный смысл, который был у меня связан с теми трудностями, которые у меня были в тот момент. Она могла подумать, не говорю ли я ей о своих проблемах с засыпанием, так как косвенно я обращаюсь к ней с просьбой. Здесь явно налицо моя реакция контрпереноса.

Я поблагодарил миссис А. и принял ее предложение. На следующий сеанс она принесла пленку с записью, и последние слова, сказанные ею во время того сеанса, были следующие: «Не знаю, почему, но сегодня, мне кажется, того продвижения, на которое я надеялась, нет».

Комментарий: Я еще не прореагировал на бессознательные попытки пациентки указать мне на эту смену ролей; и то, что я принял пленку с записью, даже после того, как у меня была неделя на размышление о том, что стоит за этим действием, могло укрепить сомнение пациентки относительно моего понимания происходящего. Мне еще предстояло осознать, что в курсе терапии что-то происходит не так; а в самоанставничестве, само-супервизорстве не хватает способности чутко реагировать на происходящее. Ее заключительные слова выражали ощущение разочарования сеансом. Однако на этот раз я отметил бессознательный намек и смог использовать его во время следующего сеанса.

Сеанс

Миссис А. вошла и села. Я вернул ей пленку и поблагодарил за то, что она дала возможность ее прослушать. Больше к этому не возвращался, не хотел никаких обсуждений,

да и она, по всему, тоже не хотела. Миссис А. положила пленку на стол между нами, и она оставалась там в течение всего сеанса.

Внутреннее супервизорство: Оставив пленку на столе, пациентка, возможно, указывала, что на это еще стоит обратить внимание.

Затем миссис А. показала мне новую Библию, подаренную недавно ее мужем на годовщину свадьбы. Муж знал, что это именно то, что хотела миссис А.. Я быстро просмотрел книгу и отдал ей, подтвердив, что, безусловно, это очень красивая Библия.

Внутреннее супервизорство: Я все еще связан слишком светскими отношениями, установленными мной раньше. Со стороны пациентки наблюдается расщепленная реакция. Она пользуется нарушенным ходом психотерапии, давая мне что-то еще, чтобы я это оценил. Можно также предположить, что миссис А. начало беспокоить то, как легко я поддаюсь соблазну и как пренебрегаю соблюдением границ регулярных профессиональных обязанностей. Возможно, именно поэтому она символически намекнула на своего мужа. Возможно, она напомнила мне о том, что она замужняя женщина.

Миссис А. сказала, что провела ужасную неделю и не может понять, почему. Хотя и хорошо спала каждую ночь, кроме последней. Она пользовалась успокаивающей магнитофонной записью, переписанной мужем, но как раз накануне решила обойтись без нее, поскольку боялась, что может не проснуться вовремя и опоздать на сеанс.

Внутреннее супервизорство: Возможно, пациентка сердита на меня за то, что плохо спала из-за меня. Кроме того, возможно, в ее беспокойстве, как бы не проспать, отражено некоторое желание пропустить сеанс.

Миссис А. сказала, что она не может вспомнить, что происходило на прошлом сеансе. Затем сообщила, что на этой неделе она упала. На мгновение ей показалось, что с *ней*, возможно, что-то случилось, что она потеряла сознание; но позже поняла, что дело не в ней. Просто под ноги попался плохо уложенный камень мостовой. «Мостовая была очень

неровная и опасная. Очень небезопасно оставлять дороги в таком состоянии. Столько людей падают и некоторые получают серьезные травмы, но власти всегда находят способ снять с себя вину. Они по-прежнему ничего не делают, чтобы привести дороги в порядок».

Внутреннее супервизорство: Возможно, пациентка комментирует мое недавнее поведение. Не интровертировала ли она то, как я оступился? И, может быть, это проявилось в ее падении, когда вначале она подумала, что виновата *сама*? Потом все прояснилось, — она упала из-за неровности дороги, по которой двигалась. Это похоже на бессознательное соотнесение с неровностью моей работы с ней, с тем, что я не смог обеспечить достаточно надежную основу психотерапии. Пациентка указывает на то, что такая неровность может быть опасна. Продолжается тема переноса вины и того, что ничего не делается для улучшения положения. Если содержимое бессознательного здесь, действительно, соотносится с неровностью моей работы на последних сеансах, тогда, возможно, пациентка выражает опасение за улучшение терапевтических результатов.

Далее миссис А. сказала, что в выходные у нее внезапно развился страшный абсцесс под корнем переднего зуба; она испытала такую боль, какой у нее никогда прежде не было. Миссис А. позвонила доктору Х. (зубной врач), и тот велел ей немедленно приезжать. Она поехала в понедельник. Врач тщательно осмотрел ее и сказал, что, действительно, абсцесс, но с зубом, к счастью, все в порядке; видимо, она переутомилась. Миссис А. не понимала, как такое могло произойти. Хотя, сказала она, недавно я ездила в дом отдыха Сент-Мери с надеждой почувствовать себя лучше, но вернулась в прежнем состоянии.

(*Примечание. Я понимал, что данный сеанс очень важный в курсе психотерапии, и поэтому сразу же после сеанса сделал записи. Что касается нижеследующего момента, то он воспроизведен почти дословно*).

Пациентка: К чести доктора Х., он сделал такое, что теперь не часто делают. Когда под зубом на корне образуется гной, то кажется, лучше всего помочь ему выйти наружу, как-то его выпустить, и именно это доктор и сделал. Он снял пломбу, и абсцесс исчез; теперь я чувствую себя

значительно лучше. Доктор дал мне пенициллин. Это, конечно, тоже помогает, но после него я всегда чувствую себя совершенно разбитой. Врачи же часто дадут тебе таблетку и все и больше ничего не делают.

Внутреннее супервизорство: Теперь пациентка говорит о работе, сделанной на совесть. Работе, при которой решительно и аккуратно уничтожается причина чего-то. Она сравнивает ее с другими, более небрежными способами работы с пациентами. Неважно, о чем говорит миссис А.: о своем падении или об абсцессе, везде она продолжает думать о хорошем лечении. Следует отметить, что более ранний сбой в ходе терапии, связанный с зубным врачом, остался без внимания, и, возможно, сейчас он всплынет.

Комментарий: Если этот контраст рассматривается, как относящийся к психотерапии, неудивительно, что психотерапевты не всегда стремятся осознать, что их работа с пациентами отражается подобным образом.

Психотерапевт. Мне кажется, вы указываете мне на что-то, что было не так на наших последних сеансах. На прошлой неделе вы пришли с надеждой, что ваше беспокойство не останется без внимания. А ушли с ощущением, что сеанс был недостаточно эффективен.

Пациентка: Я не думала, что критиковала вас, говоря все это, но сейчас полагаю, что, возможно, это и так. Правда, я не считаю, что хорошо во всем разбираюсь.

Внутреннее супервизорство: Пациентка готова к мысли, что, возможно, она меня критикует. Она говорит, что не считает себя специалистом в таких вещах. Возможно, это интроективный намек на меня как на психотерапевта, считающего себя специалистом, но который в последнее время работает плохо.

Пациентка: Я хочу рассказать вам хорошие новости. Хотя Джон (ее муж) и Анна (ее дочь) все еще доставляют мне хлопоты, Джеймс (сын) весьма порадовал. У одной пожилой женщины не работал электрический чайник. Она отнесла его в мастерскую по ремонту электроприборов, где ей ответили, что нужно заменить нагревательную спираль.

Стоимость спирали 4 фунта, замена спирали в мастерской составит 10 фунтов.

(Примечание. Пациентка платила за сеанс тоже 10 фунтов).

Пациентка продолжала:

Пожилая женщина не могла себе позволить оплатить эти расходы. Она предложила чайник Анне для ежегодной благотворительной ярмарки. Джеймс решил посмотреть чайник и вскоре вернул его починенным. Он догадался, что гибкий шнур весь проржал, кроме того в двух местах треснула вилка. Он заменил и шнур, и вилку, и чайник заработал. Теперь Джеймс хочет посмотреть у женщины другие электроприборы, которые требуют починки. А ведь все могло кончиться и трагически. Представляете, если бы в мастерской не заметили, что эти детали не в порядке и вернули чайник в таком виде! Уж эти-то люди должны быть компетентны. По-моему, сейчас многие не умеют выполнять свои обязанности. Они попросту сидят и получают деньги.

Внутреннее супервизорство: Темы остаются прежними — работа, не выполняемая должным образом; ошибки, которые могут привести к печальным последствиям, — и пациентка ссылается на то, как при тщательном осмотре обнаруживаются неисправности. Она говорит о людях, которые должны быть компетентными, работать лучше, о людях, не способных разобраться, в чем дело. Вот и в самой психотерапии более, чем одно упущение, и ими еще предстоит заняться. Я отмечаю также намек на деньги, которые берут за плохую работу. Текущий сеанс, последний в этом месяце, и пациентка знает, что скоро получит месячный счет. Трудно не почувствовать, что здесь она каким-то образом намекает на меня, — ей кажется, что последнее время я сидел сложа руки, и не занимался психотерапией.

Психотерапевт: Вы приводите еще примеры плохо выполняемой работы. Вы говорите, что люди не хотят утруждать себя, разбираться в том, что делается не так, а в отличие от них Джеймс прилагает усилия и разбирается в том, что не так, и исправляет недостатки, которые могли бы иметь опасные последствия и даже смертельный исход. Мне кажется, вы все еще думаете о том, работаю ли я здесь

серьезно или просто сижу, сложа руки, и получаю деньги, не пытаясь разобраться в том, что же происходит.

Пациентка: Ну, что ж, раз уж вы заговорили об этом, я, действительно, думала о том, как вы работаете. Это что-то вроде механизма, ну, скажем, например, как магнитофон (она смотрит на магнитофонную пленку на боковом столике), в котором что-то не ладится и записывается лишь часть того, что говорится. Когда вы прокручиваете пленку, попадаются куски, где запись такая слабая, что нормально расслышать невозможно. Теперь возьмем, к примеру, мои поездки в Сент-Мери. Я знаю, вы знаете, — по крайней мере, я думаю, что вы знаете, что это нечто очень важное для меня, и тем не менее вы меня об этом не спрашиваете. Я целый сеанс жду, что вы это сделаете, а вы не спрашиваете. И поскольку вы не спрашиваете, я начинаю думать, действительно ли вы к этому серьезно относитесь. С другой стороны, я могу предположить, что, может быть, вы просто хотите дать мне возможность сказать, что я еще думаю. Но иногда вы все же спрашиваете. Например, вы всегда спрашивали о том, как чувствует себя моя нога после несчастного случая, и предлагали скамеечку для ног, когда нужно было держать ногу как можно выше.

Внутреннее супервизорство: Пациентка следила очень внимательно за тем, как я работаю, и пыталась понять, почему я так работаю. В особенности она пыталась понять, почему я так непоследователен. Она указывает на магнитофонную ленту при упоминании, что что-то происходит не так. Затем она приводит пример устройства для слушания, который плохо работает. Создается впечатление, что это производные ссылки на мое невнимание, на то, как в последнее время я плохо ее слушал. Затем пациентка думает, внимательно ли я отношусь к работе. В своем примере она говорит о том времени, когда я работал более тщательно, давал ей возможность говорить, о чем она думает; но в заключение она еще раз говорит о моей непоследовательности. То, что я предлагал скамеечку для ног, также уводит в сторону от психотерапевтических отношений наряду с другими отклонениями от психотерапии, как таковой. Здесь налицо объединение моментов ухода.

Психотерапевт. Мне кажется, ключ к проблеме заключается в том, что вы обнаружили слишком большую неровность в моей работе с вами. Отчасти вы хотели бы, чтобы наши отношения были более неформальными, светскими. Когда они действительно становятся таковыми, вы, возможно, сознательно этому рады, как в примере со скамеечкой для ног. Но на самом деле вам нужно, чтобы я оставался психотерапевтом. (Пауза).

Когда я действовал более определенно как психотерапевт, вы понимали, что я делаю, в случае моего последовательного поведения. Вас лишил сбивало, когда я поступал то как психотерапевт, то переходил к более неформальным отношениям с вами. Поэтому мы общались более поверхностно, и в результате я плохо слушал или плохо следил за раскрытием глубоко лежащих проблем. То, что я взял у вас на время магнитофонную пленку с записью, — это один из примеров этого, — стало для вас еще одним источником неуверенности.

Пациентка: Должна признаться, я очень удивилась, когда вы заинтересовались пленкой, но подумала, что и вам не чужды бытовые заботы. Мне было весьма приятно оказаться вам полезной. В конце концов, вы очень помогали мне раньше.

Внутреннее супervизорство: Теперь пациентка свободно признается, что ее удивило мое поведение. Она охотно говорит об этом, когда я сам выразил готовность к такому разговору. Однако она старается смягчить возможные углы, возможно, чтобы не обидеть меня. Она не знает, насколько я восприимчив к критике.

Психотерапевт. Я не очень-то помог вам в случае, о котором вы упомянули в конце прошлого сеанса. Вы сказали мне, где я могу приобрести магнитофонную запись, не прибегая к вашей помощи; но вместо этого я пошел более простым путем и взял ее у вас. Здесь произошло нарушение привычного каркаса взаимоотношений, что угрожало ущербом процессу психотерапии. Разумеется, если это осталось бы без внимания и положение дел продолжало быть прежним. Тогда, как и в случае с абсцессом на зубе, мог бы начаться нарыв.

Пациентка: Тогда я тоже была удивлена. Вы сказали, что, должно быть, доктор Х. очень хороший врач, раз я езжу к нему так далеко, и тогда же попросили порекомендовать его вам. Просьба была для вас не характерна, но я подумала снова, что мне приятно быть полезной для вас.

Внутреннее супервизорство: Пациентка указывает на все случаи, когда чувствует, что я выхожу за рамки своей роли. Она выражает удовольствие и в то же время удивлена. То, как она объясняет свое удовольствие, говорит о том, что бессознательно она распознает свое превращение в мою помощницу, в моего неофициального психотерапевта.

Психотерапевт: Итак, несколько раз вы видели, как мы менялись ролями. И вы замечали, оказываясь в новом положении, что вашими собственными нуждами пренебрегают, вас просят выполнить мои просьбы. Сознание, что ничто человеческое не чуждо психотерапевту и что вы можете оказать мне услугу, играет положительную роль, но касательно вашей психотерапии это привело к тому, что мы отклонились от цели ваших визитов. Думается, что именно поэтому вы указали мне на контраст между людьми, хорошо выполняющими свою работу, и теми, кто ее выполняет плохо. Когда вы платите мне, вы платите за мою работу в качестве психотерапевта и за то, что я работаю тщательно и внимательно, а не за то, чтобы я сидел сложа руки и светски с вами общался.

Я протянул ей счет, который она приняла со значительной улыбкой, показывающей понимание сказанного мной. На этом сеанс закончился.

Через неделю пациентка пришла, полная бодрости от работы, проделанной на предыдущем сеансе, о котором мы только что говорили. Она стала рассказывать об отношениях с мужем и о семейных неприятностях, о которых вкратце шла речь и раньше, но тут она чувствовала неуверенность, пытаясь обсуждать их более подробно. Миссис А. призналась, что уже было всерьез начала подумывать, а стоит ли продолжать курс психотерапии, но теперь с облегчением увидела, что вполне стоит. Ее отношение к нашим встречам снова стало положительным.

Обсуждение: Миссис А. демонстрирует такую степень проникновения в мысли своего психотерапевта, что это может и обескуражить. Возможно, кто-то подумает, что это необычно, но до известной степени такое типично. Пациент обязательно следит за психотерапевтом либо вполне сознательно (как указывают некоторые пациенты), либо бессознательно. Миссис А. интуитивно уловила и поняла, что составляет структуру психотерапии, ее обрамление, каркас. Она отмечает каждый случай, когда я перехожу границы, необходимые для осуществления глубокой терапии. Бессознательно она отмечает контрперенос, лежащий в основе этих переходов, и в интересах своей собственной терапии она постоянно привносит бессознательные супervизорские усилия (ЛАНГС, 1978), дабы направить психотерапию по необходимому руслу.

В тот момент нашего клинического сюжета, когда я скатывался к состоянию «невроза контрпереноса» (РА-КЕР, 1968), пациентка брала на себя роль бессознательного психотерапевта по отношению ко мне (СИРЛС, 1975). Только когда я начал осознавать, что в структуре психотерапии, в ее контуре происходят весьма серьезные нарушения, я стал прислушиваться к относящемуся к основному вопросу, которым и следовало заняться тщательнее. Осознание произошедшего заставило меня сосредоточиться на деривативных, производных уровнях коммуникации, а не на поверхностных манифестных сообщениях пациентки, что, в результате, и позволило прийти к необходимой для исправления создавшегося положения работе. Когда я начинал возвращаться к своей роли психотерапевта, пациентка чувствовала себя достаточно уверенно, чтобы указать уже на другие отступления от регулярной психотерапевтической структуры. После того, как им былоделено внимание, она могла вновь вернуться к нормальной значимой терапевтической работе.

Примечания

1. Я очень признателен Лангсу за то, что он натолкнул меня на мысль более детальной разработки этого аспекта отношений в ходе терапии. Он говорит об «интеракционно-адаптационной точке зрения» (interactional-adaptational viewpoint) и строит подробную и систематическую схему

работы (ЛАНГС, 1978). Я не хочу ее описывать здесь. Мне бы хотелось лишь указать на подход к работе, подразумевающий осознание того, что пациент воспринимает реальность психотерапевта и каким-то образом реагирует на эту реальность.

2. Клинический пример, разбираемый в этой главе, это фрагмент моей статьи «Рефлексивный потенциал пациента как зеркало психотерапевта». В книге «Слушание и интерпретирование: новый подход в работах Роберта Лангса» (под ред. Дж. Рейни): Нью-Йорк, 1984.

3. Марион Мильнер сравнивает функцию аналитической структуры с картинной рамой:

«Рама проводит границы между разными видами реальности: тем, что снаружи, и тем, что внутри картины; но пространственно-временной контур также ограничивает особый тип реальности психоаналитического сеанса. И при психоанализе именно этот контур обеспечивает возможность полного развития той творческой иллюзии, которую аналитики называют переносом».

(МИЛЬНЕР, 1952:183)

Формы интерактивной (взаимодействующей) коммуникации

«Примечательно, что бессознательное одного человеческого существа может реагировать на бессознательное другого без помощи сознания».

(ФРЕЙД, 1915:194)

Бывают случаи, когда наиболее важное сообщение пациента не выражено словами. Процесс внутреннего супервизорства часто может помочь психотерапевту выделить этот аспект взаимодействия, и тогда он приобретает смысл. Пациенты явно демонстрируют, что сама динамика коммуникации никак не сводима к теоретическим построениям и не ограничивается аналитической психотерапией. Формы коммуникации, о которых пойдет речь, универсальны. Но слишком часто они не распознаются или к ним относятся как к чему-то, что сбивает с толку. Тогда такое сообщение проходит либо незамеченным, либо непонятым.

Коммуникация путем воздействия

Пациенты часто ведут себя таким образом, что вызывают у психотерапевта чувства, которые невозможно передать словами. Я убедился, что полезно рассмотреть данную форму взаимодействия под общим заголовком коммуникации путем воздействия.

В качестве основного примера подобной коммуникации рассмотрим плач ребенка и реакцию матери в ответ на воздействие плача на нее. Это один из наиболее примитивных способов воздействия одного человека на другого, равно как и реакция последнего. Реакция-ответ (response) матери на плач ребенка обычно заключается в обращении ее к своей материнской интуиции с тем, чтобы почувствовать (ощутить, воспринять) специфический смысл плача в дан-

ный момент. С этой целью она очень часто ставит себя на место ребенка (эмпатически) или на место своей матери, в тех случаях, когда она сама плакала в похожей ситуации.

В психотерапии на терапевтов часто воздействует немой плач тех, кто приходит к им на консультацию. Как и в случае с матерью и ребенком, психотерапевты должны уметь прислушиваться к себе, чтобы привлечь опыт собственных переживаний (горе, страдание, утомление, несчастье, недомогание и др.) вне зависимости от того, удерживали они свои переживания в себе или нет. Упорно стремясь понять смысл «немого плача» пациента, даже в случае смятения или боли, причиняемой некоторыми пациентами, терапевт приближает то время, когда бессознательная цель такого усилия станет очевидной и осознанной.

Некоторые пациенты нуждаются в возможности оказывать описываемое воздействие на психотерапевта; для них это важный существенный способ коммуникации, без которого многое остается невысказанным. Когда психотерапевт оказывается в состоянии понять бессознательную основу коммуникации путем воздействия и находит способы интерпретации такой коммуникации, помогающие разобраться в складывающейся терапевтической ситуации, тогда пациент начинает чувствовать, что кто-то действительно контактирует с ним и воспринимает его даже самые сокровенные чувства.

Переживания, связанные с ролевой реакцией

Прежде чем пытаться определить это понятие, я приведу пример.

Бессознательная коммуникация, вызванная реакцией психотерапевта на пациента

ПРИМЕР 4.1

Мой первый опыт супервизорства другого терапевта начался сразу же после получения мной квалификации психотерапевта. Одна из моих коллег иногда выпускала пар, жалуясь мне на одну из своих пациенток. Пациентка происходила из хорошей семьи, брак родителей был удачным; они дали ей в детстве все, что было возможно; она получила прекрасное

образование. Тем не менее пациентка постоянно жаловалась на родителей. Мне говорилось, что она «настолько неблагодарна», что психотерапевт не знает, что с ней делать, и вряд ли сможет дальше с ней работать. Психотерапевт не понимала, на что же тут можно жаловаться.

Обсуждение: Я принимал во внимание возможность контрпереноса, о котором меня предупреждали во время обучения. Возможно, пациентка оказалась объектом переноса самого психотерапевта и олицетворяла для него какой-то неразрешенный конфликт. Насколько я знал свою коллегу, это было вполне вероятно; из её разговоров о своей семье следовало, что, как ей иногда казалось, ее дочери неблагодарны к матери.

При поверхностном разборе складывалось впечатление, что это типичнейший пример контрпереноса, впервые описанный Фрейдом (ФРЕЙД, 1910:144-5). Я чувствовал, что и моя коллега тоже рассматривает свою реакцию на жалобы пациентки как проблему контрпереноса, которой следует заняться вне аналитических сеансов с ней. Возможно, именно поэтому она выплескивала свое недовольство в компании со мной, чтобы не сваливать его на саму пациентку.

Однако по прошествии некоторого времени я стал понимать, что, возможно, моя коллега упускает очень важное сообщение своей пациентки по поводу именно того аспекта, который так регулярно возникал в связи с ней. Чем больше я думал об этом, тем сильнее убеждался, что здесь присутствует что-то еще кроме классического явления контрпереноса.

Возможно, пациентка не могла объяснить, почему она жалуется на своих родителей. Вместо этого она, казалось, воссоздавала у психотерапевта тот тип отношения к себе, который был у ее родителей. Возможно, они (как и психотерапевт) были ослеплены убеждением, что обеспечили свою дочь всем необходимым; и при этом не могли распознать важные пути, которыми они отгородились от (иногда) неудовлетворенных потребностей жалующегося ребенка. Чтобы передать это, пациентка оказалась в состоянии затронуть доступный ей резонатор контрпереноса в аналитике, возбуждая, тем самым, у психотерапевта ощущения и отношения, сходные с ощущениями и отноше-

ниями своих родителей. Если согласиться с такого рода коммуникаций, то, возможно, это и способ, позволяющий выяснить что-то о пациентке, что ускользнуло от родителей, а теперь стало упущением психотерапевта.

Поэтому вместо того, чтобы непременно рассматривать эту сильную реакцию на пациента исключительно как нечто, принадлежащее и жизненной сфере психотерапевта (что и было в некотором смысле), есть резон взглянуть на ситуацию как на что-то, передающее неотъемлемую сторону ее отношений с родителями, на что и жаловалась больная. Родители отгородились от пациентки также, как и психотерапевт. Возможно, в ответ на сильное желание больной пресодолеть свою отгороженность, психотерапевт была вовлечена в бессознательное переразыгрывание ситуации «жалоба на родителей». В своей статье «Контрперенос и ролевая реакция» Сандлер описал позднее данный процесс как «актуализацию» (САНДЛЕР, 1976).²

Когда я переговорил со своей коллегой о такой возможности, она смогла распознать здесь интерактивную коммуникацию, которой раньше не замечала, и стала по-другому выслушивать свою больную. При этом психотерапевт уже не отгораживалась от пациентки, как раньше, да и она сама, в свою очередь, оказалась в гораздо меньшей степени захваченной чувством нетерпимости по отношению к больной.

Хеймани (1950) и Литл (1951) указывали, что чувственная реакция аналитика на пациента может содержать важные ключи к бессознательным коммуникациям последнего. Сандлер показал, как аналитик может быть вовлечен в бихевиористское взаимодействие. В «Контрпереносе и Ролевой Реактивности» он пишет:

«Я полагаю, что такие «манипуляции» составляют важную часть объект-отношений в целом... При переносе пациент многими малозаметными способами пытается заставить аналитика вести себя соответствующим образом и бессознательно видоизменяет и приспособливает к своему восприятию реакцию аналитика».

(САНДЛЕР, 1976:44).

Все это тем более важно, ибо мы должны быть в состоянии отличить ту часть реакции психотерапевта, которая дает ключ к бессознательной коммуникации пациента, от

той, что является личным делом психотерапевта. Чтобы провести такое различие, к моменту цитируемого клинического эпизода, я предложил говорить о «диагностическом ответе» в отличие от «личностного контрпереноса» (КЕЙСМЕНТ, 1973).

Скука как коммуникация

Пример 4.2

Проводя длительный курс анализа в течение нескольких месяцев, я обнаружил, что регулярно испытываю буквально смертельную скуку с одним пациентом—мужчиной. Я стал присматриваться к нему более тщательно, пытаясь понять, не являются ли мои чувства обычным личностным контрпереносом на пациента как на трансферентный объект, рассматривая, в данном случае, контрперенос в смысле, описанном Рейкэмом (1951). Но даже и после такого самоисследовательского экскурса скука в работе с ним продолжала оставаться.

Тогда я начал изучать более пристально сам феномен скуки и обнаружил свою реакцию на то обстоятельство, что пациент обращался не ко мне. Казалось, он говорит сам с собой, а я как бы и не присутствую. Но это не все. Пациент относился ко мне как к присутствующему физически, но отсутствующему эмоционально. Он считал, что все это мне мало интересно, хотя я и не давал никакого повода. И тогда я увидел, что он рассматривает меня как человека, интерес которого он не может завоевать, или лицо, не желающее им интересоваться. У меня возникла новая идея.

Вся та пестрая картина чувств, жившая во мне, сохраняла образ этого больного, относящийся ко времени его нахождения в психиатрической лечебнице. Он рассказывал мне, как мать регулярно навещала его там. Она демонстрировала свою заботу и в то же время постоянно оправдывала ситуацию, почему ее сын вынужден оставаться в больнице. (Его могли бы отпустить домой, если бы его родители согласились за ним ухаживать).

Нхождение пациента в больнице объяснялось длительной ярко выраженной депрессией. Депрессия, в свою очередь, во многом объяснялась той согласованностью, с которой

вся семья сплотилась против него. Ребенок вынужденно стал ощущать, что жить не стоит. Родители не проявляли готовности заниматься депрессией больного, его отчаянием; не чувствовали его потребности вернуться домой, считая, что лучше остаться на неопределенное время в больнице, пока ему не станет «лучше». Родители намеренно игнорировали основную причину, по которой их сын оставался там. Они знали, что ему некуда больше идти кроме своего дома, в котором были они, родители, чувствовавшие, что не могут справиться с его хроническим состоянием.

С этим реактивированным (вновь вызванным к жизни) воспоминанием как ключом я стал думать, не переживает ли пациент вновь со мной то пустое взаимодействие, в котором он частенько пребывал, находясь в больнице. Он обращался к *своей матери*, которая почти не слушала. А мать, в свою очередь, говорила *в его сторону*, но не с *ним*.

Когда я начал вновь фокусировать свое внимание на пациенте в этом новом смысле, то смог увидеть и множество других моментов, подтверждавших мой вывод. Теперь я смог показать пациенту, как он разговаривает со мной, так, как будто он не думает, что мне действительно интересно, или что я готов серьезно воспринять то, что он мне говорит. Я подумал, что так и происходило во время визитов его матери в больницу, когда сами посещения лишались всякого содержательного общения.

Как только я смог истолковать эту пустоту в переносе, пациент начал говорить со мной и относиться ко мне так, что наше общение наполнилось смыслом. Перенос перестал быть незначащим общением, таким как с физически присутствующей, но эмоционально отсутствующей матерью. Вместо этого пациент увидел во мне человека, присутствующего и физически, и эмоционально; и больше я не испытывал скуки при работе с ним.

Опыт проективной идентификации

Несмотря на то, что я усиленно пытался понять теорию проективной идентификации, читая о ней, например, у Клайн (1946) и Сегал (1964), я начал понимать ее клинически только тогда, когда осознал, что как психотерапевт

представляю принимающую сторону данной отдельной формы интерактивной коммуникации. Я снова приведу пример, прежде чем буду пытаться теоретически определить динамику, которую она иллюстрирует.

Пример 4.3

Меня попросили проконсультировать семейную пару, миссис и мистера Т., в связи с фригидностью жены. Им обоим было за тридцать. В течение последних пяти лет миссис Т. не могла вести половую жизнь из-за того, что она называла «гинекологической болью». Это было причиной сильного напряжения в семейных отношениях. Существовал серьезный риск распада семьи.

Медицинское обследование и анализы ничего не дали, но проводивший обследование врач упомянул, что три года назад миссис Т. перенесла операцию по стерилизации. Он думал о послеоперационных спайках как возможной причине. Однако, считал, что бессмысленно вскрывать послеоперационный шрам, так как в результате могут образоваться новые спайки. И никакой конечной пользы не будет.

На первой консультации я беседовал с мистером и миссис Т. вместе, поскольку мне рекомендовали их как семейную пару и просили помочь укрепить семью. Мистер Т. активного участия в нашем разговоре не принимал, а миссис Т., напротив, рассказала мне свою историю. Они были женаты около десяти лет, и несколько лет до этого знали друг друга. Первые пять лет после женитьбы они приобретали дом и отделяли его в ожидании прибавления семейства.

После этого вступления миссис Т. поведала мне о своих детях. У них их было двое: сын и дочь. Последовали горестные подробности того, как она обнаружила, что с первым ребенком не все в порядке. В шесть месяцев он начал постоянно кричать, пока не получал успокоительное. Так он жил до девяти месяцев, а потом умер. В тот момент миссис Т. была на седьмом месяце беременности.

После похорон сына она «чувствовала, что ей хочется плакать, но сдерживалась». С тех пор она никогда не плакала. Просто ничего не чувствовала. Второй ребенок, дочь, родилась с виду нормальной. Но через десять месяцев

умерла от такого же врожденного мозгового нарушения, как и у своего брата. После этого миссис Т. предложили сдаться стерилизации.

Внутреннее супервизорство: Больше всего поражало то, что во время рассказа о боли и утратах лицо миссис Т. оставалось неподвижным и безжизненным, а голос ровным и «деревянным». Даже когда она говорила о болезни детей, о том, как они медленно умирали, она не проявила никаких чувств. Но я, слушая ее, наоборот, переполнялся эмоциями. Все мое существо буквально плакало внутри.

Я подумал о своей реакции. Любой рассказ о смерти ребенка мог взволновать меня. Имеет ли отношение проблема данного контрпереноса только ко мне? Я должен был рассматривать это, как реальную возможность. Проанализировав услышанное еще раз, я начал понимать суть произведенного на меня впечатления. Если бы миссис Т. плакала сама, чувства не нахлынули бы на меня столь сильно. То, что повлияло на меня, имело какое-то отношение к ее неспособности проявить свои чувства.

Я вновь использовал понятие предварительного диагностического ответа (*response*). Я предположил (себе), что невыносимая боль утраты обоих детей, за которой последовала стерилизация (потеря возможности иметь собственных детей), оказалась для нее слишком велика. Чтобы как-то пережить эту тяжелую трагедию, она могла преобразовать свою психическую боль, принадлежавшую умершим детям, в боль гинекологическую. Возможно, этот симптом продолжал соматически выражать подавленные чувства, относившиеся к этим невыносимым потерям, так тесно связанным с данной частью ее тела.

Миссис Т. не только спроектировала на меня свои чувства. Она заставила меня ощутить, что она еще не в состоянии сознательно разобраться в своих чувствах. И сам способ проскки идентифицировался без особого труда. Я увидел, что именно неэмоциональность пациентки, оказала на меня наибольшее воздействие. В результате мои глаза наполнились слезами, которые лишь отчасти были связаны со мной.

Определив свою реакцию, я смог привлечь к этому внимание миссис Т. Я сказал ей, что во время сеанса происходит нечто странное. Она рассказала мне подробности своих

испытаний с детьми, но не выразила никаких чувств по этому поводу. Я, напротив, был близок к тому, чтобы расплакаться *как бы за нее*. Она ответила, что часто ощущала потребность рассказать кому-то о смерти детей, но люди просили не делать этого. Возможно, они боялись почувствовать то же самое, что я только что ей описал. Она же опиралась на то, что сама ничего не чувствовала в связи со своим рассказом. Вероятно, чувства оказались бы слишком болезненными. Вместо этого она вела активный образ жизни, занимая свои мысли другим.

Обсуждение: Если бы миссис Т. можно было помочь соединиться со своим внутренним плачем, если бы она поплакала открыто, то необходимость для ее тела продолжать испытывать боль могла отпасть. Последующий ход краткого курса психотерапии полностью подтвердил мое предположение. Когда она смогла соединиться со своей психической болью, которую до тех пор подавляла, гинекологическая боль стала потихоньку исчезать. Начался процесс оплакивания, который был так надолго отложен.

Проективная идентификация как коммуникация

К сожалению, четко понять проективную идентификацию только на основе литературы нелегко, поскольку это понятие усложнилось по мере его использования с различными целями.³ Однако с помощью вышеописанного случая и других аналогичных я смог уже отчасти клинически понять, что такое проективная идентификация — как она возникает и какова ее бессознательная цель.

Одной из форм проективной коммуникации, с которой многие сталкиваются в клинической практике (осознанно или нет) — аффективная коммуникация.⁴ Она имеет особо важное значение, когда то, что передается, не может быть выражено словами, то есть относится к невыразимым переживаниям или к доверbalному опыту.

Для того, чтобы психотерапевты (и лица других профессий, связанных с оказанием помощи) могли психотерапевтически лучше реагировать, сталкиваясь с данной формой бессознательной коммуникации, я попытаюсь разъяснить этот аспект проективной коммуникации. Я не

буду здесь говорить о других формах идентификации, а вкратце опишу их в сносках. Поэтому, мое описание будет неполным, но я надеюсь, быть достаточно ясным, чтобы помочь специалистам осознать важность и сущность динамики этого ключевого взаимодействия (*key interactional dynamic*). С помощью такого понимания становится возможной поддержка некоторых пациентов, которые иначе могли бы оказаться без нее. Не зная сути проективной идентификации, трудно передать пациенту смысл сопреживаемых чувств, и искомая потребность в помощи не будет обнаружена. Это часто приводит к тому, что возможность лучше понять пациента, находящегося в подавленном состоянии (расстройстве, горе), оказывается упущеной.

Я считаю, что полезно рассматривать проективную идентификацию как более мощную (сильную) форму проекции. Широко известно, что в случае действия проекции (обычной, простой) тот, кто проецирует, отторгает часть своего «я» и придает ее другому. Признаки такой проекции обычно наблюдаются в том, как проецирующий меняет свое отношение к другому человеку (или ко внешнему миру) в свете того, что проецируется. Реципиент или наблюдатель могут, со своей стороны, вообще не осознавать, что происходит проекция. Здесь всего важнее потребность самого проектирующего отторгнуть от себя какую-то сторону своей личности.

Когда проективная идентификация используется в качестве *аффективной коммуникации*, проектирующий обычно испытывает потребность (обычно бессознательную) сделать так, чтобы другой человек осознал, что передается и на что надо реагировать. Последовательность в общем виде такова: 1) проектирующий испытывает какое-то чувство, с которым не может справиться, скажем, такое, как у ребенка; 2) возникает бессознательная фантазия переложения этого состояния непреодолимого чувства на другого человека, например на мать, чтобы либо избавиться от него, либо справиться; 3) возникает напряжение взаимодействия (интеракции), такое, например, как плач ребенка, бессознательная цель которого — заставить другого человека испытать аналогичные чувства вместо ребенка (или пациента); 4) если эта коммуникация с помощью проективной идентификации помогает соединить-

ся с другим человеком, создается аффективный резонанс у реципиента, чувства которого приобретают «одинаковость», основанную на идентификации. Такая аффективная идентификация может затем быть воспринята как нечто, созданное проективно проектирующим и интровертивно реципиентом.

Существует несколько возможных результатов такой бессознательной работы. Если реципиент открыт воздействию интерактивного поведения или другому невербальному давлению со стороны проектирующего, то возникает аффективная коммуникация. То, что передается, может иметь отношение к любому состоянию чувств и воспринимается как не контролируемое со стороны проектирующего: сильная подавленность, беспомощность, страх, гнев, самобичевание и т.д. Передаваемые чувства испытываются реципиентом.

Из этого следует (для возникновения психотерапевтической реакции), что реципиент — мать или психотерапевт — должен в большей степени управлять способностью соединяться с такими чувствами, нежели ребенок или пациент. Когда требуемый ответ-реакция обнаружен, прежде неуправляемые чувства делаются более управляемыми. Они становятся менее пугающими, чем прежде, поскольку другой человек смог почувствовать и пережить их. После этого проектирующий может забрать назад свои чувства, теперь он в состоянии с ними справиться; и наряду с этим может отчасти заполучить способность реципиента выносить стычку с тяжелыми переживаниями. Бессознательная надежда, заключенная в использовании проективной идентификации как коммуникации, вызывает, тем самым, психотерапевтическую реакцию со стороны матери или психотерапевта.

Однако эта бессознательная надежда не всегда оправдывается. Например, реципиент остается отгороженным от попытки такой коммуникации или не распознает интерактивное давление как форму коммуникации. В этом случае никакого терапевтического ответа-реакции (response) не будет. Проектирующий чувствует тогда, что его проекция отбрасывается назад, и проецируемые чувства, с которыми трудно справиться, так и остаются неуправляемыми. Аналогичным образом, если реципиент воспринимает (но для него это тяжело или невыносимо) проекти-

руемые чувства, проектирующий чувствует, что реципиент выходит из равновесия в результате восприятия проекции; в результате усиливается ощущение, что с этими чувствами не справиться, и оно приводит к травме. Вместо того, чтобы оправдать бессознательную надежду, возникает новое состояние безнадежности и отчаяния (БАЙОН, 1967b: глава 9).

В главе 7 я приведу пример, шире иллюстрирующий эти положения.

Коммуникация с помощью защитного поведения

Одним из способов избежать боли, вызванной плохим обращением, является отождествление себя с агрессором и аналогичное плохое отношение к другому человеку. В этом случае нежелательная боль от такого переживания переносится на другого (А.Фрейд, 1937). Бывают случаи, когда пациент бессознательно воссоздает у психотерапевта чувства, принадлежащие переживанию, о котором идет речь и от которого пациент, таким образом, старается «избавиться». Поэтому с помощью воздействующего поведения (*impact behaviour*) у психотерапевта можно обнаружить не только неуправляемые чувственные состояния (*feeling-states*) по мере их появления у пациента, но и некоторые аспекты невыносимого переживания последнего. (Клейнианцы, возможно, сочтут это тоже формой проективной идентификации).

Если психотерапевт осознает, что подвергается такому интерактивному давлению со стороны пациента, то зачастую можно найти ответ на эту бессознательную коммуникацию в его же собственном аффективном ответе-реакции (*response*) на поведение пациента. (см.: КИНГ, 1978).

Пример 4.4

Пациент на ранней стадии анализа заметил, что я пользуюсь книгами из библиотеки, составляющей неотъемлемую часть моего кабинета. Я искал что-то в литературе в связи с работой, которой занимался, и не убрал книги обратно на полки.

Пациент сказал, что не может жить, когда его книги находятся в таком беспорядке. Он всегда озабочен тем, как убраны книги, и удивляется, как я могу терпеть, что изо дня в день мои книги так разбросаны.

В тот же вечер я задумался о возникшей дилемме. Я и сам давно хотел привести книги в порядок, но если бы я сделал это сейчас, то пациент мог решить, что это он вынудил меня поступить так. Но я чувствовал, что мне это было бы неприятно, — если бы все выглядело так, как будто я послушно выполнил то, что мне сказали сделать. Можно было оставить все как есть и избежать неловкости, но независимо от всего, я все же хотел привести книги в порядок.

Некоторое время я чувствовал, что буквально парализован этим с виду простым вопросом. Единственным решением оставалось сделать то, что имело наибольший для меня смысл. Я привел в порядок книги, но когда дошел до журналов, с которыми еще не успел закончить работать, некоторая часть нерешенной дилеммы еще пребывала в сознании. Я вновь сделал то, что считал наиболее разумным. Я оставил журналы неразобранными, сложив их плашмя на полке.

