

Текст взят с психологического сайта
<http://www.myword.ru>

Роберт Дж. Маршалл

Разрешение сопротивлений в психотерапии детей и подростков

*Вестчестерская психиатрическая группа,
Йорктаун Хайтс, Нью-Йорк, 10 598*

Для целей данной статьи сопротивление будет пониматься как некий гипотетический конструкт, о присутствии которого становится известно по: (1) длительному молчанию; (2) стереотипичной или повторяющейся речи или игре; и (3) возражениям и отказу посещать сессии.

Мы предполагаем, что внутри пациента имела место некая мысль или аффект, которые не могут быть допущены до осознания или вербального выражения.

Традиционным подходом к сопротивлению являлась интерпретация.

Несколько работ (Эйххорн 1955, Тафт 1962, Спотниц 1969, Нельсон 1968) предлагали альтернативные пути рассмотрения сопротивлений и обращения с ними.

Автор убедился, что при правильном применении определенных "техник присоединения" сопротивление детей и подростков сменялось полной инсайта речью, продуктивной игрой, готовностью сотрудничать в терапии, изменением поведения и сдвигом к менее патологическим сопротивлениям.

Использование этих техник иллюстрируется следующими клиническими виньетками.

Гипероценка

Необычайно меланхолическая внешность шизоидного необщительного тринадцатилетнего мальчика вызвала у меня замечание по поводу его печального вида. Дон неожиданно изложил короткий сон из предыдущей ночи, в котором он оказался в автомобиле, врезавшемся в какой-то выступ. Пока мы обсуждали значение смерти и самоубийства для него, он принял типичную свою лишенную аффекта позицию, сказал что у него нет никаких чувств по поводу того, чтобы умереть, и отказался от дальнейшего обсуждения. Я сказал ему, что у него есть одна очень большая ценность - это его отстраненное отношение к смерти. Он посмотрел на меня с любопытством, потому что прежде, когда я говорил ему об этой его отстраненности, я придавал ей негативную валентность. Я сказал ему, что я связан с одним психиатром, который пытается помочь людям, которые знают, что они умирают от неизлечимых болезней. Дальше я описал ужасный страх и дистресс пациентов и медперсонала и указал, что если бы они могли научиться его приему, как отстраняться от своих чувств, он бы мог очень много сделать для утешения этих людей. Ему было достаточно интересно, чтобы сотрудничать со мной в подробном детальном описании психологических и поведенческих операций, которые он использовал, чтобы дистанцироваться от своих чувств, таких как "быть все время занятым", "быть научным", "хвататься за невозможные проблемы", "думать, что жизнь ничего не стоит". Затем мы смогли проследить историю этих защит. Примерно в это время он стал частью дискуссионно-драматической группы, которая помогла ему еще лучше оценить свои чувства.

Дон являлся продуктом союза двух людей, которым не нужен был ни брак, ни дети. Во время первых лет своей жизни Дон был очень тихим младенцем, который был доверен заботе многих нянек. Он постоянно сталкивался с бесконечными спорами и вспышками ярости своих родителей. Достаточно рано в жизни Дон узнал, что чувства любого рода приносят вред или опасность. По мере того как он развивался, его периодические попытки контактировать и вступать в отношения со своими родителями наткнулись на критику, бесконечные нотации или просто отстраненность. К тому времени, когда Дона привели на терапию, его отстраненность была источником тревоги и средоточием нападок его родителей. Терапевтический прием оказался, видимо, успешным благодаря тому, что приписывалась ценность сопротивлению, на которое прежде все время нападали, и благодаря тому, что идея была предъявлена в правдоподобной манере совместимой с его собственным и его родителей научным отстраненным отношением.

Употребление-злоупотребление

Билл был крайне пассивным и по всей видимости благодушным тринадцатилетним ребенком, который все будто бы очень старался угодить. Типичным для него проявлением было подлаживаться к другим, а затем их фрустрировать. Он себя называл "аллергичным ребенком" и умел с большими деталями, но без аффекта рассказывать подробную историю своих аллергий. Он также сообщил, что у него некоторые трудности с чтением и математикой, по которым он занимался с репетиторами. Он не видел в своей жизни никаких настоящих проблем - аллергии лечили медицинским путем, а проблемы с учебой уже решались. Затем он отключился на строительство моделей и починку игрушек, в то же время сохраняя почти полное молчание. На просьбы говорить он кивал, улыбался и отвечал односложно.

Отметив себе его защитную готовность угождать, я начал выдвигать серию разумных требований, на которые он сразу с приятностью ответил согласием, но которые он столь же предсказуемо неизменно не выполнял. Я затем поставил перед ним серию неразумных требований, таких как принести мне на обед бутерброд с ветчиной и сыром. После трех недель рационализаций своего бездействия он появился с обещанным бутербродом. Когда я поднял ставки до бутерброда с бифштексом, он помялся, позаикался и извинился, что он не может выполнить мое требование.

Поскольку Билл продолжал демонстрировать покорность, и в соответствии с его компульсивным желанием все починить и вычистить в игровой комнате, я попросил его принести из дома ведро, швабру и мыло, для того чтобы мыть полы и стены. Он опять благожелательно согласился на словах, но сессию за сессией не держал свое обещание. Я все более раздраженным тоном обвинял его в ненадежности, в фрустрирующем меня поведении, в забывчивости и так далее. По мере того как он отбивался от этой псевдо-атаки путем улыбок, отрицаний и рационализаций, он начал осознавать избыточность требований и жесткость моей роли, и медленно и со страхом начал возражать в эмоциональный манере, более соответствующей ситуации. Он почувствовал себя более комфортно, выражая свою ярость по отношению ко мне тем, что требовал от меня что-нибудь, называл меня жадным дешевым диктатором и так далее. Примерно в это же время родители сообщили мне, что Билл стал дома больше спорить, но сделался более надежен. Из школы также сообщили, что он несколько раз взрывался на сверстников, реже становится козлом отпущения, но чаще оказывается один.

Когда родители узнали о моих немыслимых требованиях и покорной реакции Билла, это позволило помочь им увидеть, что поведение Билла, когда он бездельничает, а время от времени срывается на окружающих, были связаны с его невыраженным сопротивлением на их достаточно жесткие требования и ожидания.

Эту технику можно назвать употребление-злоупотребление сопротивлением в том смысле, что терапевт создает ситуацию, в которой пациент поневоле использует свое защитное сопротивление таким образом, который позволяет пациенту увидеть, насколько его реакция не соответствует ситуации и которая затем позволяет выразить лежащие в основе аффекты.

Приказание

Лес, девятилетний мальчик с очень сильными сопротивлениями, чьи переходы от агрессивности к отстраненности сбивали его родителей с толку, также представлял собой терапевтическую проблему из-за деструктивного и нападающего поведения на сессиях. Когда я лучше понял его крайне противоречивую природу, то во время попыток установить границы я отдал ему приказ вести себя деструктивным образом. За потоком "Кто велел?", "А кто меня заставит?" и так далее он повел себя приятно, но впал в молчание. Я тогда отдал ему прямой приказ сохранять свое молчание, после чего он ударился в серию упреков, возражений и так далее, которые дали важный материал и которые предоставили почву для дискуссии. Позже, когда я приказал ему говорить со мной неприятным тоном и о неприятных вещах, он начал рассказывать о том, как он развлекался на каникулах.

Техника, используемая здесь, приблизительно похожа на "команды" Спотница (1969, с.183), и ее можно сформулировать так: "отдать приказ проявлять сопротивление", в том смысле, что терапевт буквально приказывает пациенту сопротивляться.

Рекомендация

Когда Лес принимался этак неторопливо устраивать беспорядок или мучить домашних животных в игровой комнате, ему говорились: "Может быть, тебе сегодня следует устраивать беспорядок", или "Может быть, сегодня тебе надо помучить морскую свинку". Он еще какое-то время продолжал, а затем обращался к чему-нибудь более конструктивному. Сходно, но менее интенсивно и мощно, чем приказ сопротивляться, в этой ситуации присутствовала рекомендация сопротивляться.

Консультация

В более поздний период сопротивления, когда Лес отказывался продолжать терапию, он упомянул трудное поведение своего братишки. Я сказал что-то вроде: "Может быть, твои родители отправили на терапию не того мальчика - может быть, нам следует использовать это время для того, чтобы разобраться и вылечить твоего брата?". Лес проглотил наживку и описал неприятности своего брата, его динамику, как его следует вводить в терапию и как следует терапию проводить. Собственно говоря, он описал себя, свое собственное состояние и свою собственную терапию. Лес настаивал, чтобы я повидался с его братом. Мы обсудили его возможные сопротивления и как мы с ним можем их разрешить. Он согласился действовать как мой консультант при лечении его брата (см. Strean, 1968). Он должен был взять на себя ответственность за то, чтобы приводить брата ко мне (до этого у его отца были колоссальные трудности с тем, чтобы привести самого Леса), и он должен был ждать, пока я не позову его на консультацию. Он дал понять, что хочет встречаться со мной в офисе, а не в игровой комнате. Последующие встречи обходились без опозданий, агрессивное отыгрывание было сведено к минимуму и терапия велась на более вербальном уровне. Этот прием называется консультацией с пациентом по поводу проецируемого сопротивления, в том смысле, что пациент говорит о своем сопротивлении так, как он видит его у другого, и о том, как его следует лечить.