Когда пациент пришел на следующий сеанс, он увидел мои книжные метаморфозы. Немного подумав, он восхликал тоном, совершенно непохожим на тот, что я раньше от него слышал: «ВПЕЧАТЛЯЕТ!». После некоторой паузы он продолжил свою разъяснительную речь. Он считал, что нельзя было бы прибегнуть к более смешному компромиссу. Если бы я не хотел, чтобы он меня к чему-то подталкивал, было бы лучше оставить все, как и было. Может быть, мне нравится и так. Если же, напротив, я действительно, хотел привести книги в порядок, то какого дьявола, я не закончил работу? Он пришел к выводу, что я оставил несколько журналов неубранными как «демонстративное проявление независимости». Почему я не сделал то, что хотел на самом деле?

Внутреннее супервизорство: Думая, как пациент воспринял то, что он принял за компромисс с моей стороны, я обнаружил, что после предыдущего сеанса оказался в двойной зависимости. Проблема казалась неразрешимой, пока я не взялся решить ее единственным способом, остав-

лявшим мне возможность быть свободным. Я проделал то, что меня, в общем-то, устраивало, — оставил журналы, с которыми еще работал. Пациент ожидал эту ситуацию двойной зависимости и мою неспособность ее решить. Он также предполагал, что я не позволю себе сделать то, что хочу.

Я стал осознавать важность такого взаимодействия. Даже за сравнительно короткий период анализа, проведенный с этим пациентом, он регулярно попадал в положение двойной зависимости со своей матерью; и не мог найти выход из состояния парализованности, вызванного складывавшейся ситуацией.

Я сказал ему, что, как мне кажется, все дело в двойной зависимости. Я осознавал стоявшую передо мной дилемму после его замечания относительно приведения книжного хаоса в порядок. Он был прав, думая о моем желании привести книги в порядок, но ошибся, предполагая, что я не смогу сделать то, что хочу. Причиной его последнего предположения явилась, по моему мнению, его неспособность справиться с аналогичной двойной зависимостью в его отношениях со своей матерью. Он не выбрал для себя такой способ выхода из ситуации, который предполагал бы максимальную возможность делать то, что он хочет.

Пациент понял, о чем я говорю, и признал это правильным. Он сказал, что его мать, в этом смысле, «способна кого угодно поставить в ситуацию двойной зависимости». Чтобы он ни делал, она всегда умудрялась сказать, что все не так. И способа борьбы с этим у него нет. Он согласился и с тем, что проделал со мной то же, что и его мать обычно делала по отношению к нему. Но он не видит в моих действиях какого-то способа, решающего эту проблему двойной зависимости.

Я сказал ему, что неприбранные журналы мне еще нужны, что я и сам собирался прибрать все остальное, так что рад его замечанию, лишний раз подтолкнувшему меня к такому действию.

Последовавшее помогло нам увидеть, что пациент бессознательно проверял меня. Он видел с облегчением, как я почувствовал, что нахожусь в двойной зависимости. И тема неаккуратности тоже возникла не случайно. Его мать часто

заставляла его прибирать в комнате или делать крупную уборку. И он никогда не мог ей угодить, поскольку всегда находилось что-нибудь, за что его можно было покритиковать.

Обсуждение: В данном бессознательном взаимодействии пациент делал в отношении меня то, что его мать часто совершила по отношению к нему (защитная реакция в нашем случае означает идентификацию с агрессором). В результате моей реакции на давление с его стороны я почувствовал отчасти то, что и он обычно испытывал в ходе общения с матерью. В дальнейшем он смог увидеть, что может оставаться относительно свободным, а не пребывать в парализованном состоянии, пытаясь угодить своей матери, которой невозможно угодить; и стал отделяться от нее, на что раньше не мог осмелиться.

Реакция контрпереноса на возникающее в анализе давление

Пример 4.5

Пациентка, анализ которой постепенно подводил ее к кризису, жаловалась, что боится «развалиться на части (going to pieces) или сойти с ума» и в связи с этим оставаться навсегда уязвимой. Вероятно, ей уже никогда от этого не оправиться.

Не осознавая в тот момент, почему, я отреагировал, повинуясь импульсу контрпереноса, — желая помочь пациентке найти мужество не бежать от того, чего она боится. Я ошибочно сказал ей, что способность долго выдерживать тяжелую нагрузку я развел в себе в результате утраты опасения смотреть в лицо своим самым серьезным и глубоким страхам, включая и страх развалиться на части или сойти с ума.

Пациентка восприняла мой комментарий (на определенном уровне вполне правильно) как проявление некоторого беспокойства с моей стороны. Она решила, что это означает мое предупреждение о том, чтобы она не углублялась дальше в этот вопрос при анализе.

Внутреннее супервизорство: Конечно, было бы гораздо лучше, если бы я продолжал анализировать беспокойство пациентки по поводу возможности моей помощи в ее переживании страха. Прибегнув к такой неаналитической процедуре, я упустил в тот момент возможность поддержать ее аналитически.

Теперь, совершенно безотносительно к любым значениям переноса для пациента, возможно, ей будет нужно, чтобы я уяснил реальную основу ее последующих страхов. Подтверждение тому я получил незамедлительно во время следующего сеанса.

Пациентка: Мне приснился ужасный сон: Я поднимаюсь в гору на подъемнике. Внезапно он сломался и остановился. Я застряла на полпути к вершине и не могла ни двинуться дальше, ни вернуться назад. Меня охватило отчаяние. К тому же дверь кабинки постоянно распахивалась. Дверь была полностью стеклянной с металлической рамой наподобие створчатого окна.

Внутреннее супервизорство: Я слушал рассказ о незавершенном путешествии, внезапно прервавшемся из-за того, что что-то сломалось. Казалось очевидным, что в этом сне нашли отражение события дня: дверь распахивалась, и была полностью стеклянной (прозрачной). Конструкция дверной рамы, описанная пациенткой, называется в Англии «створчатым окном» (*casement*).*

Я тут же вспомнил о рамках анализа и о том, что рассказал ей о самом себе, когда пытался дать ей понять свое знакомство с тем ощущением, которого она боялась. Я осознал, что из-за этого она теперь боится анализа.

Аналитик: Я не могу не увидеть здесь связь со своим объяснением знакомства с ощущением распадения на части. Но это не помогло. Напротив, из-за этого вы стали испытывать беспокойство по поводу моей возможности справиться с тем, что, возможно, предстоит в ходе анализа. Вы обеспокоены настолько, что, похоже, думаете о том, сможете ли продолжать аналитическую работу со мной.

* Рама такого окна делается из металла. В своем сне пациентка соединила фамилию аналитика (*casement*) и образ «рамы» в тот момент, когда рамки анализа показались ей особенно нечеткими.

Пациентка: Я чувствую, вы предупреждаете меня: углубляться в эту сторону опасно. Вообще, мне кажется, вы говорите мне, будто не справитесь. Возможно, вы чувствуете угрозу, и вам нужно предупредить меня, что продолжать не следует. Но я уже не могу вернуться назад.

Далес в течение этого и других сеансов последовал период сильного беспокойства, в течение которого пациентке приходилось проверять и перепроверять мою способность поддерживать ее аналитически во всем том, что ей было суждено испытать во время анализа. Она пережила серию достаточно пугающих сеансов, во время которых действительно испытала ощущение «разваливания на части». Ей снилось также, что под ней разверзлась земля, как при землетрясении. Но смогла вновь пережить свои детские ощущения дезинтеграции (распада, разрушения, разваливания на части) только после того, как мы провели необходимую аналитическую работу с ее сном, ясно продемонстрировавшим для нее значение моей попытки ободрения, а для меня — необходимость восстановления аналитической поддержки.

Обсуждение: В данном случае приходится признать, что я спровоцировал все последовавшее затем в ходе анализа. Но я не думаю, что все можно объяснить только этим.

Пациентка уже обозначила назревающий кризис. Позже, когда она почувствовала, что разваливается на части, что под ней разверзается земля, эти ощущения, без сомнения, были связаны с тем, что я ввел в анализ самого себя своими непрошеными разъяснениями. Но я не думаю, что пациентка смогла продолжать свой анализ, если бы последовавшее имело своей причиной исключительно нарушение мной аналитических рамок допустимого, которые обычно сохраняют относительную анонимность самого аналитика от вмешательства в аналитические дела. Но опыт ужасного принадлежал ее собственным ранним детским переживаниям, и ей предстояло вновь пережить его в анализе, прежде чем она могла бы справиться со своим собственным «страхом распада» (УИННИКОТТ, 1970).

Комментарий: Я заметил, что уже неоднократно с другими пациентами вовлекался в ситуацию, подобную выше-писанной. Несомненно, некоторый контрпернос всегда

присутствует либо когда я отвлекаю пациента, либо когда пытаюсь его приободрить. Но я также хорошо знаю, что это не работает. Тогда почему же это происходит вновь и вновь?

На последнем сеансе, когда пациентка рассказала мне сон о землетрясении, я вспомнил, что недавно слышал разговор о тех районах земного шара, где землетрясения являются обычным делом. Отмечалось, что незадолго до начала землетрясения некоторые животные начинают странно себя вести: собаки лают, гуси гогочут и т.п. В этих районах взрослые обычно хвалят детей и выносят их на улицу (где безопасней), если такая угроза землетрясения возникает.

Возможно, контрперенос выполняет сходную функцию; но в моем случае (да и в других тоже) был упущен сам момент распознавания. Теперь я думаю, что спонтанный порыв приободрить пациента является не просто важным признаком, служащим предостережением. Иногда он становится первым признаком, предупреждающим о землетрясении, возможно, приближающемся в психоанализе или психотерапии. Поэтому, если мы способны прислушаться к этому порыву как люди, реагирующие на сигналы предупреждения, исходящие от животных, то мы сможем лучше подготовиться и к последующему.

Еще одно столкновение с интерактивным бессознательным, которое я хочу описать, имеет отношение к идее, изложенной Уинникоттом относительно использования пациентом ошибок аналитика. Он пишет об этом в ряде работ (например, УИННИКОТТ, 1958: глава 22; 1965b: глава 23).

Неудача психотерапевта и прошлая история пациента

Пример 4.6

Психотерапевт работал с пациентом на сеансах психотерапии трижды в неделю. Пациентке, мисс Г., в детстве была нанесена психическая травма частым отсутствием матери, больной раком и периодически находившейся в больнице. Когда девочке было четыре года, мать умерла.

С самого начала лечения психотерапевт была вынуждена уделять много времени этой требовательной пациентке, несмотря на то, что мисс Г. часто пропускала сеансы. Долгое время ее молчание в начале сеансов оказывало сильное давление на терапевта, вынужденного заговаривать первым.

На этом этапе психотерапевт внимательно размышляла о том, что чувствовала и о чем думала пациентка во время таких молчаний или беспричинных отсутствий. Психотерапевт поняла для себя, что совершенно не представляет, что же происходит с пациенткой, а иногда даже думала о том, увидит ли ее снова вообще.

Через некоторое время психотерапевт пришла к мысли, что, возможно, пациентка заставляет ее испытать ощущение покинутости и неуверенности сродни тому, что испытывала сама мисс Г. во время необъяснимых (для ребенка) отсутствий своей матери, когда та находилась в больнице и затем после ее смерти. Это еще один пример коммуникации путем воздействия, когда психотерапевт реагирует на сильное влияние, вызванное отсутствием или молчанием пациентки.

Анализируя то обстоятельство, что пациентка как бы заставляла ее испытывать такие чувства, психотерапевт смогла передать мисс Г., что она знает, как должно быть невыносимо, когда ее так часто оставляли в таком состоянии, — полного неведения происходящего с матерью и последовавшей окончательной разлуки после ее смерти. Постепенно пациентка смогла это признать. И это помогло ей значительно преодолеть свое молчание в начале сеансов, хотя в периоды наивысшего отчаяния она снова прибегала к опозданиям (или отсутствию), не зная, что психотерапевтом это будет воспринято как признак расстройства.

Комментарий: Здесь можно увидеть, как мисс Г. смогла передать чувства, которые было невозможно выразить словами, но услышанные и понятые в результате воздействия, оказанного на психотерапевта. Психотерапевт хорошо использовала свое знание динамики проективной идентификации, и пациентка оставалась в режиме терапии даже в моменты сильного отчаяния. Психотерапевт также поня-

ла, как важно было для мисс Г. постоянное присутствие психотерапевта в назначенное для сеанса время вне зависимости от прихода пациентки. Регулярность, надежность и постоянство тщательно соблюдались психотерапевтом.

Однажды утром психотерапевт проспала.⁵ Пациентка пришла в приемную психотерапевта на утренний сеанс, но оказалось, что дверь заперта. Она стала ждать. Вскоре появилась уборщица. В течение всего времени, отпущенного на сеанс, пациентка ожидала терапевта в обществе уборщицы. Та выражала озабоченность отсутствием врача, поскольку той было не свойственно такое поведение. Естественно, мисс Г. решила, что случилось что-то серьезное. Несчастный случай, психотерапевт в больнице. Возможно, она уже умерла.

Обсуждение: Разлука, пережитая пациенткой, и испытываемая возрастающая потребность в отсутствующей матери тесно переплелись в ее психике. После смерти матери мисс Г. начала верить, что именно сила ее желания видеть мать и привела к разлуке, а затем и смерти. В ходе самой терапии произошло теперь драматичное повторение той же последовательности, ясно продемонстрировавшей ее фантазию относительно такой зависимости.

Удивительно, что психотерапевт бессознательно воспроизвела реальную ошибку в ходе психотерапии, так похожую на то, что пациентка реально пережила в детстве и что се так травмировало. Как же происходит, что иногда мы «подставляем» пациента, даже если очень стараемся этого не сделать? Порой это может подвергнуть риску весь курс психотерапии в целом. И все же, сталкиваясь с реальным случаем, подобным данному, когда пациентка могла бы по-настоящему рассердиться на терапевта, это, в равной степени, становится и поворотным пунктом в психотерапии.

Может быть так, что любое воспроизведение ранее полученной травмы частично возникает в ходе психотерапии с помощью взаимодействия личностного контрпреноса и ролевой реакции-ответа (role-responsiveness). Уинникотт, однако, говорит еще об одном аспекте такого бессознательного взаимодействия:

«Правильного построения совершенно недостаточно. Тогда что же может быть достаточным для того, чтобы некоторые наши пациенты чувствовали себя хорошо? В конце концов пациент использует просчеты психотерапевта, часто даже очень незначительные, возможно, обусловленные самим пациентом... и мы вынуждены мириться с тем, что в ограниченном контексте нас не понимают. Действующий фактор заключается в том, что пациент теперь ненавидит аналитика за просчет, изначально возникший, как внешнее условие, за пределами инфантильной области всемогущего контроля, но который действует *теперь* в переносе. Поэтому в конце концов промах приводит нас к успеху. Это довольно далеко от простой теории лечения с помощью коррекции».

(УИННИКОТТ, 1965б:258).

Ниже, в связи с одним из своих пациентов, описываемым в данной работе, Уинникотт добавляет: «Я не должен допускать промахов в отношении детских и младенческих аспектов (child-care and infant-care) самого лечения до тех пор, пока позднее не наступит такой этап, когда она заставит меня совершиТЬ такой промах», предопределенный ее прошлым» (Уинникотт, 1965б:258-59).

Возможно, мисс Г. бессознательно подтолкнула своего психотерапевта совершить такой промах, какой и «был предопределен ее прошлым». Словом, в тот момент, когда психотерапевт восприимчиво и последовательно поддерживала свою подопечную в режиме терапевтической взаимосвязи (с бессознательными напоминаниями о хорошем поддерживающем взаимоотношении, существовавшем ранее с матерью пациентки) она совершила реальный промах в работе с больной. Промах этот, по своей природе, имел для пациентки ужасное сходство с травмой, полученной в детстве. Поэтому испытанный ею теперь гнев, унижающий по отношению к психотерапевту, принадлежал, по сути, исходной травме.

Пациентка смогла найти в этом переживании реальную возможность использовать психотерапевта в качестве воплощения образа своей матери, «совершившей промах», когда та без всяких объяснений умерла и, тем самым, не допустила ее к себе. Теперь больная могла начать напа-

дать на психотерапевта и обрушить свои самые сильные чувства, относящиеся, по сути, к тому прошлому (и нынешнему) промаху, предоставив психотерапевту отражать эти гневные нападки.

В своей работе «Использование Объекта и Отношения Путем Идентификации» Уинникотт подчеркивает, что ключ к отражению нападок лежит в обнаружении пациентом силы аналитика или психотерапевта, не «созданной» фантазией или проекцией самого больного (УИННИКОТТ, 1971: глава 6). Только подвергнув терапевта испытанию своих самых интенсивных чувств, — а именно, гневу по поводу отсутствия матери, гневу, ставшему причиной ее смерти, — пациентка смогла начать видоизменять эту бессознательную фантазию, поскольку убедилась, что отсутствие терапевта в конце концов не привело ее к гибели или исчезновению.

Различные аспекты контрпереноса

Если предположить, как это я и делаю, что существует уровень коммуникации, достигаемый путем ряда интерактивных ответов (*responsiveness*) между пациентом и психотерапевтом, то существенным оказываются способы разграничения между различными видами реакций-ответов пациенту.

Об этом писалось достаточно много. Тем не менее я не буду предлагать какого-либо систематического обзора литературы по контрпереносу. Очень подробно это было сделано другими.⁶ Я лишь хочу наметить некоторые из подходов к контрпереносу из уже описанных, в особенности те, которые разъясняют приведенные выше примеры.

(1) Контрперенос можно рассматривать как «результат влияния пациента на бессознательные чувства врача» (ФРЕЙД 1910:145), в результате чего аналитик должен использовать самоанализ для разрешения проблемы или поиска дальнейшей аналитической помощи.

(2) М.Балинт (1933: глава 12) и А.Рейх (1951), оба подчеркивали, что случается, когда аналитик переживает *реакцию переноса* (*transference response*) на пациента. Это может происходить, если пациент становится воплощением

какого-то неразрешенного аспекта важных отношений аналитика в прошлом и будет угрожать работе врача с таким пациентом, если не разрешится с помощью текущего самоанализа психотерапевта.

(3) Уинникотт в своей провокативной статье «Ненависть в контрпереносе» имеет в виду действительно объективный контрперенос. Например, он говорит: «Главная задача аналитика, работающего с любым пациентом, — сохранять объективность по отношению ко всему тому, что говорит (приносит) пациент, и частным случаем такой объективности является возможность аналитика быть в состоянии объективно ненавидеть пациента» (Уинникотт, 1958:196). И далее он добавляет:

«Ненависть аналитика обычно протекает латентно (скрытно) и легко остается таковой. При анализе лиц, страдающих психозом, аналитик оказывается под большим напряжением, чтобы держать свою ненависть незаметной, и он может удерживать ее, только хорошо это осознавая. Я хочу добавить, что на некоторых этапах определенных случаев анализа ненависть аналитика явно необходима пациенту, и здесь нужна именно объективная ненависть. Если пациент ищет обоснованной или объективной ненависти, то должен быть в состоянии получить ее, иначе он не сможет почувствовать, что может достичь объективной любви».

(УИННИКОТТ, 1958:199).

(4) Паула Хайманн подчеркивает «контр» в слове контрперенос, рассматривая это как реакцию-ответ аналитика на перенос у пациента. Она подчеркивает, что «эмоциональная реакция-ответ аналитика на пациента в рамках аналитической ситуации представляет один из важнейших инструментов в его работе. Контрперенос аналитика — это инструмент исследования бессознательного пациента» (ХАЙМАНН, 1958: 199). Далее она продолжает:

«Я бы подчеркнула, что аналитику, наряду со свободно работающим (распределляемым) вниманием, необходима свободно пробуждаемая эмоциональная чувствительность, чтобы чувствовать эмоциональные движения пациента и его бессознательные фантазии. Наше исходное предположение заключается в том, что бес-

сознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Этот рапорт на глубоком уровне выходит на поверхность в форме ощущения, отмечаемого аналитиком в его реакции-ответе на пациента, в его «контрпереносе». Это наиболее динамичный способ услышать голос пациента».

(ХАЙМАНН, 1950:82).

(5) Пирл Кинг в своей статье «Аффективная реакция-ответ Аналитика на коммуникации Пациента» пытается найти выход из путаницы разных подходов к контрпереносу:

«Самое важное — различать контрперенос как патологическое явление и аффективную реакцию-ответ аналитика на коммуникации пациента, в особенности его аффективную реакцию-ответ на различные формы, которые принимает перенос пациента».

(КИНГ 1978:330).

Что кому принадлежит?

Большинство авторов, хотя и каждый по-своему, согласны в том, что психотерапевты оказываются под влиянием того воздействия, которое на них оказывают пациенты, вне зависимости от того, происходит ли это в результате личностных особенностей больного, его переноса или образа жизни. Часто сама реакция-ответ психотерапевта может указать на нечто, относящееся только к психотерапевту. Порой могут налицовываться также элементы бессознательной коммуникации со стороны пациента. Определить четко: контрперенос это или нет, патологичен этот контрперенос или нет, — можно не всегда.

Если принять возможность возникновения взаимной коммуникации терапевта и пациента, то сразу возникает ряд технических вопросов. Я хочу сосредоточиться на проблеме, связанной с вопросом: «чья патология действует на данный момент, пациента или терапевта, и как нам отличить одну от другой?».

Даже после личностного анализа любой психотерапевт все равно может воспользоваться защитой путем проекции или отрицания, особенно когда на него оказывается давление. Поэтому первым шагом здесь должно быть управле-

ние своими чувствами и эмоциями в любом терапевтическом взаимодействии, когда речь идет о личностном контрапереносе. Несмотря на то, что толчком к этому может послужить нечто, касающееся самого пациента, психотерапевт должен прежде всего определить, что здесь принадлежит ему самому (относится к нему). Следующий шаг — определение того, побуждает ли пациент терапевта чувствовать или реагировать тем или иным образом, и если да, то каким образом и к чему это может привести?

Резонанс психотерапевта на пациента

Восприимчивость психотерапевта к бессознательной коммуникации пациента проявляется в его резонансе на интерактивное давление. Подобная реакция возникает в результате совпадения (согласования, соответствия) того, что относится к личности психотерапевта, и материала, исходящего от пациента. То, насколько психотерапевт оказывается восприимчивым (респонсивным) к пациентам на данном интерактивном уровне (взаимодействия) по сравнению с когнитивным пониманием, будет зависеть от двух вещей, в особенности, связанных с терапевтом.

Во-первых, ему необходимо получить доступ к этим бессознательным резонансам в пределах как можно более широкого диапазона чувств. Психотерапевту не обязательно ограничиваться собственным опытом, своим образом жизни и личными переживаниями. Возможно, каждый человек обладает потенциалом испытать все чувства и резонировать на любые переживания, сколь бы необычными или чуждыми его сознательной личности они не казались; но пока сохраняются неразрешенные сферы подавления или длительного неблагоприятного воздействия, то продолжают оставаться и такие чувственные уровни и зоны, которые омертвили или неспособны к реакции-ответу. Расширение диапазона эмпатического резонанса психотерапевта — это то главное, что возникает в ходе анализа и что должно представлять непрерывный процесс.

Во-вторых, каждый психотерапевт должен научиться быть открытым «инаковости» другого человека — быть готовым ощутить и испытать любые чувства, могущие воз-

никнуть в результате контакта с другим человеком, сколь бы этот человек не отличался от него самого. Здесь недостаточно эмпатической идентификации — она может ограничить психотерапевта, и он будет видеть лишь то, что ему знакомо, или «сродни» его собственному опыту. Следовательно, психотерапевты должны развивать в себе открытость и уважение к иным чувствам и переживаниям, совершенно не похожим на их собственные. Чем более свободно резонируют они на незнакомые «ключи» или диссонирующие «гармонии» других, тем сильнее это будет повышать их чувствительность к тем бессознательным интерактивным намекам (обмолвкам, репликам), которые зачастую являются центральными для понимания пациента.

Обзор примеров

В приведенных примерах можно видеть различные сочетания, как принадлежащие терапевту, так и исходящие от пациента.

Психотерапевт, жаловавшаяся на неблагодарную пациентку, осознавала сходство между пациентом и своими дочерьми. Это осознание заставляло ее проявлять осторожность, но осторожность также и сдерживала, тормозила ее. Как только она распознала, что ее резонанс на неблагодарность пациентки был также реакцией-ответом на нечто, исходящее от последней, психотерапевт смогла начать понимать, что ее отношение к пациентке сталоходить на отношение к ней ее родителей.

Моя скука в случае со вторым пациентом не исчезала, как ни пытался я искать причины в самом себе. Стоило мне осознать сходство между отношениями в процессе анализа и своего рода пустой взаимосвязью в прежней жизни пациента, я сразу же понял те чувства, которые пациент постоянно вызывал во мне.

Когда я работал с женщиной, у которой умерли дети, интенсивность моих чувств принадлежала только мне. Однако и здесь вклад пациентки в мою реакцию-ответ (в форме отсутствия ее собственных чувств) привел меня к уверенности, что здесь также присутствует бессознательная коммуникация посредством вызывания этих чувств у меня.

Четвертый пример, приведения в порядок книжных полок, отличается от предыдущих. Я оказался в ситуации, когда, с точки зрения пациента, не мог поступить правильно. Здесь у меня возникло ощущение какой-то ловушки, некоего паралича; и это помогло мне понять, что пациент бессознательно руководит мной, создавая ситуацию неизбежной критики или насмешек. Ибо любое мое поведение создавало почву для этого. Неким чутьем (*hunch*) я понял, что пациент, возможно, идентифицирует себя со своей матерью, а я оказываюсь в ситуации, сходной с той, в которой он постоянно находился в детстве. Вариант такой возможности можно было рассмотреть, лишь поделившись с пациентом тем, как я воспринимаю свое переживание случившегося, и таким образом я решил выйти из сложившейся ситуации.

У всех этих примеров есть один общий момент, заключающийся в том, что в каждом случае можно выделить некоторый вклад пациента в формирование реакции-ответа психотерапевта. Это важно, поскольку, если мы сможем увидеть, что вызывает эти реакции-ответы на пациента, то будем более уверены, постулируя наличие некоторой коммуникации, совершающейся путем такого интерактивного поведения.

В пятом примере, когда я пытался приобщить пациентку, то явно реагировал на некоторое бессознательное беспокойство относительно предстоявшего в ходе анализа. Это можно было предвидеть еще лучше, если бы я распознал диагностический элемент в своей реакции-ответе контрпереноса на пациента. Сознательно я ощущал, что к предстоящему подготовлен хорошо. Бессознательно я отреагировал сродни тем животным, которые чувствуют приближение землетрясения.

Последний пример более проблематичен. В одной из трактовок того, что психотерапевт проспала назначенный сеанс, можно усмотреть просто отреагирование (*acting out*), направленное против пациентки. Игнорировать эту версию нельзя. Однако у меня создалось впечатление, что есть большой смысл рассматривать случившееся как еще один пример интерактивной коммуникации. Я считаю убедительными теоретические положения Уинникотта относительно использования пациентом промахов психотерапевта, но признаю неправильным, если бы каждый

психотерапевт стал этим прикрываться, чтобы иметь возможность отрицать свою роль в промахах, случающихся в ходе анализа или психотерапии.

Вопрос об интенсивности

Интересная мысль, похоже, упускаемая другими авторами, возникает в связи с понятием интерактивной коммуникации. Допуская использование пациентами коммуникации путем воздействия или проективной идентификации как средства передачи терапевту сообщений, невыразимых словами, следует учитывать те случаи, когда интенсивность чувств, связанных с такой передачей, очень высока. И иногда именно *интенсивность* и выступает основным коммуникативным фактором. И тогда психотерапевты, реагирующие адекватно на такую коммуникацию, обнаруживают переживание в себе чувств, сходных по интенсивности.

В противовес этому Хайманн приводит более традиционную точку зрения, когда говорит:

«Поскольку... сильные эмоции любого рода, любовь или ненависть, стремление помочь или гнев побуждают, скорее, к действию, чем к созерцанию, и ослабляют способность наблюдать и правильно оценивать данные, то отсюда следует, что сильная эмоциональная реакция аналитика может нанести ущерб своему объекту... Эмоциональная чувствительность аналитика должна быть, скорее, экстенсивной, нежели интенсивной, дифференцирующей и мобильной».

(ХАЙМАНН 1950:82)

Собственный опыт работы с пациентами привел меня к несогласию с такой точкой зрения. Аналитик или психотерапевт должен научиться переносить контакт с сильными эмоциями, с тем чтобы они не «побуждали к действию»; он не должен подавлять эти чувства. А когда способность к ясному созерцанию или наблюдению затемняется, то возможную коммуникацию следует искать лишь после того, как восстановится достаточная ясность мышления.

Правильное и неправильное использование контрпереноса при интерпретации

Некоторые психотерапевты интерпретируют, почти напрямую отталкиваясь от собственных чувств по отношению к пациенту; но когда терапевт говорит пациенту (например): «Вы создаете у меня ощущение...», то это может предполагать, что вся ответственность за чувства психотерапевта перекладывается на пациента.

Аналогичным образом неразумно подвергать пациента примерам самоанализа, пытаясь понять (или объяснить) какую-то ошибочную интерпретацию или другие беспокоящие пациента действия психотерапевта. Это должно быть сугубо частным делом психотерапевта. Поэтому Хайманн говорила, что исповедей аналитика пациенту быть не должно. Но тем не менее указывала ясно, что: «Эмоции аналитика, возникающие в ходе анализа, имеют ценность и для пациента, если их использовать в качестве дополнительного способа постижения (инсайта) бессознательных конфликтов и защитной реакции пациента» (ХАЙМАНН, 1950:83-4).

Маргарет Литл, с другой стороны, считает, что бывают случаи, когда для пациента большое благо, если аналитик открыто выражает некоторые из своих чувств:

«Тогда на завершающих стадиях анализа, когда способность пациента к объективной оценке уже увеличилась, аналитику особенно необходимо улавливать проявления контрпереноса и возможность — прямо или косвенно — их интерпретации, когда пациент ему это открывает. Без этого пациенты могут не суметь объективно распознать большую часть иррационального родительского поведения, явившегося таким сильным фактором в развитии невроза, поскольку в случае, когда аналитик ведет себя по-родительски и скрывает этот факт, возникает момент, в котором непрерывное давление того, что в ином случае было бы распознано, нисходит».

(ЛИТЛ, 1951:38)

Вышеприведенные примеры иллюстрируют некоторые случаи, когда осторожная честность относительно чувств, вызываемых пациентом, помогает психотерапевтическому

процессу. Это будет еще в меньшей степени навязчивым, если выяснена роль пациента в происхождении таких чувств, как, например, в случае 4.3, — сообщение психотерапевта пациентке о подавленном плаче.

Однако, когда еще не ясно, есть ли какая реальная коммуникация со стороны пациента в реакции-ответе терапевта, сам пациент не должен перегружаться непрошенными свидетельствами о переживаниях психотерапевта. Проще всего это проиллюстрировать примером 4.2. Тогда я не счел нужным сообщать пациенту, что чувствую скучу. И вместо прямой интерпретации из контрпереноса (что всегда нежелательно) я решил слушать более внимательно; в результате такого повышенного настроя я смог начать распознавать те самые пустые связи или отношения (*relating*), которые действовали на меня так сильно, что вызвали искомую скучу.

Очень здравым является тот принцип, согласно которому контрперенос не должен вторгаться в процесс анализа, но это не должно отвращать нас от использования нашего резонанса на пациента, чтобы помочь нашему дальнейшему выслушиванию. Любая последующая интерпретация, основанная на интерактивной коммуникации, должна быть связана с какими-то идентифицируемыми намеками пациента, которые он сможет распознать, когда ему на них укажут. Когда мы не можем распознать эти намеки, то это просто указывает на то, что достаточных оснований для интерпретации еще нет; если, разумеется, мы подошли к этому исключительно путем реакции-ответа терапевта на пациента.

Примечания

1. Ранее, в той же самой статье Фрейд пытается провести границу между: «использованием слов «сознательное» и «бессознательное» в описательном и систематическом значениях. Причем в последнем смысле оно обозначает включение в определенную систему и наличие определенных характеристик» (ФРЕЙД, 1915:172).

Далее он говорит:

«Вероятно, нам может помочь предложение использовать, по крайней мере, в литературе аббревиатуры Сз

(Cs) для сознательного и Бсз (Ucs) для бессознательного, когда мы используем эти слова в систематическом значении»

(ФРЕЙД, 1915:172).

2. Сходное описание процесса дает Уангх (1962). В своей работе он говорит об «эвокации (вызываания) заместителя» (Evocation of a Proxy).

3. Проективная идентификация как понятие используется в различных контекстах для описания разных аспектов раннего психического развития ребенка (КЛЕЙН, 1952; СЕГАЛ, 1964), примитивной формы коммуникации (например, БАЙОН, 1967б) и для описания психотических процессов (РОЗЕНФЕЛЬД, 1965; БАЙОН, 1967б). Я знаю, что клейнианцы придают большое значение расщеплению, которое подразумевает проективная идентификация, но не включаю его в свое описание этого процесса. Проективная идентификация также понимается по-разному и клейнианцами, и другими аналитиками, как пишет об этом Гротштейн (1981) и Огден (1982).

4. Розенфельд (1971) проводит разграничение между проективной идентификацией, используемой для коммуникации, и проективной идентификацией, используемой для избавления самого себя от нежелательных элементов. Он добавляет и третью возможность использования, при которой пациент-психотик стремится контролировать и тело, и разум аналитика. Он указывает, что это, вероятно, основано на очень раннем инфантильном типе объектных отношений. Розенфельд подчеркивает также, что эти три типа проективной идентификации существуют у психотического пациента одновременно и что важно не заострять внимание лишь на одной форме данного процесса при работе с психотиками. (Я ограничиваюсь здесь лишь рассмотрением использования проективной идентификации не-психотиками).

5. Л. Таузэр приводит похожий пример в своей работе «Контрперенос», когда она забыла про сеанс с пациентом. Это помогло ей осознать, что подавляемое ею раздражение, вызванное этим пациентом, поддерживалось с помощью реактивного формирования «бесконечного терпения». Она добавляет, что негативный контрперенос, ко-

торый не замечают, может подчас дать в результате «негативную структуру контрпереноса, буквально кратковременный невроз контрпереноса», если что-то не ускорит необходимый выход из этого состояния. Чем в данном случае было то, что она действовала против пациента (ТАУЭР, 1956:238).

6. См., например: Opp (1954), Кернберг (1965), Лапланш и Понталис (1973), Сандрер, Даре и Холдер (1973), Эпштейн и Фейнер (1979).

Выслушивание с интеракционной точки зрения: клиническая презентация

В предыдущей главе я приводил пример, как психотерапевт переразыграл (re-enacting) травматический элемент из детских переживаний пациента (Мисс Г. в примере 4.6), в котором оказалось возможным переразыгрывание пережитого вследствие бессознательной реакции-ответа психотерапевта на бессознательные намеки (cues) пациента. Здесь я приведу более подробную иллюстрацию анализа, в котором во время рассматриваемого эпизода постепенно выявлялась сходная динамика.

Я также использую данную клиническую последовательность или протяженность (sequence) как еще одну иллюстрацию в обучении использования внутреннего супервизорства. Я рассматриваю аналитический процесс на трех уровнях: 1) аналитический диалог — содержание самой беседы с пациентом на протяжении каждого сеанса; 2) внутреннее супервизорство — о чем я размышлял во время каждого сеанса и как приходил в каждом случае к объясняющей интервенции; 3) обратный взгляд — комментарий по поводу того, что, — как я осознавал позднее, — я упустил в каждый данный момент сеанса. Большинство материала для такого комментария возникало у меня во время записей, производимых после каждого сеанса. Я выделял особую неделю для более подробных записей, чем обычно, когда обнаруживал трудности в ходе анализа и пытался разобраться в том, что же происходит.

Как станет видно, я сделал ряд ошибок в приводимом эпизоде, что в тот момент казалось совершенно необъяснимым. Постепенно я начал распознавать намеки пациентки и реагировать соответствующим образом, что помогло мне восстановить аналитическую поддержку (управление аналитическим процессом). На следующий день пациентка,

как это ни странно, воспользовалась этим восстановлением, пережив на сеансе очень травму раннего детства. С помощью обратного взгляда я смог понять некоторые «ошибки» в динамически иной перспективе.

Представление предыстории к недельному циклу¹

Миссис Б. посещала аналитика третий год. (Об этой пациентке уже шла речь в главе 1, пример 1.5). К началу лечения ей было около тридцати лет, и незадолго до этого она вышла замуж. За шесть месяцев до той недели, о которой пойдет речь, пациентка родила сына, которого мы будем называть Питером. До беременности анализ фокусировался, в основном, на несчастном случае, произшедшем, когда миссис Б. было одиннадцать месяцев. Ребенок опрокинул на себя кипящую воду и получил серьезные ожоги, в то время как мать отлучилась в другое место. Данный эпизод постоянно возникал в ходе анализа, в ее снах и на многих сеансах, но оставался воспоминанием, никогда осознанно в памяти не вспыльчивавшим.

После рождения сына миссис Б. всецело занялась своими материнскими обязанностями, и несчастный случай, во многом, отодвинулся в анализе на задний план; почувствовав себя значительно лучше, пациентка предложила отменить сеансы по пятницам. Миссис Б. начала отнимать Питера от груди и, казалось, тоже стала чувствовать себя более самостоятельной. Она сказала мне, что предоставляет Питеру гибкую свободу — дает ему возможность обходиться без нее в смысле кормления грудью и в то же время всегда оказывается рядом в случае необходимости. Поэтому, когда однажды она высказалась беспокойство по поводу окончательной утраты пятого сеанса, я подумал о том, что, вероятно, и она хочет такой же гибкой свободы. В результате я предложил ей компромиссное решение. Я согласился не занимать ее обычное время по пятницам в течение одного-двух месяцев, а за это время она могла точнее определить, каков эффект визитов только четыре раза в неделю. Когда же миссис Б. забеспокоилась, не захочу ли я использовать это время для другого пациента, я сказал ей, что зайду его для самого себя — для чтения. Казалось, она

осталась довольна и благодарна за такое предложение; но по мере того, как она стала приходить реже, ее беспокойство возросло. Неделя, о которой сейчас пойдет речь, — четвертая неделя с меньшей частотой сеансов.

Обратный взгляд: Можно увидеть, что я прерывал процесс анализа различными способами. Вместо того, чтобы анализировать не нашедшее выхода беспокойство по поводу отмены пятничного посещения, я сыграл роль добродушной матери, предлагающей более свободное, отучающее от груди кормление. Казалось, это шло навстречу желаниям пациентки, но в большей степени оно соответствовало моей собственной потребности. Пациентка подталкивала меня к пересмотру моего предложения. Она указывает — по всей видимости — на неприемлемость гибкого расписания визитов по пятницам, но я пропускаю ее намек. Вместо этого я рационализирую свое предложение, рассказывая ей, как собираюсь использовать свободившееся время. Тем самым я даю ей серьезные основания для предположения, что мне необходим отдых от столь частых встреч с ней.

Клинический эпизод (последовательность)

Понедельник

Пациентка начала встречу словами о том, что выходные дни провела очень сумбурно. Она почувствовала, что, кажется, еще не готова отказаться от сеансов по пятницам. (Пауза). Ей приснилось два сна. В первом: девочка ухаживала за окотившейся кошкой. Девочка помогала кошке родить котенка, лежавшего в луже крови. Котенок был слишком слаб и умер. По ассоциации миссис Б. рассказала о своей подруге, дочь которой звали так же, как и девочку во сне. (Назовем ее Эммой). «У Эммы есть белый котенок. У него царапина, которая никак не заживает». Рассказав это, миссис Б. заметно расстроилась. (Пауза).

Внутреннее супервизорство: Похоже, что пациентка отождествляет себя с котенком в своем сне. Я отметил выражения «слишком слаб, чтобы выжить» и «царапина, которая никак не заживает». Я заметил также, что, по всей видимости, мысль о ее основной заботе прозвучала в нач-

ле сеанса, когда миссис Б. сказала, что еще не готова отказаться от сеансов по пятницам. Поэтому я выбрал этот вопрос для интерпретации как фокус.

Я сказал, что у меня сложилось впечатление, что она беспокоится по поводу своего отказа от пятого сеанса. Отчасти из-за боязни, что, возможно, внутренне она еще недостаточно сильна, чтобы справиться с возникшей переменой, и боится в связи с этой переменой моих выводов о том, что ее эмоциональные шрамы зажили в большей степени, чем на самом деле. Пациентка согласилась с такой интерпретацией и рассказала мне другой сон. В нем она очень медленно плавала в бассейне. Никаких ассоциаций по этому поводу не возникло.

Внутреннее супервизорство: Я считаю, что сон подтверждает потребность продвигаться вперед медленно, и готовлюсь признать, что понимаю это.

Обратный взгляд: Я вмешиваюсь преждевременно; было бы лучше сформулировать гипотезу про себя и подождать, пока пациентка не выскажет еще какие-то мысли, прежде чем вмешиваться. Я рассматривал селективно (выборочно) мысли пациентки, воспроизводя ее рассказ, не замечая, например, намек на лужу крови или факт рождения и смерти в первом сне. Теперь пациентка рассказывает второй сон с бассейном. Нельзя быть уверенным, что это подтверждение предложенной интерпретации, как я предположил во время сеанса, или же это указание пациентки, что я двигаюсь слишком быстро. Теперь она не приводит никаких ассоциаций, словно для того, чтобы обозначить факт волюнтаристского интерпретирования первого сна. Я прореагировал слишком быстро, а с ее стороны было мало ассоциаций.

Я сказал, что второй сон еще раз подчеркнул ее желание двигаться с приемлемой для нее скоростью. Она ответила, что, фактически, «ползла» в своем плавании во сне (плыла кролем).^{*} и добавила, что Питер уже начинает ползать.

Внутреннее супервизорство: Я чувствую, что эти комментарии лишний раз подтверждают мою интерпретацию

* В английском игра слов «crawling» — «ползание» и «crown!» — «плавать кролем». — Примеч. рус. ред.

о том, что пациентке следует двигаться в анализе «своим шагом».

Обратный взгляд: Я слишком тороплив в стремлении получить подтверждение своей интерпретации. Вопрос о сомнительности гибкого расписания еще не встал напрямую на этой встрече, а я не заметил недосказанности. Я все еще считаю, что предложенная гибкость — именно то, что и нужно пациентке, поэтому оказываюсь глух к любым знакам иной версии.

Затем миссис Б. сказала мне, что хочет еще раз вернуться к вопросу о сеансах по пятницам. В связи с этим я предложил ей выбрать одно из двух: либо она может использовать свое пятничное время по требованию, то есть просить о дополнительном сеансе в те недели, когда чувствует потребность в этом, либо может вернуться к пяти сеансам в неделю до тех пор, пока необходимость в таком расписании не отпадет. Я предложил ей сообщить свое решение, когда оно окончательно созреет.

Обратный взгляд: Еще раз было совершено отступление от аналитического подхода к нерешенной проблеме пятничных сеансов. Вместо этого ей были предложены альтернативные решения. Следует также отметить, что наметился курс на манипулятивную манеру (руководящий тон) отношений. Я направляю, делаю предположения, предлагаю решения пациентке вместо того, чтобы дать ей возможность свободно определиться. Вмешиваясь преждевременно, я пресекаю попытки пациентки свободно высказываться, отвлекая ее на альтернативные варианты, которые предлагаю.

К концу этого сеанса я ввел новую тему, объяснив ее кажущейся близостью с обсуждаемым. В равной степени я был в этом не уверен. Возможно, сказал я пациентке, ей нужно было подчеркнуть важность данной ей возможности двигаться с приемлемой для нее скоростью. Например, она следила за тем, чтобы не отвлекать мое внимание от присутствия детского в ней самой, и поэтому не приносила показать мне ни своего ребенка, ни его фотографию.

Обратный взгляд: Миссис Б. никогда не выражала желания принести ребенка на сеанс, но возможность присутст-

вия какого-то значения в этом пришла мне в голову несколькими месяцами ранее, когда я присутствовал на показательном сеансе аналитика-женщины, специально говорившей о своем опыте работы с пациентками, которые были беременны во время анализа. Она привела несколько таких случаев, и в каждом из них на каком-то этапе мать приносила на сеанс ребенка. Когда я сказал, что у меня есть пациентка, никогда не приносившая ребенка на сеанс и бывшая беременной в ходе анализа, то по этому поводу было высказано разное. Возможно, говорили мне, я мешаю ей чувствовать, что она может показать мне своего ребенка; может быть, я дал ей чувствовать некоторую ревность по отношению к ее связи с младенцем, из которой я был исключен. Тогда я думал несколько иначе и не чувствовал никакой необходимости ставить данный вопрос до нынешнего момента. По ряду причин я упомянул об этом сейчас, хотя это и выглядело неуместно и далеко от обсуждавшихся на той встрече вопросов.

Я опять-таки блокирую процесс анализа тем, что продолжаю направлять и руководить. Я говорю о неуверенности, что предложенный вопрос относится к обсуждаемой теме. Введение его в данный момент говорит о какой-то невыраженной потребности (моей) отвратить пациентку от того, что нарушает сложившееся настоящее состояние аналитического взаимодействия. Показатели контрпереноса представлены в руководящем характере моего вмешательства (участия, интервенции) и в связанном с ним давлении на пациентку, заставляющем ее чувствовать, что она «должна» принести ребенка или его фотографию психотерапевту.

Миссис Б. в ответ на это сказала, что не думала о том, нужно ли мне видеть ребенка или его фотографию, поскольку полагала, что я уже и так хорошо знаю его через нее. (На этом сеанс закончился).

Внутреннее супервизорство: Я почувствовал, что пациентка сделала мне выговор. Отвечая, она указывает, что мне не следует хотеть видеть ее ребенка или его фотографию, по крайней мере, для анализа. Она полагает, что я и так хорошо знаю его через нее, но теперь она в этом сомневается. Используемое ею слово «нужно» указывает мне на тот факт, что ей передается какой-то контрперенесенный

интерес, выраженный мной. Однако, поскольку это конец сеанса, мы об этом не говорим. Допустив ослабление внутреннего супервизорства во время этого сеанса, я должен быть более внимателен впредь. Возможно, нерешенные вопросы вновь возникнут на следующем сеансе (или сеансах) в качестве предмета для беспокойства.

Вторник

Пациентка опоздала на шесть минут. Для нее это было совершенно не характерно. Она начала сеанс стоя — протянула мне две фотографии. Я тоже стоял.

Внутреннее супервизорство: Своим опозданием пациентка дает мне понять, что что-то не в порядке. Действие в положении стоя, подчеркивает, что фотографии к анализу отношения не имеют.

Обратный взгляд: Здесь можно увидеть немой протест и жалобу пациентки, но я не сумел использовать данное наблюдение в ходе текущего сеанса.

На одной фотографии была изображена миссис Б. с ребенком в возрасте нескольких недель, вторая, более поздняя, демонстрировала все семейство: обоих родителей и дитя. Я отреагировал, сказав: «Они очаровательны», и возвратил фотографии. Пациентка легла на кушетку.

После паузы миссис Б. повторила сказанное ею накануне в конце сеанса: она чувствовала, что я уже знаю близко и ее ребенка, и мужа, хотя и не видел их фотографий. Но (по крайней мере, внешне) она, казалось, была довольна, что я увидел, как они выглядят.

Обратный взгляд: Можно отметить повторенное ею, что мне не следовало хотеть видеть фотографии. Вначале я насторожился, усмотрев в этом поступке нарушение привычных рамок анализа. Но, даже несмотря на такую настороженность, я не смог отработать это на сеансе, возможно, потому что предстояло заняться несколькими структурными вопросами.

Затем пациентка сказала, что еще ничего не решила относительно пятого сеанса. Она не знает, следует ли сохранить

его по требованию или нет, поскольку, возможно, она захочет продолжать приходить на сеанс каждую пятницу.

Внутреннее супервизорство: Вопрос о гибком расписании остается нерешенным, и пациентка по-прежнему об этом беспокоится. Идею сеанса по требованию предложил я, а не она. В результате она чувствует опасение показаться жадной в случае, если ей придется просить полностью вернуться к пяти сеансам в неделю.

Миссис Б. сказала, что не хочет, чтобы я рассчитывал на регулярное время для чтения по пятницам.

Внутреннее супервизорство: Ошибки накапливаются. Миссис Б. особо выделяет бессознательное, скрывающееся за тем, что я раньше говорил о чтении. Совершенно ясно дает понять, как она реагирует: она боится, что я, возможно, захочу использовать пятничное время для себя, тогда когда ей, возможно, это время будет нужно, именно для нее. Предложение о работе по требованию оказывается уже и не таким успокаивающим, как предполагалось вначале. Из-за него пациентка чувствует критику в свою сторону: что она станет слишком «требовательной», если вновь захочет работать по пятницам. Скрываясь за кажущейся щедростью по отношению к пациентке в смысле предоставляемого времени по пятницам, я спроектировал какую-то свою неизвестную жадность на пациентку.

Я сказал, что мое сообщение о том, как я планирую использовать освобождающееся время, одновременно предлагая его ей, не было полезным. Зная это, она теперь видит во мне мать, которая хотела, чтобы ей позволили заниматься своими делами по мере того, как ребенок подрастал. Я осознавал, что это значит для нее, поскольку несчастный случай произошел как раз в то время, когда мать была занята в другом месте, — в то самое время, когда ребенок только что начал ходить.

Обратный взгляд: Здесь делается попытка разобраться в том, как пациентка воспринимает реальную ситуацию, прежде чем обратиться к предшествующим детским эпизодам. Но опять я слишком быстро перехожу к прошлому от неудовлетворительной реальности настоящего. В действительности, я отвлекаю пациентку от своего собственного

недостатка внимания к тому же качеству у ее матери. Она может воспринять это, как еще одно проявление чувства моего дискомфорта в связи с недавними промахами в ходе анализа. Я не даю ей возможности свободно справиться с этим по-своему или в удобное для нее время. Я мешаю ей тем (pre-empt), что делаю это за нее.

В ответ миссис Б. вспомнила несколько подробностей, например, как ее мать, казалось, всегда полагала работу по дому и на кухне важнее, чем занятия с детьми. Мать всегда хотела, чтобы дом находился в чистоте и был приготовлен хороший обед, — как будто им только и нужны были жилье и еда. Миссис Б. предпочла бы простую еду, но чтобы иметь возможность проводить больше времени с матерью.

Внутреннее супервизорство: Кажется, пациентка вновь возвращается к восприятию меня как человека очень занятого разборкой той путаницы, что произошла в анализе в последнее время, и тем, чтобы вновь утвердиться в роли хорошей матери, у которой всегда на столе хорошая еда. Пациентке же хотелось бы, чтобы я дал ей больше времени для нее самой во время сеанса, а уж она смогла бы использовать его по-своему.

Миссис Б. продолжала рассказывать мне о своем девятилетнем племяннике и семилетней племяннице, гостиивших у нее в то время. На выходные племянница отсутствовала. У нее была любимая кулинарная книга, привезенная с собой; племянница забрала книгу, и племянник не мог ею воспользоваться. Миссис Б. дала племяннику один из своих рецептов, чтобы он мог готовить вместе с ней; он этого хотел. Когда они уже вовсю что-то делали на кухне, племянник пожаловался, что она совершенно не дает ему готовить. Она слишком много за него делает.

Внутреннее супервизорство: Я рассматриваю это как бессознательное супервизорство со стороны пациентки. Я размышляю об этом и чувствую, как она указывает мне на то, что я делал слишком много за нее во время последних сеансов: как в отношении частоты сеансов, так и в вопросе с фотографиями. Я готовлюсь рассмотреть все эти вопросы по очереди.

Обратный взгляд: Я не распознаю здесь тему двух людей, желающих ту же самую вещь. Племянница не хочет, чтобы ее брат пользовался кулинарной книгой в ее отсутствие. Вероятно, пациентка намекает на сказанное ей, что я буду использовать ее время по пятницам для себя в случае отмены сеанса. Возможно, она чувствует, что я хочу использовать ее пятничное время для себя и не хочу работать с ней.

Я сказал, что чувствую: ей нужно подтверждение получающей достаточно свободы, чтобы она могла принять решение по поводу сеансов по пятницам, — решение о предоставлении данного времени ей. В ответ на это миссис Б. сказала, что ей не кажется, что я как-то мешаю в этом. Последовало молчание.

Внутреннее супервизорство: Я отметил слово «мешаю» и снова почувствовал, что получил отповедь от пациентки. Есть ощущение, что, возможно, это более близко связано с фотографиями.

Я сказал миссис Б.: возможно, отсутствие свободы, в большей степени, связано с тем фактом, что я заговорил о фотографиях, а не она. Она согласилась с моими комментариями и с виду даже обрадовалась, но я почувствовал, что, возможно, внутренне она гораздо менее охотно согласилась с ними, чем внешне. Миссис Б. очень охотно подхватила эту мысль и сказала, что чувствовала — хотя и была довольна, что я увидел фотографии — беспокойство относительно моего последующего решения: вот я увидел фотографии, и, стало быть, теперь все в порядке. На них все были изображены веселыми, здоровыми и счастливыми. Она боялась возможности моего непонимания, что внутренне ей приходится сталкиваться с большим беспокойством, чем то, с которым, по ее мнению, могла помочь справиться работа с психоаналитиком четыре раза в неделю.

Внутреннее супервизорство: Я замечаю, что пациентка развивает мысль о своем беспокойстве в связи с показанными мне фотографиями, и еще раз поднимает все еще не решенный вопрос о частоте сеансов. Я вижу, что этим теперь нужно заняться.

Я сказал, что она явно все еще обеспокоена вопросом о сеансах по пятницам. Она ответила, что это так, и спросила,

не может ли она на этой неделе (по крайней мере) прийти в пятницу. Так мы и решили.

Обратный взгляд: Вопрос о формальной структуре лечения разрешен лишь частично. Только на следующей неделе миссис Б. попросила прямо и окончательно вернуться к пяти сеансам в неделю. Что и было сделано.

Затем миссис Б. рассказала мне сон:

Она держала коробку с чем-то ценным внутри. Вокруг находились люди, казалось, желавшие тоже получить что-то из коробки. Она знала, что они ограбили банк или что-то в этом роде, и теперь вся добыча находилась у нее. Их посадили в тюрьму, но там оказался доброжелательный офицер, который, в целях ее безопасности, позаботился о том, чтобы ее посадили в отдельную камеру. Срок ее заключения истекал раньше, чем у остальных. Ее вели через двор к воротам, откуда она выходила на свободу, и тут эти остальные навалились на нее и стали бить по голове. Она лежала мертвая на земле. Связанные со сном ассоциации миссис Б. имели отношение к анализу, но я не мог вспомнить их после окончания сеанса.

Внутреннее супervизорство: Я почувствовал, как обрушился на меня этот сон и ассоциации. Я выделяю темы во сне и в то же время пытаюсь слушать то, что говорит пациентка. Я решаю вновь просмотреть ее темы, которые, по моему мнению, имеют отношение к анализу и к текущим вопросам, его касающимся.

Обратный взгляд: Здесь еще раз поднимается вопрос о том, что *другие люди хотят получить то, что имеется у нее*, то, что она держит в коробке. Но я это упускаю, и поэтому по-прежнему не занимаюсь вопросом о пятничном времени: кому же оно принадлежит со всей определенностью. Кроме того, моя забывчивость относительно ассоциаций пациентки указывает на то, что мне трудно за ней уследить во время сеанса; что было бы несравненно лучше, чем руководить ею.

Я сказал, что пациентка стремится оградить свой анализ как коробку с чем-то ценным от всего, что угрожает отнять это у нее. Ей нужно, чтобы я защищал анализ, давая ей возможность иметь в нем свое пространство. Ей это особен-

но необходимо теперь, поскольку, возможно, она чувствует, что я посягнул на это пространство, попросив ее принести своего ребенка или его фотографию. Возможно, она почувствовала, что я испытываю ревность по отношению к ее особым отношениям с ребенком и тоже хочу в них как-то участвовать.

Обратный взгляд: Эта пробная интерпретация слишком длинная. Кроме того, я двусмысленно говорю о двух видах вмешательства с моей стороны: 1) в пространство анализа и 2) в пространство ее отношений с ребенком. Намек на ревность снова является результатом восприятия слов из доклада коллеги-аналитика (коллега старше и опытнее) о детях, родившихся во время анализа.

Миссис Б. согласилась с тем, что я сказал (слишком легко, чтобы это выглядело убедительно), и добавила: как она думает, причина того, что она не принесла показать мне своего ребенка, в том, что она хотела сохранить свободу иметь нечто целиком для самой себя.

Внутреннее супервизорство: Она выбирает то, что имеет для нее наибольшее значение из того, что я сказал, и допускает ту же двусмысленность в своем ответе «нечто целиком для самой себя», которую допустил и я. Данная фраза может относиться либо к анализу и к отношениям в его ходе, в которые она не хочет допускать никакого постороннего вмешательства, либо к отношениям с ребенком, в которые она не хочет меня допускать. Я решую вначале заняться вопросом, касающимся анализа.

Я ответил, что данный комментарий особенно справедлив в связи с ее желанием сохранить анализ только для себя, дабы другие не могли вмешиваться в то, как она пользуется своими сеансами.

Обратный взгляд: Я перестал прятаться за двусмысленностью и признал, что анализу необходима замкнутая сфера, чтобы он не подвергался воздействию предложений или директив со стороны аналитика. Если бы я отреагировал на более ранние намеки относительно пятничного времени, то был бы более точен. Пациентка хочет также, чтобы время по пятницам было «только для нее».

Она сказала, что все верно, и впервые за весь сеанс начала расслабляться; до этого она пребывала в явном напряжении. Пациентка оставалась спокойной до конца сеанса (несколько минут) и молчала.

Внутреннее супервизорство: Во время наступившего молчания я начал понимать, что ни она, ни я не говорили о нападении на нее во сне. Я выбрал только те темы, в которых видел себя в положительном свете. Поскольку я отбросил негативные моменты, она могла почувствовать, что я еще не готов воспринять наиболее болезненные детали в ее отношении ко мне.

Среда

Миссис Б. опоздала на восемь минут. Еще стоя (опять), прежде чем подойти к кушетке, она спросила меня, не оставила ли она маленькую фотографию где-нибудь у меня в комнате в прошлый раз. Я сказал, что фотографии не видел.

Внутреннее супервизорство: Она снова использует ту же защиту с помощью изоляции, что и раньше (то есть стоит, а не ложится на кушетку). Она также снова опаздывает. Я понимаю, что что-то мешает анализу.

Миссис Б. сказала мне, что опоздала, потому что никак не могла завести машину. «Не работало зажигание» (дословно: «Батарея не зажигалась» = there was no light in the battery), такое произошло с этой машиной только второй раз. Миссис Б. взяла машину мужа. Она не проверила в своей машине, нет ли там пропавшей фотографии.

Внутреннее супервизорство: Я слышу, что что-то потерялось. Что-то, связанное с принесенными накануне фотографиями. Я воспринял пропажу в связи с вопросом о фотографиях. Я пытаюсь найти переход к тому, чтобы этим заняться.

Обратный взгляд: «Батарея не зажигалась» — несколько странный способ сообщить о том, что сел аккумулятор. Английский язык не является родным для пациентки, но, поскольку она говорит свободно, это выражение для нее не характерно. Возможно, здесь содержится намек на то, что

на последних сеансах я не мог в достаточной степени за- жечься. Я стал таким же, как ее машина, — плохо работал.

Я сказал, что, возможно, ей нужно было почувствовать, что фотография потерялась, тогда на этом сеансе мы могли посмотреть, что это для нее значит. Например, она могла почувствовать (и в какой-то степени это справедливо), что фотография не потерялась бы, если бы я не повел разговор о возможности показать ее мне. Она согласилась. После чего захотела вернуться к тому сну, который рассказала накануне.

Внутреннее супервизорство: Она вновь соглашается слишком быстро. Я не уверен, действительно ли это подтверждение. Я отмечаю, однако, замечание пациентки о том, что накануне мы чего-то не рассмотрели в связи с ее сном.

Миссис Б. указала мне на свою пассивность в отношении людей, которые угрожали ей во сне. Она воспринимала их как людей, связанных с ее прошлым. Она добавила, что ничего не добилась, если бы просто искала от них защиты, а не защищалась активно.

Внутреннее супервизорство: Пациентка выделяет один из аспектов сна, который я выпустил из поля зрения во время выборочного просмотра его тем. Она также предлагает переход от меня к людям, связанным с ее прошлым. Возможно, она отметила, что раньше я игнорировал свое появление в ее сне в негативном плане. Думается, что, возможно, она выражает свое восприятие меня как человека, которого нужно защитить от ее негативного отношения. Я также отмечаю ее пассивность к моему замечанию о фотографиях.

Обратный взгляд: Мы видим, насколько параллельна пациентка моему защитному маневру на предыдущем сеансе, когда я слишком быстро отвлек ее от моей собственной ошибки к ошибке ее матери. Это можно понять, как еще одно указание ей на то, что, возможно, я чувствую, что не могу противостоять критическим намекам в свой адрес, содержащимся в ее сне.

Я сказал: как мне кажется, в ее сне я появляюсь в двух формах — как тюремный офицер, который воспринимается как человек, расположенный дружелюбно, и который помещает ее в такие условия, где она чувствует себя в безопасности; и также предстаю в образе угрожающих ей людей.

Внутреннее супервизорство: Это, скорее, неуклюжая попытка вернуть пациентку в реальность настоящего, нежели найти согласие по вопросу возможного возвращения в ее прошлое

Обратный взгляд: Я предлагаю интерпретацию, не давая пациентке времени передать мне материал для анализа. То есть я все еще действую, исходя из контрперенесенного беспокойства от того, что в последнее время сделал так много ошибок, — когда одна влекла за собой другую.

Казалось, миссис Б. была озадачена второй частью моей интерпретации и спросила меня, каким образом я к этому пришел.

Внутреннее супервизорство: Пациентка указывает мне на то, что интерпретация была взята с потолка. Конечно, она не давала оснований для подобного объяснения в ходе сеанса и поэтому, естественно, не понимала, откуда оно появилось. Я слишком тороплюсь исправлять свои ошибки. Посему пытаюсь изменить положение к лучшему, возвращаясь к пропущенным моментам сновидения, надеясь уже от них перейти к интерпретации.

Обратный взгляд: Лучше было бы промолчать и дать возможность пациентке направлять анализ.

Мне кажется, сказал я, что мы должны посмотреть, с чего начался сон. Она несла что-то ценное в коробке и пытаясь уберечь его от других людей, которые, как могло показаться, хотели получить из этого свою долю. Она также сказала мне, что ей очень не хотелось показывать мне своего ребенка. Тем не менее фотографии она мне принесла, а на следующую ночь ей приснился этот сон. В конце сна ее бьют по голове. Может быть, это отражение ощущения того, что ей не дают подумать самостоятельно. Поразмыслив немного, пациентка частично согласилась с

этим. Она добавила, что сознательно никакого желания скрывать фотографии не имела; ей просто не приходило в голову их принести.

Внутреннее супервизорство: Я отмечаю, что «ей не приходило в голову», или, другими словами, не было ее собственным решением. Я воспринимаю это как своего рода подтверждение и чувствую, что, возможно, теперь мы можем рассмотреть, как развивался перенос этого переживания.

Обратный взгляд: Я явно спешу уйти от настоящего. Не давая ей времени продолжить с данного момента самостоятельно, я опять претендую на ее пространство. Признавая в то же время, что она хочет, чтобы я этого не делал.

Я сказал, что, наверное, стал воплощать какую-то часть ее прошлого, ее отношений с матерью, когда пациентка видела, что не может чувствовать себя на равных с ней, или, в данном случае, со мной. Вместо этого оказывалось, что она испытывала потребность доставить мне удовольствие, принося фотографии. Но эта явная потребность, возможно, была вызвана тем, что она воспринимала меня в тот момент как свою мать, которой нужно сделать приятное. Миссис Б. кивала, когда я излагал последнюю часть интерпретации. Затем она сказала мне о том, что произошло «в пятницу — нет, в четверг ночью на прошлой неделе».

Внутреннее супервизорство: Похоже, оговорка понятна. Я рассматриваю это, как нечто, связанное с пропуском сеансов по пятницам.

Обратный взгляд: Вопрос о пятницах возникает здесь лишь временно. Только после этой недели сеансы по пятницам вновь становятся регулярными, так что в этом смысле пятницы все еще могут пропускаться.

Миссис Б. сказала, что в четверг вечером ее мужа не было дома, поэтому она напросилась на ужин к друзьям. Она подробно рассказала мне о жирных сладостях, которые принесла с собой, как съела всего слишком много, и потом ей стало дурно. Ночью она боялась, что ей будет некорошо на следующий день и она не сможет кормить Питера грудью (она все еще продолжала его периодически кор-

мить). Поэтому она вызвала у себя рвоту; на утро чувствовала себя лучше и была «в форме».

Внутреннее супервизорство: Я отмечаю темы: отсутствие мужа; ест сама; чувствует дурноту из-за того, что переела; боится, что придется отказаться от кормления ребенка. Я решают предложить переход к тому, чтобы заняться некоторыми из этих тем.

Я указал миссис Б. на время, когда все это произошло, — накануне утра пятницы, когда у нее не было обычного сеанса. Она согласилась, — возможно, именно из-за того, что она чувствовала себя обделенной сеансом в пятницу, она позволила себе съесть слишком много.

Внутреннее супервизорство: Она приходит к этому самостоятельно. Мне не нужно ее «перекармливать».

Она также указала на то, что осознавала имеющийся у нее выбор: она могла либо чувствовать себя по-прежнему больной и беспомощной, либо сделать что-то, чтобы ей не пришлось прерывать (*interrupt*) расписание кормления ребенка.

Внутреннее супервизорство: Она указывает на тему прерывания,* которую я рассматриваю как намек на вторжение (вмешательство) более широкого толка. Поэтому я решают в данном случае не вмешиваться.

Затем она сказала, что это не обязательно означало, что ей пришлось бы резко отнять Питера от груди; но, разумеется, она думала, что это подразумевало бы внезапное вмешательство в расписание кормления.

Внутреннее супервизорство: Я отмечаю слова «внезапное вмешательство». Вопрос, который, кажется, рассматривается ею в связи с кормлением, — это вопрос о сеансах по пятницам. Один из сеансов должен был быть в прошлую пятницу, о которой только что шла речь.

Я сказал ей, что она восприняла пропуск сеансов по пятницам, как явление нежелательное. В понедельник, во время первого сеанса после только что описанного ею события,

* Английское «*interruption*» переводится также как «приостановка», «вмешательство», «вторжение». — Примеч. пер.

она указала, что хочет еще раз вернуться к решению отменить сеансы по пятницам. Тут время сеанса истекло.

Внутреннее супервизорство: Я думаю, что миссис Б. смогла заговорить об отмене сеансов по пятницам как о неожиданном вмешательстве только после того, как мы решили, что она может возобновить свои пятничные посещения, по крайней мере, на этой неделе. К долгосрочному решению мы еще не пришли.

Четверг

Миссис Б. начала сеанс с того, что рассказала мне о матери Эммы. Мать захотела, чтобы Эмма осталась на ночь с миссис Б. и ее племянницей. Она даже заявила в присутствии Эммы: «Мне так будет очень удобно». Миссис Б. это страшно не понравилось, ей стало жаль ребенка. Она считала, что самому ребенку следовало дать возможность сказать, чего хочет она. Затем миссис Б. сказала, что ей показалось неправильным выставить, таким образом, Эмму из собственного дома, чтобы угодить ее матери.

Внутреннее супервизорство: Кажется, я слушаю тему эгоистичной матери. Прислушиваясь вначале к описываемым здесь внешним факторам, я подумал о том, что в самой манере рассказа как бы появился еще один бессознательный намек со стороны пациентки. Я решую начать с этого, сделав из анализа намека переходный комментарий к рассмотрению внутреннего мира пациентки, с которым, как мне кажется, связан и сам рассказ.

Я сказал миссис Б., что перед нами пример отделения ребенка от матери из-за желания матери, а не ребенка, и ребенок лишен возможности высказать свое мнение по этому поводу. Миссис Б. согласилась и расстроенно замолчала. Через некоторое время она сказала мне, что прошлой ночью проснулась; ей показалось, что малыш звал маму. Старшие дети крепко спали. Она подошла к Питеру, но поняла (конечно), что он еще не умеет говорить. Она отметила, что голос говорил: «Мама» совершенно так же, как она звала мать на своем детском языке. Миссис Б. замолчала и явно еще больше расстроилась.

Внутреннее супервизорство: Здесь, очевидно, находит подтверждение тема *отсутствующей матери*. Я чувствую, что ей нужно от меня какое-то признание понимания мной смысла ее печали, и ей нужно, чтобы я не молчал слишком долго, чтобы я тоже не воплощал мать, которая не слышит.

Я сказал: «Значит, это в вас ребенок звал мать из вашего детства». Она согласилась и облегченно вздохнула. Пациентка добавила, что не могла бы рассчитывать на то, что ее мать услышит. Затем она спросила, почему перед ней снова и снова встают те же проблемы, и вновь замолчала.

Внутреннее супервизорство: Я думаю, что пациентке нужно помочь справиться со своими чувствами по отношению к отсутствующей матери, и я чувствую, что она также намекает мне на мое отсутствие в недавнем прошлом (когда я был недостаточно внимателен в ходе анализа), что привело к появлению этого материала. Я ишу фокус для темы невнимательности, в связи с которой, я, возможно, совершил промахи по отношению к ней, как мать, которую она критикует (мать Эммы и ее собственная мать).

После довольно длительного молчания я сказал, что то, что вновь вызвало у нее эти чувства, возможно, выражалось в ее неуверенности по поводу того, предлагаю ли я ей гибкое расписание сеансов, чтобы удовлетворить ее желание или же я хочу заниматься своими делами (Про себя я помнил, как говорил ей, что использую это время для себя). Миссис Б. сказала, что, сознательно, она рада слышать мое объяснение, как я потрачу освободившееся время (чтение).

Внутреннее супервизорство: Я отмечаю, что она подчеркивает «сознательно», поэтому думаю о бессознательной стороне.

Я сказал: для ее бессознательного, как мне представляется, мое объяснение способа использования пятничного времени для чтения дало ей повод выработать представление обо мне как о человеке, очень похожем на ее мать, которой нужно было время, чтобы заниматься своими делами, и на мать Эммы, поведение которой сходно. Миссис Б. сказала, что ребенок в ней самой, вероятно, уцепился бы за все что угодно, в качестве пищи, достаточной для беспокойства.

Она сказала, что думает, не является ли ее желание вернуться к пяти сеансам в неделю проявлением потребности быть уверенной, что ее время по пятницам действительно остается за ней.

Внутреннее супервизорство: Сказанное ею я воспринимаю в какой-то степени, как подтверждение, но думаю о первоначальной мысли об отмене сеансов по пятницам — не произошло ли это слишком легко и быстро.

Я сказал: чувствую, что, возможно, она не была уверена в своих отношениях со мной, когда я предложил ей гибкое расписание. Возможно, она приняла это изменение отчасти потому, что оно показалось соблазнительно простым, гораздо более простым, чем в случае, когда ей дали бы возможность самой сказать свое слово и совершенно ясно решить для себя сделать такой шаг самостоятельно.

Внутреннее супервизорство: Я начинаю осознавать то, что до сих пор упускал: возможно, именно гибкость (flexibility) так затруднила поведение пациентки. Аналитический контур с этого момента стал еще более ломающимся.

Миссис Б. ответила, что ничего такого не знает, но вскоре пожаловалась на появившуюся страшную головную боль. И добавила, что, вообще, головные боли ей совершенно не свойственны.

Внутреннее супервизорство: Она говорит мне, что здесь сохраняется болезненный конфликт (для нее). Я слушаю, пытаясь уловить еще какие-то ключевые моменты.

После молчаливой паузы миссис Б. начинает рассказывать мне о том, как она кормит Питера. У него прекрасный аппетит; в то время он с удовольствием ел днем твердую пищу, утром же и вечером она продолжала кормить его грудью. До недавнего времени она чувствовала, что нужно внимательно следить за тем, что она ест. Нужно быть уверенной, что молока достаточно, и в молоке есть все необходимые питательные вещества для ребенка. Позднее она обнаружила, что быть столь «чересчур внимательной» ей вовсе и не нужно, с ее ребенком все в полном порядке.

Внутреннее супервизорство: Здесь слышны некоторые бессознательные намеки. Я слишком осторожничал с миссис Б., думая, что ей требуется гибкое обращение; мои попытки относиться к ней особенно осторожно в период «отнятия от груди» в ходе анализа только прибавили ей беспокойства и неуверенности, а не уменьшили их. В результате я утратил равновесие как аналитик и сейчас все еще пытаюсь это исправить.

Я сказал: возможно, она чувствовала мое слишком осторожное обращение с ней, когда я предлагал постепенное изменение посещений от пяти раз в неделю к четырем. Она чувствовала, что я думаю о ней как более хрупкой в этом отношении, чем на самом деле. Миссис Б. с удивлением заметила, что у нее прошла головная боль.

Внутреннее супервизорство: Я воспринимаю это как подтверждение своей интерпретации. Она тоже. Затем я размышляю на тему своей попытки быть чересчур опекающей матерью, готовясь к следующей интерпретации.

Я сказал, что у нее болезненный конфликт. Она хотела, чтобы я прислушивался к ее детским потребностям, чтобы мое поведение не слишком походило на бесчувственность, испытанную ею со стороны матери; но ей также было нужно, чтобы я признавал наличие у нее силы взрослого человека. Она согласилась с тем, что, в любом случае, чувствовала бы, что я недооцениваю ее, если бы я реагировал в ней только на ребенка или только на взрослого.

Поскольку сеанс подходил к концу и она собиралась уходить, пациентка добавила, что думала о том, не дала ли она мне понять, что у нее еще сохранилось негативное ощущение по поводу пропавшей фотографии. Она заметила для себя, что сохранение негативного отношения означало, что она может воссоздать позитивное. Я сказал, что чувствую ее потребность в моем следовании за ней, чтобы я мог понять всю негативную сторону во время последних нескольких сеансов, с тем чтобы мы могли вновь утвердить упущенное позитивное. Она кивнула и улыбнулась, уходя, в знак согласия.

Внутреннее супервизорство: Аналитическая поддержка, похоже, восстанавливается. Пациентка нашла свой символический способ дать мне это понять.

Комментарий: Следует отметить, что моя занятость недавними ошибками (хотя это и является необходимым шагом к возобновлению процесса анализа) тоже, в некоторой степени, является помехой, вмешательством.* Такая озабоченность своими ошибками всегда рискованна, если внутреннему супервизору позволяет играть слишком активную и сознательную роль во время сеанса. Тогда он начинает действовать вместо интернализованного супервизора (воспринимаемого изнутри), что подчас может сделаться навязчивым (*persecutory*) у психотерапевта. (Последнее особенно справедливо, если клинический материал, о котором идет речь, должен быть представлен на анализ другим, например, на клиническом семинаре, как в данном случае).

На то, как раньше я был обеспокоен, пациентка указывает, говоря о «чрезмерной осторожности». Даже несмотря на то, что я не распознал этот особый вклад в ее головную боль во время текущего сеанса, ее головная боль исчезает, когда я даю ей понять, что признаю возможность допущенной где-то чрезмерной осторожности. И что (неявно) я готов расслабиться и возобновить процесс анализа.

Пятница

Пациентка пришла с небольшим опозданием. Она рассказала о ночи в прошлую среду, когда ей приснился сон, о котором она вспомнила только этим утром.

Внутреннее супервизорство: Пациентка «забыла» этот сон. Возможно, она не могла позволить себе вспомнить его, пока мы еще были заняты другими делами. Она снова опоздала, то есть, возможно, что-то еще тянет ее назад.

Во сне она видела реку. Сновидица лежала у реки, берега которой были по-весеннему покрыты молодой зеленью. Она была либо очень маленькая, либо лежала на животе, поскольку вода, казалось, подступала к самым глазам.

* В английском здесь использовано слово *interference*. Не путать с клиническим понятием интервенции вмешательства (*intervention*). — Примеч. пер.

Затем вода стала кипеть и угрожала уничтожить все вокруг. Пациентка чувствовала, что кипящая вода надвигается прямо на нее. Она хотела убежать, поскольку очень напугалась, но вместо этого продолжала смотреть на воду; и затем река вновь сделалась обычновенной. Пациентка прервала пересказ своего сна и сказала с удивлением: «Я смогла остановить ее кипение».

Внутреннее супервизорство: Я отмечаю темы во сне: весна и молодая зелень; пациентка очень маленькая или лежит на животе; вода на уровне глаз; вода начинает кипеть; она угрожает все уничтожить; кажется, что она надвигается прямо на нее. Я чувствую, что передо мной травматическое воспоминание или реконструкция несчастного случая во сне. Кипящая вода находилась на уровне глаз пациентки, и именно лицо ее получило наибольшие ожоги. Она также, кажется, проявляет готовность смотреть на воду. Может быть, она дает мне понять, что «воспоминание», всегда бывшее слишком ужасным для своего повторного переживания, теперь близко к тому, чтобы сознательно воспроизвестись. Вполне возможно, что теперь она чувствует себя более уверенно, когда всю неделю мы проработали над восстановлением аналитического контура (framework). Я решу проанализировать это вместе с ней, но стараясь не подводить ее к моим мыслям о сне. Ей нужно быть готовой увидеть то, что скрывается за ним, самостоятельно.

Я сказал, что река перестала кипеть, как только она смогла смотреть на нее. Я также отметил, что она «забыла» свой сон до того, пока не почувствовала себя достаточно уверенно, чтобы мы вместе могли рассмотреть его. Она ответила, что до тех пор, пока не рассказала мне этот сон, не осознавала, насколько явственно он связан с несчастным случаем. Затем она очень расстроилась и начала переживать несчастный случай так, как если бы он произошел с ней во время сеанса. Ей казалось, что на нее льется кипящая вода и обжигает ее. Она громко закричала от ужасной боли и села со словами: «Пока я лежала, она все текла на меня». Пациентка долго рыдала, опустив голову на руки.

Внутреннее супервизорство: То, что она держит голову руками, показывает мне, что ей нужна поддержка. Я вспомнил, что раньше в ходе анализа она сказала мне, что после несчастного случая могла переносить боль только тогда, когда мать носила ее на руках. Она чувствовала, что как будто может «переложить» боль на мать; но когда мать укладывала ее снова, у нее возникало впечатление, что боль слишком сильна для матери. То есть возникало ощущение, что мать «перекладывает боль» обратно на дочь.

Я чувствую огромное напряжение при работе с пациенткой во время этого сеанса. Оно невыносимо. Испытываю очень сильное желание остановить это любым возможным способом, попытавшись успокоить или отвлечь, — все, что угодно, кажется лучше, чем оставаться свидетелем ее боли. В то же время это желание защититься свидетельствует о том, что именно так миссис Б. воспринимала реакцию своей матери. Следовательно, для блага пациентки я должен найти какой-то способ остаться с ней во что бы то ни стало, — не пытаясь это обойти.

Я сказал: я чувствую, что она держит голову руками для того, чтобы сообщить мне о необходимости по-прежнему «держать» ее во время такого переживания. Продолжая плакать, она сказала: «Моя мать не могла этого вынести — она старалась отгородиться — я же не могла вынести это в одиночку».

Внутреннее супервизорство: Я вспоминаю, что, по сути, ее мать была виновницей того несчастного случая, поскольку ушла из комнаты, в которой кипела вода и находился ребенок, способный двигаться. После несчастного случая мать не могла видеть его результаты. В памяти миссис Б. остался эпизод, как мать обрабатывая раны, старалась отвернуться от них. Я чувствую, что пациентка проверяет меня, пытаясь понять, могу ли я вынести то, как она испытывает боль. Она говорит мне, что не может пережить это в одиночку.

Я сказал ей: «Вам нужно, чтобы я был с вами и не отворачивался, когда вы испытываете боль». Она посмотрела мне прямо в глаза (она сидела на кушетке) и спросила: «А вы можете?» Я ответил: «Я знаю, вам нужно, чтобы я переживал это вместе с вами». После этого она легла и

сказала: «Интересно, прекратилось ли это. Раньше кипящая вода надвигалась на меня в таком положении. Я не могла вынести эту боль. Теперь мне лучше». Через некоторое время она добавила: «Я никогда не думала, что смогу пережить воспоминания об этом, но теперь смогла».

Внутреннее супервизорство: Это уровень переживаний, совершенно отличный от всего, что было ранее связано с несчастным случаем. Миссис Б. несчастный случай снился много раз, но всегда в более скрытой форме. Например, кипящая вода однажды предстала в образе своей противоположности, льда. В одном из снов движущаяся вода вдруг замерзла и стала падать на нее. Я отмечал продвижение вперед.

Я сказал миссис Б., что она впервые смогла пережить несчастный случай в явном виде. Она ответила: «На этот раз я позволила воде обрушиться на меня, и, хотя она обожгла меня, теперь я чувствую, что мне лучше». В конце сеанса она вновь посмотрела на меня прямо и сказала: «Спасибо, что вы были рядом со мной».

Последствия данного этапа анализа

На следующей неделе миссис Б. сказала мне, что в выходные дни вдруг осознала, что поет. Это было нечто совершенно необычное, и оно напомнило ей о том, как ее мать пела. Она вспомнила, как просила мать продолжать пение, когда та останавливалась. Это было первой восстановленной в памяти связью между хорошей матерью до несчастного случая и хорошей матерью, оставшейся таковой после трагического происшествия.

Затем последовала страшная ненависть пациентки ко мне как воплощению своей матери, допустившей этот несчастный случай, и как аналитика, сделавшего возможным повторение его в ходе анализа. Ей также было нужно тщательно проверить меня в смысле выяснения, могу ли я по-прежнему аналитически поддерживать ее. Она ожидала, что я стану матерью, которая не может вынести соприкосновения с ее болью, или способной отвернуться, в случае, если это соприкосновение станет невыносимым.