Контрприказ, отменяющий родительское сопротивление

Восьмилетний мальчик перенес длительную болезнь, страдания и смерть своего отца. Он отказывался обсуждать свою жизнь, избегал сближаться со мной, и в конечном итоге начал убежать, когда подходил час терапии. В течение всего этого времени его мать, которая также находилась в терапии, потихоньку побуждала мальчика отыгрывать, приказывая ему сообщать о своих проступках во время терапевтического часа и надоедая своему терапевту сообщениями о дурном поведении сына. Мать явно была намерена завершить терапию из-за того, что выглядело как незначительность результатов. Отметив глубокую тревогу мальчика и объединенное сопротивление матери и сына, я дал мальчику понять следующее: (1) он должен говорить на терапии только о приятных вещах и делать только приятные вещи; (2) ему не следует менять свое поведение ни к худшему, ни к лучшему и дома, и в школе; (3) то, что он делает первое и второе, поможет его матери в ее терапии. Мальчик охотно, даже с энтузиазмом, приходил на свои сессии, в то время как терапевт периодически напоминал ему говорить только о приятных вещах. Через какие-то три недели мальчик начал удивляться, почему это, похоже, происходит так мало приятных событий, выражать сомнение по поводу требований терапевта и дал понять, что он хочет говорить "о не таких уж приятных вещах". Тем временем поведение мальчика дома и в школе улучшилось настолько очевидным образом, что мать с помощью своего терапевта смогла оценить то, как она держала мальчика в терапевтическом смятении и застое для того, чтобы обеспечить себя сопротивлением на свою собственную терапию.

В этом случае терапевтический маневр состоял в том, чтобы отменить приказ на сопротивление, установленный матерью, и отдать контрприказ о "естественном" сопротивлении мальчика.

Отзеркаливание, или отражение, или имитация

Восьмилетний мальчик, направленный на терапию за плохие успехи в учебе и чрезвычайную зависимость, воспроизводил ту же самую неадекватность, беспомощность и требовательность в терапевтических сессиях. Его постоянное нытье, требование той или иной игрушки, помощи в построении моделей и в поиске новых объектов продолжалось неделями и месяцами. Когда я стал лучше осознавать свое чувство бессилия при попытках справиться с этим мальчиком, я начал вести себя беспомощным и безнадежным образом и просить помощи. Сначала мальчик стал раздражаться неподвижностью терапевта, а затем начал изо всех сил подбадривать и помогать мне, и вскоре уже проявлял в своих действиях самоутверждение и независимость. Как только я выказывал какую бы то ни было компетентность, мальчик приходил к негативной позиции, отодвигался и начинал серию ненасытных требований. Это взаимодействие служило базой для дискуссии о его страхах, что он окажется брошенным, если начнет вести себя независимым образом. Когда его мать в параллельном консультировании отметила резкое снижение требований и истерик у своего сына, ей предложена была мысль отзеркаливать его требования. Когда она отразила одну из его истеричных вспышек, он со смехом воскликнул: "Ты подслушала, что делает доктор Маршалл".

Это было прямое отзеркаливание или отражение защитных сопротивлений. Терапевт просто отыгрывает сопротивление пациента. Отметим, что выбранное для отзеркаливания защитное сопротивление напоминает ту беспомощность, которую переживал сам терапевт.

Обучение

Тринадцатилетний Денни был послан на терапию из-за своей отчужденности от ровесников, и из-за того, что он и с друзьями, и с семьей занимался отыгрыванием в крайне неприятной и отталкивающей форме. Этот очень смысленный мальчик, самыми разнообразными способами пытаясь встряхнуть меня и от меня избавиться, изо всех сил дразнил меня и оскорблял, пачкал все вокруг, отказывался подчиняться и прочими способами вел себя отталкивающим образом. Вначале я сосредоточился на описании поведения Денни, и в то же время попытался вести себя принимающим образом. Денни сказал мне, что я никогда не стану хорошим терапевтом, потому что я чересчур приятный — я недостаточно неприятный. Я признал существование довольно глубокой угрозы, и что в тоже время мне весьма неприятно то, как он себя со мной ведет. Я спросил Денни, не мог ли бы он научить меня быть лучшим терапевтом — быть более неприятным. Денни не только не отказался быть моим ментором, но и согласился написать статью под названием "Принципы неприятного поведения", или "Как быть сущим паршивцем, особо не напрягаясь". Мы потратили несколько сессий на каталогизацию "неприятного поведения". Вообще он обычно вел себя в своей "нормальной" манере, и мы пытались вывести принципы неприятного поведения, например:

Когда Вас просят что-то сделать, скажите "нет".

Когда Вас просят что-то сделать, делайте противоположное.

Задавайте невозможные вопросы типа "А кто говорит, что я должен?".

Хвастайтесь своим величием.

Держитесь так, будто вам все равно.

Положительные изменения в установках и поведении были отмечены в школе и дома. Когда я хорошо научился использовать "принципы", Денни стал хвастаться, что он оказался великолепным учителем, и что он провел свои уроки слишком хорошо, цитируя: "Всегда хвалите себя" и "Никогда не хвалите другого". Он велел мне прекратить практиковать мое неприятное поведение, потому что на самом деле он очень приятный мальчик, просто он меня всю дорогу дурачил. Он попытался вести себя приятным образом, но часто впадал в свою неприятную манеру, что позволяло ему увидеть, насколько автоматическим по качеству является его неприятное поведение.

В этом случае изменение поведения произошло с минимальным поднятием на поверхность личной истории и текущих событий. Возможно, изменение произошло из-за того, что, как было выяснено в терапии родителей, симптомы Денни возникли более в результате семейных конфликтов, чем в результате интрапсихического нарушения.

Эта техника, разновидность "отзеркаливания" и "гипероценки", состоит в том, чтобы добиться, чтобы пациент обучал терапевта защитному сопротивлению. Оказалось, что Денни смог отказаться от своих защитных приемов благодаря тому, что смог идентифицировать и воспринимать их более ясно через терапевта и переживать воздействие своих приемов на других.

Обучение у пациента

Десятилетняя Сью, идентичный близнец, казалась очень тревожной и расстроенной по поводу того, что ее послали на терапию. После начальной сессии, в которой она дала очень ограниченную информацию о себе, она принялась отвечать на все вопросы молчанием, пожатием плеч, "Я не знаю", "Мне все равно", и так далее. Зная, что это девочка, которая сильно страдала от сравнения с ее более талантливой и более привлекательной сестрой-близнецом, и которая была неуверена в своей собственной идентичности, я стал притворяться, что я в огромном восторге от ее "Я не знаю". Я высказал предположение, что бывают моменты, когда чувствовать, что не знаешь, и что все все равно по поводу людей или чувств — это очень ценно. Я доказывал, что у меня такой способности нет, и что я очень сильно страдаю из-за отсутствия этого умения. Я дал ей титул "Королева незнателей" и умолял ее обучить меня, как быть "незнателем". Она ответила, хихикнув: "Не знаю точно", и пожала плечами. Тогда мы занялись составлением каталога всех вербальных и невербальных форм, какими можно сказать "Я не знаю". Она отвечала на множество разных вопросов связанных с ее непосредственным чувственным восприятием, ее памятью, ее чувствами. Она способна была указать время и место, когда она знает, а когда не знает. Мы составили графики процентного соотношения количества "Я не знаю" с разными людьми и состояниями. Когда я начал подражать ей и практиковаться на "уроках", она, казалось, была в восторге особенно, когда я смог ответить "Я не знаю" на один из вопросов ее матери. Тогда я смог подвергнуть сомнению то, что она была идентична со своим собственным сопротивлением, сказав "Я никогда не могу различить, когда вижу тебя, а когда твою сестру". Мы установили тайный код идентичности, чтобы я мог спросить "Как тебя зовут", а она отвечала "Я не знаю". Наконец, когда я спросил ее, до какой степени она не знает себя, она дала понять, что она знает себя "только на двадцать процентов" и хотела бы знать себя намного лучше. В этот

момент она, видимо, была вполне готова исследовать свою жизнь.

В этом случае гипероценка, возможно, сработала из-за того, что терапевт не проявлял обычной реакции на ее неуверенность в себе, склонность отворачиваться и недостаточную продуктивность. Ее родители открыто были обижены отстраненностью девочки. На более глубоком уровне Сью "знала" много вещей, которые она не хотела признавать и не была уверена, что кто-нибудь сможет понять или принять. Гипероценка ее защиты успокоила ее по поводу того, что терапевт не будет вынуждать ее раскрыть свои переживания слишком рано, а отзеркаливание помогло ей увидеть более ясно свою ценность как стимула и свое воздействие на других.

Поставив ее в положение своей учительницы, терапевт ясно показал, что он хочет быть похожим на нее — и что она ему нравится. Каждый раз, когда исследование ее приостанавливалось, мы могли достаточно легко вернуть прежнюю скорость, поиграв в карточную игру "Я не знаю", которую мы создали.

Более точная дефиниция

Все выше приведенные техники: гипероценка, приказание, рекомендация, употребление-злоупотребление, консультирование, отмена приказа о родительском сопротивлении, отзеркаливание и обучение, по-видимому, содержат в себе несколько общих черт:

- (1) Терапевт идентифицирует сопротивление;
- (2) Терапевт сообщает, уверенным и динамичным образом, что он понял, что сопротивление является крайне ценным аспектом структуры характера пациента;
- (3) Терапевт сообщает, что продолжающееся действие защитного сопротивления необходимо для продолжения функционирования индивидуума и что защитное сопротивление будет принято и даже получит поддержку - на него не будут нападать и не пытаться его ломать - пока у человека не появится осознание и сила эго для того, чтобы заменить его паттерном поведения более адаптивным и контролируемым. Присоединение к сопротивлению — это такая техника терапевтической реакции на сопротивление, которая сохраняет защитный механизм, делает его менее автоматическим (ставит его более в рамки контроля эго) и способствует дальнейшему самопониманию.