Пациентка ожидала, что ее покинут навсегда. (Частично данный фрагмент анализа описывается в главе 7).

Понадобился еще год, прежде чем миссис Б. действительно перестала испытывать невыразимый ужас перед теми беспокойствами и боязнью, которые оказались столь тесно связанными с ее переживаниями чрезмерной зависимости от своей матери после несчастного случая и со мной как аналитиком после совместно пережитого вновь трагического происшествия в ходе анализа. Конечно, в течение последовавшего года произошло и многое другое, но происшедшее в течение описанной недели стало основой для всего последовавшего прогресса в этой аналитической истории.

Обсуждение

Интеракционная точка зрения

Как и в главе 3, данный случай иллюстрирует ряд моментов, которые легче всего рассматривать, если представлять клинический пример в интеракционном ключе (взаимодействия).

Он еще раз демонстрирует, насколько пристально пациентка следит за аналитиком. Миссис Б. не только замечала мое сознательное вмешательство (*interventions*) и другое мое участие, но она следила и за тем бессознательным, которое крылось за моим поведением, — навязывание моего мнения (*intrusions*), пояснительные отступления, то, в какой именно момент я вмешиваюсь, когда мне не удается те или иные интерпретации, как я выбираю то, к чему обращаюсь в ходе интерпретации, что я упускаю, мою способность разобраться в том, что она находила нужным сообщить мне, или отсутствие у меня готовности к этому.

Кроме того, с помощью ряда поданных мне намеков эта пациентка смогла значительно помочь мне в восстановлении более стабильного аналитического каркаса (структуры, контура), — без чего она не смогла бы в ходе анализа вновь пережить воспоминание, которое, как ей казалось, она не в силах вынести.

Свидетельство косвенного контрпереноса

Одним из моментов, оказавших влияние на работу с миссис Б. в течение этой недели, было мое решение представить данные на рассмотрение на клиническом семинаре, на котором должны были присутствовать некоторые весьма опытные коллеги. Было также известно, что руководителю семинара свойственно делать критические замечания в довольно резкой форме.

Решив представить все, что бы ни произошло в течение этой недели с данной пациенткой, я выслушивал ее не так спокойно и расслабленно, как мне хотелось бы. Работа моего внутреннего супервизора шла совсем не так естественно, как, по моему убеждению, должна была идти. А подчас она, скорее, напоминала действия сурового интернализованного супервизора. Я вбирал в себя (*internalizing*) предполагаемое критическое отношение руководителя семинара — «идентифицировал себя с агрессором». Такое мешающее влияние извне (со стороны) аналитической ситуации, — то, что было описано как «косвенный контрперенос» (РЭКЕР, 1968). Следовательно, в этом отношении работа не может служить примером независимого и лишенного всякого напряжения процесса, каким должно быть внутреннее супервизорство.

Контрперенос и ролевая реакция

Материал свидетельствует и о том, что я реагировал на пациентку с личностным контрпереносом.

На каком-то уровне я, должно быть, осознавал, что в ходе этого — пока что достаточно короткого анализа — предстоит сделать еще очень много. Несчастный случай с миссис Б. аналитически возник на разных уровнях, и все оказывались значительно менее травмирующими, чем сам случай. Много раз он снился пациентке и всегда с высокой степенью сновидческой «маскировки» (ФРЕЙД, 1900: 461n). Но она никогда не переживала его во время сеанса. Я решил, что травму в таком раннем возрасте невозможно запомнить реально и соответственно пережить во время анализа. Теперь я понимаю, что надеялся на это, так или иначе, стремясь избежать влияния этой травмы на себя самого.

Используя обратный взгляд, можно увидеть, насколько вероятно, что миссис Б. начнет беспокоиться тогда, когда почувствует себя лучше, поскольку тот случай произошел именно тогда, когда она начала становиться нормальным живым малышом, изучающим мир вокруг себя.² Поэтому, когда она почувствовала себя лучше и предположила, что готова отказаться от одного сеанса, мне нужно было быть начеку и тут же подумать о том, что это может для нее значить. Однако, должно быть, бессознательно, меня устраивала удовлетворенность уверенностью пациентки, поскольку я тоже хотел думать, что самое трудное в анализе уже позади.

Когда миссис Б. забеспокоилась, сразу же после отказа от пятого сеанса, это должно было стать для меня сигналом предупреждения о том, что все не так хорошо, как кажется.

Когда я ввел тему ребенка в связи с тем, что миссис Б. ни разу не принесла его самого и не показала мне его фотографию, то ее поведение действительно выглядело (по крайней мере, на первый взгляд) странным. Однако по размышлении здесь оказалось скрыто достаточно много смысла, если посмотреть на всю картину в свете того, какую роль данный эпизод сыграл в анализе. Тема ребенка временно отвлекла анализ к здоровому ребенку пациентки от нездорового ребенка в ее бессознательной памяти. Позднее она указала на это, когда объясняла свое нежелание, чтобы я видел, какой здоровой она выглядит на фотографиях; чтобы я не упустил из виду, что нам еще предстоит заняться очень трудными моментами.

В процессе накопления ошибок, таким образом, возникла явная параллель между тем, как я вел себя с пациенткой, и тем, как ее мать вела себя в то время, когда произошел несчастный случай. Я слишком быстро принял ее готовность быть более самостоятельной, когда она впервые сказала, что чувствует себя намного лучше. Я согласился отменить пятый сеанс без тщательного анализа того, что за этим стоит. Я усугубил это тем, что сказал ей, как буду использовать ее время, — что я буду использовать его для своих дел. Таким образом, в результате всего я стал воплощением ее матери, раньше времени покинувшей ребенка, а именно, в тот момент, когда та стала ходить, и

поэтому сей нужно было уделять больше внимания, а не меньше.

Можно ли эту параллель объяснить только личностным контрпереносом? Я думаю, что в этом отчасти есть и бессознательная ролевая реакция, вследствие которой я стал воплощением матери, которая упустила пациентку в тот момент, когда произошел тот злополучный несчастный случай.

Восстановление аналитической поддержки

Пациентка не могла решиться вновь пережить изначальную травму, пока состояние анализа (framework) и поддержки оставались неадекватными и поэтому не придавали ей уверенности.

Существенной частью вышеописанного фрагмента анализа является, по моему мнению, все, связанное с настойчивым указанием пациентки на то, чтобы я увидел, что происходит неправильно. Присматриваясь к происходящему в ходе анализа и постепенно осознавая и анализируя свое беспокойство по поводу моей возможности перенести столкновение с ее болью (а не отвлечь ее), она снова увидела, что я могу реагировать на ее намеки, что я обладаю необходимой чувствительностью на этот счет. Таким образом, аналитическая поддержка была восстановлена; и пациентка смогла признать это в символической форме во время сеанса в четверг.

Повторное переживание первоначальной травмы

До описанной аналитической недели я не был знаком с указанием Уинникотта на то, что подробности травм, нанесенных в раннем возрасте, «кatalogизируются» (УИННИКОТТ, 1958:247). В другой своей статье «Разум и его Отношение к Психосоматике» Уинникотт пишет:

«В теорию развития человека следует включить понятие нормы и здоровья с тем, чтобы человек мог защитить себя от отдельных неудач, провалов, психических банкротств, наносимых извне (environmental), с помощью замораживания травматической ситуации. Наряду с этим возникает бессознательное предположение (способное превратиться в сознательную надежду) о том, что позднее появится возможность пережить это

снова, когда ситуацию неудачи можно будет разморозить и пережить вновь. Тогда индивид будет находиться в регрессивном состоянии, в условиях, способствующих адекватной адаптации».

(УИННИКОТТ, 1958:281).

Миссис Б. бессознательно отыскала для себя способ возвращения к моменту травмы постепенно, причем этапы этого возвращения соответствовали ее хрупкой, но растущей вере в свою способность поддержать ее во время этих переживаний. Ранее в ходе анализа она могла только называть детали так, как ей об этом рассказывали. Позднее она смогла позволить себе видеть об этом сны.³ Впоследствии она смогла пережить с помощью переноса «немыслимые беспокойства» своего детства и, в особенности, «страх падения» (УИННИКОТТ, 1965б:58, 1970).

Анализ постепенно подошел к такой ситуации, которая в ряде очень важных отношений повторяла прежнюю ситуацию травмы. Кроме того, постепенно она помогла мне препрезентировать «условия (environnement), способствующие адекватной адаптации». Только после этого она смогла сочетать при анализе презентацию исходной травмы с бессознательной надеждой на то, что (на этот раз) она сможет пережить это вновь в присутствии кого-то, кто смог бы быть с ней рядом в это время, с кем вместе можно было бы пережить это интенсивное чувство.

В данном случае, как и в примере 4.6, пациентка использует промахи аналитика, зачастую незначительные, иногда намеренно провоцируемые пациенткой. Тогда пациентка смогла использовать меня в качестве воплощения своей матери, совершившей ошибку прежде. «Ситуация ошибки» разморозилась, и теперь она смогла направить на меня чувства, которые ранее испытывала по отношению к своей матери во время несчастного случая (УИННИКОТТ, 1965б:258). Если такая динамика уместна и в данном случае, примечательно, как точно детали исходной ошибки повторились в ходе анализа.

Мне пришлось научиться переносить эти атаки. Более всего мне помогло то, что я смог увидеть бессознательную цель происходящего и значение для пациентки варианта моего самоустраниния или неспособности выдержать прошедшее.

Примечания

1. Клинический эпизод, описанный в этой главе, — отрывок из моей работы «Рефлективный Потенциал Пациента как Зеркало для Психотерапевта». Напечатано в книге James O. Raney (Ed.) 1984. Выслушивание и интерпретация: Критика работ Роберта Лангса.

2. Я заметил, работая с некоторыми пациентами, что *ощущая себя лучше*, они как бы получают сигналы дополнительного беспокойства. Некоторые аналитики, возможно, могут понять это как страх утраты «вторичной выгоды от болезни». Другие рассматривают это как «негативную терапевтическую реакцию». Однако я полагаю, что бывают случаи, когда пациент указывает на образование бессознательной связи между исходными травматическими переживаниями и существовавшим до них ощущением безопасности, как если бы эта «безопасность» была сигналом предупреждения о надвигающемся несчастье. Возможно, образуется бессознательное множество, в котором чувство безопасности и последующая катастрофащаются в неразрывной взаимосвязи.

3. Уинникотт говорит: «То, что снилось, запомнилось и о чем рассказывается, связано с возможностями силы *ego-strength* и его структуры» (УИННИКОТТ, 1965:254).

Ключевая динамика сдерживания

С помощью внутреннего супервизорства, и в особенности пробной идентификации, я рассмотрю некоторые случаи, когда попытки удерживания не удались. Тогда мы более ясно увидим динамику того, что здесь я называю «сдерживанием». Я также приведу примеры, как понимание коммуникации путем воздействия, как это было описано в главе 4, помогает инсайту и аналитическому холдингу (поддержке).

Сдерживание

Бывают случаи, когда люди не могут справиться со своими чувствами без некоторой посторонней помощи. Тогда об этих чувствах можно говорить как о выплескиваемых на других людей. С аналитической точки зрения подобное выплескивание, или неспособность удерживать такие чувства в себе, следует рассматривать как бессознательную коммуникацию с другими, некое сообщение другим о том, что происходит что-то плохое, неверное, дурное или происходит некстати, несвоевременно; с чем невозможно справиться без посторонней помощи.

Главным образом, сама эта искомая помощь, о которой идет речь, — это всегда *какой-то другой человек*, способный помочь с этими трудноуправляемыми чувствами. Часто, однако, сама реакция-ответ (*response*) от окружающих людей такова, что они склонны рассматривать эти чувства как ненормальные или опасные. Соответствующее лечение может ослабить или подавить их. Обращение к чему-то внешнему может ослабить проблему для тех, кто, в противном случае, был бы непосредственно подвержен такому давлению; но это редко меняет что-либо для пациента, который внутренне по-прежнему ощущает себя жертвой перед сильными чувствами.

В любом случае эти отвлекающие или подавляющие меры могут лишь усугубить ощущение, что существует чувственная сила, с которой никто не может справиться. Если бы это было действительно так, тогда подавление, даже с помощью самых пагубных мер, оказалось бы более предпочтительным, нежели продолжение борьбы, рассматриваемой как не имеющей результата.

Я использую здесь понятие сдерживания как общий термин, обозначающий управление тяжелыми (*difficult*) чувствами другого человека, которые, в противном случае, оказываются неудержимыми.¹ Конечно, соответствующее место занимает и медикаментозное лечение; есть и лечение в госпитале, больнице, где предоставляется «убежище» для нуждающихся в безопасном месте, в котором можно болеть. Тем не менее важно всегда помнить, что обычно целью лечебных поисков является личностная форма сдерживания. Последняя всегда индивидуальна.

Говоря более обыденно, необходима определенная форма поддержки, такая, например, какую мать дает своему расстроившемуся (*distressed*) ребенку. Существуют различные способы, с помощью которых один взрослый может предложить другому эту поддержку (или сдерживание). И для пациента может оказаться жизненно важно быть поддержаным для того, чтобы он мог выздороветь или обнаружить в себе — иногда впервые в жизни — способность справиться с жизненными трудностями, не прибегая к постоянному избеганию (уклонению, уходу) или подавлению.

Когда с чувствами «справляются» путем подавления, человек может получить передышку, во время которой он может взглянуть по-другому на жизненные проблемы; и для многих этого вполне достаточно, чтобы преодолеть специфическую стрессовую дистанцию. Поэтому нельзя недооценивать такую форму помощи.

Однако остаются люди, которые продолжают пребывать во власти фантазии, диктующей им, что с наиболее трудными чувствами можно справиться, лишь избегая их. Способность обрушиваться на человека, полностью переполнять его и поглощать, относимая к этим неуправляемым чувствам, лишь подтверждается, когда и другие относятся к ним так, как если бы они разделяли такую их оценку. Только признав, что эти чувства также пребывают в рамках каких-то отношений, можно начать изменять по-

добную фантазию. Следовательно, возникает совершенно иная ситуация (и для пациента, и для психотерапевта), когда нападки пациента на психотерапевта воспринимаются со знанием дела, а не отклоняются из-за непроницаемого глухого невежества. Здесь очень важно понять, что психотерапевты должны обладать инсайтом (способностью к проникновению), пониманием того, что разыгрывается (*re-enacted*) перед ними. Способность психотерапевта пережить и понять при этом, с каким переживанием он сталкивается, в том или ином случае, является центральным моментом в окончательном выздоровлении пациента.

Вначале я приведу примеры попыток успокоить пациента, чтобы можно было увидеть, почему же они не удались.

Неудачи со сдерживанием

Неправильное использование поддергивающего действия психотерапевта

Пример 6.1

Пациент—мужчина (мистер С.) приходил ко мне на сеансы психотерапии дважды в неделю, по средам и пятницам.

Однажды в пятницу наш разговор никак не получался, поскольку ему было трудно говорить. Он производил впечатление крайне подавленного человека. Через какое-то время я заметил, что во всем его присутствии на сеансе, включая и тон его речи, звучало чувство некоего зловещего предзнаменования. Поэтому я сказал ему: «Вы, конечно, не говорите напрямую о самоубийстве, но я различаю суицидное чувство (флюид самоубийства) в самом тоне нашего разговора». Мистер С. заплакал и согласился, что в данный момент ему чрезвычайно трудно смотреть в будущее. Сознательно он этого не ощущал, но идея самоубийства, что называется, висела в воздухе. Она звучала в глубине его сознания, определенно пребывала там; и он никогда не был в таком отчаянии.

В тот момент я неправильно оценил сам способ сдерживания этого пациента, способ, который был ему необходим. Я подумал, что, возможно, перерыв между пятницей и средой слишком большой, и предложил мистеру С. дополнительную

встречу в понедельник, если он, разумеется, этого хочет. Он попросил меня дать ему возможность об этом подумать и затем мне сообщить. Позднее мне передали, что он звонил и сказал, что придет на дополнительный сеанс.

Сеанс в понедельник начался следующим образом:

Пациент. Вчера мне приснился сон:

«Я был в лодке и пытался справиться с быстрым течением реки, которая неслась так стремительно, что я не мог управлять лодкой. На корме находился человек, который помогал направлять лодку. Он фактически находился в воде, удерживая лодку руками. Нам удалось пройти место с самым быстрым течением и дальше справиться с лодкой было уже легче, тут я смог начать грести. Но человек по-прежнему висел на корме. Теперь, вместо того, чтобы помогать, он затруднял мои действия, связанные с управлением лодки». (Пауза).

Я пришел сегодня, поскольку сказал, что приду. Фактически я чувствую себя уже лучше, и теперь мне не кажется, что нужен дополнительный сеанс. А в пятницу случилось нечто важное. Вы смогли определить мои мысли о самоубийстве, хотя я вам ничего об этом не говорил. Это помогло мне почувствовать, что я не совсем одинок, а это, в свою очередь, позволило ощутить, что жизнь, в конце концов, не так уж невыносима.

Обсуждение: Мистер С. без каких-либо колебаний определил, кто был тот человек на корме. Он знал, что в пятницу ему больше всего помогло мое понимание того, что он чувствует. Этого было достаточно. И это было как раз то, что его мать оказалась не в состоянии для него сделать. Когда он был еще маленьким, она находилась в ловушке своей собственной депрессии, оплакивая смерть старшего ребенка.

Когда я предложил дополнительный сеанс, мистер С. вначале испытал чувство благодарности. Позднее он почувствовал себя обязанным, даже обиженным. Это оказалось не то, что ему нужно. Соответственно, данный пример помогает продемонстрировать, что в попытках приободрить, в предложении дополнительной поддержки мы часто руководствуемся потребностью самого психотерапевта в уверении из-за беспокойства, причиненного подавленным

состоянием пациента (или клиента). С помощью увещеваний и уверений сдерживание происходит редко, если вообще происходит.

Вначале я понимал, что чувствует мистер С., но мое собственное беспокойство привело к тому, что я стал проявлять чрезмерную активность. Предложив ему прийти на дополнительный сеанс, я указал на то, что сомневаюсь, сможет ли он найти внутренние силы, которые ему были необходимы. Поэтому фактически я подрывал те силы, которые у него в действительности были. И это больше мешало, чем помогало ему справиться с тем, с чем он столкнулся, так как я посчитал, что ему без меня не обойтись. Его сон проиллюстрировал это совершенно ясно.

Неправильное использование заверений (увещеваний)

Пример 6.2

Психотерапевт подвергалась суровым проверкам со стороны пациентки (мисс Г.), находившейся в состоянии хронической депрессии и отчаяния. (см. также главу 4, пример 4.6). Мать мисс Г. умерла, когда ей было четыре года. Родственники не смогли дать ей соответствующую замену у себя дома. В детском доме было не лучше. В результате пациентка стала чувствовать, что никто не может понять, что с ней происходит. Люди либо отворачивались от нее, когда она плакала, считая, что она слишком взрослая, чтобы плакать, либо отправляли к другим родственникам, что в конце концов привело ее в детский дом. Она помнила, что плакала очень часто или пыталась скрыть свои слезы.

Пациент. Боюсь, что вы, должно быть, уже начинаете чувствовать, что мне вряд ли станет лучше.

Психотерапевт. Если бы я так чувствовала, то меня бы здесь не было.

Обсуждение: Когда я слушал этот краткий диалог во время супервизорского сеанса, то чувствовал прилив беспокойства по поводу пробной идентификации с пациенткой. Мне пришло в голову, что я уже слышал о том, как пациентка сталкивалась с исчезновением людей, в особенности тогда, когда она не могла удержаться от слез. Ее отчаяние

основывалось на том ощущении, что никто не в силах оставаться в соприкосновении с тем, что она чувствует.

Я воспринял слова пациентки как бессознательную подсказку, с помощью которой она пыталась показать, с чем связаны ее проверки терапевта. Казалось вполне возможным, что пациентка по-прежнему ищет кого-то, кто смог бы вынести соприкосновение с ее невыносимым отчаянием.

Если мисс Г. искала такой способ сдерживания, тогда то, что она слышала, могло иметь совершенно иной смысл от того, какой она предполагала услышать. Психотерапевт хотела заверить мисс Г., чтобы та не отчаявалась, не теряла надежды на то, что сей смогут помочь. Но пациентка могла легко услышать (неверно) в этом подтверждение своего опасения, что даже ее психотерапевт не в силах позволить себе остаться вместе с ее отчаянием и быть готовой продолжать с ней работать: «Если бы я *так* чувствовала, меня бы здесь не было».

Психотерапевт не смогла распознать, что же нужно пациентке, чтобы она смогла передать свое отчаяние. Если бы она лучше понимала бессознательные процессы, происходившие в это время, она смогла бы проверить свой комментарий, — прежде чем его высказывать, — с помощью пробной идентификации с пациенткой. Ей было бы проще догадаться о возможности того, что мисс Г., вероятно, пытается выяснить, сможет ли психотерапевт вынести соприкосновение с тем отчаянием, которое она испытывала.

Отсюда можно вывести принцип интерпретации. При малейшей возможности мы должны интерпретировать то, что пациент действительно чувствует в данный момент, а не пытаться вместо этого говорить о том, какие чувства у пациента мы хотели бы видеть. В данном случае мисс Г. испытывала отчаяние. Поэтому можно было бы предложить другой вариант реакции-ответа:

Психотерапевт. Я полагаю, что вы говорите мне о своей боязни того, что я не смогу вынести соприкосновение с вашим отчаянием. И вы думаете, что я могу каким-то образом прекратить работать с вами, если вам удастся передать мне свое отчаяние так, чтобы и я тоже его испытал.

Такая форма интерпретации позволила бы мисс Г. понять, что ее психотерапевт действительно видит, что она

чувствует. Любые заверсия поэтому должны строиться лишь на основе реально услышанного и правильно понятого.

Когда психотерапевт позднее проспала (см. главу 4, пример 4.6), это имело ужасный смысл для мисс Г. Означает ли это, что психотерапевт начала чувствовать отчаяние пациентки, и не потому ли ее нет? Это драматическое разыгрывание (*enactment*) худших опасений потребовало большой переработки в ходе психотерапии, прежде чем мисс Г. смогла начать понимать, что она действительно может передать свое отчаяние психотерапевту; и (даже несмотря на то, что сам факт просыпа сыграл какую-то роль) это не привело ни к какому непоправимому крушению или возмездию, расплате, с чем раньше уже пришлось столкнуться пациентке.

Сдерживание другим человеком

Суицидный пациент в психотерапии

Пример 6.3

Теперь я хочу привести пример пациентки (миссис Ф.), которая постоянно принимала лекарства. Вначале она обратилась к медикаментам как заменителю человеческой «поддержки», когда почувствовала, что присущая ей всегда самодостаточность начала давать трещины. Ей требовалось от людей больше, чем кто-либо (казалось ей) мог это дать. Поэтому, она все в большей степени зависела от медикаментов. В конце концов, миссис Ф. приняла слишком сильную дозу таблеток, пытаясь себя убить — и тем самым (бессознательно) наказать тех, неспособных быть с ней рядом, когда в том была острая нужда.

О миссис Ф. (50-ти лет) мне сообщили из больницы, где она находилась после очень решительной попытки самоубийства. Она едва не умерла. Это случилось в то время, когда миссис Ф. действительно чувствовала сильное беспокойство по поводу кажущегося ей отказа людей, окружавших ее, понять, что с ней происходит.

Когда мы начали с ней работать, я узнал, что по причинам практического порядка она может посещать меня лишь раз

в неделю. Миссис Ф. по-прежнему принимала лекарства во время приступов беспокойства, а также в качестве снотворного и по-прежнему спала плохо. Если даже и засыпала, то регулярно просыпалась от беспричинной тревоги, зачастую переходившей в ужас.

Во время одного из посещений миссис Ф. слезно просила меня переговорить с психиатром (рекомендовавшим ее мне), чтобы тот изменил лекарство или увеличил дозу прежнего, говоря, что ей нужно подавить те будоражающие чувства, которые снова стали невыносимыми. Она была убеждена, что ни доктор У. (лечащий врач-психиатр), ни я не представляем себе, сколь ужасно она чувствует себя изо дня в день. И ничто не помогает. Она очень сожалела, что врачам в больнице удалось спасти ей жизнь.

Я согласился обсудить этот вопрос с доктором У., но не обещал, что лекарственная дозировка будет изменена. Я сказал, что не уверен, что ей нужны большие дозы таблеток.

Пациентка: Вы явно ничего не понимаете. Неужели вы не видите, что это невыносимо? Я просто не могу больше жить со всеми этими страхами и волнениями и не спать. **МНЕ НУЖНО БОЛЬШЕ ТАБЛЕТОК.**

Психотерапевт: Я понимаю, что вам нужно больше чего-то. Но не думаю, что нужно больше таблеток. Вам нужно нечто, что могло бы заменить таблетки. Я полагаю, что наступают моменты, когда необходимо, чтобы рядом с вами присутствовал кто-то, который был бы полезен для вас; но вы сталкиваетесь каждый раз с тем, что оказавшийся рядом в требуемый момент человек не хочет или не может выдержать силу ваших чувств. Поэтому взамен вы пытаетесь подавить свои чувства с помощью таблеток.

Пациентка: Я так больше не могу. Вы должны попросить доктора У. выписать мне больше таблеток или более сильные лекарства.

Психотерапевт: Я поговорю с доктором У. Но со своей стороны, хочу предложить вам подумать о том, чтобы провести со мной больше времени на этой неделе. Я мог бы встретиться с вами через три дня, если вы согласитесь прийти.

Миссис Ф. сказала, что она придет на дополнительный сеанс. Я поговорил с доктором У., который согласился, что пойти на поводу у миссис Ф. в ее желании получить более сильные лекарства было бы явным отступлением назад. Было ясно — вместо того, чтобы найти в себе силы пережить травматические чувства и разделить эти чувства с другим человеком в стремлении их понять, больная зависит от подавления своих чувств.

Через три дня миссис Ф. пришла на сеанс. Она выглядела спокойнее и казалась довольно смущенной. Миссис Ф. объяснила, что произошло.

После предыдущего сеанса произошло много событий. Она обошлась без второй таблетки снотворного, которую обычно принимала после полуночи, если все еще не могла уснуть (что обычно и бывало). Утром она проснулась и обнаружила, что проспала без нее.

Затем она рассказала мне о том периоде своего детства, когда ей было около трех лет, а ее мать была занята с ее младшей сестрой. Миссис Ф. часто ходила в ближайший магазин, находившийся в двух шагах от дома, и продавец обычно разрешал ей поиграть с куклой. Мать обычно возражала и забирала куклу, но продавец давал девочке другую, когда та об этом просила.

Я высказал предположение, что куклы, которые ей давал продавец, заменяли мать, которая была нужна девочке, но без которой та была вынуждена обходиться. Казалось, ее мать не реагировала на сигналы отчаяния, которые ей посыпала дочь, ходившая за куклами. Это и было способом показать матери, что нужно ребенку, чтобы та уделяла ей больше внимания и времени. Поэтому, когда мать отнимала кукол, не уделяя при этом больше внимания, то, возможно, миссис Ф. начинала думать, что ей нужны другие куклы. То, что теперь ей было нужно больше таблеток, оказывалось аналогичным потребности в новых куклах для обеспокоенного ребенка, продолжавшего в ней жить.

Тогда же миссис Ф. сказала мне, что была удивлена тем, что вспомнила это в ту самую ночь, когда спала без дополнительной таблетки снотворного. «Это воспоминание было таким ярким, что, казалось, я реально переживаю это

сейчас». Ей представлялось, что она лежит в постели рядом с матерью (что бывало, когда она была маленькой) и ощущает ее «большую сильную спину». Это было одним из самых счастливых эпизодов ее детства: она рядом с матерью, пока та спит.

Я сказал, что, возможно, это было единственным моментом, когда девочка чувствовала, что может опереться на мать, косвенно требуя ее присутствия во время сна. Поскольку в это время можно было не опасаться, что мать чего-то не одобрит или отвернется от нее. Миссис Ф. согласилась и зарыдала. Тогда стало очевидно, что она стала освобождаться от своего напряжения, потому что смогла выразить это в плаче, в присутствии человека, готового понять, что она чувствует.

Обсуждение: Почему предложение прийти на дополнительный сеанс в данном случае отличалось от подобного предложения в случае с мистером С. в предыдущем примере?

Характерной чертой всей жизни миссис Ф. было то, что о ней всегда говорили как о сильном человеке, полагающемся только на себя. Человеке, на которого могли опираться все остальные. Она чувствовала, что никогда никому не должна говорить о том, что напугана и ощущает зависимость от кого-либо. Напротив, она обычно старалась скрыть это, чтобы сохранить контакт с другими, кого она воспринимала как людей, способных покинуть ее, как только она даст сигнал, что ей что-то нужно. Она полагалась на лекарства с целью помочь себе таиться таким образом. Когда же подавление перестало уменьшать остроту ее переживаний, миссис Ф. увеличила дозу до такой степени, что чуть не уничтожила себя. Следовательно, ее попытка самоубийства была стремлением полностью устраниТЬ те чувства, с которыми она не могла справиться одна.

Если бы я последовал за собственным диагнозом миссис Ф., что люди не способны к общению с ней, когда она чувствует в этом острую нужду и поэтому ей нужны более сильные лекарства, то оказался бы в молчаливом согласии с ее фантазией относительно неуправляемости и невыносимости ее самых сильных чувств. Вместо этого больший смысл имело усомниться в расписании психотерапевтических встреч, ограничивающем ее посещения одним сеансом в неделю. В тот самый момент, когда она больше всего

ожидала, что я не захочу вникать в мир ее чувств, я предложил ей большее общение. Теперь в ходе психотерапии у нее вновь появилась возможность пережить тот период своего детства, когда потребность в матери была столь наущной, поскольку сейчас я стал воплощением матери, а пациентка, как и прежде, оставалась в ожидании, что я отторгну ее от себя. Это вызвало новые воспоминания, связанные с поиском замены материнского присутствия (куклы) и выискивания убежища за спиной спящей матери — скрытая зависимость: она чувствовала себя уверенно, поскольку мать об этом не знала.

Миссис Ф. постепенно решилась положиться на меня открыто, не скрывая этого, и результат таких «отношений поддержки» оказался поразительным. Она стала обнаруживать, что самое трудное чувство отчаяния и горя можно сдержать в рамках определенных отношений. Конечно, нам предстояло еще много работы, связанной с робким неуверенным шагом к тому, чтобы позволить себе на кого-то опереться. И тем не менее стало совершенно ясно, что твердость, с которой я убедил ее в необходимости быть больше времени рядом с человеком, ее поддерживающим, помогло перестать искать облегчения только в лекарствах.

Через несколько месяцев миссис Ф. обрела новую уверенность, основанную на использовании внесшей зависимости, которую можно было усвоить (*internalize*) и консолидировать (*укрепить*) в самой себе. Вновь обретенная сила отличалась от ее всегдашней самодостаточности. Эта ранняя скороспелая зрелость, выпестованная ею, для самозащиты, чтобы сберечь свою перегруженную мать, смогла теперь уступить место более прочной зрелости, обретенной иным образом. На этот раз пациентка достигла этого способом, приемлемым для себя, а не для других; путем более эластичным, нежели хрупким.

Через несколько лет эта стратегия драматически подтвердилась, когда внезапно умер ее муж. Лечащий миссис Ф. врач снова предложил ей транквилизаторы, чтобы избавить ее от сильных переживаний, но получил твердый ответ, что более предпочтителен визит к психотерапевту. Общение с психотерапевтом дало ей возможность еще раз ощутить аналитическую поддержку в рамках чувственных отношений понимания — пациентка смогла начать оплакивать утрату, которая прежде ее страшила.

Сдерживание с помощью инсайта и интерпретации

Возможное помещение в психиатрическую больницу

Пример 6.4

Этот пример рассказывает о пациентке, которую мать отправляла из дома, когда та отказывалась есть (см. также главу 1, пример 1.1)

Однажды миссис П. пришла на сеанс в состоянии неуправляемой тревоги. Она начала говорить со мной еще в коридоре. Говорила очень быстро и все громче, пока не стала просто кричать. Суть сказанного ею состояла в том, что в ее доме все выходит из-под контроля. Миссис П. чувствует, что не справляется. Она так больше не может. Муж ее не понимает. «Он просто сидит, чертовски спокойный, и мне кажется, я никогда не смогу заставить его меня понять». Потом она закричала на меня (громко, насколько могла): «И никакого выхода! Что мне делать? И вам тоже все равно!» С этими словами она схватила подушку и бросила ее в меня; но тут же подошла к креслу и забрала ее. Затем прижала подушку к себе и стала ее баюкать и качать.

Во время этой сцены я буквально сидел на краешке кресла и думал, что мне делать; я чувствовал, что, возможно, пациентку нужно госпитализировать. Однако, несмотря на столь драматическое начало и состояние ее неуправляемого отчаяния, она сделалась спокойней, как только стала качать и баюкать подушку.

Внутреннее супервизорство: Я услышал, что пациентка не может «заставить кого-то ее понять». Я понял, что, возможно, она боится, что не сможет заставить и меня понять ее. Поэтому я проанализировал происходящее в свете своего знания клинической предыстории миссис П.: она уже не раз приходила в такое возбужденное состояние.

Я вспомнил, как в прошлый раз в подобной ситуации ее уже отправляли в психиатрическую лечебницу. Это случилось после смерти ее матери. Тогда ее внезапно охватила паника. Мужа не было, он находился в отъезде. Даже

когда его вызвали, то ее паника ничуть не ослабла. Позвали лечащего врача, а он, в свою очередь, обратился в местную психиатрическую больницу с просьбой оказать стационарную помощь (успокоить в домашних условиях ему не представлялось возможным, *to provide the containment*).

За этим воспоминанием последовало и другое. В детстве пациентку, после того как родился ее младший брат, отправляли из дома, когда она впадала в состояние сильной подавленности. Девочка отказывалась от пищи, и мать не могла с нею справиться (матери нужно было ухаживать за маленьким ребенком). Поэтому она договорилась, чтобы девочку отправили (миссис П. в то время было четыре года) в детский дом.

Когда я вспомнил об этом, то стал чувствовать себя более уверенно. Миссис П. оказывала на меня специфическое воздействие, что, наверняка, делала и по отношению к другим людям в критические моменты. Как, например, в тех ситуациях, о которых я вспомнил во время сеанса. Другие люди, возможно, не могли справиться с чувствами, возникавшими у них в результате восприятия выражения ее горя. Их реакцией в каждом случае было стремление избавиться от нее.

И у меня возникли сходные чувства, — мне хотелось отослать ее куда-нибудь; на самом деле я был почти уверен, что и она этого ожидала. Но после того, как она бросила в меня подушку (от себя), она также быстро забрала ее и теперь укачивала и баюкала (прижав к себе). Раздумывая об этом эпизоде, я начал ощущать элемент надежды наряду с более непосредственным отчаянием. В действительности, миссис П. предлагала мне модель требуемого от меня. Она держала подушку так, как обычно держат ребенка. Мог ли я найти какой-то способ, чтобы поддержать в ней отчаявшегося обиженного ребенка вместо того, чтобы (на этот раз) отвергнуть?

Как только я распознал эти элементы коммуникации в ее поведении, то почувствовал внутреннюю уверенность в том, что решил ей высказать. Она по-прежнему покачивалась, делая баюкающие движения, но медленно успокаивалась, поэтому я почувствовал, что могу получить возможность заговорить с ней.

Психотерапевт. Я полагаю, сейчас вы показываете мне именно то, что вам больше всего нужно. А вам нужно, чтобы кто-то понял силу тех чувств, которых вы так боитесь. (Пауза). Я думаю, вы ожидаете, что я отошлю вас, как это раньше делали все остальные; но я хочу и дальше помогать вам справиться с вашими чувствами — а вовсе не прогоняя вас. (Пауза).

Вам пришлось найти способ заставить меня почувствовать, как вы боитесь этих чувств. То, что вы кричали и бросали подушку, — все это были способы, которыми вы давали мне ощутить то беспокойство и ту тревогу, которые вы не в силах вынести. (Более длительная пауза). Прижимая к себе подушку, после того, как бросили ее в меня, вы даете мне понять, — я так думаю, — что это как раз то, что вам нужно от меня.

Пациентка, остававшаяся до этого абсолютно неуправляемой, успокоилась и достаточно расслабилась. Я ждал конца сеанса с некоторым страхом, думая, что она может воспринять мои слова как своего рода попытку избавиться от нее. Однако она нашла в себе силы собраться за оставшиеся десять минут, поблагодарила меня и сообщила, что ей лучше. Что она придет на следующий сеанс.

Обсуждение: Для того, чтобы найти способ сдержать эту пациентку, успокоить ее, оказалось важным разглядеть бессознательную надежду, выраженную в ее поведении. Динамическим действием в данном случае явилась коммуникация через проективную идентификацию, как я это понял.

Если бы я не был знаком с этим процессом (который достаточно эффективен при работе с пациентами, ищащими отношений поддержки), вполне вероятно, что я тоже бы вызвал врача. Но сделай я это в данных обстоятельствах, фантазия пациентки о своем отчаянии, всегда приводящем к неспособности окружающих его вынести, нашла бы подтверждение, а ее боязнь отказа в поддержке, основанная на печальных precedентах, усилилась бы. При каждом следующем отказе такая фантазия становилась бы все более обоснованной, и с ней все труднее было бы справиться.

Сила воздействия со стороны такого пациента часто является следствием и мерой частоты, с которой прежние попытки найти *сдерживающее успокоение от другого человека* терпели неудачу. Я считаю, что ряд пациентов психиатрических больниц оказался там, возможно, из-за того, что слишком часто в трудной ситуации их оставляли люди, неспособные успокоить (*contain*) их; в результате чего больные приходили к выводу, что они не могут с достаточной полнотой и уверенностью передать силу своих чувств другому человеку. А если когда-либо кто-то и вселил надежду в пациента, то такой человек вправе ожидать, что он будет постоянно испытываться на предполагаемую неудачу и отказ.

Поэтому, если реально у нас нет возможности встретиться с таким пациентом в тот момент, когда он оказался перед лицом подобного испытания, то, может быть, нам лучше даже не пытаться предлагать свою помощь. Только в случае, если психотерапевт способен вынести подобную проверку, дойти до «самого дна впадины» и снова подняться, только тогда возникшее новое чувство может начать вытеснять глубокое впечатление, оставленное прошлым переживанием.

В случаях с некоторыми пациентами, пережившими травму, мы принимаем на себя огромную ответственность. Мы можем только ухудшить ситуацию и нанести им вред, если не сможем выстоять в тот самый момент, когда им более всего нужно проверить нашу способность выдержать. Поэтому мы должны предлагать сдерживание (*containment*) во взаимоотношениях в качестве альтернативы лекарственной терапии или госпитализации, лишь полностью осознавая тот риск, который может быть с этим связан. Мы должны знать, на что идем.

Страх перед насилием

Пример 6.5

Здесь представлен пример того, как пациент использовал особую форму коммуникации путем воздействия, громко демонстрируя поиск своего сдерживания (*containment*), и того, как на него действовали предшествующие неудачи его найти.

Мистер Е. пришел на консультацию после того, как ему было отказано рядом других людей, к которым он обращался за помощью. Ему было за тридцать, то есть он был моложе, чем я. Он также был выше меня (более 180 сантиметров) и явно сильнее физически. То есть уже само его присутствие оказывало воздействие, вскоре еще более усилившееся из-за его поведения.

Рассказывая мне о том, как ему порекомендовали курс психотерапии, он стал кричать и стучать по ручке кресла с едва сдерживаемой яростью. Однако чувствовалось, что находившие выражения эмоций составляли лишь часть его мужской агрессии. Большая часть сдерживалась невероятным усилием его воли, что составляло главную черту жизни этого человека. Его мысли, как он мне поведал, были наполнены убийственными фантазиями. Его жизнь была изуродована необходимостью вечно держать эти чувства под неустанным контролем.

Все, что приводится ниже, он прокричал мне; иногда попросту орал.

Пациент. Вы просто сидите здесь. Я знаю... Вы сделаете то же, что и другие. Вы не хотите мне помочь. Вы думаете, что я неизлечим. Они все это говорят. Они очень вежливо меня выслушивают, как и вы, а потом указывают мне на дверь. Они думают, я буйный. *А я не буйный.* Я понимаю свои проблемы, но мне никто не верит. *Вы не верите мне, да?* Вы думаете, мне нужны таблетки. Они все хотят, чтобы я принимал таблетки. Я не буду принимать таблетки. *Я не буду принимать таблетки.* Вы же этого хотите, да? Вы хотите отослать меня к кому-нибудь, кто просто даст мне таблетки. Может быть, у меня есть буйные фантазии, но это другое дело. *Я не буйный.* Никто не верит мне, когда я пытаюсь об этом сказать.

Внутреннее супервизорство: Я чувствовал, что все больше мной овладевает беспокойство. Я понял, что нахожусь на принимающем конце мощной проективной идентификации; однако я не совсем понимал, что же конкретно мне передается. Определенно, это должно быть связано с насильственными чувствами; но мои чувства не содержали ничего насильственного — я чувствовал страх.