Обоснование

Четкость формулировки обоснования может играть важную роль в уменьшении сопротивлений через использование подобных техник. Защитное сопротивление происходит в присутствии значимого человека (терапевта) и не подкрепляется родительским откликом, то есть обычно наказанием, неодобрением, выговором или каким-то по видимости негативным откликом. Данный анализ исходит из предположения, что все основные защиты и симптомы в структуре характера, такие как отстраненность, пассивность, враждебность, пассивная агрессивность, зависимость, и так далее, поддерживаются и сохраняются навеки лишь благодаря открытым негативным откликам родителей, сверстников и представителей власти.

У многих детей родители тонким образом подкрепляют симптомы и защиты. Среди тех, кто утверждает, что детей вынуждают отыгрывать бессознательное своих родителей или жертвовать собственным эго для того, чтобы сохранить целостность родителей, сиблингов, или брачные отношения и семейное равновесие, можно назвать Джонсона и Журека (1952) или Лидза (1969). Поскольку терапевт готов принять, и с видимым удовольствием, или даже приказывает делать то же, что является бессознательным требованием родителей, то конфликт и диссонанс внутри ребенка снижается. Ребенок может быть таким, каким его родители бессознательно хотят, чтобы он был. Ребенок рассматривает терапевта как более последовательного и менее требовательного, чем родители. После первого изумления и недоумения возникает очевидное снижение напряжения и часто улыбки, смех или какие-то замечания о том, что терапевт интересный человек. Конечно, по ходу дела ребенок осознает, что терапевт не станет разрушать никаких защитных сопротивлений. Одновременное снижение тревоги затем позволяет наращивать силу эго и вести терапевтическое исследование. Ребенок чувствует, что он может прорабатывать свои проблемы со взрослым, который является более принимающим и разумным, чем его родители. Ребенок пользуется возможностью продемонстрировать и запустить свои защиты в присутствии взрослого человека, который ценит их, приказывает ими пользоваться и даже хочет, чтобы его обучили этим защитами. У ребенка есть возможность критиковать защиту, критиковать принятие терапевтом недостаточно адаптивного поведения и в других отношениях рассматривать себя в более четкой перспективе.

Использование техник присоединения

Для того, чтобы определить подходящую для использования технику, необходимо знать динамику семьи. Если, как в случаях описанных Лидзом, симптомы ребенка буквально

держат семью в равновесии, никакая техника, ведущая к снижению симптомов или изменениям, не может быть использована.

Еще одно условие при использовании техник присоединения с детьми и подростками — это чтобы родители проходили консультирование. Иногда техники приводят к неожиданным результатам. Или симптомы могут исчезнуть слишком быстро, и родители могут забрать ребенка из терапии досрочно; или ребенок может рассказывать престранные истории о приемах терапевта, тем самым подвергая опасности продолжение терапии, и так далее.

Техники присоединения могут также использоваться, когда ребенок ощущает ситуацию терапии как очевидную угрозу или испытывает в ней крайнюю тревогу. Выбор техник присоединения может быть продиктован контрпереносом или вызван контртрансферными чувствами терапевта. Например, индуцированное чувство беспомощности может навести на мысль вести себя беспомощным образом или сильным и авторитетным образом.

Техники присоединения, по-видимому, требуются, когда становится очевидным сопротивление терапии, и обычные техники, похоже, не оказывают воздействия.

Вполне может быть, что техники присоединения более подходят для использования при определенных видах нарушений. В предложенных случаях и в практике автора техники присоединения использовались, когда не было никакой вербализованной тревоги, и центральным оказывалось использование отрицания, проекции и всеохватывающего вытеснения. Возможно, как предполагают Спотниц (1969), Славсон (1970) и Кнопфмахер (по личному сообщению), "техники присоединения" могут применяться с нарциссическими нарушениями, для которых традиционные психоаналитические техники не проявили себя так, как они показали себя при невротических нарушениях.

Наконец, использование техник присоединения не является самоцелью, а лишь средством для того, чтобы способствовать терапевтическому процессу в целом.

ССЫЛКИ

... 17 работ.

"Техники присоединения" в терапии проявляющих сопротивление детей и подростков.

Обоснование с позиций теории обучения

Роберт Дж. Маршалл, Йорктаун Хайтс, Нью-Йорк

Несколько клинических виньеток иллюстрируют типы сопротивления у детей и подростков: пожимающий плечами, молчаливый ребенок, розовые очки, недоверчивый подросток, обманщик, меняющий правила, бросающий предметы. Демонстрируется несколько техник присоединения, таких как гипероценка, обучение терапевта, прямые приказы и отзеркаливание. Результатом является снижение тревоги, возможность усиления эго и помощь процессу терапии. Теоретические рамки для этого подхода предоставляет модель конфликта по Нилу Миллеру.

По-видимому, существуют определенные формы поведения, проявляемые детьми при терапии, которые обычно индуцируют неконструктивные контртрансферные реакции у терапевтов. Эти формы поведения могут отражать крупные характерологические защиты и сопротивления, но могут также представлять собой временные стадии в терапии. Если их не видеть в правильной перспективе и не обращаться с ними соответствующим образом, терапия может затягиваться, оказывается неполной или заканчивается раньше времени.

Эта статья описывает типичные трудные паттерны сопротивления, которые "заставляют терапевта лезть на стенку" и являются источником клинических анекдотов, иллюстрирующих способы справиться с этими паттернами при помощи "техник присоединения". Эти техники, как правило, сопровождают, поддерживают или активно укрепляют защитные сопротивления в интересах снижения тревоги и помощи терапевтическому процессу.

Существует общая предпосылка, что психотерапия идет в основном через значимые вербализации ребенка. Основной целью, следовательно, является помочь ребенку пройти через свои сопротивления к тому, чтобы говорить о собственной жизни. Эти техники достаточно широко обсуждались в работах Спотница (1), Маршалла (2, 3), Марии Нельсон (4) и Стрина (5). Более того, работы Эриксона (6), Хейли (7), Франкля (8) и Вацлавика Бивина и Джексона (9) описывают сходные подходы, но с иных теоретических позиций. Основной вклад этой статьи заключается в том, что она дает обоснование с позиций

теории обучения для техник, обычно используемых в психоаналитической сфере.

Пожимающий плечами

Десятилетнего Джеффа направили из-за необщительности, пассивно-агрессивного младенческого поведения и нежелания заниматься в школе. Джефф, ребенок, зачатый до брака, вызывал у матери индифферентное, почти небрежное отношение, но мягкий, более чувствительный отец о нем заботился.

На начальной сессии Джефф отвечал на мои вопросы: "Я не знаю", или: "Я не помню", с соответствующими мычаниями и движениями головы и плеч. Я указал на то, что у него явно большой талант ничего не знать, а когда узнает, он умеет это забыть. Я спросил его, не согласится ли он помочь мне с одной проблемой. Он ответил мне пожатием плеч и любопытствующим взглядом.

Я сказал ему, что в моей голове ужасный беспорядок, от которого я хочу избавиться, и что если бы я мог избежать того, что узнаю столько фактов, или умел бы забывать эту путаницу фактов, я бы очень это оценил. Я также сказал ему, что через четыре недели я еду в отпуск, и необходимо работать над проблемой сейчас, чтобы я мог получить от отпуска удовольствие. Я добавил, что, может быть, он сможет мне помочь избежать того, что люди приходят ко мне с проблемами вне моей практики. Я умолял его помочь мне выработать "Правила незнания". Его первым откликом было: "Я не знаю, могу ли я вам помочь". Я использовал этот ответ как базу для первого правила: "Когда кто-нибудь просит помощи, скажите 'Я не знаю, могу ли я вам помочь' ". Я подтвердил верность его утверждения, указав, что как терапевт я часто попадаю в беду из-за того, что я не всегда соблюдаю это правило. Когда я задал ему еще несколько вопросов, он отвечал своим типичным: "Не знаю", пожатием плеч или молчанием. Я заносил в список каждый из его ответов как действенные правила "незнания". В течение следующих одной-двух сессий мы выработали еще несколько правил, в основном в результате того, что я задавал вопросы, наблюдал, как он ответит, и описывал это словами. Некоторые из правил получились такие: зевайте; побольше смотрите на часы; думайте о другом месте или желайте там оказаться; будьте беспокойны; имейте такой вид, как будто вам неинтересно; чертите круги и закорючки; напевайте себе под нос; задремывайте. По ходу дела я хвалил его за его вклад и объяснял, как каждое из этих правил мне будет помогать, чтобы я мог ничего о человеке не узнать. Он явно был очень позабавлен и стал более разговорчивым, когда я попросил у него и получил разрешение попрактиковаться с ним на эти правила.

Когда я вернулся из отпуска, я поблагодарил его за его указания и правила и сказал, что они оказались полезными для того, чтобы избавиться от беспорядка у меня в голове и помешать тому, чтобы снова начался беспорядок. Я отметил, что не обращать внимания и не интересоваться людьми, похоже, оказалось ключевым моментом в том, чтобы избежать путаницы.

Я спросил его, как он провел лето, и спросил, что мы с ним будем делать с этим часом; он прибег к своему обычному выражению равнодушия. После некоторого молчания он начал слоняться по комнате. Я спросил его, не возражает ли он, если я кое-что сделаю. С его разрешения я начал раскладывать пасьянс. В ответ на мои вопросы Джефф сказал, что он об этой игре ничего не знает. Однако, когда я "перестал обращать на него внимание" и увлекся своей игрой, Джефф подошел ближе, начал говорить мне о возможных ходах и делать ходы за меня. Я сидел сосредоточенный на игре, а он начал рассказывать мне о новой машине, которую купила семья. Каждый раз, когда я проявлял хоть какой-то интерес к его словам, он обычно затихал. В последующие сессии мы играли в игры, требующие вербализаций, но которые оставались в области фантазий или не требовали личных признаний, или очевидных взаимных контактов.

Терапевтическая стратегия возникла из того, что терапевту было известно, что Джефф отвергнул мать, а из индуцированного контртрансферного опыта терапевта, что Джефф отвергает его самого. Джефф идентифицировался с отвергающей матерью и избегал ситуации, в которой его могли бы отвергнуть. Мое внешнее "отсутствие интереса" со скрытой заботой восстановило внутри него исходную травматическую ситуацию, но выраженную таким образом, что он мог с ней справляться.

Молчаливый ребенок

Десятилетнего Дэвида направили из-за негативистического, возбужденного и деструктивного поведения дома и тревожного, необщительного поведения в школе. Дома, по сути, не разрешалось никакой вербализации чувств.

В первые шесть месяцев терапии Дэвид продвигался адекватным образом в том смысле, что он до какой-то степени смог говорить о ситуации в своей семье и школе. Однако, подойдя к задаче обсуждения имеющихся отношений к делу чувств, он становился совершенно необщительным и потом в течение длительного периода времени хотел только строить игрушечные модели. Однажды он принес мне свой школьный табель.

Большинство учителей указывали на его ограниченную способность к вербализации, но один учитель отметил, что Дэвид, по сути, не имеет никакого контроля за тем, что говорит. Он рассматривал это последнее как проблему и согласился работать над ней со мной. В качестве первого шага я указал, что ему вообще не следует говорить на сессиях. Он очень оживился, задал мне множество вопросов, стал возражать и жаловаться. Я объяснил ему, что научившись контролю и попрактиковавшись в нем со мной, он сможет лучше контролировать себя в школе. Я оставил ему привилегию писать на доске и указал, что я могу в ответ тоже писать или говорить. Сессии состояли из того, что каждый из нас строил свою модельку, пока не нарастет фрустрация, и тогда он начинал писать на доске. Наконец он дал понять, что хотел бы говорить. Когда я спросил его, почему он хочет говорить, он очень удивился и честно не мог найти ответ. Я сказал ему, что я нахожу, что удобнее не говорить. В этот момент он вдруг "нашел" марионеток, и затем он разыгрывал и проговаривал очень много семейных конфликтов. Этот опыт привел к прорыву, потому что вслед за ним он четко попросил меня выделить ему время для того, чтобы говорить, приводя соответствующие причины. Вначале мы договорились посвящать говорению только часть нашего времени. Это подход, сходный с подходом "научиться назло" у Кестена (10).

Терапевтическая стратегия была основана на факте фрустрирующего молчания на сессиях и на осознании, что родители запрещали вербализацию эмоций. Когда я "приказал" ему использовать свое защитное сопротивление - молчание и "отзеркалил" его в своем собственном молчании, то он, по-видимому, начал бороться против того, чтобы использовать свое сопротивление, и перестал беспокоиться, буду ли я уважать эту его защиту.

Ребенок в розовых очках

Кора была изолированным девятилетним ребенком, крайне доминирующим над окружающими путем прямых требований, испуганного нытья, бесконечных просьб и цепляния. Присутствовал значительный элемент скрытой вины, тревоги и депрессии, связанный с тем, что она была удочеренной, и с тем фактом, что в течение четырех недель она была отделена от матери в возрасте одиннадцати месяцев. Основной динамической проблемой являлась проблема симбиоза матери-ребенка.

Поскольку она чувствовала опасность для этого симбиоза, она боялась говорить, боялась, что я узнаю, что она дефектна, и буду сталкивать ее с ее отодвигаемыми чувствами. Кора поддерживала поверхностную очаровательную беседу, которая наполовину состояла из фантазий, наполовину из реальности. Она отклоняла любые мои попытки создать с ней эмоциональный контакт. Она представляла себя, свою семью и друзей в приятном благоприятном свете. Когда она говорила более положительно о том, как хорошо идет ее жизнь, и сколько она получает от жизни удовольствия, я чувствовал, что она уходит все дальше от своих реальных чувств, удваивая собственные защитные усилия. Я сказал ей, что из всех детей, каких я когда-либо знал, у нее, похоже, больше всего бывает удовольствий. Она, по-видимому, очень обрадовалась этому комментарию и начала смеяться, когда я спросил ее, не могу ли я называть ее "принцесса радости и удовольствий". Я сказал по сути дела "Ты получаешь удовольствие в ситуациях, когда другие дети, которых я вижу, несчастны. Не хочешь ли ты помочь мне, объяснить мне, как ты умудряешься получать удовольствие, так чтобы, может быть, я мог бы сказать другим детям, как они могут получать удовольствия?". Когда она с радостью согласилась, я предложил ей говорить только об "удовольствиях", а я буду делать список под названием "Как получать удовольствия". Она начала перечислять:

1. Найдите дома, где живут дети, и ходите туда в гости с вашей мамой;
2. Пригласите домой ребенка, спросите ее, во что она любит играть, и по очереди придумывайте игры;
3. Вступите в скаутскую организацию для девочек, и так далее.

За несколько недель я составил список примерно тридцати видов деятельности, которые были "удовольствием". В течение этого времени она довольно много рассказала мне о своей жизни, хотя и не очень сознательным и интегрированным образом. Когда у нее начали кончаться темы, она сказала: "Я устала рассказывать вам только хорошие вещи. Вы знаете, что плохие вещи тоже бывают?". Отражая ее собственную осторожность, и в контексте нашего соглашения, я предложил сделать список таких вещей, которые могут делать детей несчастными, и мы тут же отправились в мир чувств, которые она держала скрытыми от меня и от себя.

Мать, которая ходила ко мне на консультирование, в это время рассказала о значительных положительных изменениях в отношении Кору и поведении ее с друзьями и в школе, которые предполагали уменьшение симбиотической связи. Мне следует добавить, что консультируя мать, я обычно указывал ей, что она должна не поощрять независимые поступки Кору, а подвергать их сомнению. Когда Кора уверилась, что ее мать хочет поддержать симбиоз, она смогла отодвинуться от матери. В какой-то момент, когда стало очевидно для матери, что Кора от нее отделяется, у матери появилось заболевание

желудка, которое диагностировали как "латентную язву". По мере того, как я становился все более важным для Кори и для ее матери, процесс индивидуации стал проходить более гладко.

Все более отчетливо понимая что я выключен из жизни Кори, и испытывая дисфорию в связи с этой ситуацией, я смог связать свои чувства с ранним отделением Кори и с ее отчаянной потребностью сохранять симбиотическую связь с матерью. Поэтому я принял участие в ее защитном сопротивлении и признал его ценность, для того чтобы укрепить его, пока она не почувствует себя в достаточной безопасности, чтобы справиться с лежащим в основе дистрессом.

Недоверчивый подросток

Сэм, четырнадцатилетний мальчик из семьи верхнего среднего класса, был направлен ко мне за кражи в магазинах, плохую учебу и безответственное поведение. Он приходил на терапию только потому, что это было условием его досрочного освобождения. Он заваливал меня сопротивляющимся поведением в диапазоне от отрицания, что он вообще что-то сделал, до отказа отвечать на вопросы. Он просто чувствовал, что ему не место у меня в офисе, но скоро понял, что он вынужден ко мне ходить, пока суд не снимет приговор. Он дал понять, что все, что ему от меня нужно, это справка отвечающему за него сотруднику правоохранительных органов о том, что он посещает сессии. Я спросил его, не хочет ли он в назначенное для него время сидеть в комнате ожидания. Он сказал, что эта мысль ему не нравится, потому что там его могут увидеть другие люди. Он согласился сидеть в моем офисе в одиночку. Тогда я спросил его, можно ли мне в это время принимать в другой комнате другого пациента. Он спросил меня, ожидаю ли я, что он при этом заплатит. Когда я сказал "разумеется", он проснулся и начал меня бранить за то, что я обманщик, мошенник и лжец. Когда я спросил его, почему собственно мне нельзя быть обманщиком, мошенником и лжецом, он ударился в моралистическую тираду, которую завершил словами "Я не могу тебе доверять!".

Т: А зачем тебе мне доверять?

П: Если ты терапевт, ты должен быть достоин доверия.

Т: А почему бы мне с тобой не быть недостойным доверия?

П: Ну, когда-нибудь у меня может быть проблема, и я могу захотеть ее обсудить.

Он настаивал на том, чтобы я присутствовал, и описывал, как я должен себя вести. Он все больше и больше заинтересовывался мной и собой, и терапия прогрессировала самым удовлетворительным образом.

Моя роль в описанном столкновении была прямым отзеркаливанием или отражением манеры поведения Сэма. Поразившись сходству между мной и собой, он, возможно, почувствовал, что я не буду делать слишком рано ничего такого, что бы шло вразрез с его потребностью не доверять другим людям.

Обманщик, меняющий правила

Девятилетний пограничный мальчик, страдающий энурезом, энкопресом и заметно плохо учившийся в школе, был старшим ребенком в семье. Он чувствовал себя обманутым матерью каждый раз, когда рождался следующий из троих детей. Отец его был консультантом по менеджменту и был хорошо известен как властный и умный специалист по ведению переговоров. Он обычно игнорировал ребенка и в тоже время жестко ожидал образцового поведения.