Я знал, что пациент неоднократно и безрезультатно обращался к врачам. Он сталкивался с людьми, которые реагировали на него, как в описании Байона: если бы они были «контейнерами (сосудом, резервуаром, вместилищем), боящимися содержимого в них» (БАЙОН, 1967b). Такие повторяющиеся отказы (*rejections*), должно быть, только усилили страх этого мужчины к своему собственному насилию. Мог ли я с этим справиться?

После такого приступа крика я прервал мистера Е.

Психотерапевт: Вы воспринимаете меня и общаетесь со мной, основываясь на опыте предыдущих столкновений с другими людьми. Я хочу сказать о том, что думаю сам. Вы ожидаете, что я откажусь от работы с вами; но я не собираюсь отказываться. Я хочу предложить вам курс психотерапии. Однако я ставлю одно условие. Я знаю, что в вас много ярости, которую вам, возможно, нужно выразить в ходе психотерапии. Вы можете выражать свою ярость здесь в любой степени, в какой считаете нужным, но в словесной форме. Если это превратится в физическое насилие, то я не смогу обещать вам, что наш контакт продолжится:

Пациент: Так, вы боитесь! (Пауза).

Психотерапевт: Да, вы можете заставить меня бояться вашей ярости; но я полагаю, вам нужно, чтобы я занялся именно яростью, но так, чтобы мне не пришлось от вас отказываться. Я думаю, вам нужно, чтобы я помог вам справиться с вашим собственным страхом перед своими же агрессивными чувствами.

Мистер Е. начал успокаиваться. Он понял то, что я сказал. Я думаю, он уже тогда осознал, что это верно. И дал мне возможность его лечить; несмотря на то, что он мог приходить ко мне лишь один раз в неделю, я смог поддержать его с помощью психотерапии без лекарств.

Обсуждение: С самого начала все ключи лежали передо мной, оставалось их только увидеть. К счастью, я смог разглядеть одно недостающее звено, когда мистер Е. сказал, что я боюсь. Я боялся его ярости, но и он ее тоже боялся. Тогда я понял, что мне нужно быть готовым работать с этим страхом, если я хочу быть в состоянии ему помочь;

ему же требовалось выяснить, сможет ли человек, с которым он работает, это вынести. Он пытался сотрудничать с другими людьми, возможно, не углядевшими подобную коммуникацию или не желавшими с ней работать. Но он еще не оставил (совсем) надежду, что его страх своей собственной ярости может начать поглощаться (успокаиваться) где-то другим человеком и станет, таким образом, управляемым.

Психотические эпизоды: подробный клинический фрагмент

Пример 6.6

Пациентка двадцати пяти лет (мисс В.) посещала мои сеансы психотерапии один раз в неделю. Ее направили ко мне, поскольку психотерапевт, работавший с ней ранее, уезжал из страны и завершал свою практику.

В свою очередь, предыдущий психотерапевт работал с пациенткой под супервизорством другого специалиста. В ходе терапевтического курса мисс В. пережила кратковременный нервный срыв. При этом она была госпитализирована на шесть недель, — ее отправили в психиатрическую больницу (больницу А), куда психотерапевт мог продолжать приходить для встреч с больной. Больничный консультант намеревался прописать ей Stelazine, но супервизор убедил его давать только Valium.

В течение последовавшего года предыдущего курса психотерапии консультант-супервизор рекомендовал менее интенсивную психотерапию, считая, что, таким образом, мисс В. успокоится (*contained*) лучше. Оказалось, что это именно так. Поэтому, когда ее направили ко мне, я тоже назначил ей встречи раз в неделю.

Я встречался с мисс В. в течение всего лета до начала своего отпуска, первого за время моей работы с ней. Я уехал на четыре недели. Возвратившись, обнаружил, что она попала в больницу Б., поскольку на последней неделе моего отсутствия впала в психотическое состояние. Психиатр этой больницы начал лечить ее стелазином и не хотел менять свое решение, даже несмотря на мое предложение

проконсультироваться с врачами больницы А., которые ранее выяснили, что мисс В. можно лечить одним валиумом.

На этот раз мисс В. провела в больнице четыре месяца. Несмотря на мои регулярные посещения, я никак не мог найти эмоционального доступа к ней ни на каком уровне. Она казалась одеревеневшей и безжизненной. Сама же она говорила, что «пытается говорить с людьми сквозь вату».

К исходу четырех месяцев, наконец, появилось ощущение, что значимый контакт с этой пациенткой восстанавливается. Она снова начала проявлять какие-то чувства. Когда ее собирались выписывать, психиатр стал уверять меня, что улучшение наступило благодаря стелазину. Он напомнил мне, что я не врач и поэтому не могу оценить потребность мисс В. в данном препарате столь профессионально, как он.

Когда мисс В. вновь пришла ко мне на прием, то призналась мне, что в течение шести недель перед выпиской из больницы Б. она никакого стелазина не принимала, а просто выбрасывала таблетки. Она чувствовала себя, когда ранее принимала это лекарство, настолько оторванной от других людей, что это показалось ей единственным приемлемым решением. Она сказала мне, что не могла извлечь никакой пользы из моих посещений, поскольку ее постоянно «дурманили» этими таблетками.

По продолжении работы с мисс В. раз в неделю в течение двух лет умерла ее мать. Эту трагедию она смогла пережить во многом, благодаря тому, что не позволила себе отаться чувствам и продолжала жить, как обычно, без какого-либо заметного волнения.

Позже, за несколько недель до очередного летнего отпуска, я получил по почте конверт. В нем листок бумаги, на котором был нарисован маленький треугольник и рядом с ним инициал. Рука, выполнившая это послание, явно дрожала, что напомнило мне «записи на стелазине», знакомые по тому времени, когда мисс В. была в больнице в последний раз. Почтовая отметка была сделана недалеко от больницы А., а инициал соответствовал имени мисс В.

Я немедленно позвонил в больницу и узнал, что моя пациентка попала туда два дня назад в состоянии психоза. Я

смог поговорить с ее новым консультирующим врачом, сказавшим, что мисс В. начали давать стелазин, но та охотно согласилась заменить его валиумом. Она также согласна, чтобы я посетил ее.

Когда мы встретились, мисс В. явно меня узнала, даже несмотря на то, что по-прежнему находилась в своем кошмарном мире. Она выпалила неясный поток слов, из которого я смог разобрать лишь следующее:

Пациентка: Йога... (Пауза). Падает... все падает... непрерывно. (Пауза). Держат... Учитель йоги держит меня... (Пауза). Вдребезги... Они написали мне... класс йоги... (Пауза). Шесть месяцев назад... не было с тех пор... Я снова падаю... Я не могу перестать падать.

Связав в этом потоке то, что еще можно было связать, я начал понимать, что она говорит мне о посещении ею занятий йогой, впервые после смерти матери. Повторяющаяся тема падения также напомнила мне определение Уинникотта «постоянного падения (*falling for ever*)» как одного из видов «немыслимого беспокойства», а «разваливания на части» (*going to pieces*) как другого (УИННИКОТТ, 1965б:58).

Используя этот инструментарий, я понял, что могло случиться. Вернувшись к занятиям йогой, мисс В. внезапно резко осознала смерть матери. Вероятно, это отбросило ее назад к состоянию регрессии, где она снова стала ребенком, лишенным возможности внешней поддержки. Учитель йоги поддерживал ее физически. Но, с моей стороны, ей нужна была поддержка другого рода. Я начал интерпретировать ее переживания.

Психотерапевт: Когда прошлый раз вы были на занятии йогой, ваша мать была еще жива. Возможно, вам удавалось отсрочить признание факта ее смерти до своего возвращения в класс йоги... (Пауза). Мне кажется, что, придя туда снова, вы вдруг осознали, как изменился ваш мир со временем последнего занятия, — человека, который когда-то ухаживал за вами, когда вы были ребенком, больше нет. (Пауза). Знакомый привычный мир, в котором всегда была мать, теперь, похоже, разламывается на куски... Поэтому, вы

чувствуете, что падаете, и никто не в силах остановить падение, и некому вас поддержать в целостном состоянии.

Пациентка: (спокойная пауза...) теперь я перестала падать... Вы здесь и можете меня поддержать... Вы остановили падение.

В течение получаса мисс В. перешла от галлюцинирующего психоза к способности оставаться в реальности. Моя догадка о возможном осознании смерти матери оказалась верной. То, что я сумел проинтерпретировать ее переживание, помогло обеспечить необходимую поддержку. Я смог понять, что она чувствует, и, таким образом, она перестала оставаться с этим один на один. Неуправляемые переживания стали более управляемыми, и уже не было нужды возвращаться к психозу, чтобы избежать невыносимой боли, вызванной внезапным осознанием утраты матери.

Мисс В. оставалась в больнице еще десять дней, время, за которое я встречался с ней еще раз. На неделю в качестве проверки ей разрешили поехать домой к отцу. Затем она вернулась в больницу для окончательной выписки, после чего вышла на работу на полный рабочий день. В общей сложности она отсутствовала на работе всего три недели.

Через два дня после возвращения на работу мисс В. пришла ко мне. Только что после сердечного приступа умер ее отец. Конечно, я очень забеспокоился, решив, что она не сможет справиться со всем этим сразу. Я вспомнил предыдущий перерыв на лето, когда мисс В. впала в состояние длительного психоза. У нас осталось всего две недели до моего ухода в отпуск. Все известные ей способы поддержки одновременно утекали из-под рук.

Я договорился с мисс В., чтобы после похорон отца по дороге на работу она зашла ко мне. Встретив ее, я с облегчением увидел, что она гораздо лучше контролирует свои чувства по сравнению с тем, что было после смерти матери. Естественно, она была расстроена, но соприкосновение со своими чувствами вынести могла. Это было уже нечто новое.

Поскольку раньше я был очень обеспокоен реакцией мисс В. на мое отсутствие, то я привлек ее внимание к тому,

на сколько лучше она вынесла свои переживания в связи со второй смертью. Я сказал ей, что волновался по поводу ее летнего одиночества, притом, что только что у нее произошло столько несчастий. Я выразил определенную уверенность, что теперь с ней в мое отсутствие все будет в порядке. Затем я высказал свое предположение, что за последние несколько недель, в течение которых она пришла к ясному осознанию факта смерти матери, она, каким-то образом, подготовилась к тому, чтобы пережить и смерть отца.

Мисс В. пришла на последний сеанс перед моим отпуском. Я почувствовал, что она опять на грани психоза. Стал размышлять о том, что же могло к этому привести, но она сразу же дала необходимый ключ. Мисс В. чувствовала себя вполне уравновешенно, пока не пришла ко мне в кабинет. Нормально работала и нормально чувствовала себя дома, но *по дороге ко мне* «начала ощущать себя разболтанно». Я понял, что мне нужно пересматривать свои взаимодействия с пациенткой.

Внутреннее супервизорство: С помощью пробной идентификации я воскресил в памяти последний сеанс с пациенткой. Я вслушивался в самого себя, пытавшегося тогда приободрить пациентку. Возможно, ей показалось, что я не воспринимаю ее тяжелое состояние (Я не столько беспокоился за нее, как она сама). В то же самое время я бессознательно передал ей свое подавляемое беспокойство относительно ее способности справиться со всем самостоятельнo (иначе зачем мне было нужно ободрять ее?). Это помогло мне предложить соответствующую интерпретацию.

Психотерапевт: Я полагаю, что на прошлом сеансе я вам не помог. Возможно, отчасти передал вам свое беспокойство относительно того, что вы сможете самостоятельно справиться со всеми проблемами во время летнего перерыва. Когда я пытался уверить вас в этом, то, думаю, это произвело на вас противоположное действие, как если бы я попытался отмахнуться от ваших чувств. Я знаю, что действительно могу помочь вам только тогда, когда поддерживаю контакт с вашими истинными чувствами, а не предлагаю вам испытывать какие-то иные чувства.

Пациентка: Я рада, что вы это поняли. Я чувствовала, вы говорите о том, как я справлюсь со всем, а я совершенно

не была уверена, что справлюсь. Потом мне показалось, что вы очень далеко от меня. Из-за этого я снова почувствовала себя совершенно одинокой. Теперь это чувство одиночества ушло.

Мисс В. избежала нового кризиса. Я уехал в отпуск, а она вернулась на работу и продолжила ее. Перерыв в курсе психотерапии именно в тот момент ей не удалось перенести легко; и все же она справилась с этим самостоятельно, — она привлекла новые резервы, обнаруженные в себе.

Обсуждение: Состояние аналитической поддержки для этой пациентки в каждый критический момент ее истории (описанной здесь) зависело от степени поддержания нашего контакта. Различные препятствия возникали на пути. Когда она принимала стелазин, ее поддерживали медикаментозными средствами, но тогда к ней было невозможно пробиться эмоционально и, тем более, поддержать ее с помощью понимания (инсайта) или связи (relationship). Медикаменты создали барьер, препятствовавший ее пониманию собственных чувств, а мне пробиться к ее чувственной сфере. Когда же она не принимала стелазин, появившиеся препятствия в большей степени имели отношение к моей неуверенности в ее силах или в моей способности поддержать и успокоить (contain) ее.

Когда я вел себя таким образом, что бессознательно передавал ей свои собственные сомнения и свою отстраненность от ее чувственной сферы, тогда она, естественно, чувствовала себя один на один со своим беспокойством. Она начала снова с ним справляться, когда я указал ей на свое понимание того, что она бессознательно сообщала мне столь ясно во время последнего сеанса. Только после этого, а не раньше, стало возможно возобновление психотерапевтической поддержки.

Обзор примеров

В этой главе я приводил вариации на одну из тем. Нас учат, что «подбадривание никогда не подбадривает». Этот принцип легко запомнить, не не всегда так легко применить. Поэтому я выбрал примеры с тем, чтобы проиллюстрировать некоторые динамические моменты, действую-

щие, когда мы поддаемся своему импульсивному желанию подбодрить.

В такие моменты трудно реализовать практически еще один методический принцип, что «лучшая поддержка — это хорошая интерпретация». Сказанное означает способность понять, что пациент говорит и чувствует, и суметь передать это пациенту. Это также подразумевает правильный выбор момента. Если интерпретация точна по содержанию, но дается не в нужный момент (что называется, «не в тему»), то такая интерпретация плохая. Пациент может воспринять ее даже как нечто его гнетущее.

Поэтому аналитическая поддержка всегда основывается на способности вынести тесный контакт с тем, что чувствует другой человек, даже до такой степени, чтобы испытать эти чувства самому. Должен быть также какой-то способ использовать для интерпретации чувства, которые пациент вызывает у психотерапевта.

Однако любая интерпретация, основанная на воздействии, должна включать осознание того, зачем пациенту нужно, чтобы психотерапевт непременно понял, что он, пациент, чувствует. Если же это еще нельзя рассматривать как намеренную коммуникацию, то есть серьезный риск, что психотерапевт прореагирует так, что помоши как та-ковой не будет, поскольку он будет *уходить в сторону* или вести себя таким образом, что пациент почувствует: психотерапевт *уклоняется*. Пациент обычно ожидает реакцию такого рода, основываясь на прежних ошибках во взаимоотношениях.

Пациенты научили меня тому, что когда я испытываю невыносимые чувства пациента (или даже переполняюсь ими) и если я могу это пережить (парадоксально) одновременно и как невыносимое, и как выносимое, так что оказываюсь все еще в состоянии находить некоторый путь для продолжения работы, тогда я могу начать «разряжать» (*defuse*) страх пациента перед самыми трудными чувствами.

В общем и целом, психотерапевты должны уметь интерпретировать, равно как и успокаивать (*contain*). Пассивного успокоения недостаточно, поскольку оно оказывается почвой для представления о том, что психотерапевт оказывается не в состоянии действовать как психотерапевт. Одной лишь интерпретации недостаточно тоже, особенно, если ее воспринять таким образом, что терапевт в

целях защиты дистанцируется от требующихся пациенту коммуникаций. Методика психотерапии должна быть в состоянии совместить обе эти функции, таким образом, чтобы пациент мог испытать реальный эмоциональный контакт с психотерапевтом и в то же время видеть, что психотерапевт может продолжать функционировать.

Способность психотерапевта обеспечить пациенту такую аналитическую поддержку обнаруживается через реальное (и распознаваемое) переживание того, что пациент испытывает как наихудшее в самом себе (УИННИКОТТ, 1971: глава 6).

Примечание

1. Я не ограничиваюсь взглядом Байона на сдерживание (*containment*), но, возможно, имеет смысл привести некоторые ее положения. В своей книге «Расщепление и Проективная Идентификация» Гротштейн говорит об этом:

«Концепция Байона включает действие первичного процессса, функционирующее наподобие *призмы*, пре-ломляющей сложный (*intense*) цвет детского плача в компоненты цветового спектра, чтобы, так сказать, рассортировать и распределить их по степени важности и ментальной иерархичности. Таким образом, сдерживание (*containment*) для Байона является весьма активным процессом, включающим чувства, мысли, организацию и действия. Молчание в него, никоим образом, не входит».

(ГРОТШТЕЙН, 1981:134)

Аналитическая поддержка в условиях давления

Теперь я хочу привести клинический пример, в котором сдерживание стало таким важным вопросом, что от него зависел результат анализа. Как всегда, когда аналитик или психотерапевт оказываются в стрессовом состоянии, аналитическая поддержка подвергается высшему испытанию.

Когда давление со стороны пациента становится максимальным, следует, в частности, избегать двух ловушек. Одна из них состоит в том, что психотерапевт ищет безопасности, строго придерживаясь обычных методических правил; но пациенты не чувствуют себя спокойно с терапевтом, обороняющимся подобным образом. Другая опасность заключается в том, что психотерапевт считает оправданным выход за пределы аналитических рамок, чтобы примениться к особым обстоятельствам; однако больные обычно ощущают тревогу психотерапевта, когда он привлекает неординарные способы работы.

Иногда, правда, нам приходится делать исключения. Когда это происходит, нам следует предвидеть возможные последствия для пациента, и внимательно следить за последующими отзывами (см.: ЭЙСЛЕР, 1953).

Для иллюстрации этой дилеммы я приведу эпизод (sequence) анализа миссис Б., последовавший через несколько месяцев после описанного в главе 5.

Предыстория клинического эпизода

После того, как миссис Б. вновь пережила свой несчастный случай (когда в детстве она ошпарилась кипящей водой), я думал, что нет ничего более худшего для аналитика, чем столкнуться в анализе с такого рода вещами. Я вспомнил, что говорил Уинникотт: Не будет никакого завершения, пока мы не дойдем до самого дна впадины, до тех пор, пока не будет пережито то, что составляет предмет страха (the thing feared) (УИННИКОТТ, 1970:105).

Однако я знал и то, что в возрасте 18 месяцев миссис Б. была сделана операция под местной анестезией. Врачи пытались высвободить растущую кожу из-под мертвый ткани шрама, оставшегося после ожога. Я знал, что мать девочки упала в обморок во время операции и оставила ребенка один на один с хирургом, который, несмотря ни на что, продолжил операцию. Воспоминания об этом переживании внезапно ворвались в ее сознание в тот самый момент, когда миссис Б. почувствовала себя особенно лишенной поддержки в своем замужестве; тут она вспомнила, как тогда на операции она думала, что хирург решил убить ее своим ножом. В момент операции она, видимо, отторгла от себя это невыносимое ощущение, поскольку потеряла сознание. (Фактически именно потрясение, вызванное этим воспоминанием, впервые вынудило миссис Б. обратиться к психоаналитику).

Хотя я и знал детали этих ранних воспоминаний, но все же полагал, что они несравнимы с испытанным вновь во время одного из предыдущих сеансов. Хотелось думать, что «дно впадины» мы уже преодолели.

Клинический эпизод (sequence)¹

Вскоре после летнего отпуска миссис Б. рассказала мне следующий сон. *Она пыталась накормить несчастного ребенка. Ребенок стоял, и ему было около десяти месяцев от роду. Было непонятно, мальчик это или девочка. Миссис Б. думала о возрасте ребенка. Ее сыну вскорости должно было исполниться десять месяцев. Он уже мог стоять. Да и она, наверное, тоже стояла в десять месяцев. (Перед несчастным случаем). «Почему во сне ребенок такой несчастный?» — спросила она. Ее сын был жизнерадостным ребенком, и она считала, что тоже была нормальным веселым малышом вплоть до случившейся трагедии.*

Я счел необходимым вспомнить, что миссис Б. буквально липла к идеализированному образу своего детства, предшествовавшему несчастному случаю. Может быть, теперь она решится усомниться в этом? Поэтому, я сказал, что, наверное, она начинает думать о том, что было до печального инцидента. Может быть, не все было так гладко, как сей всегда хотелось думать. Она немедленно подняла руку, давая мне знак остановиться.

Во время наступившего молчания я подумал о том, почему сейчас возникло это беспокойство. Может быть, пациентке по-прежнему необходимо не замечать ничего из того, что происходило до, пока это не рассматривалось как идеальное? Может быть, и сам несчастный случай используется в качестве экранирующего воспоминания? Я счел, что это возможно. Через некоторое время я сказал: мне кажется, она боится найти что-то плохое (*any element*) в период до случившегося, как будто чувствует, что то хорошее, что предшествовало, должно быть совершенно отделено от последовавшего за этим плохого. Миссис Б. молча выслушала и не проявила никакой заметной реакции до конца сеанса.

На следующий день миссис Б. пришла на сеанс с выражением ужаса на лице. В течение этого и пяти следующих посещений она не могла лежать на кушетке. Миссис Б. объяснила, что когда я все еще говорил после ее знака остановиться, кушетка «сделалась» операционным столом, а я — хирургом, который продолжал оперировать, невзирая на то, что ее мать упала в обморок. Теперь она не могла лечь, «потому что тогда придется вновь все это испытать». Она была уверена, что ничего не может этому помешать.

В ходе одного из таких сеансов, когда миссис Б. сидела, она показала мне фотографию своего летнего домика, пристроенного к горе, с высокими подпорными стенами. Она подчеркнула, насколько важны эти подпорные стены, удерживающие дом от падения. Пациентка боялась, что начнет безостановочно падать. Она чувствовала, что это и произошло с ней, когда ее мать потеряла сознание.

Раньше миссис Б. вспоминала, как думала, что мать умерла, когда та исчезла из ее поля зрения во время опсрации. Теперь, на сеансе, она описала один момент в этой истории, о котором раньше не упоминала.

В начале операции мать миссис Б. держала ее за руки, и больная помнила свой ужас, когда материнские руки стали слабеть и высказываться из ее рук, — мать потеряла сознание. Теперь пациентка думала, что с тех пор она пытается вновь отыскать руки матери.

Миссис Б. стала подчеркивать важность физического контакта. Она сказала, что вновь ляжет на кушетку, если будет знать, что сможет, в случае необходимости, держать меня за руки, чтобы справиться с заново переживаемыми

ощущениями, бывшими у нее во время операции. Позволю ли я ей это или нет? Если я откажусь, тогда она не уверена, что сможет продолжить анализ.

Моей первой реакцией было поставить ее в известность, что ей нужен я для «контакта» со своим будоражающим беспокойством. Однако она настаивала на том, что ей необходимо знать, разрешу ли я ей все-таки держать меня за руку или нет. Я чувствовал, что давление на меня возрастает, — поскольку, к тому же, приближался к концу пятничный сеанс, я начал опасаться, что пациентка действительно может бросить анализ.

Мой последовавший комментарий был весьма сомнительным в смысле защиты. Я сказал, что некоторые аналитики не одобрили бы, если бы я это позволил, но я понимаю данную ситуацию, и уж, если для нее это единственный способ выдержать все это, то, разумеется, она может держать меня за руку. Услышав сказанное, миссис Б. испытала некоторое облегчение.

В выходные дни я проанализировал, что может скрываться за тем, что пациентке разрешено держать меня за руку. Размышляя о контрпереносе в связи с этим, я осознал следующие важные моменты: 1) Я действительно предлагал себя в качестве «лучшей матери», продолжавшей держать миссис Б. за руку, в отличие от матери реальной, не сумевшей выдержать все то, что происходило; 2) мое предложение частично мотивировано боязнью потерять пациентку; 3) если я буду держать пациентку за руку, это почти определенно не поможет ей пережить первоначальную травму вновь, на что она надеялась. (Центральной деталью произшедшего было *отсутствие материнских рук*). Наоборот, это было бы равносильно утрате ключевого фактора травмы и могло лишь укрепить восприятие данного обстоятельства как чего-то совершенно ужасного, чтобы быть хорошо запомненным или пережитым. Поэтому я решил, что должен еще раз рассмотреть вместе с пациенткой, что же стоит за этим предложением, как только для этого представится возможность.

В воскресенье я получил письмо, доставленное с окзией, в котором пациентка сообщала, что ей снова приснился несчастный ребенок, но на этот раз уже была какая-то надежда. *Ребенок полз к неподвижной фигуре, возбужденный ожиданием ее достичь.*

В понедельник, несмотря на некоторый заряд уверенности, полученный от сна, миссис Б. снова села на кушетку. Она считала, что центральная фигура — это я, олицетворение ее пропавшей матери. Она также подчеркнула, что не хотела, чтобы мне пришлось долго ждать рассказ об этом сне. Я интерпретировал ее страх таким образом, что я мог оказаться не в состоянии дождаться ее заверений, и она с этим согласилась. Она боялась, что я могу «сломаться» в выходные под грузом впечатлений от пятничного сеанса, если не буду знать до понедельника, что у нее появилась какая-то надежда.

По мере того, как продолжался этот сеанс, появилось ясное ощущение, что миссис Б. рассматривает возможность держать меня за руку, как «кратчайший путь» (*short-cut*) к более безопасному чувству. Она хотела, чтобы я был неподвижной фигурой, которой она управляет и которой не позволено двигаться, к которой она может ползти, ожидая с нетерпением, что, в конце концов, ей удастся меня коснуться. Затем миссис Б. рассказала об образе, который был пробужденным продолжением описанного сна. Она видела, как ребенок в ее сне достиг центральной фигуры, но когда он ее коснулся, фигура съежилась и рассыпалась.

Используя эту нить в качестве основной, я рассказал ей о своих размышлениях в выходные. Мое соблазнительное предложение дать ей руку, возможно, может позволить ей пережить то, чего она так боялась; но вот теперь я понял, что, напротив, это станет шагом в сторону от случившегося, а не переживанием его. После паузы я продолжил. Я сказал, я знаю, — если окажется, что я предлагаю обойти этот центральный фактор исходного переживания, значит, я неправляюсь со своими функциями психоаналитика. Поэтому я не думаю все же, что могу предоставить ей возможность держать меня за руку.

Миссис Б., казалось, была поражена. Она спросила меня, понимаю ли я, что я только что сделал. Я отнял от нее руку, как когда-то точно так же сделала ее мать. Миссис Б. сразу же сделала предположение: я сделал это потому, что тоже не могу вынести соприкосновения с тем, что она переживает. Ничто из сказанного мной не может изменить ее мнение о том, что я боюсь позволить ей касаться меня.

На следующий день реакция пациентки на все случившееся накануне была ужасна. По-прежнему сидя на кушетке, она сказала мне, что ее левая рука (ближайшая ко мне) «кипит». Я обжег ее. Она не могла принять ни одной из моих интерпретаций. Только реальная физическая реакция (*response*) с моей стороны могла что-то изменить. Она хотела прекратить курс анализа, уйти от происшедшего с ней на сеансе. Она больше не могла мне доверять.

Я попытался истолковать это в том смысле, что ее доверие к матери, восстановившееся после несчастного случая, хотя и стало более хрупким, похоже, разрушилось окончательно после того, как мать потеряла сознание на операции. Именно это окончательное разрушение доверия встало на пути последовавших ее с матерью отношений. Я чувствовал: именно, это она испытывает сейчас вновь; сейчас она в процессе переразыгрывания (*re-enacting*) со мной, с тем чтобы понять, как можно исправить оставшуюся неразрешенной ситуацию с утратой доверия. Она выслушала и кивнула понимающе, но ответила, что исправить невозможно.

На следующий день миссис Б. по-прежнему гневалась на меня за то, что она рассматривала как избегание ее. Возможность держать меня за руку сыграла для нее ту же роль, что и сам процесс действительной поддержки. Она была уверена, что не злоупотребила бы этим. Для нее была жизненно важной моя готовность позволить ей это; но то, что я передумал, сделалось для нее реальным отнятием руки, которую ей необходимо было держать. Теперь я был ее матерью, которая испугалась. Ей казалось, что рука горит. По ее мнению, я боялся, что тоже обожгусь.

Миссис Б. сказала мне, что накануне, сразу после нашей встречи, она была «просто на грани самоубийства». Она даже попросила подругу о возможности зайти к ней в любое время, если пациентка почувствует, что больше не может. В конце концов звать подругу не потребовалось, — сама готовность подруги прийти предотвратила самоубийство. Пациентка накинулась на меня, говоря, что подруга смогла понять, что ей нужно. Почему же я не смог?

Я сказал, что ей не нужно от меня то, что она может получить от других. Ей нужно от меня нечто совсем иное. А именно, чтобы я не подкупал ее чувство гнева, предлагая стать «лучшей матерью». Важно, чтобы я не боялся ее гнев-

ва или отчаяния, чтобы я был рядом с ней в то время, когда она снова испытает то, как исчезает рука матери, за которую она держится. (Пауза). Ей также нужно, чтобы я остался аналитиком, а не превращался в мать «понарошке». Поэтому совершенно необходимо, чтобы я не сделал ничего такого, способного показать, что мне нужно защититься от ее переживаний или чувств по отношению ко мне. Она выслушала и стала спокойнее. Затем вдруг перед окончанием сеанса она легла на кушетку. Таким образом, положение лежа было вновь занято.

Теперь я кратко расскажу о двух последующих неделях. Миссис Б. приснилось, что *она чувствует себя потерянной и ей неуютно среди незнакомых людей, с которыми она не может найти общий язык*. Я интерпретировал ее беспокойство в плане ее неуверенности в том, что я могу найти общий с ней язык. Во время одного из сеансов перед ее глазами возник образ ребенка, плачущего каменными слезами, и я истолковал это как слезы окаменевшего ребенка (ее самой). Ей снился брошенный умирать ребенок. Ей приснилось, что *она очень маленькая, и у нее отняли единственную еду, которую она хотела; пища находилась рядом, но высокий человек не давал ее ей*. В другом сне *она пребывает в ужасе, ожидая какого-то взрыва*. При всем том она по-прежнему была твердо убеждена, что уже никогда не сможет доверять мне снова. И ей казалось, что я ее боюсь. Вместе с тем она сказала мне, что ее муж стал очень поддерживать ее, уговаривать продолжать анализ, даже несмотря на то, что «рикошетом» и ему перепало достаточно много. Это было что-то совершенно новое. Моя интерпретация: на каком-то уровне пациентка все большечувствовала, что я могу воспринимать то, что во время анализа исходит от нее «рикошетом».

Вскоре после этого миссис Б. рассказала мне (во время одного из сеансов) о двух своих снах. В первом сне *она каждый день приводила ребенка (девочку) встречать свою мать, чтобы привнести какой-то порядок в хаос*. Моя интерпретация: она приводит себя-ребенка ко мне, чтобы изменить беспорядочность своих чувств по отношению ко мне как к матери, которой она по-прежнему не может доверять. Она согласилась с этим, но добавила, что ребенка за руку ко мне не приводила. Ей пришлось тащить своего «себя-ребенка» за волосы.

Во втором сне она падала в воздухе, убежденная, что погибнет, несмотря на то, что ее поддерживал парашют, и за ней наблюдал вертолет.

Она видела это противоречие (уверенность в том, что она умрет, будучи, на самом деле, в безопасности), но, несмотря на это, по-прежнему испытывала чувство ужаса во сне, равно как и чувство ужаса по отношению ко мне во время сеанса. Она подчеркнула, что не знает, сознаю ли я, что она по-прежнему ощущает уверенность в своем внутреннем умирании.

В последовавший понедельник миссис Б. рассказала мне следующий сон. *Она пришла на последний сеанс, потому что больше жить не может. Затем последовало постоянное падение. Кушетка и комната падали вместе с ней. Никакого дна нет, и падению нет конца.*

На следующий день пациентка почувствовала, что сходит с ума. Ей приснилось, что между нею и мною лист стекла, и она не может ни дотронуться до меня, ни ясно меня разглядеть. Это было что-то вроде ветрового стекла машины без «дворников» во время ливня. Моя интерпретация: она не может почувствовать мое понимание того, что чувствует она, из-за барьера между нею и мной, создаваемого ливнем ее чувств внутри ее. Это мешает ей ясно видеть меня, так же, как мешало видеть мать. Она согласилась и разразилась такими рыданиями, которые невозможно было остановить; она скорчилась на кушетке, испытывая страшную боль. В конце сеанса у нее началась паника, поскольку ей казалось, что я не смогу вынести столь сильную степень ее отчаяния, которую я почувствовал.

В пятницу она заговорила о новом работнике в учреждении, где работала. Она спросила его, как долго он учился. Но потом поняла, что спрашивает об уровне образования и степени подготовки (*credentials*). Я понял это как ее беспокойство об уровне моей подготовки, о том, имею ли я достаточный опыт, чтобы быть в состоянии полностью ее понять. Я добавил, что само использование сю слова «креденция», возможно, является намеком на слово «верить».* Она ответила: «Конечно, вера (*credo*). Ей хочется верить,

* В английском оригинале пациентка использует слово *credentials*, переводимое大致为 为 «верительная грамота» или «удостоверение личности». Оно близко другому английскому слову *credo* — символ веры.
— Примеч. пер.

что я могу понять ее достаточно глубоко, что мне можно доверять, но пока она только хочет, но не может.

На следующей неделе миссис Б. продолжала говорить, что дальше она так жить не может. На выходные ей приснилось много ужасных снов. Во время очередного сеанса она снова сидела. Порой миссис Б. выглядела совершенно отрешенной, — ей казалось, что реальный мир плывет и выглядит незначительным.

На протяжении большей части сеанса она была ребенком. Начала с объяснения того, что не просто разговаривает со своим ребенком, но берет его на руки и держит. Потом, глядя прямо на меня, сказала: «Я — ребенок, а вы — тот человек, которого я хочу воспринимать как свою мать. Мне нужно, чтобы вы это поняли. Если вы не будете готовы держать меня, я не смогу дальше продолжать. Вам необходимо это понять». Она оказывала на меня огромное давление. В конце концов она посмотрела на меня с упреком и сказала: «Вы действительно моя мать, и вы *не* держите меня».

Все это время я осознавал, что она воспринимает меня искаженно. (Теперь я понимаю это в рамках идеи о психической непосредственности трансферентного переживания). В ее восприятии меня во время этого сеанса временами сквозило чувство «ах, если бы», «как бы», «как будто бы» (*as if*), иногда же я этого не чувствовал. Для нее было бессмысленным, когда я пытался интерпретировать это как перенос, как повторное переживание своего детского опыта. Я не только был матерью, которая ее не держит; в тот момент, когда она думала обо мне с ужасом, я становился хирургом с ножом в руке, собиравшимся, как ей казалось, ее убить. В это время, видимо, всякий контакт со мной как аналитиком, у нее исчезал.

Внутреннее супервизорство: Я подумал о стоящей передо мной дилемме. Если я *не* уступлю ее требованиям, то, возможно, окончательно потеряю возможность анализировать пациентку либо у нее разовьется психоз, и ее придется госпитализировать. Если же я *всё-таки* поддамся ей, то я вступлю в молчаливое согласие со сложившимся у нее искаженным образом меня; в этом случае обойденные компоненты травмы замкнутся, капсулируются, поскольку окажутся слишком ужасными, чтобы им противостоять. Я

почувствовал, что попал в невозможную ситуацию. Однако, когда я понял, что здесь действует процесс проективной идентификации, я стал выходить из этого ощущения полной беспомощности. Это дало мне возможность, в конце концов, продолжать интерпретировать, исходя из чувств, возникших у меня при работе с пациенткой.

Очень медленно, делая паузы для того, чтобы убедиться, что пациентка следит за моей речью, я сказал ей: «Вы заставляете меня самого испытывать то чувство отчаяния, невозможности продолжать, которое испытываете и вы... Я сознаю, что нахожусь в состоянии, которое ощущаю, как совершенно парадоксальное. В каком-то смысле я чувствую, что сейчас с вами контактировать невозможно; и все же, в другом смысле, я чувствую, что то, что я вам это говорю, — возможно, единственный способ, с помощью которого я могу войти с вами в контакт».

Она очень внимательно следила за сказанным и слегка кивнула головой. Тогда я продолжил: «Точно так же, я чувствую, — продолжать невозможно; и, тем не менее, единственный способ, с помощью которого я могу помочь вам пройти через это, — это моя готовность вынести то, что вы заставляете меня чувствовать, и все же продолжать».

После долгого молчания миссис Б. снова начала говорить со мной как с аналитиком. Она сказала: «Впервые я могу поверить вам, тому, что вы *действительно* (*age in touch with*) понимаете, что я чувствую все это время; и, что самое поразительное: вы все это можете вынести».

Уже затем я смог интерпретировать, что ее отчаянное желание, дабы я позволил ей дотронуться до меня, было для нее способом дать мне знать, как ей необходимо, чтобы я действительно имел *контакт* с испытываемым ею. На этот раз пациентка согласилась. Последние десять минут сеанса она промолчала, и я чувствовал, как важно не делать ничего, чтобы прервать это молчание.

На следующий день миссис Б. рассказала мне, что происходило во время этого молчания. Она смогла ощутить присутствие матери и почувствовала, что руки матери снова держат ее руки. Она почувствовала, что состоялся контакт с *матерью той, какой она была до того, как потеряла сознание*, поскольку с тех пор она никогда не ощущала, чтобы ее так держали.

Я прокомментировал: она смогла обрести внутреннюю мать, контакт с которой был утрачен, в отличие от матери «понарошку» (*pretend mother*), которую она хотела видеть во мне. Теперь мы могли видеть: согласись я держать ее физически, это стало бы способом закрыть то, что было ею пережито, не только от себя, но и от меня, как если бы я не вынес пребывания вместе с нею в это время. Она сразу же поняла, что стоит за этим, и ответила: «Да. Вы могли стать аналитиком, потерпевшим неудачу (не выдержавшим испытания). Я не осознавала этого в тот момент, но теперь вижу, что тогда бы вы стали тем же, чем стала моя мать, когда потеряла сознание. Я так рада, что вы не дали этому произойти».

В заключение я вкратце опишу часть последнего сеанса той недели. Миссис Б. проснулась в прекрасном настроении, а чуть позже поймала себя на том, что поет фрагменты из оперы «Вольный стрелок», сюжет которой (как она сама объяснила) строится на победе света над тьмой. Ей также приснилось, что она находится в машине, вышедшей из-под контроля. Машина врезалась в барьер, что помешало ей столкнуться со встречным транспортным потоком. Барьер ее спас, поскольку оказался прочным. Если бы он не выдержал, она бы погибла. Пациентка явно испытывала огромное облегчение от того, что я не поддалась ее гневным требованиям. То, что я проявил твердость, смогло остановить процесс, уже начавший развиваться сам по себе, и она чувствовала, что совершенно неуправляема.

Сон закончился тем, что пациентка выбралась наружу через ветровое стекло машины, открывшееся перед ней, как две стеклянные двери.

Обсуждение

Этот случай иллюстрирует взаимодействие различных динамик. То, что вначале я рассматривал возможность физического контакта, как это ни парадоксально, оказалось равносильно контрпереносному отступлению, которое сама пациентка позднее приписала мне, когда я решил снять предложение более легкого выхода, открытого для нее. В рамках понятия Байона «отвергание объекта в проективной идентификации» (БАЙОН, 1967b: глава 9) контрпереносом здесь стал страх содержащего перед содержимым.

Все последовавшее, можно понять в терминах взаимодействия (*interactional*) понятия Сандлера о ролевой реакции-ответе (*role-responsiveness*) (САНДЛЕР, 1976); или в связи с тем, что Уинникотт описывал как потребность пациента иметь возможность пережить в настоящем, в связи с реальной ситуацией, складывающейся между аналитиком и пациентом, те предельные (*the extremes*) чувства, связанные с исходной травмой, которые были «заморожены», поскольку оказались слишком интенсивными для первоначального (*primitive*) это, чтобы оно могло их пережить *в то время*. (УИННИКОТТ, 1958:281).

Между пациенткой и мной возникли реальные отношения, поскольку я снял первоначально предоставленную возможность держать меня за руку. Используя это для того, чтобы восстановить центральный элемент исходной травмы, пациентка начала очень интенсивно реально переживать прошлое, таким, каким она его себе представляла. Делая это, она смогла, как оказалось, «соединиться» с собственными чувствами, которые теперь разморозились и стали ей доступны. Подавленное прошлое стало, в настоящем, сознательной психической реальностью, от которой (на этот раз) ей не нужно было защитительно уклоняться. На протяжении всего этого периода мне нужно было продолжать быть выживющим (*surviving*) аналитиком, и не стать аналитиком погибающим (*collapsed*), для того чтобы она смогла «разрядить» (*defuse*) свою раннюю фантазию о том, что якобы именно сила ее потребности в матери привела к тому, что мать упала в обморок.