После какого-то периода рассказов о своих психотических фантазиях Джон уперся перед следующими сессиями и приходил только в том случае, если ему можно было играть в игры. Во всех играх он изо всех сил соревновался и когда не мог выиграть, то менял правила для того, чтобы добиться себе преимуществ. По мере того как у меня нарастала фрустрация и раздражение, я обычно указывал ему на природу его поведения, а он его отрицал. Подумав о том, что нужно учесть его скрытую ярость и страх потери контроля, а также его динамику, я сказал ему, что то, что он все время меняет правила, заставляет меня все время быть начеку, делает игры более интересными, и что он "король творцов правил". Он, похоже, был очень доволен, но изменил и расширил свои попытки выиграть. Он демонстрировал множество способов обманывать, мошенничать и манипулировать. Опять вместо того, чтобы жестко ловить его на том, что он применяет такие приемы, я сказал ему, что я восхищаюсь его способности выигрывать - во что бы то ни стало. Он ответил на это: "Ага, хорошие ребята приходят последними!", — то есть великолепно подытожил свою философию жизни. Я указал на то, что мне тоже нравится выигрывать и спросил его, не будет ли он так добр, научить меня всем своим способам, как быть первым. Он согласился с тем условием, чтобы я не использовал его приемов против него, кроме как в настоящих играх. Мы потратили много недель, играя в разные игры, в которых он пытался выиграть, и выводили и каталогизировали "Джоновы правила выигрывания". Вот некоторые примеры этих правил:

Если проигрываешь, затягивай игру.

Если выигрываешь, укорачивай игру.

Когда подсчитываешь очки, делай ошибки в свою пользу.

Когда тебя на этом ловят, притворяйся тупым, или обвиняй другого в том, что он рехнулся.

После нескольких месяцев вышеупомянутой деятельности он смог обсудить конкурентную ситуацию в семье и выразить свою убийственную ярость от того, что не он там "номер один". Тем временем симптомы сделались слабее, а школьные оценки улучшились. Обнаружив, что меня ставит в тупик, фрустрирует и приводит в ярость поведение Джона, я смог оценить его собственное скрытое чувство, связанное с недоступностью обоих родителей. По сути дела, я повел себя таким образом, который был противоположен моим исходным чувствам. Я присоединился к нему, вместо того чтобы пытаться его обыграть, когда начал восхищаться его махинациями. Я перестал нападать на его защитные маневры и оценил их вплоть до того, что попросил его обучить меня своим защитами.

Ребенок, меняющий правила

Шестилетний аутичный мальчик, с которым было невозможно справиться, практически невербальный, проводил свои сессии, бросая игрушки и кукол, обычно в мусорные корзинки и из окон. В этом виде деятельности он воссоздавал многочисленные случаи, когда его отправляли в больницу с разнообразными болезнями на протяжении всего его детства. Он также вновь разыгрывал те чувства, когда его выбрасывали из семьи и покидали. На самом деле у его матери бывало сильное желание от него избавиться. В какой-то момент, когда он в неконтролируемой ярости начал уничтожать предметы, я твердо сказал: "Прекрати выбрасывать вещи, или я выброшу тебя". Он замер на месте, выглядел испуганным, бежал мое лицо глазами, медленно начал улыбаться, и мы оба засмеялись. Он радостно начал распевать: "Я тебя выбрасываю". Именно после этой сессии мать отметила, что Джералд начал вербализовать и стал более склонен к сотрудничеству.

Признав, что моя собственная нарастающая ярость в адрес Джералда конгруэнтна его собственной ярости и ярости матери, я смог выразить свою ярость, свою склонность его выбросить, и отразил его ярость таким образом, который показал, что я мог быть похож на него и его мать, но без катастрофических последствий. Взаимный смех выразил тот факт, что и он, и я обрели впервые ощущение, что мы овладеваем трудной общей проблемой.

В этих случаях присутствуют несколько общих деноминаторов:

1. Они представляют собой поведение, которое обычно индуцирует "негативные" чувства и поведение у терапевта. Обычные чувства — это фрустрация, заброшенность, гнев и вина.
2. Эти чувства обычно были эндогенны для ситуации терапии, то есть они обычно представляли собой чувство пациента к терапевту и к более ранним объектам или ранние травмирующие чувства родителей к пациенту.
3. Терапевтическая стратегия была основана на понимании индуцированных контртрансферных чувств.
4. Ни в одном случае провоцирующее поведение (обычно значимое защитное сопротивление) не интерпретировалось, не анализировалось, никак иначе не подвергалось сомнению или нападению.
5. Ответом терапевта на провоцирующее поведение были техники присоединения, в которых защиту пациента высоко ценили.
6. Терапевтическая интервенция вызвала снижение тревоги и отказ от защитного поведения, постепенное исчезновение симптомов и прогресс в терапии в том смысле, что пациент больше говорил о личном аффективном материале.

Обоснование

Миллер (11, с.205-6) предлагает ряд постулатов или посылок, выведенных из изучения животных, из которых он выводит гипотезы, которые в свою очередь проверены на предмет верификации. Эти постулаты для целей данной статьи выражены в психоаналитических терминах.

А. "Тенденция приближаться к цели усиливается по мере приближения субъекта к ней. Это применение принципа Халла о градиенте цели, и будет называться Градиент приближения".

Выражаясь в психоаналитических терминах, сила влечения (импульс ид) есть функция от близости к его удовлетворению.

В. "Тенденция избегать вызывающего страх стимула усиливается по мере приближения субъекта к нему. Это распространение общей идеи градиента подкрепления на избегание обучения. Он будет называться Градиентом избегания".

Выражаясь в психоаналитических терминах, сила защитного сопротивления является функцией близости человека к вызывающему страх или тревогу объекту.

С. "Сила избегания возрастает быстрее по мере приближения, чем сила приближения. Иными словами, Градиент избегания дает более крутой график, чем Градиент приближения. Эта новая предпосылка необходима для того, чтобы объяснить поведение, при котором часть пути проходится, а затем субъект останавливается".

Выражаясь в психоаналитических терминах, сила защитного сопротивления возрастает быстрее, чем влечение, по мере того, как человек приближается к конфликтному объекту. Кроме того, сила защитного сопротивления снижается быстрее, чем влечение, по мере того, как человек отодвигается от конфликтного объекта.

Эта предпосылка объясняет те факты, что в конфликтной ситуации (1) пациент по определению не достигает цели; (2) находясь достаточно далеко от цели, пациент начинает двигаться в ее направлении.

Д. "Сила тенденций приближаться или избегать варьируется в прямом соотношении с силой влечения, на которой они основаны. Иными словами, усиление влечения поднимает крутизну всего градиента. Эта предпосылка необходима для того, чтобы объяснить тот факт, что более сильный шок останавливал животных, в то время как более слабый не останавливал, а также для того чтобы объяснить интуитивно ожидаемый результат, что более сильный шок понадобится для того, чтобы остановить более голодных животных. Эта предпосылка явилась особым случаем общего представления, что сила реакции варьируется в зависимости от соответствующего влечения".

В психоаналитических терминах, сила влечений и защитных сопротивлений может быть разной.

Е. "Ниже асимптоты обучения увеличение количества подкрепленных попыток будет увеличивать силу тенденций к подкрепляемой реакции".

В психоаналитических терминах, терапевт может наращивать силу влечений и защитных сопротивлений.

Рисунок 1. {Градиент влечения пересекает градиент защиты-сопротивления, причем ближе к цели — выше защита, а дальше от нее — выше влечение.}

Простое графическое изображение конфликта. Влечение сильнее вдали от вызывающей страх цели, в то время как защитное сопротивление сильнее вблизи цели. Находясь вдали от цели, человек будет приближаться к цели, а затем остановится. Находясь близко от цели, он будет удаляться от цели. Он будет склонен действовать в области, где градиенты пересекаются. Следует отметить, что градиенты представлены на диаграмме прямыми линиями. Есть вероятность, что градиенты на самом деле являются сложными кривыми, но которые, тем не менее, сохраняют свойство, описанное на данной схеме.

Цель, вызывающая страх, определяется как мысль, аффект или воспоминание, которое не находится в пределах осознания человека (бессознательны). Близость и удаленность от вызывающей страх цели являются абсолютно субъективными конструктами данного человека, которые терапевт должен понять.

Ф. "Когда две несовместимых реакции находятся в конфликте одна с другой, будет иметь место более сильная".

Выражаясь в психоаналитических терминах, когда влечение и защитные сопротивления находятся в конфликте, проявляться будет то, что окажется сильнее.

Следующий анализ основан на экспозициях Миллера (11 - 13). Определенные утверждения могут быть выведены из приведенных выше предпосылок.

Пациент должен приближаться к цели, затем останавливаться из-за индуцируемой тревоги. Пока градиент защитных сопротивлений ниже, чем градиент влечения, пациент может двигаться к своей цели, без какой бы то ни было тревоги. По мере того, как он приближается к цели, и градиент влечения становится выше, чем градиент защитного сопротивления, переживается тревога, и пациент вновь удаляется в область пересечения градиентов. Опираясь на той стороне пересечения, которая ближе к цели, существует вероятность создать больше патологического защитного сопротивления, включая отказ от терапии (рисунок 1).