Последняя, решающая интерпретация на этом сеансе возникла из моего осознания действия процесса проективной идентификации. Я почувствовал, что давление на меня, связанное с отчаянием пациентки, бессознательно направлено на то, чтобы пробудить во мне состояние невыносимых чувств, которые она все еще не могла самостоятельно содержать (*contain*) в самой себе.

Кто знает, стал бы я так всецело подвергнут требуемому воздействию переживаний пациентки, если бы я первым не подал знак о возможном физическом контакте. Если бы я следовал теории, классическому правилу о том, что не должно быть никакого физического контакта ни при каких обстоятельствах, то, конечно, пошел бы по более безопасному для себя курсу; но, возможно, пациентка

справедливо решила бы, что я боюсь даже подумать о таком контакте. Я не уверен, что переживание этой ранней травмы вновь было бы столь же реально для пациентки и в конце концов столь же психотерапевтически эффективно, если бы я все время оставался на более безопасном расстоянии классической «правильности».

Вместо этого я действовал, повинуясь своей интуиции; и страшно удивительно, как это позволило пациентке пережить вместе со мной детали той дальнейшей травмы, которую ей необходимо было суметь пережить в рамках аналитических отношений и по поводу которой ей нужно было по-настоящему рассердиться. Именно эта бессознательная реакция на бессознательные намеки со стороны пациента является предметом работы Сандлера «Контрпреденос и ролевая реакция (Role-Responsiveness)» (САНДЛЕР, 1976).

По отношению к возобновлению аналитической поддержки мне хотелось бы добавить еще один момент. Поскольку мы с пациенткой пришли к этому опытным путем, а не следовали четкому правилу, это более чем достаточно доказывает правильность классического положения, запрещающего всякий физический контакт. Попутно это приняло особую значимость для пациентки, что, на мой взгляд, позволило полнее пережить раннюю травму, чем в любом ином случае.

В заключение я приведу две цитаты из работы Байона «Теория Мышления». Там он говорит (выделено мною):

«Если ребенок *чувствует*, что умирает, это может вызвать страх его умирания у матери. Хорошо уравновешенная мать может принять это и отреагировать психотерапевтически: то есть таким образом, чтобы ребенок почувствовал, что он получает обратно свою испуганную личность, но в той форме, в какой он может вынести — страхи управляемы самой личностью ребенка. Если мать не может вынести эту проекцию, ребенок подвергается постоянной проективной идентификации, развивающейся все сильнее и со все большей частотой». (БАЙОН, 1967б:114-15)

«Нормальное развитие происходит, если отношения между младенцем и грудью позволяют ребенку спроектировать ощущение, скажем, того, что он умирает, на

мать и реинтросцировать его после того, пребывание у груди сделает эту реинтроскцию приемлемой для психики младенца. Если сама проекция не принята матерью, то ребенок чувствует, что его ощущение умирания лишается того смысла, которое оно имеет. Тогда оно реинтросцируется, но не в виде страха умирания, ставшего выносимым, а как безымянный ужас».

(БАЙОН, 1967б:116)

Здесь Байон описывает взаимоотношения младенца с грудью. Сходный процесс на более поздней стадии развития виден в клиническом примере, который я описал. Я считаю, что именно моя готовность сохранить восстановленную психоаналитическую поддержку перед лицом значительного давления, оказываемого на меня с целью заставить от нее отказаться, позволила пациентке в конце концов получить назад свою собственную испуганную личность в такой форме, которую она могла вынести. Если бы я прибег к физической поддержке, которой она требовала, центральная травма осталась бы замороженной, и ее даже можно было бы рассматривать как, возможно, навсегда остающуюся тем, с чем справиться нельзя. Тогда пациентка реинтросцировала бы не страх смерти, ставший приемлемым, но непонятный ужас.

Примечание

1. Данная глава представляет собой переработанный вариант моего доклада «Некоторые виды давления на аналитика с целью достижения физического контакта при переживании вновь ранней травмы», который я сделал на 32-м Международном Психоаналитическом Конгрессе в Хельсинки в июле 1981 г. и который был впервые опубликован в «Международном журнале психоанализа» 9:279-86.

Процессы поиска и открытия в психотерапевтическом переживании

Со времен Стрэчи общепринятым стало утверждение, что единственной «переменной интерпретацией» является интерпретация переноса. Стрэчи писал:

«... чисто информативный, «словарный» тип интерпретации не является переменным (pop-mutative), хотя он может оказаться полезным в качестве прелюдии к переменным интерпретациям (mutative). Любая переменная интерпретация должна быть «непосредственной» в эмоциональном плане; пациент должен переживать что-то реальное».

(СТРЭЧИ, 1934:150)

Хотя я и считаю это утверждение верным, однако полагаю, что существуют и другие важные динамические принципы, также вовлеченные в процесс аналитического восстановления. Поэтому в данной главе я хочу рассмотреть бессознательный поиск пациентом такого психотерапевтического переживания, которое ему наиболее необходимо, и показать, насколько пробная идентификация и внутреннее супervизорство помогают психотерапевту отделить в этом поиске здоровое начало от патологического.

Психотерапевтическое переживание

Сама природа переживаний пациента в ходе общения с психотерапевтом — такой же важный психотерапевтический фактор, как и любой выигрыш в когнитивном инсайте (познавательном прозрении, постижении). Именно в процессе этих взаимоотношений могут появиться новые возможности для разрешения старых конфликтов, нахождения утраченного, обретения упущенного в прежних отношениях.

Кроме того, пациент получает шанс использовать личность самого психотерапевта, что, по-видимому, исключалось бы при взаимодействиях другого рода. Когда, например, предшествующее отрицательное переживание переносится на общественные отношения, реципиент («жертва») такого переноса обычно не понимает, что происходит. Поэтому, вместо того, чтобы предложить понимание или удержание (*containment*), любой другой человек, ставший объектом переноса, скорее отреагирует, как направленное на него лично.

Александер (1954) отмечал, что пациенты часто используют аналитические переживания для решения имевших место в прошлом конфликтов в новых обстоятельствах. Поэтому он указывал, что если реакция аналитика на пациента оказывается слишком сходной с реакцией родителей больного, это может привести ко взаимному вовлечению в трансферентный невроз как пациента, так и аналитика, что (в крайних случаях) развивается в *folie à deux*.* По мнению Александера, при развитии трансферентного невроза аналитик чувствует, что его буквально заставляют играть роль, которую для него выбирает пациент. Он писал, что аналитик должен сознательно стремиться реагировать таким образом, чтобы это не только не соответствовало, но и противоречило тому, как повели бы себя родители пациента, играя эту роль по «принципу противопоставления». Но такое умышленное принятие роли родителей по отношению к пациенту становится, в свою очередь, средством оказания влияния на те или иные переживания больного во время анализа. А это само по себе нарушает автономность пациента и вредит аналитическому процессу.

Уинникотт очень хорошо понимал подобную ситуацию. Поэтому он предпочитал говорить о пациенте, находящем объект и использующем объект (УИННИКОТТ, 1971: глава 6). Он отмечал также, что каждый пациент бессознательно понимает, что ему нужно найти, что необходимо пережить при переносе. Поэтому в анализе пациенты ищут возможность вновь вернуться к ранее неуправляемым переживаниям. Следовательно, при переносе аналитику часто приходится воспроизводить прежние отношения, о поводу которых осталось какое-то чувство неразрешен-

* Помешательство двоих (фр.).

ности. Ошибки аналитика точно так же могут использоваться с тем, чтобы представить прежнее негативное переживание (см. главу 5).

Природа поиска пациента

Когда пациенты обращаются за психотерапевтической помощью, зачастую это объясняется тем, что родители или люди, взявшие на себя заботу о них еще в детские годы, не смогли в свое время адекватно отреагировать на различные признаки их расстройств. Часто наблюдается постоянно присутствующая бессознательная надежда найти кого-то, способного отреагировать на соответствующие знаки пациента относительно необходимой помощи. Эти ключевые знаки те же самые, что были и в детстве, но тогда некоторые из них либо остались незамеченными, либо с ними попросту не считались.

И клинический опыт, и наблюдение за маленькими детьми подтверждают мысль о том, что, возможно, существует врожденный поиск (внутренне и органично присущий людям) того, что необходимо человеку для выживания, для его роста и здорового развития.¹ Именно тогда, когда этот поиск оказывается безрезультатным или на его пути возникают какие-то препятствия, мы и встречаемся с «патологической» реакцией; но даже и при такой реакции сохраняется здоровая «знаковая схема», указывающая на те потребности, которые не были адекватно удовлетворены.

Я провожу различие между *потребностями, нуждающимися в удовлетворении, и хотениями (wants)*. При рождении у ребенка нет разницы между потребностями и хотениями. С развитием способности выдерживать все более усложняющиеся расстройства рост-потребности (*growth-needs*) начинают все более отличаться от хотений. Маленький ребенок «хочет» мать, поскольку ее присутствие ему необходимо. Наряду с либидонозным выражением потребностей в пище, сосании, кусании и т.д. появляются и рост-потребности. Вначале они очень сущностны, базикальны, как, например, потребность ребенка в том, чтобы его держали на руках, с ним общались и играли, чтобы ему радовались.² Удовлетворяя эти элементарные потребности, мать готовит основу для последующего роста и развития своего ребенка.

В соответствующее время среди рост-потребностей возникает необходимость вычленять управляемые степени отделяемости (сепаратности). А позже наступает время, когда рост-потребность заключается в противостоянии и в твердости, которые тем не менее не мешают проявлению заботы. Это часто сопровождается вспышками гнева и раздражения, цель которых — воссоздание прежней власти и контроля ребенка над матерью, поскольку ребенок не желает признавать никакой разницы между потребностями и хотениями. Поэтому интенсивность хотения при этом может оказаться очень высокой. Но если это происходит в подходящий момент развития ребенка, то последний также ищет родителя, который достаточно заботлив и внимателен и который в состоянии пережить роль «плохого» лишь потому, что способен говорить «НЕТ», когда гораздо проще было бы сказать «ДА» (КЕЙСМЕНТ, 1969). Приобретая необходимую твердость, ребенок находит также и безопасность. Когда же этого не обнаруживается, то детские требования могут быть даже и удовлетворены, но такая победа ничего не приносит. Ребенок не чувствует себя в безопасности, и ему становится нужно *больше*, а не *меньшее*.

Пациенты вновь разыгрывают (ге-спас!) различные стадии роста в процессе психотерапии. Поэтому психотерапевт должен постараться разграничить либидонозные требования, которые должны быть фрустрированы, и рост-потребности, которые следует удовлетворить. Я полагаю, что упускается ряд психотерапевтических возможностей, когда врачу не удается определить, что он имеет дело с представленными и требующими внимания рост-потребностями. Например, некоторым пациентам необходимо подтверждение того, что они оказывают реальное влияние на психотерапевта; либо того, что они правильно воспринимают клиническую реальность, то есть, что это восприятие не является просто фантазией или переносом. У пациента может наступить срыв, если психотерапевт, послушно следя профessionальному долгу, фрустрирует эти потребности, автоматически считая, что это необходимая часть аналитической методики.

Несмотря на то, что пациент ищет то, что нужно ему, психотерапевт обычно рассматривается как эксперт, как тот, кто знает лучше. В известном отношении он должен

принять на себя такую ответственность. Поэтому считается естественным, что для проведения курса психотерапии все необходимое сосредоточено в руках психотерапевта, а уж никак и ни в каком смысле не должно передаваться пациенту. Если позволить пациенту влезать в то, как следует проводить психотерапию, то к чему это может привести? Не получится ли в результате, что психотерапевт и пациент окажутся в молчаливом словоре друг с другом? Не сыграет ли это «на руку» патологии пациента, давая, скорее, ненужную уступку ему, чем доведение его до внутреннего прозрения, инсайта? И не для того ли, отчасти, чтобы избежать таких ловушек, Фрейд настаивал на проведении анализа в состоянии «абстиненции» (воздержания, умеренности) (ФРЕЙД, 1914:165)? Он хорошо осознавал, что у каждого пациента есть подавленные либидонозные желания (*strivings* = усилия). Фрейд настаивал на том, что таким хотениям в анализе потакать нельзя, поскольку это приведет к тому, что анализ будет работать вхолостую.³

У некоторых пациентов я встречал отчетливое чувственное представление о том, что именно они бессознательно ищут в психотерапии; но способ, с помощью которого пациент стремится достичь этого, часто не является прямым и легко определимым. Иногда присутствуют явные указания на то, что требуется. В других случаях растущее отчаяние проявляется через настойчивое желание получить что-либо заменяющее, как последнюю надежду. Тем не менее, в этом настойчивом желании часто можно увидеть, чего же пациенту не хватает.

При отсутствии подходящей структуры, в рамках которой пациент мог бы безболезненно преодолеть ключевые фазы роста, остается *поиск структуры* уже в отношениях психотерапевтических. Если человек, ухаживающий за ребенком, малоотзывчив, без чего попытки ребенка установить превербальную коммуникацию оказываются безнадежными или бессмысленными, существует *поиск искомой отзывчивости* у психотерапевта. При отсутствии ментальной или эмоциональной уединенности (*privacy*), в рамках которой у ребенка начинает развиваться необходимая отделяемость от матери (или от других взрослых), наблюдается *поиск пространства*.

Например, пациенты, нуждавшиеся в уединенности и конфиденциальности*, часто с самого начала общения с психотерапевтом заявляют о своей боязни не найти этого и в психотерапии. Или пациент с опытом взаимоотношений с неадекватными личностными контурами требует более четко очерченных границ в психотерапии. Это может передаваться как непосредственно через беспокойство пациента недополучить необходимое, так и косвенным путем, через его поведение, становящееся несдерживаемым без соответствующей жесткости со стороны психотерапевта. Кроме того, когда в независимое мышление пациента вмешиваются люди, готовые начать за него думать, он часто становится пассивно уступчивым интерпретирующей деятельности психотерапевта. И наоборот, может проявить беспокойство по поводу того, что к нему «заглядывают в душу», или что его мысли перестают быть лишь его достоянием, — даже когда он молчит. В таких случаях в ходе психотерапии пациенты часто показывают, с чем нужно работать, привнося в психотерапевтические отношения последствия прежних патологических переживаний.

Ошибочное использование корrigирующего эмоционального опыта

Некоторые психотерапевты полагают, что могут снабдить пациента наилучшим опытом и что это уже само по себе окажет психотерапевтическое воздействие. Этоозвучно понятию Александера о «корригирующем эмоциональном опыте» (АЛЕКСАНДЕР, 1954). Но, поступая таким образом, они лишаются возможности дать пациенту аналитическую свободу использовать самого психотерапевта в тех направлениях, чтобы это соотносилось с прежними переживаниями и внутренним миром пациента. Например, в случаях, когда у пациента остались неразрешенные чувства в связи с родительскими ошибками воспитания, помехой — уводящей в сторону и соблазняющей — может оказаться *активное предложение терапевта самого себя в качестве «лучшего» родителя*.

* В английском языке это слово достаточно многозначно, оно может быть переведено, как «смелость», «самонадеянность», а также «доверительность», «надежность». — Примеч. пер.

Пример 8.1.

Пациентка обратилась ко мне после того, как прошла психотерапию у психотерапевта-женщины. Ее проблема состояла в том, что на работе она не могла общаться с людьми, которым не нравилась. Пациентка была социальным работником, и эта трудность возникала у нее, в основном, при общении с клиентами. Она бессознательно отклоняла гнев или манипулировала людьми таким образом, что они начинали проявлять к ней симпатию, но это, в свою очередь, мешало ей работать достаточно эффективно.

Предшествующий курс психотерапии пациентка начала в состоянии суицидной депрессии. В конце лечебного курса она почувствовала, что ей стало значительно лучше. Ее лично приняли и оценили. Она также сменила по рекомендации психотерапевта работу, оставаясь уверенной, что может работать с людьми.

Комментарий. Проведенная психотерапия носила не аналитический характер. И тем не менее некоторые люди, действительно занимающиеся анализом, тоже, возможно, думают, что такое «благосклонное» руководство пациентом может быть уместным.

Предшествующий психотерапевт удовлетворила желание пациентки в признании и оценке, чего ей с детства явно не хватало в отношениях с окружающими. Тем не менее позднее пациентке стало ясно, что она никогда не была в состоянии рассердиться на своего психотерапевта. Затем она осознала, что, начиная сердиться на психотерапевта, она чувствовала, что та воспринимает это как нечто личное или интерпретирует ее гнев, как относящийся к кому-то другому.

У пациентки и до этого всегда были проблемы со своим гневом и с тем, что другие люди гневаются на нее. Теперь оказалось, что она воспринимает любое проявление гнева со стороны уже своих клиентов как нечто личное. В результате она стала пытаться «заставить» их испытывать лучшие чувства либо к самим себе, либо к ней. Другого способа она не знала.

В ходе анализа выяснилось, что пациентке необходим аналитик, который не мешал бы ей относиться к нему на

привычном ей языке ее прежних взаимоотношений и, в особенности, тех отношений, по поводу которых она испытывала наибольший гнев. Было важно, чтобы она не прекращала использовать аналитика в режиме переноса, поскольку ей было необходимо иметь возможность сердиться на него так, как она это чувствовала, чтобы увидеть, сможет ли он вынести свою роль приемника таких чувств, которые она привыкла считать разрушительными.

Ее родители были людьми, не способными справляться со своим гневом. Из-за этого она чувствовала, что ее собственный гнев является чем-то плохим и опасным, а ее прежний психотерапевт не сумела изменить сложившегося впечатления. Лежащие в глубине проблемы, имевшие отношение к ее восприятию себя (*self-image*) как какой-то плохой, сеющей разрушение, остались без внимания.

Обсуждение: Психотерапевт временно улучшила состояние пациентки, активно успокаивая ее и призывая почувствовать, что та человек достойный. Это пример того, что называют «лечением с помощью контрпереноса». Возможно, личные чувства психотерапевта по отношению к пациентке и улучшили ее состояние, что было вызвано харизматическим воздействием, но не аналитическим процессом. Поскольку пациентка стала чувствовать себя лучше в отношении к своему психотерапевту, улучшение и не сделалось долговременным.

Я считаю, что если бы другой психотерапевт использовал внутреннее супервизорство, чтобы выяснить, какова основа улучшения состояния пациентки, это помогло бы оценить степень, до которой это было достигнуто. Достигнуто за счет снисхождения и подавления «ложного эго» — наиболее трудных чувств пациентки. Всегда нужно осознавать возможность такого рода ложного выздоровления.

В данном примере также важно, что контрперенос психотерапевта (возможно, включавший в себя потребность в том, чтобы ее любили) был, видимо, параллелен трудностям самой пациентки в общении. Возможно именно поэтому, пациентка чувствовала, что сей не помогла предшествовавшая психотерапия.

Ненавязчивая доступность психотерапевта

Если пациентам дать возможность, они сами найдут форму общения с психотерапевтом. В этом смысле мы можем сравнить доступность психотерапевта для пациента с использованием Уинникоттом шпателя в детских консультациях. Он неустанно повторял, что если дать младенцу время, чтобы тот мог заметить и выделить незнакомый (и потенциально интересный) подвижный предмет, оставленный в таком месте, где ребенок может его видеть, то тогда этот объект наделяется ценностью и начинает представлять интерес. В конце концов малыш сам к нему потягивается. Предмет, которым пользовался Уинникотт, был блестящим хирургическим шпателем (УИННИКОТТ, 1958, глава 4).

Если не торопить ребенка, он будет исследовать этот предмет с осмысленным интересом, соответствующим собственной готовности изучать данный объект или играть с ним. Он может сосать шпатель, кусать его, «кормить» им мясо, использовать его для того, чтобы стучать, отбрасывать, заставляя мать подбирать, и т.д. Как тот или иной младенец будет использовать данный предмет, предсказать невозможно. Единственное, в чем можно быть уверенным. — ребенок будет пользоваться шпателем не по его прямому назначению.

Если, напротив, ребенка торопить, тогда предмет не обретет того смысла, который ребенок в него вкладывает. Вместо этого предмет останется (или станет) чуждым ему, принадлежащим миру взрослых и не окажется тем объектом, который можно открыть для себя и взять в детский мир фантазии и игры. Поэтому любая попытка вложить шпатель ребенку в рот вызовет протест против этого навязанного объекта. Силу протеста можно рассматривать как меру здоровья младенца. Менее здоровой реакцией оказалось бы принятие шпателя с пассивным недовольством или показным сопротивлением.

Если психотерапевты хотят избежать восприятия их как «навязчивого объекта» (как в случае ребенка со шпателем), важно, чтобы они были готовы ждать, пока у пациента не проявятся доверие и понимание. Это подразумевает ожидание развития переноса, по мере того как пациент изучает этого незнакомого человека, наделяет его таким

смыслом, который присущ внутреннему миру самого пациента. Пациент должен «открыть» психотерапевта. Однако, если манера поведения психотерапевта с пациентом такова, что он либо слишком активен, либо навязчив, тогда интерпретация и само присутствие психотерапевта тоже, в свою очередь, могут стать тем, что мешает пациенту.

Развитие психотерапевтического процесса должно быть результатом работы пациента, и это произойдет лишь в том случае, если психотерапия с самого начала будет проводиться с минимальным влиянием или предвосхищением со стороны психотерапевта. Для этого психотерапевт старается как можно меньше подчеркивать свое присутствие (как личности), с тем, чтобы это отвечало цели сохранения психотерапевтического пространства как свободного для использования в соответствии с психотерапевтическими потребностями пациента.

Использование пациентом доступности психотерапевта

Пример 8.2

Пациентка пришла на первый сеанс после перерыва на каникулы. Она опоздала на десять минут и объяснила психотерапевту (мужчине), что пробки на дороге помешали ей приехать вовремя. Затем стала излагать подробности происшедшего с ней со времени последнего сеанса. Муж ее не поддерживает; все необходимое детям ей приходится делать самой; с детскими запросами справляться трудно.

Внутреннее супервизорство: Психотерапевт почувствовал, что пациентка указывает ему на возможное воздействие на нее каникулярного перерыва. Самым очевидным аспектом ее коммуникации было давление, производимое самой речью, поэтому психотерапевт продолжал слушать.

Пациентка привела еще несколько примеров, демонстрирующих чувство одиночества, — ей не к кому обратиться, она не чувствует теплоты и т.д. В ее повествовании по-прежнему отсутствовали паузы.

Внутреннее супервизорство: Психотерапевт начал чувствовать себя лишним, поскольку пациентка не оставляла

никакой возможности для комментария. Он стал думать о возможном вмешательстве, чтобы она почувствовала его присутствие. Но поскольку никакого более ясного намека со стороны пациентки не было, психотерапевт решил промолчать.

Рассказав еще массу подробностей событий, произошедших с ней во время отпуска, пациентка начала описывать один случай со своим мужем. Недавно он впал в депрессию и перестал реагировать. Однажды ночью ей особенно потребовалась его поддержка, но он не подошел к ней, даже когда она заплакала. После паузы пациентка добавила: «Он даже ничего мне не сказал».

В этот момент в рассказе пациентки возникла небольшая пауза. Психотерапевт воспользовался ее молчанием и использовал темы, намеченные с целью перекинуть мостик к последующей интерпретации.

Психотерапевт: Вы рассказывали мне подробности событий, произошедших с вами после нашей последней встречи. Теперь вы рассказываете о человеке, который находился в состоянии депрессии и не реагировал на вас; вы добавляете, что он даже ничего вам не сказал.

Комментарий: Психотерапевт отвечает пациентке с позиции несконцентрированного слушателя. Поэтому он не фокусирует беспокойство пациентки непосредственно на себе самом; это было бы преждевременным. Вместо этого он предоставляет пациентке возможность самой связать это с ним, если она готова к этому. Потенциальная связь с психотерапевтом оставлена как шпатель в пределах досягаемости пациентки, чтобы она могла использовать его по-своему или просто проигнорировать. Это предотвращает навязывание ей трансферентной интерпретации.

Пациентка: Я уже начала удивляться, почему это вы ничего не говорите. Я подумала, что, вероятно, вам не хотелось возвращаться на работу (после каникул), а, может быть, вы чем-то подавлены?

Психотерапевт: Я понял, что вы обеспокоены, но ожидал, не сможете ли вы дать мне лучше это понять (пауза). Я думаю, возможно, вы пытались рассказать мне о своей

собственной депрессии, при которой требовалось, чтобы кто-то был рядом с вами; а перерыв на время отпуска усилил ваше ощущение того, что вас бросили, оставили саму со всем этим справляться.

Пациентка начала плакать: поток ее излияний иссяк. Через некоторое время она начала рассказывать о сменах настроения у матери, когда больная еще была маленькой. Бывали случаи, когда пациентка никак не могла пробиться к матери, слишком занятой собственной депрессией.

Психотерапевт. Мне кажется, что вы, возможно, пережили мое отсутствие во время отпуска и мое молчание во время сеанса как напомнившие вам о том, как это было с вашей матерью: о ее отдаленности от вас и о том, насколько вам было трудно к ней пробиться.

Пациентка вспомнила еще подробности своих отношений с матерью и начала сердиться на психотерапевта за то, что он такой же, как и мать. Однако к концу сеанса она смогла заметить, что психотерапевт не защищался и не уклонялся в ответ на ее гнев. Ее заключительный комментарий был таким: «Я думала, вы будете возражать против того, что я так на вас сержусь.»

Обсуждение: Здесь перед нами пример психотерапевта, готового ждать и дать пациенту возможность открыть себя так, как получится. Поэтому пациентке не мешают использовать психотерапевта для того, чтобы представить негативные переживания детства. Обвиняя его в том, что он так похож на ее мать, пациентка обнаруживает, что психотерапевта это ничуть не изменило. Таким образом, поскольку он спокойно пережил ее обращение с ним как с «плохим объектом», она вновь стала воспринимать его как «хороший объект».

С помощью слишком быстрого вмешательства довольно просто прервать ситуацию, в которой пациент спонтанно обнаруживает присутствие психотерапевта. Похожая ошибка заключается и в приведении коммуникации пациента к преждевременному фокусированию на самом психотерапевте, что часто делается во имя переноса. Это умерщвляет само переживание, поскольку ослабляется ощущение непосредственности в переносе. Следует дать больше времени для развития этого на сеансе, иначе пациент может

лишиться возможности получить более специфические подробности, часто содержащиеся в его последующих ассоциациях (если их не прерывать).

Это также уводит пациента от *переживания им чувств к размышлению о чувствах*, еще до того, как может более полно начаться действительное переживание. Это подталкивает пациента к умствованию и может служить свидетельством контрпереносной защитной реакции со стороны психотерапевта. Когда это происходит, пациенты часто реагируют на это, как на призыв со стороны психотерапевта как можно дольше избегать трудных для него соприкосновений.

Различие потребностей пациентов

Когда психотерапевты обнаруживают способность своих пациентов к совместному участию в психотерапевтическом процессе, они могут получить очень много, обучаясь распознавать различные уровни подсказок и намеков. Это не означает, что психотерапевт просто слепо следует за пациентом, равно как и то, что пациентам попросту дают то, о чем они просят (или требуют). Нельзя также считать, что все просьбы (требования) пациента должны систематически срываться или расстраиваться, как если бы рассматривать их как патологические. Ни психотерапевт, ни пациент в одиночку не могут знать, что лучше и что необходимо. Это выясняется совместно по мере развития психотерапевтического процесса.

Вот почему психотерапевтам необходимо учиться различать в ходе психотерапевтического процесса здоровые устремления пациента и патологическое сопротивление им. Они должны уметь видеть, что восприятие пациента здравое и обоснованное, даже и тогда, когда он критикует психотерапевта. Может оказаться, что это не просто еще одно проявление проекции или переноса.

Слушая пациента, полезно внимательно рассмотреть как то, что психотерапевту меньше всего хотелось бы услышать, так и ожидаемое заранее. Это помогает уравновесить остатки предвзятости (*pre-conception*). А также способствует выдвижению на первый план именно тех вопросов, которые беспокойство, вызванное контрпереносом, может вынудить психотерапевта не замечать.

Ошибки и корректирующие намеки

Когда во время сеанса происходит нечто такое, что не совпадает с бессознательным ощущением пациента относительно искомых для него поисков в курсе психотерапии, то здесь существует несколько форм, в которых это может проявиться. Их можно определить как «контрпереносную интерпретацию» пациента (ЛИТЛ, 1951:39), «потенциальну терапевтическую инициативу» пациента (СИРЛС, 1975:97), «бессознательное руководство (супервизорство)» терапевта пациентом (ЛАНГС, 1978) или бессознательные подсказки (prompts). Для анализа или психотерапии центральным вопросом может стать то, в какой степени психотерапевт способен реагировать на бессознательные намеки (cues) со стороны пациента.

Любой аналитик или психотерапевт неизбежно совершает ошибки. Поэтому важно уметь видеть, когда это происходит. Именно в этом случае помочь и является функцией внутреннего супервизорства. Когда психотерапевт регулярно использует пробную идентификацию для того, чтобы проанализировать собственную роль на том или ином сеансе, либо в ходе психотерапии, в целом, он видит, как часто пациенты делают бессознательные намеки, указывающие на то, что в психотерапевтической динамике что-то не в порядке. Однако гораздо важнее, чем совершенная ошибка, постепенное ее осознание и соответствующие шаги, предпринятые в связи с этим. То, как психотерапевт работает с последствиями собственной ошибки (ошибок), может стать важной частью самого психотерапевтического процесса. Если психотерапевту не удается увидеть, когда он совершает ошибку, то пациент оказывается отрезанным от своей роли в этом процессе.

Поэтому, когда пациенты предлагают психотерапевту корректирующий ключ или намек, а он возвращается обратно непознанным, это становится трагической потерей. Некоторые психотерапевты слишком поспешно интерпретируют все, что сообщает пациент, и делают это либо на языке предполагаемой патологии (у пациента), либо в форме сопротивления к внутреннему прозрению (предлагаемому ими же самими). Тогда бессознательные попытки пациента помочь психотерапевту могут игнорироваться последним в форме защитной реакции.

Формы подсказки

Когда в психотерапии что-то не ладится, одни пациенты совершенно ясно дают это понять своими сознательными и непосредственными указаниями. Другие выражают критику происходящего менее сознательно.

Существует несколько способов передачи неосознанной критики. Возможно, наиболее известным является использование пациентом *замещения* (*displacement*). В этом случае критике подвергается какой-то другой человек, например, кто-то из родителей или авторитетных лиц, обладающих властью, компетенцией. Зачастую такое замещение может быть распознано в виде намека на недавний вопрос, возникший в ходе психотерапии.

Другая форма — бессознательная подсказка — использование пациентом так называемой *критики по контрасту*. Здесь другой специалист, к которому пациент обращался ранее, описывается в весьма положительных тонах, что подразумевает отсутствие таковых качеств у данного психотерапевта. Пациент может бессознательно демонстрировать модель более успешного психотерапевтического воздействия, предлагаемую психотерапевту для восприятия в качестве возможного намека на какой-то аспект его собственной плохой работы. И психотерапевт, и пациент, в равной степени, могут выиграть от адаптивной реакции психотерапевта на этот вид корректирующего намека пациента.

Еще одной формой бессознательной подсказки, распознаваемой гораздо труднее (ее легче проглядеть), является использование пациентом *интроективной ссылки* как более скрытой формы такой критики. Идентифицируясь интровертивно с каким-то аспектом психотерапевта, пациент винит себя за что-то, что гораздо лучше может быть понято в отношении опять-таки самого психотерапевта.

Пациент, о котором шла речь в главе 3, продемонстрировал в ходе описанного эпизода каждую из форм бессознательной подсказки.

Отсутствие давления на пациента

Несмотря на общепринятость того факта, что аналитическое пространство следует, насколько это возможно, обе-

регать от любого рода личного воздействия или иного давления, элемент незамеченного давления в приложении «основного правила», часто применяемого в аналитической психотерапии, все же остается. Психотерапевтов обычно, учат объяснять своим пациентам, что существует только одно правило — правило свободных ассоциаций: пациент должен говорить все, что приходит ему в голову. Если пациент не может выполнить это правило, его поведение часто квалифицируется как «сопротивление». Легко можно догадаться, что это сопротивление иногда оказывается реакцией на основное правило.

Интересно, что следы «метода давления» у раннего Фрейда сохранились в использовании им «правила» свободной ассоциации. Несмотря на то, что оно рассматривалось как единственное, тем не менее в нем содержится скрытое давление: пациентам говорят, что им следует научиться использовать свободную ассоциацию, допуская в тоже самое время, что эта свободная ассоциация должна сама по себе подчиняться давлению, чтобы говорить все. Некоторые пациенты «застревают» именно на этом вопросе, в особенности те из них, кто в детстве был лишен чувства отделенности и уединения (*privacy*). Поэтому возможно нахождение ментального и эмоционального пространства (в рамках психотерапевтических взаимоотношений), которое изначально свободно от внешнего давления и может стать фактором, способствующим личностному росту пациента. Неспособность пациента быть свободным в этом отношении может послужить намеком на то, что психотерапевту следует пересмотреть применение этого «основного правила» и связанного с ним понятия сопротивления.⁴

Существует множество других форм давления, которое может возникнуть со стороны психотерапевта, и пациенты в связи с этим часто дают бессознательные намеки. Ниже я приведу несколько примеров (см. примеры 8.5; 8.6 и 8.7).

Определение психотерапевтических границ

Пример 8.3

Когда пациентка (двадцати двух лет) пришла на первую консультацию, она сразу же начала рассказывать о том, как жила прежде. В ее рассказе все время повторялась тема,

касающаяся людей, не уважающих личностных границ других. Ее родители стремились достаточно навязчиво контролировать ее жизнь; дядя пытался сорвать, когда она была еще ребенком; ее врач был другом семьи, и у него была репутация человека, способного на флирт со своими пациентками. Рассказав об этом, пациентка развелась и достала сигарету. Она обнаружила, что у нее нет спичек, и попросила меня дать ей прикурить.

Меня насторожило рассказанное пациенткой. Поэтому я сказал, что понимаю ее беспокойство, и что, возможно, она хочет воспользоваться сигаретой, как средством избавления от некоторых трудных для нее чувств, за которыми стоят другие проблемы. Например, она говорила мне о людях, не умеющих держаться в рамках, отведенных для каждого вида отношений, описанных ею. Ближе всего по времени был тот врач-приятель, флиртовавший с пациентками. Поэтому я почувствовал, что, возможно, она бессознательно пытается выяснить что-то и обо мне, — смогу ли я сохранить профессиональные отношения, не стирая их рамки действиями, которые можно было бы отнести к более «светскому» типу в общении.

Когда начался курс психотерапии стало ясно, насколько для пациентки важно то, что я с самого начала четко определил свои отношения с ней. Она часто возвращалась к данному вопросу, указывая на него, как на основу ее дальнейшего доверия ко мне. Это было тем более важно для нее в те моменты, когда ей нужно было использовать меня для представления других людей, относившихся к ней неправильно.

Сохранение границ

Пример 8.4

Пациент (мистер Х) начал курс психотерапии за несколько месяцев до летнего отпуска. Он не упоминал о том, что его отпуск уже запланирован; но когда подошло время моего отпуска, сказал мне, что уезжает на неделю раньше меня. В связи с этим передо мной возникла дилемма. Когда я в начале курса оговариваю условия лечения, то помимо всего прочего я сообщаю о сроках своего отпуска: если они не

совпадают с тем, что пациент уже запланировал для себя, обычно мы это обсуждаем. В данном случае несовпадение сроков мы не обсуждали.

Я знал, что мистер Х. испытывает ощущение, что его предыдущий психотерапевт покинул его, поскольку тот заболел во время отпуска и не возобновил курс психотерапии с пациентом. Поэтому ему, возможно, необходимо было более ясное ощущение непрерывности курса лечения и во время первого перерыва в нашем общении, — особенно в связи с тем, что сам перерыв увеличивался из-за его более раннего отъезда. Я решил проанализировать чувства пациента в связи с этим и выяснить вопрос о плате за пропущенную им неделю психотерапии.

Психотерапевт. Обычно я не беру плату за сеансы, пропущенные по причине дел, запланированных до начала курса психотерапии; но мне кажется, у вас должны быть какие-то ощущения, связанные с тем, что вы хотели бы оставить эти сеансы за собой, пока вы будете отсутствовать. Поэтому я думаю о том, какое решение вы хотели бы принять по поводу трех сеансов, которые вы пропустите.

Пациент. Я хотел бы получить эти три сеанса до моего отъезда.

Внутреннее супервизорство: Я вспомнил, что когда мистер Х. впервые пришел ко мне, он думал о четырех сессиях в неделю, но начал с трех. Может быть, подумал я, он хочет приходить до отъезда в отпуск чаще еще и потому, чтобы решить, наконец, не следует ли сму перейти на четыре сеанса в неделю постоянно? Я приготовился рассмотреть такую возможность.

Психотерапевт. Я пока не уверен, смогу ли я решить вопрос таким образом, но мы рассмотрим эту возможность и все, что с ней связано.

Мистер Х. поблагодарил меня. После небольшой паузы он рассказал мне о своей предыдущей работе, на которой ему приходилось брать отпуск в строго определенное время, иначе он лишался отпуска совсем. И прокомментировал это так: «В каком-то смысле это было неудобно, но, по крайней мере, я всегда знал, на что рассчитывать».

Затем он подчеркнул, насколько важна для него регулярность сеансов, и проиллюстрировал это, сказав, что у него обостряется язва, когда недостает стабильности. Он вынужден тщательно подбирать еду и регулярный режим питания.

Внутреннее супервизорство: Я почувствовал: мне подсказывают, что означает для мистера Х. факт моего предложения ему тех дополнительных сеансов, о которых он говорил.

Психотерапевт. Мне кажется, вы указываете мне на то, что даже в случае наших дополнительных встреч до вашего отъезда это имело бы смешанный эффект. Похоже, вы благодарны мне за мое предложение, но после этого указываете на беспокойство и даже болезнь, возникающие, когда из вашей жизни исчезают стабильность и регулярность. Изменение программы психотерапии может оказать на вас именно такое воздействие.

Мистер Х. задумался, а потом согласился с тем, что ему необходимо знать, что запланировано мною в работе с ним. В конечном итоге это более важно, чем дополнительные сеансы.

Психотерапевт навязывает преждевременную интерпретацию, связанную с ним самим

Пример 8.5

Пациентка, проходившая курс у психотерапевта—мужчины, пропустила несколько сеансов без каких-либо объяснений причин; причем она ни о чем не предупреждала и ни о чем не договаривалась.

Придя на очередной сеанс после этого, пациентка сказала, что вообще-то она не просто беспринципно пропускала сеансы; она была слишком занята другими делами. Точно так же она не «просто» бросила своего прежнего приятеля; ей было лучше без него. Теперь для нее он ничего не значил.

Психотерапевт: Мне кажется, возможно, вы думаете о том, что я могу теперь значить для вас.

Пациентка: Нет, вы очень много значите для меня. Я не могла бы жить без вас теперь. Последнее время у меня было очень много важных дел, поэтому мне пришлось пропустить несколько сеансов. Только и всего. (Пауза).

Недавно я очень рассердилась на человека, которого едва знала. Этот тип пришел в наш дом вместе с нами из гостей, где мы и встретились. Меня раздражало то, как он постоянно влезал в наш разговор. Вообще-то его по-настоящему никто не приглашал; он просто потащился за мной, когда мы ушли из гостей. Когда же ему перестали уделять то внимание, на которое он рассчитывал, он посмел переключить телевизор на другой канал. Я тогда просто вскипела.

Обсуждение: Психотерапевт дает свой комментарий, не имея прочной связи между тем, что говорила пациентка, и психотерапией. Он предполагает, что знает, о чем думает пациентка, поэтому его интерпретация становится навязчивой.

Если мы применим пробную идентификацию с психотерапевтом, то увидим, что, возможно, он чувствует: «с мной плохо обращаются. Может быть, думают, насколько я значим для пациентки». То, что психотерапевт говорит, вырастает, таким образом, из ощущения собственного контрперсонаса, поэтому его интерпретация похожа на проекцию его собственных сомнений. Аналогично, если мы попробуем идентифицироваться с пациенткой, то сможем понять, что психотерапевт вторгается в аналитическое пространство, поскольку не хочет, чтобы пациентка его игнорировала.

Реакция пациентки двойственна. Вначале она уверяет психотерапевта, что ему нет нужды сомневаться в своей значимости для нее. Затем рассказывает о случае, когда кто-то (другой) был навязчив. Возможно, мы слышим не-произвольный комментарий (ЛАНГС, 1970) пациентки по поводу природы вмешательства психотерапевта — как это воспринимается пациенткой — и наблюдаем проявление при этом раздражения и гнева по отношению к нему.

Несмотря на то, что эпизод, описанный пациенткой, произошел до сеанса, сам момент сеанса, а именно, время,

когда она об этом подумала, достаточно красноречив. Психотерапевт смог увидеть, что подвергается критике со стороны пациентки, и смог осознать, что впоследствии во время этого сеанса он отдавал себе в этом отчет. Данный пример хорош как случай бессознательного руководства со стороны пациентки.

Психотерапевт становится неоправданно авторитарным

Пример 8.6

Пациентка, девушка двадцати пяти лет, проходила курс лечения у психотерапевта-женщины.

Пациентка: Я не могу вынести давления, которое на меня оказывают на работе. Мне кажется, что лучше поискать другую работу.

Психотерапевт: Не думали ли вы о том, чтобы обратиться в консультационный центр по выбору профессии?

Пациентка: Я думала об этом, но не считаю, что мне нужны чьи-либо советы по поводу того, что мне делать в жизни. Я должна сама суметь найти выход. (Пауза). Я вернулась в Лондон после летнего отпуска из-за вас и сейчас сержуясь на вас по этой причине. (Пауза). Мой начальник возвращается из отпуска завтра. Я заранее знаю, как все будет: он будет назойливо твердить, что я должна делать. По-моему, он никогда не поймет, что я могу работать самостоятельно.

Обсуждение: Перед нами пример, полный корректирующих намеков со стороны пациентки. Ей не нужно, чтобы психотерапевт думал за нее. Не нужно, чтобы ей давали советы, потому что она должна сама быть в состоянии чувствовать направление, по которому следует двигаться. Это то, что пациентка привыкла получать от своего психотерапевта, и здесь она чувствует, что психотерапевт выходит из своей роли. Затем пациентка как бы меняет тему, и мы слышим, что кто-то (о ком говорится, как о ее начальнике) обычно указывает пациентке, что ей делать. Предполагается, что пациентка ничего не может решать сама.

Если мы применим в данном случае несфокусированное слушание, нетрудно увидеть смещенную критику (*displaced criticism*). Пациентка сердита на своего психотерапевта за то, что та (психотерапевт) стала слишком похожа на других людей из ее прошлого (и настоящего). Ей требуется разрешение использовать аналитическое пространство более свободно.

Трудности «выживания» с психотерапевтом

Пример 8.7

Пациентка в возрасте тридцати лет работала с психотерапевтом-мужчиной.

Пациентка: У меня трудности в общении. Я чувствую себя одинокой даже тогда, когда нахожусь в компании; ощущаю дистанцию между собой и Дэвидом (ее муж). Сегодня я рассердилась на него, но потом мы занялись любовью. Как раз перед тем, как отправиться к вам. Вообще-то мне не хотелось заниматься этим; но мне трудно сказать «Нет» или показать, что я на самом деле чувствую. Это помогло мне подавить свое недовольство, но само чувство не покидает меня. (Пауза). Я скучаю по своей бывшей начальнице. Достаточно было поднять брови, и она уже понимала, что мне нужно с ней поговорить. (Пауза). Как вы думаете, почему у меня такие проблемы?

Психотерапевт: Возможно, причина кроется в вашем детстве.

Пациентка: В каком отношении? Вы имеете в виду моих родителей? (Далее следует подробный рассказ о ее детстве).

Обсуждение: Здесь присутствуют различные аспекты трудностей в реализации отношений. Пациентка чувствует себя одинокой и оторванной от всех, даже находясь среди людей. (Во время описываемого сеанса она находится рядом с психотерапевтом). По-видимому, ей нужно было избавиться от своего гнева (или сексуальных переживаний) до того, как она пошла на сеанс. Возможно, это также пример критики по контрасту, когда пациентка рассказы-

вает о другом человеке — своей бывшей начальнице, которая реагировала даже на поднятую бровь, тс есть понимала пациентку с полуслова. Сеанс заканчивается еще одним примером бегства в прошлое, спровоцированного психотерапевтом.

На сеансе психотерапевт мог бы вновь проиграть самые важные темы, пока еще не заостряя ни на чем внимания, готовясь перейти к тем тревогам, которые нашли свое речевое выражение. Он мог сказать нечто вроде:

«Вы говорили мне о том, что вас не понимают, что между вами и человеком рядом с вами — дистанция. Вы также рассказали мне о тех ощущениях, от которых вы хотели и пытались избавиться прежде, чем пришли сюда сегодня. Я полагаю, возможно, вы беспокоитесь по поводу того, что я не могу понять вас и того, что вы, возможно, хотели бы ввести в психотерапевтическое обсуждение».

Причина рассматривать эти темы в общем виде состоит в том, что мы не знаем более точно, что именно данная пациентка хотела бы привнести в психотерапию. Возможно, это ее ощущение недовольства психотерапевтом. Может быть, это чувство, что ее не понимают. Или гнев, сексуальные переживания. Она позволяет мужу отклонить ее гнев; возможно, она хочет выяснить, не является ли ее психотерапевт тоже таким человеком, который ощущает потребность в том, чтобы отклонить трудные чувства, и не сможет ли он справиться с этими чувствами, если они будут более явно направлены на него.

Первый комментарий психотерапевта во время этого сеанса связан с ответом на прямой вопрос: возможно, он производит на пациентку впечатление человека, которому для понимания нужно больше, чем просто поднятая бровь. Когда затем он переключает пациентку на тему ее детства, вполне вероятно, что это усугубляет ее беспокойство относительно того, как ее трудные чувства влияют на других людей. Поэтому, когда пациентка подробно исследует отношения, имевшие место в ее детстве, на безопасном расстоянии прошедшего времени, вполне возможно, что она тем самым отражает свое восприятие психотерапевта, рассматривая его, как человека, защищающегося от трудных намеков на него в начале сеанса.

(Через несколько недель после описанного эпизода пациентка прекратила курс психотерапии).

В этой главе я попытался проиллюстрировать некоторые способы, с помощью которых пациенты помогают формировать психотерапевтическое лечение и создавать такие терапевтические переживания, которые в результате, оказываются в состоянии обнаружить в себе сами. А когда что-то не получается, то пациенты делают психотерапевту многочисленные бессознательные намеки, чтобы привлечь к этому внимание, чтобы восстановить аналитическую поддержку и возобновить аналитический процесс.

Психотерапевтам необходимо распознать элемент здорового поиска внутри бессознательного у пациента. Если они смогут правильно провести различие между рост-потребностями и патологическими побуждениями, тогда им удастся выявить постепенный процесс, с помощью которого пациент ведет психотерапевта к тому, что он бессознательно ищет в психотерапевтических взаимоотношениях. Именно таким образом, когда в психотерапии чего-то недостает, пациенты часто вынуждают психотерапевта вернуться к таким способам работы, которые ближе к тому, что нужно пациенту в данный момент.

Примечания

1. Говоря о врожденном поиске того, что необходимо, я осознаю, что данный вопрос более сложен, чем я показываю это в основном тексте. Я не хочу упускать из виду то, что восприятие ребенком «объекта» искажается его собственными чувствами, агрессивным инстинктом или инстинктом «смерти», расщеплением на хорошее и плохое, проекцией плохих чувств на «кормящий объект» и множеством других осложняющих факторов. Последние мешают быстрому нахождению того, что необходимо, или легкому его получению.

2. Уинникотт говорит о «потребностях эго» (*ego-needs*), которые очень похожи на рост-потребности, о которых мы здесь говорим (УИННИКОТТ, 1965b: глава 4).

3. После того, как я написал эту книгу, вышла в свет работа Фокса «Еще раз о понятии Абстиненции» (1984), в кото-

рой он выступает с более строгим применением методического понятия абстиненции. Частично его аргументы основываются на рассмотрении клинического эпизода, приведенного в главе 7 и опубликованного ранее (КЕЙСМЕНТ, 1982).

4. Аналитики неохотно расставались с практикой сообщения «основного правила» пациенту, хотя и осознавали, что это может вызвать сопротивление. Более сорока лет назад Маргарет Литл говорила: «Мы больше не «требуем», чтобы наши пациенты говорили нам все, что у них на уме. Напротив, мы даем им разрешение делать это» (ЛИТЛ, 1951:39). Во многих центрах по подготовке аналитиков, по-видимому, до сих пор учат «основному правилу».

Поиск пространства: вопрос о границах

Я хочу более подробно проиллюстрировать ту роль, которую играют бессознательные намеки пациента, и то, как они в конечном итоге повышают эффективность анализа.

Мне пришлось искать, каким образом можно расшифровать реплики-намеки пациентки К., с помощью пробной идентификации с ней или с объектами, к ней относящимися. Стало возможным распознать, что же нужно пациентке, чего она не может отыскать. Больная драматически продемонстрировала свою потребность в четких границах аналитических отношений и в неподдельно (*genuinely*) нейтральном пространстве, в котором она могла бы стать собой совершенно независимо.

Введение

Мисс К. было двадцать семь лет, когда ее направили ко мне. Много лет она страдала от компульсивного приема пищи (*compulsive eating*).

В течение большей части своего кратковременного анализа (двадцати месяцев) мисс К. подвергала меня суровым проверкам, действуя в режиме отреагирования (*acting out*) с другими тех переживаний, в которые я с ней не входил. Вне анализа она продолжала заниматься поисками альтернативных способов лечения, причем все, что она пробовала, напрямую к психоанализу не относилось или было ему несвойственно. Мне приходилось сохранять зыбкое равновесие между попытками удержать (*to contain*) это отреагирование (что я мог делать, лишь интерпретируя это, как нападки на анализ) и вынужденно быть настороже, чтобы не попасть на крючок реакций-ответов тех, кто ранее пытался контролировать жизнь пациентки.

Мисс К. дала мне много бессознательных намеков для проведения ее анализа. Они содержались в ее рассказе о прежней жизни и в подробностях ее постоянных стратегий

рований. Для меня было совершенно ясно, что ей не помогло и что не помогает по-прежнему. По контрасту, можно было почувствовать, чего она ищет больше всего. Поэтому я выдерживал само отреагирование (вообще-то особого выбора у меня и не было) и продолжал двигаться в поисках понимания этого через интерпретацию. Это, однако, означало, что зачастую я был вынужден пребывать в состоянии явного аналитического бессилия, когда анализ казался совершенно хаотичным.

После многих месяцев такого анализа, близкого к своему отрицанию, оказалось, что именно в моем безвозмездном (*non-retaliatory*) терпении скрывались, заложенные самой пациенткой, потенциальные здоровые силы анализа. Она пришла к пониманию того, что именно анализ продолжает давать ей то беспристрастное пространство отношений (*un-biased relationship-space*), в котором она могла начать становление «собственной версии», «подлинной основы самой себя». (Эта фраза возникла при одной конкретной интерпретации и была принята пациенткой в качестве центральной темы анализа). Ей уже не нужно было предлагать угодливое согласие, чтобы понравиться. Как не нужно было бесконечно поддерживать свой протест против давления, которое всегда на нее оказывалось.

Отыскав это нейтральное пространство в анализе, мисс К. начала использовать его для подготовки к тому, какой она станет в дальнейшем. Впервые в жизни она смогла принадлежать самой себе и найти независимую жизнь, отличную от той, которую ожидала увидеть ее семья. Продолжительность самого анализа ограничивалась датой ее паспортной визы, далее которой она не имела возможности оставаться в стране. Тем не менее достигнутый прогресс продолжал укреплять свои успехи в течение ряда последующих лет.

Практические ограничения в анализе

Из-за неопределенности относительно продолжительности ее пребывания в стране я чувствовал, что не могу предложить мисс К. анализ пять раз в неделю сразу же, хотя она и просила об этом. Поэтому я решил дождаться момента, когда станет окончательно известно, насколько она сможет здесь остаться.

Вначале я встречался с мисс К. дважды в неделю на сеансах психотерапии. Мы перешли на четыре раза в неделю, когда стало ясно, что она действительно хочет пройти анализ, как выбранный ею вид лечения, а не просто для того, чтобы «больше получить». Мне приходилось следить за тем, чтобы анализ не превратился в еще одну форму переедания, когда поглощается все, что можно, лишь бы удовлетворить ненасытный голод. В конце концов я согласился с тем, что даже кратковременный анализ может дать ей оптимальную возможность для того, чтобы получить необходимую помощь.

Я встречался с мисс К. четыре раза в неделю почти весь первый год. Когда она узнала, что может остаться еще на восемь месяцев, мы стали встречаться с ней пять раз в неделю.

Именно во время последних восьми месяцев мисс К. начала использовать анализ совершенно по-другому. В течение же первого года все время сохранялась ситуация, что она может покинуть страну в любой момент. Поэтому она постоянно боролась против того, чтобы позволить себе войти в еще один вид отношений с некоторой степенью зависимости, зная, как в прошлом ей всегда было трудно расставаться. Она боялась, что может наступить резкий обрыв, и у нее не будет времени, чтобы справиться со своими чувствами в связи с этим.

Семейная история

В начальный период анализа пациентка подробно рассказала о несчастливо сложившихся семейных отношениях и своих переживаниях. Она выросла в еврейской семье сравнительно среднего достатка; по ее словам, в этой семье доминировала мать, которая, по всей видимости, была очень властным человеком и во все вмешивалась. У пациентки была сестра на два года моложе ее.

Мисс К. говорила о своих отношениях с отцом, как о сильной взаимной привязанности. Она вспоминала, как ее охватывала тревога, когда мать угрожала бросить его и забрать детей с собой. Девочка воспринимала мать как «удушье» (stifling), как подавлявшую ее, выбиравшую для нее друзей и не дававшую ей почувствовать реальную независимость. Внезапно, когда мисс К. было семнадцать

лет, ее отец, бизнесмен, умер от сердечного приступа. За этим событием последовал первый период, когда пациентка стала слишком много есть.

Мисс К. кормили грудью до тех пор, пока у нее не прорезался первый зуб. У меня создалось впечатление, что ее мать, возможно, хотела продолжать кормление грудью, но этому помешало то, что ребенок стал кусаться. Позднее, похоже, мать почувствовала, что она чего-то лишилась из-за отделенности ребенка от груди, и это, возможно, в некотором смысле, объясняет то давление, которое оказывалось матерью на мисс К. с целью заставить ее всегда действовать по отношению к себе (и в компенсаторных целях тоже) привычно-успокаивающим образом. Это проясняет также до известной степени смысл покусывания в последовавших попытках пациентки установить более полное отделение от своей матери.

Существовала естественная предрасположенность к оральной фиксации (область рта), чему, возможно, способствовало явное (*flamboyant* = цветистое, яркое) наслаждение, которое испытывала мать во время кормления грудью. Она открыто хвасталась, что это доставляло ей большее удовлетворение, чем любой другой вид ее супружеских отношений.

Когда мисс К. было всего два года, ей пришлось отдать мать в пользу своей новорожденной сестры. Можно предположить, что у матери после рождения второго ребенка началась депрессия. Во всяком случае, мать ушла из дома, «чтобы отдохнуть после родов», оставив обеих девочек с няней.

Мисс К. ревновала мать к младшей сестре, и стала постоянно обращаться к отцу в поисках утешения. Видимо, он относился к ней с излишней нежностью. Например, когда она расстраивалась, он ложился с ней в постель, чтобы успокоить ее, это продолжалось вплоть до его смерти. После смерти отца мисс К. ощущила одиночество и пустоту. Именно тогда она впервые стала регулярно переедать, пытаясь справиться с горем и депрессией.

Эта сверхсексуальная привязанность к отцу (смешанная при этом с ощущением «Эдипова триумфа» над матерью) до самой его смерти не исчезала. Напротив, эти чувства стали прототипом ее отношений с мужчинами. Поэтому она рассматривала свою сексуальность как безудержную (*uncontainable*), как ответственную за разрушение

столь необходимой ей структуры родительского брака. Аналогичным образом мисс К. считала свою сексуальность чрезмерной для любого предмета своего обожания и любви, даже опасной для жизни и поэтому старалась всячески этого избегать. Она ожидала, что мужчины будут отступать от нее. Первый значимый в ее жизни приятель-мужчина, который не сбежал сразу же, также жаловался на сердечное недомогание.

В дополнение к искаженному восприятию своей сексуальности, она обнаружила, что мать имеет склонность к соблазнению своих дочерей. Когда мисс К. и ее сестра достигли половой зрелости, мать заставляла их ложиться с нею в постель и гладила их созревшие груди. Она дразнила мисс К., смеясь над ней и приговаривая: «Ты, лесбиянка».

Собственная ориентация матери, похоже, была смешанной и приводящей в замешательство. Она начала роман с другим человеком еще до смерти мужа, но это увлечение, как и брак, не было стабильным. Когда мать огорчалась по этому поводу, она обращалась к мисс К. за утешением. Во время подросткового периода мисс К. существовала «странная тетя», с которой мать уезжала на выходные, оставляя детей одних. Мисс К. думала о том, не являлась ли та женщина лесбиянкой, а также о бисексуальности матери.

Мисс К. описывала трудности, которые испытывала при создании отношений с молодыми людьми, обнаруживая в себе собственничество и манипулятивность (*possessive and manipulative*), свойственные и ее матери. Когда ее влекло к мужчине, захватывало чувство и она жаждала быть любимой, она обнаружила, что молодые люди становятся с нею импотентами и винят в этом ее. По крайней мере один молодой человек сказал о ней, что она «пожирает» (*devouring*). Мисс К. опять-таки обратилась к еде, пытаясь отвлечь себя и считая свой сексуальный голод слишком сильным, чтобы какой-то человек мог его удовлетворить. В течение большей части анализа мне приходилось иметь дело именно с этой тревогой в ее отношениях со мной.

Вопросы, связанные с перееданием

Сильное беспокойство у пациентки вызывала проблема еды, и мне будет проще построить рассказ на различных аспектах ее жизни.

Мать очень хотела, чтобы дочь была «стройной и красивой» и вышла замуж. Внешне мисс К. приняла эти цели как свои собственные, но у нее было гораздо более сильное желание противостоять материнским амбициям. Она чувствовала, что если позволит себе оставаться худой, какой она была в начале полового созревания, то это будет равносильно тому, чтобы перестать быть самостоятельной. Казалось, что мать «владеет» ею, пытаясь жить за ее счет.

Мисс К. обнаружила, что переедание было одним из способов демонстрации своей изолированности, разделенности, над которыми мать была не властна. Это вызвало у матери активную обесспокоенность (даже причитания), что вознаграждало амбивалентное желание мисс К. быть демонстративно независимой от нее и в то же время оставаться центром внимания. Однако она не понимала динамику этого бунта против матери, пока не начала анализ.

В обществе матери мисс К. обычно чувствовала, что не может сердиться. Вместо этого ей ужасно хотелось угодить, к тому же она боялась, что мать предпочтет ей младшую сестру. Даже когда мисс К. была в Англии, вдали от матери, она часто писала ей жалобные письма или звонила, зачастую ежедневно. В то же время она ощущала, что мать подобна «раковому образованию» в ней, от которого, как она чувствовала, ей никогда не избавиться.

Мать очень ловко умела притвориться обиженней: «Как ты могла сделать это по отношению ко мне после всего, что я для тебя сделала?» и т.д. и очень огорчалась, если мисс К. хотя бы намекала, что ее мать, возможно, не самая любящая мать на свете. Поэтому мисс К. могла выразить свое недовольство, лишь обратив его против себя самой и интернизованной матери (*internalized mother*). Когда она переседала, то совершенно определенно выбирала для еды «бросовую пищу», испытывая садистское удовольствие от того, что «забрасывала всю эту гадость на свою мать».

Из-за чрезвычайно сексуальных отношений с отцом, который, видимо, не давал ей почувствовать подобающие границы отношений родитель — ребенок, мисс К. стала воспринимать любой физический контакт с мужчиной как кровосмешение. Ее мысленный образ любого молодого человека легко сливался с образом отца. Поэтому она чувствовала вину в связи с гетеросексуальным физическим контактом, и одной из функций еды стало стремление до-

ставить себе «физическое отвращение» (*repulsive*) (ее собственные слова). Вызывая у себя, таким образом, отвращение к сексуальной близости, которой она сознательно желала, она могла избегать чувства вины по поводу кровосмешения.

Мисс К. также думала о том, может ли она более успешно избежать чувства вины при гомосексуальных отношениях, но даже в этом случае она попадала в ловушку из-за кровосмесительной подоплеки чувственного отношения матери к ней. То есть, путь для нее был закрыт в обоих направлениях. Она не могла позволить себе испытать половое влечение без чувства вины, поэтому изобретала формы самобичевания, — с бессознательной надеждой на то, что тем самым сможет погасить свою вину из-за возникающих сексуальных чувств. В течение долгого времени еда служила своего рода компромиссом и компенсацией недостатка генитального удовлетворения.

Пациентка всего лишь раз или два испытала оргазм при половом сношении, что частично объясняется тем, что она не так часто вступала в половые отношения, а частично тем, что мужчины весьма быстро становились с ней импонтантами. Она решила, что это происходит потому, что они не могут вынести ее ненасытные потребности. Фактически она ожидала, что всякий, включая меня, будет отступать перед интенсивностью ее требований.

У меня так и не создалось целостного представления о половой жизни ее родителей. Она не начинала сама говорить об этом, а я намеренно не спрашивал.

Интенсивно набирая вес, мисс К. могла симулировать беременность и в своих фантазиях убеждала себя, что так оно и есть. Это впервые было осознано ею в середине анализа, когда ее сестра с мужем-врачом приехали жить и работать в Англии. Сестра была уже на четвертом или пятом месяце беременности. Мисс К. пригласили жить с ними. Она приехала к ним, и у нее стали часто возникать вспышки ревности и зависть к сестре и ее беременности.

Сам факт замужества сестры уже был объектом зависти, поскольку сестра «заимела мужа», в то время как пациентка считала себя безобразно толстой и не верила, что ей когда-либо удастся выйти замуж. Беременность добавилась к уже существовавшей скрытой напряженности, кор-

ни которой мы смогли обнаружить в том времени, когда мать была беременна ее сестрой. Мисс К. вспомнила, как мать говорила ей о том, как она в детстве пыталаась ударить ее по животу во время беременности. Она безумно ревновала к сестре, когда та родилась. В течение долгого времени после ее рождения она отказывалась есть пищу, приготовленную матерью, и иногда кормить ее мог только отец или кто-либо другой, но только не мать.

Во время беременности сестры мисс К. набирала вес параллельно с развитием у той внутриутробного процесса. В значительной степени ей удавалось выглядеть такой же беременной, как и сестра, но внутренне она была переполнена завистью к настоящему ребенку сестры, который, конечно же, представлял подлинную насмешку над стерильной полнотой ее собственного живота.

Пациентка демонстрирует свою потребность в границах

С самого начала мисс К. приехала в Англию с западного побережья США вслед за своим прежним психотерапевтом (доктором З.), у которого проходила курс психотерапии два раза в неделю в течение почти двух лет. Сеансы внезапно прервались, когда доктор З. получил возможность поработать в Европе. Психологическую значимость для мисс К. этого внезапного обрыва в лечении из-за недостатка времени проработать не удалось.

Мисс К. продолжала общаться с доктором З. в течение двух лет по телефону, они также обменивались и письмами. Ее поездка в Англию была последней попыткой убедить его возобновить с нею курс психотерапии. Она позвонила ему из Лондона, умоляя дать ей такую возможность. Она хотела найти жилье и работу в том городе, в котором он поселился. Только здесь она окончательно поняла, что доктор З. возобновлять с ней работу не собирался. Вместо этого он порекомендовал ей попробовать групповую психотерапию. Мисс К. сказала мне, что он объяснил такого рода рекомендацию следующим образом: «перенос на одного психотерапевта будет столь сильным, что ~~и~~ ^{им} невозможно будет справиться». Она обиделась, ей казалось, что ее отвергли, но она продолжала думать о возобновлении

индивидуальной психотерапии. В конце концов ее направили ко мне.

В начальный период анализа я много слышал о докторе З. Когда она проходила у него курс психотерапии, он работал психиатром. Из того, что пациентка рассказала мне о самой психотерапии, я понял, что он постоянно хвалил ее и поощрял. Она испытывала к нему эротическую привязанность, ее воодушевлял и возбуждал его интерес к ее телу. Она обнаружила, что может этим интересом пользоваться, фокусируя внимание на своем весе. Доктор З. взвешивал ее каждый раз, когда она появлялась на сеансе, и хвалил, если она худела. Он поощрял ее еще больше, описывая ту одежду, которая подойдет лучше всего к ее фигуре, вплоть до лучшего фасона бюстгальтера. Мисс К. описала один случай, когда доктор З. заставил ее раздеться до пояса, чтобы посмотреть, как выделяется бюст при потере веса (чему способствовал и бюстгальтер, который он ей порекомендовал).

Курс психотерапии, проводимый доктором З., фокусировался на молодом человеке, который был у мисс К. в то время. Она говорила, что психотерапевт «курировал» ее отношения с молодым человеком, и тем самым она могла удовлетворить свое желание быть «абсолютно зависимой» от доктора З. Он даже позволял ей звонить ему и спрашивать, что ей делать дальше, как поступить с молодым человеком в том или ином случае.

К концу совместной работы с доктором З. мисс К. сделала успехи — она сильно похудела; и при его частых советах и наставничестве стала пытаться заставить молодого человека сделать ей предложение. Примерно в то же время доктор З. объявил, что покидает Америку, чтобы поработать в Европе.

Грядущий обрыв отношений с этим психотерапевтом вскрыл степень ее эротизированной привязанности к нему, но он продолжал исполнять ее желания уже после того, как отношения пациентки с психотерапевтом «формально завершились». Очевидно, чтобы как-то загладить чувство заброшенности из-за утраты психотерапевта, доктор З. позволил мисс К. навестить его дома. Она приезжала к нему несколько раз в течение оставшегося до его отъезда в Европу времени и сообщила мне, что оставалась у него и на

ночь. Находясь в соседней со спальней хозяев комнате, она, как утверждала, слушала, как доктор З. занимался любовью со своей женой.

Комментарий: Следует разъяснить ряд моментов из рассказа пациентки о прежнем курсе психотерапии и о других аспектах ее жизни вне психотерапевтического кабинета.

Ее описания есть ее восприятие разных отношений. Например, с доктором З., где мы должны иметь в виду то, как ее желание эротической окраски их отношений неизбежно оказывало влияние на ее восприятие этих отношений и как она об этом помнила. Итак, следует ли нам рассматривать изложенное лишь как отчет о внутреннем мире пациентки и как свидетельство неразрешенного эротического переноса с искажениями в исполнении желаний (*wish-fulfilment*)? Мы явно наблюдаем элементы переноса; но все это никак не проходит по разряду одного лишь переноса, коль скоро сам психотерапевт действительно поощрял такое отношение к нему пациентки своим поведением. Поэтому не следует описывать отношения между пациенткой и ее бывшим психотерапевтом как «*простой перенос*» (ЛЕЙТЕС, 1977).

Необходимо также принять во внимание прирожденную правдивость пациентки, являвшуюся характерной чертой ее анализа. Хотя вначале она и скрывала от меня кое-что о своем отреагировании тех чувств, которые она изначально расщепляла и отделяла от анализа, я увидел, что в конце концов она всегда была готова оказаться «лицом к лицу» с подробностями собственной искренности, — как бы это больно ни было. Мисс К. произвела на меня впечатление человека, который никогда сознательно не скрывал правду о себе и не искажал ее с помощью преувеличения.

Мисс К. была совершенно потрясена, когда доктор З. отказался снова заняться с ней психотерапией. Она рассчитывала на возобновление с ним отношений, особенно потому, что худела «исключительно для него». Она вновь вернулась к сильному перееданию и прибавила около сорока фунтов* за последние несколько месяцев, до того как ее направили ко мне. Это прибавление в весе в то время было во многом мотивировано ее желанием отомстить доктору З.

* Около десяти килограммов. — Примеч. пер.

Мисс К. была по-прежнему сосредоточена на незавершенных отношениях с доктором З.; она чувствовала, что влюблена в него. По сравнению с этим ее неудачные отношения с молодым человеком в Америке (которые прервались) казались совершенно незначительными. Своим мстительным переседанием она дошла до того, что уже не могла контролировать потребление пищи. Она часто чувствовала отчаяние, и была на грани срыва. Иногда ей казалось, что она близка к самоубийству, но не ощущала в себе мужества покончить с собой.

Вопросы, связанные с границами

То, как мисс К. упоминала имя доктора З., заставляло думать, что она говорит о друге, а не о психотерапевте, именно так она его и воспринимала. Доктор З. был для нее образцом, и пациентка часто говорила: «По крайней мере, он давал понять, что я ему не безразлична», а меня она воспринимала как человека холодного, отстраненного и равнодушного.

Психиатр, направивший ко мне мисс К., сказал ей, что сей нужны четкие границы анализа, если она хочет эффективнее использовать психотерапию в дальнейшем. Отчаянно стремясь помочь себе, она с самого начала дала мне согласие на условия лечения. Она никогда не звонила мне и никогда не просила о дополнительной встрече. Однако по отношению к другим людям она продолжала проявлять требовательную и манипулятивную сторону своего характера.

Я истолковал это как способ избавить меня от интенсивного напора своих чувств; а когда я смог увидеть, как она оказывает давление на других людей, то смог понять, от чего она меня защищает. Кроме того, это было для нее способом стать хорошим и послушным ребенком в отношениях со мной, поскольку она предполагала, что ее отвергнут, если она обрушит на меня и другие проявления своей личности.

Однако вскоре я обнаружил, что мисс К. очень склонна вынуждать других людей предлагать ей альтернативные формы лечения параллельно работе со мной. Поэтому мне сразу же пришлось принять решение, как с этим быть.

Я чувствовал, что пациентка пытается спровоцировать меня на принятие непсихоаналитической роли, чтобы я попытался остановить ее отреагирование против анализа. С помощью пробной идентификации с пациенткой, попробовав рассмотреть этот вариант, я понял, что если отреагирую любым образом и нацелюсь на управление ею, то, возможно, она воспримет меня, как повторившийся травмирующий фактор ее взаимоотношений со своей матерью. Это убедило меня в том, что я не смогу интерпретировать ее восприятие меня как перенос, если она реально воспримет меня как человека, ведущего себя так же, как ее мать. Я ощущал, что мисс К. бессознательно провоцирует меня на то, чтобы я вновь сыграл по отношению к ней роль навязчивой матери.

В то время как мне приходилось внимательно присматриваться к этому расщеплению переноса и быть готовым к интерпретации его как такого, я осознавал, насколько быстро эта пациентка использовала все интерпретации, как если бы они являлись попытками с моей стороны управлять ею, направлять ее или каким-то образом решать за нее, как ей жить. В течение долгого времени она реагировала на все мои истолкования так, как будто они оказывались замаскированными руководствами.

Постепенно стало ясно, что мисс К. буквально не имела опыта таких отношений между людьми, при которых один человек не пытался бы активно управлять (*manipulate*) другим. Вскоре это стало центральным моментом ее аналитического переживания. Я должен был помочь ей найти личностное пространство, в котором она могла обнаружить свои собственные мысли и чувства и в конце концов способность самой направлять свои действия и поступки, вместо того, чтобы подыгрывать ее навязчивой зависимости от других людей.

В течение некоторого времени мисс К. было крайне трудно поверить, что у нее есть какая-то способность самостоятельно направлять свои действия, и она боролась, если я оставлял без внимания ее требования, чтобы ее жизнью управляли за нее. Например, она часто выходила за рамки аналитических отношений, чтобы заставить других давать ей советы, которых я давать не желал. Успешное манипулирование другими с целью вынудить их играть руководя-

щую роль по отношению к ней позволяло ей обойти твердость моей позиции по этому вопросу.

Чаще всего мисс К. использовала своего зятя (врача) в качестве альтернативного психотерапевта. Тот регулярно консультировал ее и организовывал альтернативные формы лечения — все они были проявлениями его негативного отношения к психоанализу. Принятие ею других форм лечения также выражало ее непризнанные (*disown*), непропризвольные атаки на психоанализ.

Первые попытки прибегнуть к альтернативному лечению были связаны с медикаментами. Первоначально их выписывал лечащий терапевт; но после приезда ее зятя в Англию мисс К. стала принимать лекарства по его совету. Среди них были антидепрессанты, а также лекарства, подавляющие аппетит. Довольно долго я не знал о том, что она принимает эти лекарства.

Следующей «крупномасштабной операцией» зятя был совет сделать каркас на челюсти. Он рассматривал это как средство, полностью исключающее бесконтрольное употребление пищи. Мисс К. приходилось держать зубы сомкнутыми, так что она могла принимать лишь жидкую пищу. Она впервые сказала мне об этом, когда уже побывала у зубного врача, снявшего слепки, с целью проведения соответствующей операции.

Как и в случае прежних попыток, мисс К. спровоцировала меня на то, чтобы я постарался помешать ей отреагировать против психоанализа, и здесь я вновь оказался перед дилеммой. Если я попытаюсь интерпретировать ее поступок как еще одну нападку на анализ — что на самом деле и было, — она, конечно же, воспримет это как плохо скрытый маневр с моей стороны, направленный на то, чтобы помешать ей сделать каркас на челюсти. Попытайся я тогда интерпретировать ее предположение о том, что я ищу способы управлять ею (это базировалось на ее прежнем опыте в отношениях с другими как перенос), это не дало бы большого эффекта. Поскольку я действительно хотел удержать ее от операции, мне пришлось вести себя еще более осторожно, никоим образом не высказывая своей точки зрения, чтобы дать возможность мисс К. решить самой, — продолжать ли ей осуществлять уже принятый ею план.

На следующий сеанс мисс К. пришла уже с каркасом на зубах. Как и в случае с ее решением принимать лекарства, я имел дело со свершившимся фактом (*fait accompli*). Про себя я подумал о том, сможет ли она использовать эту «ловушку» во рту (а именно так она об этом предмете и говорила) как нечто переходное между внешними отношениями, ею управляющими, и началом способности к самоконтролю. Когда мы с ней это обсудили, то оказалось, что она не может этого сделать.

Каркас оказался для мисс К. воплощением ее навязчивой матери. Она чувствовала, что этот объект (закрепленный у нее во рту) преследует ее, старается «всеми силами» контролировать ее, как это и делала мать. Он также стал тем, что нужно было побороть любыми средствами.

Мисс К. испытывала такую же ненависть к этому предмету, какую она часто испытывала по отношению к матери. Он усиливал ее желание побороть те планы, которые за нее строила мать, и планы тех, кто, по-видимому, былсолидарен с матерью в попытках управлять ею.

Даже несмотря на то, что каркас на челюстях не давал ей возможности что-либо откусить, мисс К. очень изобретательно искала способы обойти это препятствие. Она разминала и разжигала пищу, способствовавшую прибавке в весе, и сосала ее через широкую трубочку. Набирание веса продолжалось; и я часто слышал нотку триумфа, когда она жаловалась на депрессии вследствие неудачного использования этого последнего средства контроля за тем, как она ест.

Тем не менее было сделано новое открытие — ключевую роль в том удовольствии, которую мисс К. получала от еды, играло откусывание. Лишенная непосредственного удовольствия кусать, она стала более агрессивной в своем едком сарказме и гневных нападках на людей, ее сердивших. Во многом это было направлено против зятя, который посоветовал надеть каркас на зубы. Отчасти, против меня, поскольку я не воспрепятствовал тому, чтобы она последовала его совету.

За те четыре месяца «сомкнутых зубов» сестра мисс К. родила дочь. Это вызвало у пациентки очень сильную ревность и зависть к близости между матерью и ребенком. Мисс К. чувствовала, что может ослабить эти чувства только тем, что заберет ребенка у сестры, как только это станет возможно. Тогда она встанет между ребенком и на-

стоящей матерью, делая вид, что этот ребенок — ее собственный. Здесь мы наблюдаем возобновление переживаний, существовавших у нее примерно в то время, когда мать родила ее сестру. Это также подтвердило нашу прежнюю интерпретацию, касавшуюся чувства исключенности из круга отношений матери, которое у нее было в детстве, и, кроме того, исключенности из отношений матери и сестры.

Это отреагирование прошлого в настоящем подтвердилось в дальнейшем вновь, когда мать мисс К. приехала в Англию, чтобы повидать свою первую внучку. Мисс К. стала ревновать к любому знаку внимания, который мать оказывала ее сестре или ребенку. Она часто прибегала к еде, пытаясь подавить чувство ревности, но в то же время косвенно его выражать.

Примерно в это время зять, считавший себя ответственным за лечение мисс К., направил ее к психотерапевту бихевиористской школы. Тот стал настаивать на том, чтобы она немедленно сняла каркас с зубов, и мисс К. вновь отдала себя в руки еще одного человека, говорившего ей, что делать.

Мисс К. смогла отреагировать в отношениях с этим психотерапевтом-бихевиористом (которого я назову мистером Р.) свое желание физической близости, от которого, как она бессознательно полагала, меня нужно было защитить. Мисс К. смогла повторить с ним многое из своих прежних отношений с доктором З.

Мистер Р., как и доктор З., чрезвычайно заинтересовался проблемой веса и телом мисс К. в целом. Он также заменил ее дневные визиты к нему в приемную на общение дома в своей гостиной. Свой способ лечения он обосновывал попыткой помешать мисс К. прибегать к определенным способам приема пищи. Он также говорил, что хочет, чтобы она лучше относилась к своему телу вообще. Я приведу два примера.

(1) Мистер Р. попросил пациентку лечь на пол (у себя дома) и положил ей пальцы в рот. Она рассказала, что он при этом сказал: «Теперь, представьте себе, что мои пальцы — это шоколад». Затем он призвал мисс К. пофантазировать о том, что у нее во рту шоколад, и как она с вождением предвкушает то, как его съест. После этого он

продвинул пальцы дальше к горлу, чтобы вызвать у нее «рвоту». Это делалось с целью создать условно-рефлекторную связь между поеданием шоколада и позывом к рвоте. Но мисс К. не сказала ему о том, что введение его пальцев в рот возбуждало ее сексуально. И она не хотела, чтобы он это прекратил.

(2) Однажды мистер Р. сказал пациентке, что ей нужно привыкать к физическому контакту. После этого он открыто стал гладить ее тело, лежавшее на полу, сосредоточиваясь, в основном, на груди. Этот эпизод также произошел у него дома. Жена мистера Р. находилась где-то поблизости, но в другой комнате. Он сказал, что его жена «полностью понимает» необходимость для его пациентки такого рода лечения.

Пациентка рассказала мне, что этот эпизод показался ей и возбуждающим, и пугающим. После этого она пребывала в состоянии острого конфликта по поводу продолжения лечения у мистера Р. Вообще говоря, она не хотела, чтобы он помогал ей справиться с перееданием. Если бы она вернулась к нему, то знала бы, что сделала это из-за своего сексуального возбуждения, которое было с ним связано. Мисс К. воспринимала происходящее как продолжение своих отношений с доктором З. В конце концов после долгих колебаний она сама решила прекратить посещать своего альтернативного психотерапевта.

Моя интерпретация в основном была связана с разыгрыванием пациенткой с другими людьми тех аспектов, желаемых ею отношений (*wished-for*) со мной, которые она оставляла за пределами кабинета. Заставив своего зятя действовать так же, как и навязчивую мать, а дантиста с его «ловушкой» реализовать такое поведение, она могла воспринимать меня как идеализированную и потому невмешивающуюся мать. Аналогичным образом, установив квазисексуальные отношения с психотерапевтом бихевиористской школы, мисс К. смогла отвести мне роль надежного (*safe* = безопасного) и не сексуального отца.

Для мисс К. было нелегко распознать те разнообразные способы, с помощью которых она пыталась выстроить эти ситуации. Она жаловалась на людей, которые все время учат ее тому, что ей делать, как они манипулируют ее

жизнью и вмешиваются в нее. Однако было ясно, что, до известной степени, она была самым пагубным образом (*addictively*) привязана к такого рода отношению. В самом анализе она тоже оказывала на меня давление, с тем чтобы я давал ей активные советы и направлял, как если бы для нее это был единственный способ справиться с жизненными проблемами. Она проходила через побуждение пожаловаться на давление со стороны других и попытки избавиться от них, но тем не менее по-прежнему использовала свою явную беспомощность в качестве средства выявления (*eliciting*) тщетных попыток ей помочь. Тогда она делала так, что сами попытки терпели неудачу, и рассказывала мне о каждой такой неудаче с явным удовольствием и — опять-таки — с ноткой торжества в голосе.

Установление границ

Когда ее мать была в Англии, мисс К. вначале вернулась к привычному способу общения с ней. В связи с этим вновь возникло колебание между явным желанием пациентки понравиться и вспышками гнева. За этим следовали сожаление и самобичевание, желание создать видимость хороших отношений.

Однако в ходе этого визита пациентка обнаружила саму степень, в которой этот тип отношений основывался на фантазии о необходимости защитить мать от убийственных чувств мисс К. по отношению к ней. Пациентка воспринимала мать как человека, не способного позволить своей дочери полностью от нее отделиться. Постепенно стало ясно, что для нее это было способом попытаться скрыть от самой себя свой страх перед тем, что мать от нее откажется. И мать, и дочь, обе навязчиво (*obsessively*) пытались отрицать какие бы то ни было плохие чувства по отношению друг к другу. В результате одна смогла отделиться от другой.

Однако в то время, пока мать была в Англии, мисс К. осмелилась бросить вызов таким отношениям и общей фантазии по поводу невыносимости отделения. Она выговорила матери все, что было у нее на душе, да еще таким образом, какой ранее себе и не представляла. К своему удивлению, она увидела, что мать вынесла это и не прибегла к привычному манипулятивному использованию

своего чувства обиды. Впервые дочь смогла о многом напрямую переговорить со своей матерью. Это помогло установить ощущение психологической дистанции между ними. Вслед за этим мисс К. смогла указать матери на некоторые случаи, когда та продолжала вмешиваться; например, когда мать хотела знать все, что делает дочь, что она думает или чувствует.