Рисунок 2. Показано изменение уровня тревоги как функция смены влечения, при константности защиты-сопротивления. {две наклонные параллельные линии - градиенты влечений - X и Y пересекает градиент защиты-сопротивления; тревога - точка пересечения - выше, если градиент пересекает верхнюю линию X — более сильное влечение.}

Рисунок 2 показывает, что повышение высоты градиента влечения от Y к X (нарастание силы влечения), должно сдвинуть точку конфликта ближе к вызывающей страх цели и поднять уровень тревоги от Y до X. В терапии этого можно добиться сознательным или

бессознательным одобрением или поощрением терапевтом достижения инсайта, переживания аффекта или достижения внешних целей. Например, терапевт может делать интерпретации или проявлять нетерпение от того, что достигается недостаточно терапевтического прогресса. Конечно, влечение можно усилить внешними фактами, такими как самомотивация или давление значимых людей. Предполагая, что терапевт может усилить влечение к объекту, делаем второй вывод, что когда пациент двигается в направлении цели, количество тревоги будет увеличиваться независимо от возрастания силы защитного сопротивления. Этот вывод виден из Рисунка 2.

Рисунок 3. Показано изменение уровня тревоги как функция смены защиты-сопротивления, при константности влечения. {две наклонные параллельные линии - градиенты защит-сопротивлений А и В - пересекает градиент влечения; тревога - точка пересечения - выше, если градиент пересекает верхнюю линию В — более сильное сопротивление.}

Из Рисунка 3 мы видим, что когда влечение является постоянной величиной, нарастание защитного сопротивления снижает уровень тревоги.

Именно этот последний вывод является опорой для нашего обоснования того, чтобы поддерживать, усиливать или присоединяться к защитным сопротивлениям. Верно, что этот процесс отодвигает пациента дальше от цели, но снижение тревоги пациента и снижение негативного аффекта у терапевта могут дать достаточно сил обоим для того, чтобы продолжать работу с большей легкостью.

Миллер (13) уже отмечал, что снижение градиента избегания вместо повышения градиента приближения является более желательным методом. "Я уверен, что это является причиной, почему при работе с тяжелыми конфликтами обычно лучше вначале сосредоточиться на снижении страха мотивирующего избегания, вместо того чтобы пытаться усилить влечения, мотивирующие приближение. Психоналитики описывают эту стратегию как анализ сопротивлений" (стр.4). Как можно видеть из графиков, значительно меньше тревоги на единицу приближения к цели индуцируется путем снижения сопротивлений. Кроме того, "хаотическая ситуация", создаваемая дикими интерпретациями, легко прослеживается на графиках.

Другой вывод — это, что снижение влечений снижает количество тревоги. Техники присоединения имеют тенденцию снижать мотивацию к достижению цели, переживания конкретной мысли, аффекта или воспоминания или достижения любой цели, когда пациент впадает в сопротивление. Например, в случае Дэвида сама мысль о том, чтобы говорить, вызывала только противодействие, пока не было создано достаточной силы эго. И, конечно же, вся идея отражения или отзеркаливания освобождает пациента от какой бы то ни было необходимости изменяться в данный терапевтический момент.

Поэтому эффективность техник присоединения базируется на одном основном принципе - снижение тревоги. Эта цель особенно важна для людей с тяжелыми нарушениями, которые боятся терапевтической ситуации или имеющими и то и другое. Когда уровень тревоги достаточно низок, когда сила эго подкрепляется, и когда толерантность к тревоге возрастает, то могут быть применены более традиционные методы и техники.

Summary

Несколько клинических виньеток иллюстрируют типы сопротивления у детей и подростков: пожимающий плечами; молчаливый ребенок; розовые очки; недоверчивый подросток; обманщик, меняющий правила; бросающий предметы. Демонстрируется несколько техник присоединения, таких как гипероценка, обучение терапевта, прямое приказание и отзеркаливание. Результатом этого являются ограничение тревоги, укрепление силы эго и продвижение терапии. Конфликтная модель Нила Миллера предоставляет теоретическую базу для данного подхода.

Литература

... 13 работ.

Роберт Дж. Маршалл, Ph.D.

Контрперенос в психотерапии детей и подростков

1. Литература.

Недостаток литературы

Весьма характерная черта в области контрпереноса по отношению к детям и подросткам — это ограниченное количество литературы. Из двухсот семидесяти ссылок по контрпереносу, которые выпадают в результате электронного поиска по абстрактам

американской психологической ассоциации от 1967 до 1976 года, только десять ссылок - шесть из которых были в иностранных источниках - относились к детям или подросткам. Библиография по обучению детской психиатрии (The Bibliography for training in Child Psychiatry, Berlin, 1976) содержит 19 наименований. Почтенное Психоаналитическое изучение ребенка (Psychoanalytic Study of the Child) дает десять наименований в индексе за 25 лет. Три издания Индекса психоаналитических статей (Index of Psychoanalytic Writings) цитируют только семнадцать наименований от 1900 до 1969 года. Обзор тематических индексов в книгах по детской терапии показывает, что контрпереносу уделялось чисто номинальное внимание.

Несколько авторов также отметили относительный недостаток внимания к контрпереносу. Морис Грин (Green, 1972) говорит об "отсутствии внимания", как и Крайст (Christ, 1964), и Акарет и Стокхаммер (Akaret & Stockhamer, 1965), в отношении поздне-подросткового периода.

В докладах и на конференциях внимание точно также традиционно сосредоточено на темах, не касающихся чувств терапевта.

Отсутствие внимания как отражение контртрансферных проблем

Корман и др. (Kohrman et al, 1971) также признают, что "мы о таких вещах не говорим", но дают великолепный анализ лакуны. Взяв исторический и культурный аспект, Корман и др. показывают, что первые детские аналитики были специалистами в области образования, которые привыкли иметь дело с детьми из низших слоев общества. Исходя в своем функционировании из учительских приемов, преподаватели-аналитики подчеркивали потребности роста через обучение, оберегание, заботу, и передачу культурных ценностей. Собственная предыстория терапевтов ориентировала их на то, чтобы функционировать как реальные объекты, чтобы вырабатывать позитивный перенос и обеспечивать "дающие" отношения. Эйххорн (Aichhorn, 1935, 1964) представляет собой хороший пример одного из таких ранних специалистов, функционирующего и как преподаватель, и как психоаналитик. Также как, согласно Блосу (Blos, 1974), и Берта Борнштейн, которая работала в качестве Försorgerin (сочетая некоторые обязанности социального и благотворительного работника).

Другой фактор, который, возможно, отвлекал ранних детских терапевтов от того, чтобы выработать понятие контрпереноса, было заявление Анны Фрейд (Freud A., 1955) в 1926 году, что "невроз переноса" не может быть установлен у детей, хотя она допускала, что могут иметь место "трансферные реакции". Сорока годами позже Анна Фрейд (1965) пересмотрела свою позицию, признав, что "невроз переноса" может иметь место, но во всех отношениях не равный тому, какой бывает у взрослых. Аббейт (Abbate, 1964), Ван Дам (Van Dam, 1966) и Казузо (Casuso, 1965) предоставили отчет о дискуссиях по этому вопросу.

Анна Фрейд (1955) утверждает также: "... негативные импульсы по отношению к аналитику... по сути своей неудобны, и с ними следует разобраться как можно скорее. По настоящему плодотворная работа всегда происходит при позитивной привязанности". Это утверждение могло привести к тому, что вина и тревога вырабатывались у тех терапевтов, которые обнаруживали, что находившиеся под их попечением имеют привязанность отнюдь не "позитивную". И странное невнимание к явлениям контрпереноса, как у Анны Фрейд, так и у Мелани Кляйн, возможно, удержало менее отважных терапевтов от формального исследования.

Препятствие или инструмент

Во взрослом психоанализе изменения от рассмотрения контрпереноса как препятствия к использованию его в качестве мощного способствующего средства прослежены Файнером (Feiner, 1977), Иссахаровым (Issacharoff, 1976) и Эпштейном (Epstein, 1977). В области детской терапии не наблюдалось того же самого стойкого курса на исследование и использование контрпереноса. Среди детских аналитиков Борнштейн (Bornstein, 1948), по-видимому, была первой, кто определил некоторые из фактов, которые ограничивают эффективность терапевта. Она перечисляет непредсказуемость ребенка, его высоко заряженные аффекты, его нарциссизм и близость того, что он продуцирует, к бессознательному. Лебовичи (Lebovici, 1951, 1959, 1970) давно и последовательно писал о понимании опасностей контрпереноса не только для ребенка, но и для родителей. Славсон (Slavson, 1952) обычно рассматривал проблемы контрпереноса в терминах типов личности терапевта. Например, он изображает "негативного" терапевта, чей гнев и неодобрение проистекают от его идентификации с позицией своих собственных родителей по отношению к нему, и от отвержения своего собственного детства.

Журек (Szurek, 1950) видел идентификацию с ребенком как средство к тому, чтобы способствовать отыгрыванию. Рубинштейн и Левитт (Rubenstein & Levitt, 1957)

предостерегали от чувств терапевта к отцу ребенка. Кордей (Corday, 1967) подробно описывал опасности контрпереноса у терапевта-мужчины при работе с девочками пубертатного возраста. В последнее время Пирсон (Pearson, 1968), Френд (Friend, 1972) и Мастерсон (Masterson, 1972) признали важность контрпереноса, но по-прежнему склонны изображать его как препятствие, которое должно быть преодолено супервизиями или личным анализом. Маршалл (1978) обнаружил, что контрперенос является центральной проблемой при терапии делинквентных подростков особенно из-за того, что могут быть необходимы контакты с семьей, школой и судебными инстанциями.

Рассматривая контрперенос более утилитарным образом, Кольм (Colm, 1955) по-видимому, первый предположил, что контрперенос есть средство, необходимое для исследования межличностной сферы. Винникот (Winnicott, 1949) открыл шире спектр тех аффектов, о которых можно говорить детально и индивидуально с каждым. Проктор (Proctor, 1959) говорил подробнейшим образом и об опасностях, и о способах использования контрпереносных реакций в терапии подростков с нарушениями характера. Холмс (Holmes, 1964) дает тонкую дискуссию по активному использованию индуцированных чувств при терапии подростков, в то время как Крайст (Christ, 1964) открыто описывает свой сексуальный перенос-контрперенос с психотической девочкой, подчеркивая скорее приватный и личный характер его чувств, нежели их патологическую сторону. Корман и др. (Kohrman et al., 1971) предлагает прекрасное уравновешенное обсуждение активного использования и опасностей контртрансферных явлений. Книга Стрина (Strean, 1970) также дает более позитивную точку зрения на контрперенос. Маршалл (1976) высказывает мнение, что контртрансферные чувства предоставляют ключ к анализу сопротивлений детей и подростков. Джiovаччини (Giovacchini, 1974), отмечая, что восстановление инфантильных воспоминаний и травматических детских событий сегодня редки, полагает "что эти трансферно-контртрансферные реакции, если обращаться с ними правильно, превращаются в событие, которое эквивалентно снятию инфантильной амнезии" (стр. 282).

"Этого слишком много бывает "

Многие авторы придерживаются теории, что "этого бывает слишком много", которая предлагает парадоксальное объяснение, почему контрпереносу не уделяется внимание. По-видимому, подавляющее чувство вины, неадекватности и тревоги лежит в основе отношения многих терапевтов к их пациентам — детям и подросткам, в особенности у тех терапевтов, чей анализ и супервизия не полностью охватили личные и технические проблемы проведения терапии с трудной молодежью. Кинг (King, 1976) идентифицирует три значимые контртрансферные реакции на буйных подростков у работающих с детьми — отвержение, желание наказать и желание умиловить. Джiovаччини (Giovacchini, 1975) говорит, что особенно тяжело переносить то, как подростки напрасно убивают время. Пишон-Ривьер (Pichon-Riviere, 1952) обсуждает соревнование с матерью, кражу ребенка у матери и зависть к беременности. Часто в ситуации закрытых учреждений работающие с детьми очень неохотно говорят не только о своих чувствах к собственным питомцам, но и ни за что не хотят обсуждать свои методы. Например, в одном случае понадобилось сначала установить некоторое доверие, и только потом некоторые из работников смогли говорить о своей растерянности и глубоком отчаянии при работе с пациентами и упомянуть чувство вины по поводу своих чувств и поведения. В одном случае очень популярный руководитель групп, которого как раз должны были повысить, не явился на прощальную встречу своей группы, потому что неспособен был вынести даже их позитивные чувства. Еще чаще доминируют страх и гнев, вызывающие замешательство эмоции. Экштейн, Валлерштейн и Мандельбаум (Ekstein, Wallerstein, & Mandelbaum, 1959) обсуждают не только контрперенос терапевта на госпитализированного ребенка, но и подчеркивают контрперенос персонала как дополнительный вызывающий нарушения фактор. Маршалл (1972a) дает клинический портрет терапевтической программы погружения в среду, при которой команда работающих с детьми специалистов обычно использует проблемы реальности как защиту от исследования проблем контрпереноса. Он высказывает гипотезу, что способность обсуждать контрперенос оказалась вершиной функционирования всей программы.

Борнштейн (Bornstein, 1948) иллюстрирует угрозу и страх, которые охватывают терапевта из-за эмоциональной лабильности ребенка и легкодоступности либидного и агрессивного материала. Она приводит случаи соблазняющего и провоцирующего поведения детей, которое вызывает у терапевта отыгрывание, и предостерегает от опасности регрессии, которой "никто, находящийся в постоянном контакте с детьми, не может избежать". Кабснелл (Kabsenell, 1974) подтверждает позицию Борнштейн. Бик (Bick, 1962) уверен, что стрессы и напряжение, вызываемые у детского аналитика,

...много тяжелее, чем те, что бывают у аналитика взрослых. Интенсивность зависимости

ребенка от его позитивного и негативного переноса, примитивная природа его фантазий обычно вызывают бессознательные тревоги у самого аналитика. Бурные и конкретные проекции ребенка на аналитика может быть трудно контейнировать. Кроме того, страдания ребенка, как правило, вызывают у аналитика родительские чувства, которые необходимо контролировать так, чтобы можно было поддерживать правильную аналитическую роль. Все эти проблемы, как правило, мешают аналитику понимать и в свою очередь усиливают его тревогу и вину по поводу своей работы.

Френд (Friend, 1972) рассматривает контрперенос как свидетельство остаточной патологии,

... возможности защищаться от неокончательно проанализированных инфантильно-родительских проблем аналитика, всемогущая потребность поддерживать кормящую феминную идентификацию или могущественную авторитетную маскулинную идентификацию с подростком как фигурой, используемой для проективной идентификации. Возможны бессознательные соблазняющие эротические детерминанты неразрешенных инфантильных компонентов и желание лидерства или всемогущества, которое заставляет аналитика распространять себя на зоны взаимодействия, где он сам никогда не получил бы индивидуального нарциссического удовольствия. Болезненность чужих подростковых реакций может модифицировать бессознательные аспекты собственных реакций и становится заменой неразрешенных аспектов этой фазы развития (стр.325).

Френд называет также "сложность, напряжение и проблемы коммуникации" у тех, кто занимается исключительно детьми, "точно так же, как у матери может быть слишком много детей, чтобы лично обо всех о них заботиться".

Мощные защиты выстраиваются против деструктивных мыслей, импульсов и чувств по отношению к детям. Одной из наших культурных ценностей является то, что детей надо любить и помогать им. Дурное обращение с ребенком рассматривается как нечто чудовищное. В то время как уважение и забота о детях являются признаками цивилизованной жизни, известные истории тех детей, которые являются правонарушителями (Sanders, 1970) и детей вообще (DeMause, 1974) указывают на то, что с детьми обращались с невероятной свирепостью. Рейнголд (Reingold, 1967) уверен, что порывы к детоубийству распространены значительно шире, чем принято считать. Практически каждая мать, которая была у меня на терапии, выражала, с чувством вины, желание избавиться от своих детей тем или иным способом. Более того, пациенты часто рассказывают о том, что их родители хотели от них избавиться. Винникот (1949) приводит восемнадцать причин, почему мать может ненавидеть своего младенца, даже если это мальчик. Хотя терапия детей склонных к насилию описывалась достаточно часто, практически очень мало (King, 1976) было написано о чувствах терапевта. Маршалл (1974, 1978) описывает теорию и технику работы с делинквентным и агрессивным ребенком при помощи использования чувств терапевта. Мастерсон (1972) вскользь проходит по этой области. Относительное молчание в области контрпереноса наводит на мысль, что "его слишком много бывает", и что бурные чувства терапевта, возможно, не используются конструктивно, не говоря уже о том, что не признаются.

Тесно связаны с твердыми табу против агрессии к детям и против детоубийства ограничения относительно сексуальности. ДеМооз (DeMause, 1974) приводит несколько потрясающих отчетов о сексуальном насилии над детьми и добавляет, что исторические отчеты о сексуальном насилии над детьми все еще заперты в спецхранах библиотек.

Теория гомункулуса.

Другой фактор, который можно назвать теорией "гомункулуса" или "маленького взрослого", был предложен молодым терапевтом, который когда его спросили почему ему хочется заниматься терапией детей, в шутку ответил: "Кляйне киндер - кляйне цорес, гресе киндер - гресе цорес" (маленькие детки - маленькие бедки). Примитивное, ложное и убаюкивающее предположение заключается в том, что контртрансферные проблемы с детьми бывают более мелкими по типу и интенсивности, чем со взрослыми. Эта теория "маленького взрослого" может быть отражением защиты отрицания против противоположной точки зрения - "Этого слишком много бывает".

Вклад в клиентоцентрированную терапию

Другим источником невнимания к контрпереносу может быть популярность клиентоцентрированного подхода к психотерапии. Такие детские терапевты, как Экслайн (Axline) и Мустакис подчеркивали необходимость безусловного принятия чувств своих клиентов. Это принятие и кореллирующая с ней вседозволенность просочились в

сферу поведения. Мустакис (Moustakis, 1953) например, рекомендовал говорить детям-пациентам: "Здесь вы свободны делать все, что вы хотите". Однако для того чтобы устанавивать неприемлемое поведение необходимо, без сомнения, вводить понятие "установление границ". Дорфман (Dorfman, 1951) указал, что для того, чтобы оставаться эмоционально принимающими, клиентоцентрированные терапевты устанавливают границы, включая завершение сессии и выведение ребенка из игровой комнаты. Труакс и Каркхуф (Truax & Carkhuff, 1967) приводят свидетельства того, что успешные терапевты обладали точным эмпатическим пониманием, не отягощенной властностью теплотой и искренностью. Однако возникает впечатление, что никакие другие чувства, кроме этих, не допустимы, и ведут к негативным терапевтическим последствиям, так что эти прочие чувства являются показателем неуспешного терапевта и от них следует избавиться. Авторы пишут:

... те консультанты и терапевты, у которых показатели демонстрируемой точной эмпатии, не окрашенной властностью теплоты и искренности находятся на низком уровне, работают неэффективно и создают негативные изменения или ухудшения у пациента, потому что они являются крайне отрицательными стимулами, которые в первую очередь подкрепляют отвращение, и, кроме того, также потому что они вызывают негативный аффект у пациента (что повышает уровень негативного самоподкрепления у пациента, повышает уровень негативного аффекта, сообщаемого другим, и тем самым взаимно повышает тот негативный аффект и то негативное подкрепление, которые пациент получает от окружающих (стр.161 - 162).