Мисс К. стала также лучше понимать те средства, к которым она обычно прибегала, чтобы заставить других людей вмешиваться. Она начала видеть, что ей вовсе не обязательно оставаться беспомощной жертвой вмешательства других людей. Оставаясь в непосредственном соприкосновении с теми способами, с помощью которых она провоцировала вмешательство, пациентка обнаружила, что может изменять собственную роль в этом сообразно различным реакциям-ответам со стороны окружающих.

К тому времени, когда мать уехала из Англии, пробыв здесь около шести недель, мисс К. начала утверждаться как самостоятельная личность. Ее мать отреагировала на это и стала по-другому воспринимать свою дочь. Отношения между ними, бывшие прежде столь запутанными и симбиотическими, начали дифференцироваться. В особенности стали устанавливаться личностные границы, которых раньше не было.

Затем мы перешли к последнему этапу лечения мисс К. Как только она точно узнала срок своего пребывания в Англии, то смогла окончательно определиться с планами выезда. Стало известно, что пациентка должна покинуть страну через четыре месяца. Это вызвало у нее очень серьезные раздумья: мисс К. хотела получить от анализа все необходимое, прежде чем уедет.

В течение оставшегося времени пациентка начала осознавать, что ее взаимоотношение с едой во многом утратило присущее ранее качество непреодолимой потребности. Она почувствовала, что сможет есть нормально, когда покинет Англию, но продолжала намеренно поддерживать избыточный вес, пока оставалась здесь. Она не хотела, чтобы члены ее семьи, особенно зять и мать, подумали, что явный прогресс каким-то образом оказался связан с тем давлением, которое они на нее оказывали. Так что она не может позволить себе худеть, пока еще живет с ними рядом и находится под их влиянием. Свое осознание (откры-

тие) того, что переедание для нее излишне, она рассматривала как секрет, который был известен только мне.

Мисс К. решила закончить анализ за неделю до отъезда из Англии. Она решила так намеренно, желая почувствовать, что значит иметь возможность получить еще несколько сеансов (в течение последней недели), но сознательно не воспользоваться этим. Таким образом, она смогла придать своему отъезду важный элемент свободного выбора.

Мисс К. провела последний сеанс, сидя в кресле лицом к лицу со мной. В течении этого последнего часа она обобщила все, что получила в результате анализа. Наиболее важная мысль заключалась в следующем: «Я становлюсь сама собой». Она также говорила о важности раскрытия (*discovering*) пространства между людьми. Она пережила это на себе, и была уверена, что никогда не забудет.

Обсуждение роли аналитика

Решение предложить анализ

Когда я начал встречаться с мисс К. и выслушал рассказ о ее предшествующем лечении, мне срочно понадобилось искать пути понимания тех реакций-ответов, которые она у меня вызывала. Например, было невозможно не почувствовать само воздействие ее требовательности, и я знал, что все это могло показаться мне чрезмерным, — в особенности, если я не найду какого-либо способа это понять. В конце концов, однако, я убедился, что здесь есть свои ключевые моменты, важные для проведения анализа.

Изучив рассказанное мисс К. о себе, я увидел, что она никогда не чувствовала себя безопасно сдерживаемой своим психотерапевтом, который, возможно, подвергался такого же рода давлению, что и я. Нечто подобное было и с интенсивностью самого переноса, который доктор З. посчитал слишком напряженным для одного человека. Точно так же думала и мисс К., поэтому я знал, что должен твердо придерживаться личностных и профессиональных границ, оставаясь в рамках анализа, и ожидал, что подвергнусь серьезной проверке. В этом смысле я был предупрежден.

Еще одно явное предупреждение (намек) содержалось в том, что пациентка стремилась делать все для моего блага. Она старалась не переступить ни одну из очевидных гра-

ниц, что совершила постоянно во время предшествующего лечения. Как я уже упоминал, она никогда мне не звонила; к концу каждого сеанса всегда была готова к уходу; никогда не просила никаких дополнительных встреч и никак этим не манипулировала. Однако, когда я стал обдумывать, что же кроется за ее уступчивостью, то понял — это делалось с целью понравиться (*to be seductive in order to please*), что и послужило бессознательным напоминанием мне о необходимости оставаться твердым.

Мисс К., казалось, никогда не испытывала того, чтобы кто-то оказался готовым или просто был в состоянии выдержать ее манипулятивное давление. Поэтому было неудивительно, что она рассматривала себя как человека, обладающего чем-то неконтролируемым. Она по-прежнему пребывала в поиске сдерживаемых отношений, способных противостоять такому давлению с ее стороны. Я чувствовал, в связи с этим, что моя задача — прежде всего выдержать ее манипулирование мною, в какой бы форме оно ни выражалось. Я говорил себе, сделай это, и тогда кое-что будет достигнуто.

Вначале я предложил ей всего два сеанса в неделю, чтобы посмотреть, как мы сможем ладить во время сеансов. Мне необходимо было также решить, смогу ли я реально рискнуть предложить ей более интенсивную терапию, имея в виду, что время пребывания ее в Англии было весьма ограниченным. Однако как только я почувствовал, что у этой пациентки достаточно сильное это и что она не находится на грани несдержанной регрессии, то решил, что анализ ей может подойти.

*Ощущение вторжения в твою жизнь и/или влияния на нее (*manipulated*)*

Используя двухстороннюю пробную идентификацию, я смог многое узнать о прежних отношениях мисс К. в тех случаях, когда она ощущала, что в ее жизнь вмешиваются. Например, когда я анализировал свои чувства, ставя себя «на место» прежнего психотерапевта, у меня сложилось впечатление, что пациентка очень упорно вмешивается в мою жизнь. Она часто контактировала с доктором З. помимо сеансов, и тот согласился на дополнительные посещения. Он также позволил пациентке приходить к нему в гости просто так. Поэтому у пациентки сложился образ

психотерапевта, в жизнь которого можно вмешиваться, которым можно манипулировать, которого можно соблазнять.

Аналогичным образом с помощью пробной идентификации я смог понять, что мисс К., должно быть, также подвергалась неуправляемому вмешательству в свою жизнь; что ею манипулировали; и вполне вероятно, что ее предшествующая психотерапия подтвердила худшие опасения относительно себя самой. Неизбежно подобные вопросы возникали и по поводу отношений со мной.

Моя роль по отношению к отреагированию

Во многих случаях мисс К. заставляла меня ощущать свою беспомощность по отношению к ее отреагированию — в связи с анализом и в противовес ему. Когда я чувствовал свое желание ограничить это отреагирование с помощью интерпретации (что делалось с другими пациентами), то пробная идентификация постоянно указывала мне на вероятность того, что она поймет такую интерпретацию как попытку с моей стороны ею управлять. В ее жизни находилось достаточно много других людей, пытавшихся ею управлять, поэтому я чувствовал, что если приму аналогичную другим роль — которую она реально могла счесть подобной или точно такой же, — это будет мешать.

Я также насторожился, отметив ее уступчивость в начале анализа, и ожидал, что произойдет отщепление более здоровой, но не свойственной ей неуступчивости. Если бы так произошло, то протест, возможно, по-прежнему проявлялся бы вне наших отношений до тех пор, пока мы не смогли бы адекватно понять ее потребность использовать оборонительные пути, связанные со мной (*of relating to me*).

Я столкнулся с острой технической дилеммой. Я мог, конечно, все же интерпретировать само отреагирование. Более того, я мог объяснить (в терминах переноса) любое недопонимание своих мотивов этой интерпретации, если бы она предположила, что я пытаюсь управлять ею так же, как и остальные. Однако, когда я проделал это, результата почти не получил. Вместо этого пришлось смириться с беспомощным свидетельством того, как анализ стал постепенно подвергаться опасности быть разрушенным — в чем-то он уже разрушался — вследствие различных попыток прибегнуть к альтернативному лечению, инициированных со стороны. Я знал, пациентке не поможет, если мотивом мо-

их попыток контролировать ее отреагирование будет, главным образом, мое желание уменьшить собственное чувство дискомфорта. Я также знал, что ничего не добьюсь, если буду заставлять ее соглашаться с любыми скрытыми указаниями в своих интерпретациях, направленных на контроль над нею. В результате это могло дать лишь видимость перемены, достигнутой ложным путем. Этот спор с самим собой помог мне занять иную позицию при анализе.

Я чувствовал, что мисс К. имела собственную бессознательную потребность к такому отреагированию, чтобы почувствовать ту реальную возможность, даваемую ей мною, самой решать свои вопросы, без какого-либо моего вмешательства. Со своей стороны, я научился контролировать всякое желание управлять ее жизнью, будь то слово, позиция (*attitude*) или манера выражения, какими бы косвенными они ни являлись. Таким образом, мы пришли к ее поискам пространства и потребности во мне уважать этот поиск, чего бы это ни стоило мне или моему восприятию себя как аналитика.

Мне пришлось научиться быть готовым принимать то, что меня заставляют чувствовать себя профессионально беспомощным, но без необходимости противодействовать этому с помощью попыток доказать обратное. Только время могло определить, эффективно это или нет. Поэтому позднее, в ходе анализа, я с облегчением узнал, что мог возобновить свою интерпретацию ее бессознательных мотивов, стоящих за этим отреагированием, и это не стало бы новым разыгрыванием (*re-enactment*) манипулирования ею другими.

Расщепление переноса

Во время начального периода анализа предшествующий психотерапевт, так же, как и отец мисс К., постоянно идеализировались. Позже, она поняла, что в важных вопросах ей ни тот, ни другой не помогли, из-за отсутствия границ во взаимоотношениях. С течением времени в результате наступившего осознания возник сдвиг в прежней идеализации доктора З. Позже она стала идеализировать отношения со мной, явно стараясь держаться предложенных мной границ. Эта идеализация меня при переносе могла быть изменена только путем постоянной интерпретации отреагирования пациентки в виде отрицаемых (*disowned*)

нападок на меня, с которыми, как она бессознательно полагала, я не смогу справиться.

С самого начала оказалось, что мисс К. использует анализ в своих целях. Я думал, что она рада представившейся возможности пережить отношения, в которых очень точно была обозначена канва, структура. Но в то же время пациентка активно нападала на анализ с помощью негативного отреагирования. Сознательно она не считала это нападками, но бессознательное намерение просматривалось достаточно четко.

По мере продолжения анализа мисс К. рассказывала об альтернативных методах лечения, следовавших один за другим, причем всякий раз она либо уже начинала этим заниматься, либо имела соответствующую договоренность. И вот, вместо того, чтобы пытаться повлиять на нее в отношении этих альтернативных методов лечения, я решил мириться с ее решениями по данному поводу — и оставался крайне осторожным в каких-либо оценках происходящего.

Мое прохождение через такую проверку выяснялось постепенно на фоне советов, которые она получала от других. То, что мисс К. оценила сыгранную мною роль в ее выздоровлении, стало очевидным совершенно неожиданно на заключительной стадии анализа, когда она посещала меня пять раз в неделю, — уже точно зная о сроке своего отъезда из страны. То, что я все это выстоял, открыло для нее нейтральное пространство, в котором она могла экспериментировать со своими чувствами и с тем, чего ей хотелось на самом деле.

Впервые мисс К. не нужно было слепо подчиняться чьим-то желаниям. Возможности, открывшиеся перед ней, были удивительны. Вначале ей не верилось, что я действительно смог выдержать давление, которое она оказывала на меня, чтобы заставить руководить ею и направлять ее, как раньше все и делали. Потом она начала расслабляться и обретать спокойствие. Пациентка обнаружила нечто, имевшее жизненно важное значение. Она смогла стать хозяйкой собственной жизни, и ей не нужно было тратить всю энергию на то, чтобы это доказывать. Долгосрочный результат такой реализации может быть оценен известиями от нее самой (feed-back), полученными через три года, приведенными мною ниже.

Понятие «Использование Объекта» Уинникотта

Из опыта данного анализа оба мы — и пациентка, и я — научились очень многому. Пациентка пришла к действительному осознанию моей отделенности (*separatedness*), находления вовне по отношению к ней и ис управляемости с ее стороны. Благодаря этому она смогла обнаруживать внутри себя соответствующую отделенность от меня и от других людей. Она также раскрыла творческий потенциал пространства отношений, в котором могла прийти к новой свободе быть самой собой.

Чтобы прийти к такому результату, мне нужно было обладать собственной независимой реальностью, а ей требовалось обнаружить это самой, собственным путем. Моя позиция в качестве простого пассивного вместилища (*container*) ее проекций оказалась бы недостаточной. Ей требовалась уверенность, которую можно было получить только путем переживания, чувственного опыта; уверенность в том, что я способен вынести ее нападки и вовсе не нуждаюсь в ее защите меня от них.

В свою очередь, я узнал (*discovered*) больше о важности *пространства* в отношениях и оценил клиническое значение понятия Уинникотта об «использовании объекта» (УИННИКОТТ, 1971: глава 6). Мисс К. смогла творчески использовать собственную способность к разрушению, чтобы понять независимость от нее выживания других людей.

Как только мисс К. обнаружила, что другой может существовать и выживать как существо и как сущность своим собственным путем, в своем собственном праве, она смогла увидеть возможность реальной отделенности. И ей уже не нужно было оставаться навсегда слитной (поглощенной = *merged*) со своей матерью (или с кем-то другим). У нее также отпала необходимость всегда оберегать (*reserve*) человека, с которым она была связана и пыталась при этом от него отделиться, постоянно перенаправляя свои деструктивные чувства или на других, или на самое себя. «Разрушая» меня внутренне (в своих фантазиях) как аналитика и двигаясь в анализе через отреагирование, пациентка смогла в конце концов обнаружить мою «инаковость» (*otherness*) от нее. Она ожидала, что либо я потерплю неудачу (*collapse*), либо для нее наступит какое-то возмездие, — как единственные вообразимые реакции-ответы на те аспекты, которые она была вынуждена рассмат-

ривать как не подвластные ее контролю и отсюда приписывала им свойство безграничной опасности.

Уинникотт писал об этом:

«В тот или иной рассматриваемый момент развития субъект создает конкретный объект (нахождение экспериментальной формы самого себя), и необходимо к этому прибавить, что такое переживание зависит от способности объекта это вынести (*to survive*). (Важно отметить, что в данном контексте, слово «survive» означает «не отплачивать», «не отвечать тем же», то есть ни возмездия, ни воздаяния нет). Если все это происходит во время анализа, то тогда аналитик, аналитическая техника и аналитическая обстановка (*setting*), вместе взятые, либо выдерживают, либо не выдерживают деструктивные нападки пациента».

(УИННИКОТТ, 1971:91)

Меня часто искушало желание прибегать к истолкованию, чтобы убедиться, что я все еще могу думать и действовать во время сеанса, когда происходящее казалось полнейшим хаосом, но мне пришлось учиться сдерживаться. Однако, как только отреагирование спало (утихло), то стало возможным интерпретировать без желания контролировать пациентку. Многое из понимания пациенткой своего отреагирования появилось ретроспективным путем, а не в тот самый момент, когда оно происходило. Мне было приятно обнаружить, что Уинникотт писал и об этом:

«Аналитику хочется интерпретировать, но это может нанести процессу ущерб, поскольку пациент может увидеть в этом своего рода самозащиту аналитика, парирование им нападок пациента. В этом случае лучше подождать, пока эта фаза завершится, а уже потом обсудить с пациентом, что происходит».

(УИННИКОТТ, 1971:92)

Только позднее, обдумав все это, я смог понять, какова была моя роль в этом анализе и почему она была такой. Когда в конце концов пациентка осознала, что я по-прежнему переношу ее нападки на анализ и на себя самого, она стала понимать, что и сама может спокойно зажить более полнокровной жизнью. Когда анализ закончился, она пе-

ренесла его завершение спокойно. На этот раз она смотрела вперед, а не назад.

Катамнез

Я с большой осторожностью отнесся к возможности мисс К. написать мне после окончания анализа. Она уже продемонстрировала, как она использовала письма в отношениях с доктором З. после завершения курса психотерапии. Однако я чувствовал также, что мисс К. нужен какой-то способ, с помощью которого она могла бы дать мне знать, что происходит в ее жизни, и могла бы не думать, что ее расставание со мной оказалось каким-то искусственным, почти хирургическим отрывом от меня. Поэтому, мы договорились, что она может написать мне через какое-то время, после того как пройдет первоначальные этапы расставания.

Мисс К. написала мне «отчет о достигнутых успехах» через четыре месяца. Три месяца спустя она была проездом в Лондоне и попросила об одном сеансе. Я согласился. Явившаяся ко мне посетительница была совершенно не похожа на ту пациентку, с которой я занимался анализом. Она сильно похудела, но это была не самая значительная перемена в ней. Появилась уверенность. Мисс К. прошла через различные затруднения личного характера, включая разочарование во взаимоотношениях, что прежде вполне могло отбросить ее назад к компенсаторному использованию пищи в целях самоуспокоения. Она не прибегла ни к одному из старых способов ухода от конфликта; справилась с жизненными проблемами.

Мисс К. встретилась также с некоторыми людьми, связанными с ее прошлым и имевшими прямое отношение к ее семье. Они пытались вернуть ее в порочный круг взглядов на замужество как на единственную, имеющую смысл, цель в жизни, при этом потеря в весе, по их мнению, должна была последовать за решением этой задачи. На этот раз у нее уже было достаточно уверенности в себе, чтобы довольствоваться той жизнью, какую она вела, независимо от того, выйдет она замуж или нет. Она по-настоящему обрела способность находить способы реализации себя как личности и переросла былую зависимость от матери, сестры и зятя.

Наш разговор завершился ее словами о том, что она смогла справиться с проблемой веса, как только стала иначе относиться к себе самой. Ранее вес представлялся ей выражением личности, которую она находила уродливой и недостойной любви. Начав воспринимать себя иначе внутренне, она смогла позволить себе теперь выразить эту разницу внешне. А выглядела она хорошо.

Три года спустя мисс К. сообщила мне, что по-прежнему чувствует результаты анализа. Обретенная ею уверенность сохранилась, и она находила новые удовольствия в жизни. Она по-новому открыла творческую сторону своей личности и снова начала петь и рисовать. Мисс К. зажила полнокровной жизнью и увидела, что может поддерживать близкие и полные взаимного уважения отношения с мужчиной. Кстати сказать, она вновь обрела нормальный вес, похудев примерно на шестьдесят фунтов (двадцать семь килограмм) с момента окончания анализа. Сила и желание для этого пришли изнутри. Мисс К. достигла этого сама.

Примечание

1. Несмотря на то, что данная глава является естественным продолжением предшествующей, описываемая в ней работа проводилась до того, как я сформулировал свои мысли по поводу процессов внутреннего супервизорства (глава 2). Нетрудно понять, что здесь я лишь начинаю двигаться по этому пути.

Новое открытие теории

Мы не откажемся от поиска,
И в итоге всех наших затей
Мы придем к своему началу
И увидим это место впервые.

Т.ЭЛИСТ.

Легкое головокружение

В этой книге рассказывается прежде всего о психоаналитической технике, а не о ее теории. В частности, это относится к применению внутреннего супервизорства и пробной идентификации с пациентом, проводимой, чтобы дать возможность лучше отличать то, что способствует аналитическому процессу, от того, что ему препятствует. Поэтому многое требуется от самого читателя, который либо должен быть уже знаком с теорией психоанализа, либо является пациентом, поскольку из клинических примеров и выется остальная информационная веревочка.

Хотя я уже подчеркивал терапевтическую пользу незнания, мне не хочется оставлять впечатление, что аналитической терапией можно заниматься, лишь обучаясь у пациента. Психотерапевта «поддерживает» структура, которую обеспечивают теория и знакомство с собственным бессознательным, если он не оказывается захваченным патологией пациента или отступает «в тень» (*be retreating into «head-sight»*), чтобы избежать такого захвата.

Для тех, кто уже хорошо знаком с теорией психоанализа, очевидно, что многое из проведенной (и описанной в данной книге) работы было бы невозможно, если бы психотерапевт или аналитик не были знакомы со сложными процессами бессознательного: механизмами защиты, динамикой роста и развития и многочисленными формами бессознательного взаимодействия, возникающими в любых взаимоотношениях.

Поскольку бессознательное говорит с бессознательным, существенно, чтобы психотерапевт мог иметь максимальный доступ к этому глубочайшему уровню интерак-

тивной коммуникации посредством своих собственных бессознательных реакций-ответов пациенту. Именно поэтому аналитики и психотерапевты сами должны проходить анализ; и именно этот опыт в сочетании со знанием теории более всего помогает сделать осмысленным бессознательный отклик психотерапевта на то, что было передано пациентом. Без личностного анализа всегда будет оставаться предел той психотерапевтической пользе, которая может быть извлечена из тонких уровней бессознательной коммуникации.

И тем не менее есть много талантливых социальных работников, консультантов (*counsellors*) и других, показывающих (с помощью хорошего супервизорства), что они способны хорошо использовать свое знание психодинамической теории. Терапевтический вклад такой работы, хотя и отличающейся от психотерапии, не следует недооценивать. Его нужно ценить и поощрять.

Я попытался проиллюстрировать, как пациенты ведут психотерапевта обратно к тому, что он уже знает — или еще дальше к тому, что ему еще только предстоит обнаружить и понять. Существенный фактор такого процесса — готовность самого психотерапевта быть ведомым пациентом: ему придется распознавать, когда ему что-то подсказывают или на что-то намекают, когда бессознательно руководят (*supervised*) им или когда какие-то стороны его самого отражаются в пациенте. Таким образом, психотерапевт не только открывает для себя теорию заново; он также уясняет, как понимать аналитический процесс и следить за ним. Вот как писал об этом Уинникотт:

«Анализ — не просто техническое упражнение. Это нечто, что мы учимся делать, когда достигаем определенной стадии усвоения основной методики. То, что мы учимся делать, позволяет нам сотрудничать с пациентом в исследовании за самим процессом, который у каждого пациента имеет собственный ритм, скорость и который следует своему собственному курсу; все важные черты этого процесса исходят от пациента, а не от нас самих как аналитиков».

(УИННИКОТТ, 1958:278)

К сожалению, хотя каждый изучающий анализ или психотерапию учится следовать за пациентом, а не вести его, многие все же становятся слишком уверенными; такая тенденция сохраняется даже после получения соответствующей квалификации. Что из этого может получиться и развиться впоследствии, так это стиль интерпретации, который заключается, скорее, в том, чтобы говорить пациенту, а не *выяснить вместе с пациентом*. Контраст здесь состоит в противопоставлении аналитической работы, становящейся догматической, и той, которая опирается на творческий потенциал самого пациента.

Многие психотерапевты приводят примеры своей клинической практики, в которой они делают заявления, предполагающие удивительную степень уверенности и определенности. «Я сказал пациенту...», «Затем я показал пациенту, что...» и «Несомненно это было, потому что...». Все подобные фразы в литературе встречаются часто. Происходит ли это потому, что теория психоанализа стала столь хорошо разработанной, а корпус общего клинического опыта таким убедительным, что теперь аналитики могут работать с теоретической уверенностью, невозможной для тех, кто первыми ступили на данное поле человеческой психики? Или же в этом есть нечто, связанное с потребностью выглядеть компетентным, а возможно, с мыслью о том, что специалист должен это знать? Иногда вероятен также и бессознательный молчаливый говор между поиском пациентом уверенности, несомненности и клинической презентативности психотерапевта, предлагающего искомое.

Эти вопросы кажутся мне трудными. Если мы хотим сделать так, чтобы теория оставалась живой, а не просто демонстрировалась на примере каждого пациента, у последнего должно быть достаточное пространство для того, чтобы он мог разыграть все то, что происходит на сеансе. Поэтому важно, чтобы психотерапевт не доминировал в аналитической работе и не монополизировал свое понимание (инсайт) психотерапии.

Если психотерапевт слишком уверен в себе, это дает пациенту то, что оказывается кратчайшим путем («коротким замыканием») к «знанию». Опасность здесь состоит в том, что инсайт интеллектуализируется, и такое понимание ложится на фальшивую основу. В этом случае психо-

терапевт становится более всезнающим, чем кто-либо. В психоаналитическом опыте коротких (*short-cuts*) путей нет. Нет другой дороги, кроме терпения, причем сам психотерапевт должен все время помнить, что он по-прежнему не знает — предрассветное чувство — начала наступления понимания.

Когда пациент готов распознать бессознательные смыслы передаваемого или пережитого им во время сеанса, то психотерапевт может начать привлекать внимание пациента к данным, указывающим на возможное бессознательное значение. По этой причине я предпочитаю делать свои выводы в терминах «может быть» или «возможно», которые, как мне думается, являются естественным языком потенциального пространства. Я также писал о том, что психотерапевты должны развивать искусство нахождения половинчатого шага (*half-way step*) в направлении к инсайту (приближающего к пониманию). Это не предрешает и не исключает возможности самостоятельного выбора пациентом, но позволяет ему получить ментальное пространство, в котором он может достаточно свободно постигать комментарии психотерапевта, когда тот подает их соответствующим образом. Их можно изменять, к ним можно что-то добавлять или, наконец, от них можно совсем отказаться. Это могут делать как психотерапевт, так и пациент. Вместо инсайта (понимания), *даваемого* пациенту, пациент сам *обнаруживает* его вместе с психотерапевтом. Тогда интерпретация не становится посягательством на ментальную свободу пациента.

Конечно, часто возникают случаи, когда психотерапевт должен ощущать себя более уверенно, а не выглядеть простым подсказчиком; когда он может предложить свою убедительную интерпретацию, основанную на работе, уже проделанной с пациентом, или когда ему приходится иметь дело с явным бессознательным сопротивлением со стороны пациента. Но такая уверенность в интерпретации — если вы хотите, чтобы пациент воспринял ее как глубоко личное сообщение; а не как стереотипный ответ — должна достигаться с помощью подсказок самого пациента, а не просто в результате знакомства с психоаналитической теорией. Наиболее очевидный момент, когда важно твердое понимание, — это состояние кризиса у пациента и необходимость в его успокоении и сдерживании.

Пациент, охваченный волнением (*in ferment*), подобен вину в процессе изготовления. В брожении присутствует жизнь, и, чтобы удержать ее, сам сосуд (*container*) должен обладать способностью реагировать на давление и изменение роста. Каждый пациент бессознательно ищет психотерапевта, способного поддерживать связь с этим ростом, быть чувствительным к нему и одновременно оставаться твердым, но не жестким. Заимствованный инсайт никогда не может служить этой задаче. Необходимо такое внутреннее постижение — к сожалению, не всегда предлагаемое психотерапевтом, — которое раскрывается с данным пациентом на данном сеансе в данном курсе психотерапии.

Никто не может заставить другого человека расти. Можно лишь препятствовать росту или способствовать ему. Психотерапевтам поэтому необходимо понимать сами процессы роста и саму динамику того, что этому препятствует. Зачастую пробная идентификация обнаруживает такие моменты, когда психотерапевт блокирует переживание пациента, а заодно и сами возможности для нового роста. Такая блокировка часто вызывается тем, что психотерапевт предвосхищает реакции пациента в результате преждевременной интерпретации, непроизвольно направляя больного действовать вдоль предполагаемой линии регрессии или переноса и т.д., что уже было широко освещено в литературе.

У психотерапевта и аналитика есть соблазн, корни которого находятся в знании теории психоанализа, в желании попытаться управлять аналитическим процессом, вместо того, чтобы следовать ему. Как и в общении с детьми, процесс аналитического роста имеет свой собственный стимул (*импульс, толчок = impetus*). Дети, чей естественный рост не подвергается вмешательству извне, обычно сами отказываются от груди и могут сами усваивать гигиенические навыки, когда они к этому готовы. Точно так же и пациенты часто противятся преждевременному использованию психотерапевтом теоретического знания и предвзятых установок по отношению к ним самим, для того чтобы восстановить (*reinstate*) необходимый «период нерешительности», «колебания» (*hesitation*) (УИННИКОТТ, 1958:53). В отсутствие пространства, созданного этим колебанием, утрачивается пространство для аналитического открытия или игры. Когда такое пространство есть, то в любом ана-

лизе или психотерапевтическом лечении есть место для обновления и открытия теории заново.

Я описал клинические темы и результаты так, как их видел. Предложил свое собственное понимание этих результатов, но не претендую на непременную правильность того, как я с ними управился. Я старался подробно записывать — насколько это было возможно — клинические примеры в их динамическом развитии. Они предложены для того, чтобы учиться на них самим и обучать других; но они не предназначены для того, чтобы каким-то образом использовать их в качестве жесткой модели для других слушающих. Читатель должен был увидеть, как часто я терпел неудачу, следя своей собственной методике. Отчасти это произошло потому, что на мои мысли по поводу методики оказали влияние собственные размышления относительно многих других вещей, которые теперь мне хотелось бы сделать по-другому. Кроме того, гораздо легче быть мудрым после происшедшего, «задним числом», нежели непосредственно во время самого сеанса.

Многие вопросы оставлены без ответов; но признать их существование — уже, по меньшей мере, становится началом.

«Я часть всего, что встретил на пути;
Однако все переживание есть сверкающая арка,
Чей силуэт плывет,
Всегда, когда я в пути».

(ТЕННИСОН: УЛИСС, 1842)

Приложение I

Знание и не-знание: Уинникотт и Байон

Из Уинникотта

«Младенец слит с матерью... Однако, когда этому слиянию приходит конец, все меняется... Мать, по всей видимости, знает, что у младенца появляется новая способность — способность подавать сигнал к началу ее (*guided*) движения навстречу его потребности. Можно было бы сказать, что если теперь она знает очень хорошо, что ребенку требуется, то это волшебство, не имеющее основы для объект-отношений... Мы обнаруживаем аналогичную неуловимость (*subtlety*), ясно возникающую в переносе в нашей аналитической практике. Это очень важно, за исключением тех случаев, когда пациент регрессирует к раннему младенчеству и к состоянию слитности, так что аналитик не узнает ответов, разве что сам пациент даст какие-то намеки. Аналитик собирает эти намеки и интерпретирует их, но часто случается так, что пациенты не могут предложить каких-либо намеков вообще, и тогда аналитик уже определенно не в силах ничего сделать. Эта ограниченность возможностей аналитика весьма важна для пациента, точно так же, как важны и возможности аналитика, представленные в самой интерпретации, которая верна и сделана в нужный момент. Интерпретации, основанной на намеках и на бессознательной сопомощи пациента, поставляющего материал, из которого создается интерпретация и который служит критерием ее правильности. Таким образом, человек, обучающийся анализу, иногда проводит его лучше, чем делает это потом, через несколько лет, когда знает гораздо больше. Когда он уже проработает с несколькими пациентами, ему может показаться скучным двигаться так медленно, как это делает пациент, и он начинает интерпретировать, основываясь не на материале, который ему дает пациент в данный конкретный день, а на собственной сумме знаний или на приверженности в дан-

ный момент к определенной системе идей. В этом пациенту нет никакой пользы. Возможно, аналитик очень умен, и пациент может им восхищаться, но в конце концов правильная интерпретация — это травма, которую пациенту придется отвергнуть, поскольку это не его интерпретация».

(УИННИКОТТ, 1965:50-1).

«То, что я скажу,... чрезвычайно просто. Хотя это пришло из моего психоаналитического опыта, я не могу сказать, что это могло появиться из моего психоаналитического опыта двадцать лет назад, потому что тогда у меня еще не было методики, которая сделала бы возможными те явления переноса, которые мне хотелось бы описать. Например, только в самые последние годы я смог научиться ждать естественной эволюции переноса, возникающей вследствие развития веры пациента в методику психоанализа и в условия анализа, и избегать прерывания этого естественного процесса интерпретацией... Если только мы сумеем ждать, сам пациент придет к пониманию творчески и с огромной радостью, и теперь мне эта радость нравится гораздо больше, чем раньше нравилось сознание силы моего ума. Я думаю, что интерпретирую в основном для того, чтобы пациент смог понять, где находятся пределы моего понимания. Принцип состоит в том, что именно пациент и только он сам должен знать ответ».

(УИННИКОТТ, 1971:86-7).

Из Байона

«Откажитесь от памяти; откажитесь от будущего времени в своих желаниях; забудьте о том и о другом; забудьте и о том, что вы знаете, и о том, чего вы хотите, для того, чтобы дать место новым идеям. Мысль, невысказанная идея могут витать в пространстве, отыскивая себе место. Среди таких идей, мыслей может быть ваша собственная, которая, как вам кажется, рвется из вашей головы, но эта же идея может исходить и извне, а именно, от пациента».

(БАЙОН, 1980:11)

«Вместо того, чтобы пытаться осветить запутанные проблемы ярким, умным, знающим светом, я предлагаю всем

нам уменьшить этот свет — свести его к лучу, пронзающему тьму; к свету ночного фонарика... Тьма будет настолько полной, что достигнет светящегося (luminous) абсолютного вакуума. Так что, если что-то и существует, каким бы неясным оно ни было, все равно оно выяснится очень четко. Таким образом, очень слабый свет станет видимым в условиях максимальной темноты».

(БАЙОН, 1974:37)

«Психоаналитики должны уметь выдерживать (tolerate) особенности или сложности анализируемого достаточно долго, с тем чтобы понять, что это за человек. Если психоаналитики хотят интерпретировать то, что говорят анализируемые, они должны обладать большой способностью выдерживать заявления своих «подопечных», не стремясь к поспешным заключениям, что интерпретация им известна. Это то, что, я думаю, имел в виду Китс, когда он говорил, что Шекспир должен был выдерживать «отрицательную способность» (capability)».

(БАЙОН, 1974:72).

«...Отрицательная способность, то есть способность человека испытывать неуверенность, ощущение тайны, сомнения, колебания, не бросаясь раздраженно на поиски факта и разумного объяснения».

(Джон Китс: Письмо Джорджу и Томасу Китсам, 21 декабря 1817 года).

Приложение II

Вопросы конфиденциальности и степени открытости перед психотерапевтом

Следует рассмотреть несколько важных вопросов, связанных с проблемой конфиденциальности, прежде чем думать об использовании клинического материала для общего обучения психоанализу и психотерапии.

Общепринято, что пациенты при анализе и психотерапии имеют абсолютное право на полную конфиденциальность. Поэтому их всегда следует защищать от того, чтобы они фигурировали в каком-либо клиническом материале, используемом для публикации или обучения. И здесь любой аналитик или психотерапевт сталкивается с этическим вопросом: «Публиковать или нет, использовать для обучения или нет тот или иной клинический материал».

С этой дилеммой можно справиться различными способами. Можно попытаться запретить всякий обмен знаниями во имя сохранения полной конфиденциальности; но сомнительно, чтобы мы могли помогать своим пациентам так, как иногда это нам удается, если бы не имели возможности черпать знания из работы других людей в этой же области.

Можно также настаивать, чтобы ничего нигде не публиковалось и не использовалось в учебных целях из того, что касается лечения пациента, без его разрешения. Однако когда мы спрашиваем у больного относительно возможной публикации его материала в ходе анализа или психотерапии, это означает введение в аналитический процесс внешнего фактора. Некоторые пациенты с этим «раскачиванием лодки» аналитического процесса справиться неспособны, а такое введение будет ее обязательно раскачивать. Не всегда можно правильно определить, когда лучше всего просить о таком разрешении у пациента. Возможно, что такого момента просто и нет.

Вместо этого можно было бы ограничиться клиническим материалом о пациентах, уже завершивших свой курс лечения, попросив у них разрешения на публикацию. Но и здесь есть свои проблемы. Завершая курс психотерапии, пациенты вправе почувствовать, что свободны от постоянного контакта с психотерапевтом. Возможно, что человек не хочет нарушать достигнутую отделенность, являющуюся целью при завершении анализа или психотерапии. Более того, такой продолжающийся контакт может помешать возвращению свободы пациенту, необходимой для его дальнейшего излечения.

Одной из мер предосторожности могла бы стать временная дистанция после завершения лечения, позволяющая публикацию того или иного клинического материала, скажем, лет через десять; но это замедлило бы процесс обмена знаниями. Другим способом сохранения свободы пациента и его права на абсолютную конфиденциальность является использование клинического материала из работ других специалистов, имеющих дело с пациентами. Здесь есть свое преимущество, но это означает также сваливание груза ответственности на других. Кроме того, это оказывается способом самоохраны психотерапевта от критических замечаний со стороны других людей; но критические замечания *необходимы* ему, для того чтобы усовершенствовать свое понимание.

По этой причине я решил не скрывать свою работу от изучения другими; в этом вопросе на меня повлияло сложившееся у меня впечатление, что изложение клинического материала (устно или в форме публикации) слишком часто выставляет автора в невыгодном свете. Аналитики и психотерапевты не слишком охотно делятся своими неудачами, хотя я думаю, что выигрывают больше все, когда некоторые готовы это сделать.

Я использовал также замаскированные примеры из клинической практики, которой руководил. Уверен, что никто, обучающийся психотерапии, не испытывает обиды, если другие узнают о его борьбе за право стать более компетентным специалистом. Решив публиковать свои материалы, я столкнулся с вопросами конфиденциальности и разрешения на публикацию, очень осторожно обсудив общую ситуацию с каждым пациентом и с теми, кем я руководил.

Надеюсь, что приведенные клинические эпизоды, а также более подробно рассматриваемые фрагменты клинической практики являются полезным для обучения материалом. Конечно, и для меня в этих примерах содержится много уроков. Если другие смогут учиться на той откровенности, которую подразумевает все изложенное, я думаю, это стоило сделать.

Я не могу говорить от имени своих пациентов или специалистов, которыми мне пришлось руководить. Те, кто дал разрешение на публикацию, увидят, насколько тщательно я сохранил их анонимность. Мне хочется надеяться, что те, у кого (по разным причинам) я предпочел такого разрешения не спрашивать, не узнают себя. Но если все же кто-то — студент или пациент — определит себя в качестве персонажа этой книги, он сможет сохранить свою свободу, поскольку никто больше не сможет его идентифицировать.

Хочется надеяться, что эта книга не отвратит никого из пациентов от обращения к аналитику. Наоборот, мне бы хотелось, чтобы это помогло создать аналитическую атмосферу, в которой пациенты могут ожидать, что их выслушают.

Я выражаю благодарность всем, с кем мне довелось работать, за то, чему я у них научился, и без чего данная книга никогда не была бы написана. Если пациенты (или те, кем я руководил) получили от клинического общения столько же, сколько я, то надеюсь, они довольны моей возможностью поделиться частью этого с другими.

Серия «Библиотека глубинной психологии»

**Патрик Кейсмент
ОБУЧАЯСЬ У ПАЦИЕНТА**

*Перевод с английского и общая редакция
В. В. Зеленского*

Издательство НПО «МОДЭК».
394000, г.Воронеж, а/я 179
тел.: (073-2) 49-87-35

*Корректор: В.Д.Урина
Компьютерная верстка: Ю.В.Шайкин*

Сдано в печать 25.05.95. Формат 84×108/32. Бумага типографская №2.
Гарнитура «Таймс». Усл. печ. л. 14,4. Тираж 10 000. Заказ № 5212.

Отпечатано с компьютерного набора
в издательско-полиграфической фирме «Воронеж»
394000, г.Воронеж, пр. Революции, 39

Обучаясь у пациента — книга, посвященная вопросам развития психоаналитического мышления. Патрик Кейсмент исследует под новым углом зрения динамические характеристики взаимоотношений психоаналитика и пациента, и, в частности, вопросы обучения распознаванию, каким образом пациенты помогают находить ключи к терапевтическому переживанию, к которому они бессознательно стремятся. Используя множество клинических примеров и историй, автор демонстрирует нам, как с помощью пробной идентификации он научился наблюдать за результатом собственных действий во время аналитического сеанса с точки зрения пациента. Он показывает, как с помощью своего внутреннего наблюдателя может быть не только выявлен и исправлен ряд возможных ошибок и недочетов, но и достигнут ощутимый лечебный эффект от аналитической работы. Научившись хорошо отличать то, что способствует психоаналитическому процессу от того, что ему мешает, можно обнаружить пути, по которым в той или иной форме циркулируют изначальные мешающие анализу предрассудки и предубеждения и тем самым эффективно избегать их в тех случаях, когда терапевтической целью оказывается понимание бессознательного у других людей. От такого живого исследования ключевых клинических вопросов автор приходит к пониманию психоаналитической терапии как процесса вновь открываемой теории — и развитию непосредственной аналитической техники специфически привязанной к конкретному пациенту.

Сам динамический аспект взаимоотношений и, в частности, процессы интерактивной коммуникации и удержания (*containment*) — явления достаточно обычные в широком классе отношений помощи, поэтому с ощутимой пользой могут быть применены в самых разных случаях. Подкупдающее искреннее представление Патриком Кейсментом своей собственной работы вкупе с ясной и доходчивой манерой изложения материала делает содержание книги доступным самому широкому кругу читателей, давая им возможность более глубокого понимания сути аналитической работы. Но, поистине, неоценимой эта книга окажется для психотерапевтов, обучающихся психоанализу, практических психологов, и специалистов смежных профессий.

Автор: *Патрик Кейсмент* — член Британского Психоаналитического Общества и Британской Ассоциации Психотерапевтов. Имеет частную практику. Живет в Лондоне.