Журард (Jourard, 1971) предложил, как вполне законный альтернативный вариант, показывать чувства терапевта пациенту и вносить эти чувства в систему отношений.

Родительская ловушка

Еще один источник отказа обсуждать контртрансферные чувства может корениться в том факте, что большинство терапевтов сами являются родителями и склонны видеть в пациентах своих собственных детей. Чувства, как позитивные, так и негативные, которые обычно должны были бы оставаться на уровне фона, просачиваются в консультационную и игровую комнату, так что трансферы и контртрансферы вырабатываются, но не исследуются.

Природа модели

Основной системой понятий, в которой рассматривается контрперенос, по-видимому, является медицинская модель заболевания. В превентивных целях необходимо как бы пройти через сложный процесс иммунизации для того, чтобы не испытывать ни одного из грозных симптомов. И если один из этих симптомов вдруг появится, необходимо отправляться на лечение. Менее угрожающая медицинская модель может рассматривать контрперенос как естественное образование и как процесс, которые пациент индуцирует у терапевта. Это новое образование может представлять собой регенерацию патологии из прошлого пациента. Кольм (Colm, 1955) использует модель теории межличностного поля, которая концептуализует контрперенос как необходимую динамическую часть межличностного поля. В этом смысле его присутствие предоставляет терапевту возможность помочь пациенту. Меньшую тревогу у терапевтов вызывает коммуникационная модель, предложенная Серлзом (Searls, 1975) и Лангзом (Langs, 1975), в которой чувства терапевта могут отражать бессознательно передаваемые послания пациента.

Вклад бихейвиоральной терапии

Исторически позднейшие сопротивления контрпереносу исходят из движения бихейвиоральной терапии. Хотя было проведено много исследований по поводу "переменных факторов терапевта", интереса к исследованию эмоциональных состояний терапевта, по-видимому, существует мало. Было несколько существенных исключений, таких как Бандура (Bandura, 1956), который нашел положительную корреляцию между тревогой терапевта и его компетенцией. Бандура, Липшер и Миллер (Bandura, Lipsher, Miller, 1960) исследовали появляющиеся у терапевта реакции "приближения-избегания" на враждебность пациента. В системе понятий для такой субъективной переменной как контрперенос, по-видимому, находится мало места. Когда отношение терапевта действительно, видимо, препятствует прогрессу пациента, бихейвиоральные терапевты, похоже, "становятся выше всего этого" и рекомендуют дальнейшее обучение — что возвращает нас обратно к позиции Фрейда.

II.

Дефиниции

Хотя этот термин можно использовать обобщенно для описания всех реакций терапевта на его пациента, в таком понимании контрперенос становится слишком туманным и общим, чтобы от него было много толку. А.Райх (Reich A., 1960) указывал, что это "тоталистическое" определение, которое предпочитают многие, имеет ограниченную ценность и столь же бесполезно, что и определение переноса как "всей совокупности реакций пациента на терапевта". Однако у "тоталистического" определения есть то достоинство, что оно отчасти снимает с человека пятно за то, что он "вошел в контрперенос". Возможно, "тоталистическое" определение удержало исследователей от того, чтобы видеть различие типов контрпереноса, тем самым скрыв и часть их результатов их воздействия (Fiedler, 1953; Cutler, 1958; Horwitz, 1974).

Выражаясь более точным и функциональным образом, можно различить два способа приблизительно сгруппировать контрпереносы. При одном способе классификации основной характеристикой, определяющей принадлежность к той или иной группе, будет источник контрпереноса; терапевта или пациента. То есть один тип контрпереноса является реакцией терапевта, которая индуцируется в первую очередь внешним поведением (пациента). Это реакция, которую большинство терапевтов испытывает в той или иной ситуации. Другой тип контрпереноса — это реакция терапевта, которая составлена в первую очередь из внутренних побуждений терапевта. Первый тип сходен с "объективным контрпереносом" Винникотта (1949). "... любовь и ненависть аналитика в ответ на конкретную личность и поведение пациента". Второй тип контрпереноса, который сродни истинному неврозу переноса, Спотниц (Spotnitz, 1969) назвал "субъективным контрпереносом".

Типы контрпереноса могут быть разграничены еще в одном измерении — по степени осознанности. С одной стороны этого континуума не существует никакого признания реакции на пациента. На противоположном полюсе терапевт полностью осознает свои реакции и может определить, откуда исходит основной стимул. Эта факторная модель в двух измерениях дает четыре типа контрпереноса, как показано в таблице 1.

Таблица 1.
Типы контрпереносов.

	Бессознательный	Сознательный
Исходящий от терапевта	I	II
Индуктированный пациентом	III	IV

Традиционно отклик бессознательный и исходящий от терапевта (тип I) являлся основным типом контрпереноса, вызывающим наибольшие страхи, и является истинным трансферным откликом на пациента - единая реакция (Gitelson, 1952), ставящая проблему симбиотических отношений (Tower, 1956). Разрешение контрпереноса типа I, по-видимому, требует дополнительного анализа и/или аналитически ориентированной супервизии. Основная проблема в том, что терапевт, из-за бессознательной природы конфликта, не осознает реальной ситуации. Терапевт отыгрывает в союзе с пациентом, и его может насторожить только то, если он узнает такие признаки, как перечисленные у Меннингера (Menninger, 1958, с.88) и Спотница (Spotnitz, 1969, с. 170). Другие признаки, применимые к детям и подросткам, приводятся ниже:

1. Очень много игры и очень мало разговора;
2. Быстрое подчинение требованиям;
3. Балование ребенка, в особенности кормлением и подарками;
4. Любые сильные чувства, в особенности сопровождаемые виной или тревогой;
5. "Убаюкивание" (Sarnoff, 1976, с.243 - 246). "Процесс изменения внимания ... когда ребенок проигрывает по много раз похожие фантазии".
6. Импульсивная речь или действие;
7. Физический контакт;
8. Разрешение родителям использовать время ребенка;
9. Консультации с родителями или другими без участия или согласия ребенка;
10. Сильные неразрешенные чувства по отношению к родителям;
11. Неспособность должным образом включить в работу родителей;
12. Озабоченность тем, чтобы изменить поведение, в особенности в соответствии с желаниями родителей или школы.

Некоторые из этих факторов, когда они находятся под сознательным контролем, можно использовать в качестве параметров.

В детской терапии, когда ситуация более лабильна, и когда ребенок терпим к ошибкам, контрперенос типа 1 может иметь место в течение более длительных периодов, чем со

взрослыми. Отражение контрпереноса типа 1 можно иногда найти в качестве отношений с родителями юного пациента. То есть, если терапевт имеет слишком мало или слишком много контакта с родителями, или если терапевт/консультант родителей испытывает затруднения, терапевту следует поискать контрперенос типа 1.

Контрперенос типа 2 (сознательный, исходящий от терапевта) менее вредоносен, но его может быть сложно разрешить. В этой ситуации терапевт "знает" о проблеме, но не может ее преодолеть. Здесь существует показание к аналитически ориентированной супервизии.

Контрперенос типа 3 обычно вызывает застой или неясности в терапевтической ситуации. Хотя во время сессии может, казалось бы, происходить многое, не происходит никакого реального движения, потому что пациент контролирует терапию. Стрин (Strain, 1970), Лангз (Langs, 1975) и Серлз (Searls, 1975) пишут об этой сфере. Может помочь супервизия любого рода, включая обсуждение с коллегами. Часто контрперенос типа 3 разрешается в контрперенос типа 4.

Контрперенос типа 4, который является центром клинического материала данной главы, означает, что пациент изначально несет ответственность за то что индуцировал мысли и чувства (но не действия) у терапевта, которые находятся полностью в пределах осознания и понимания терапевта.

Основной задачей терапевта является изучить поле взаимодействия и подобрать правильные интервенции. Многие поддерживают ту мысль, что контрперенос типа 4 не только неизбежен, но и является необходимым предварительным условием для успешной терапии, в особенности с теми пациентами, которые функционируют в первую очередь на примитивных уровнях. Например, Спитц (Spitz, 1956) говорит о трех шагах понимания аналитиком пациента.

1. Терапевт осознает явления, происходящие в результате его собственного бессознательного отклика на бессознательное пациента.
2. Он определяет лежащие у него в основе этого процессы.
3. Он создает временную идентификацию с пациентом.

Аккерман (Ackerman, 1959) уверен, что если избегать контрпереноса, это может защищать терапевта, но не излечит пациента. А.Райх (1951) объявляет: "Контрперенос является необходимым предварительным условием анализа. Если он не существует, значит отсутствует необходимый талант и интерес".

Сообщения из контрпереноса

Таубер (Tauber, 1954), Литл (Little, 1951) и детские терапевты Колм (Colm 1955), Проктор (Proctor 1959) и Грин (Green 1972) уверены, что для пациента (и терапевта?) терапевтично, чтобы терапевт раскрывал свои сны и чувства. Но большинство авторов осторожно обходят этот вопрос и, как правило, придерживаются мнения, что контрпереносом с пациентом делиться не следует. Утверждение Гительсона (Gitelson, 1952), по-видимому, попадает между этими двумя полюсами: "Вы можете раскрывать себя настолько, насколько это необходимо, чтобы поддержать и подкрепить открытие пациентом реальной межличностной ситуации, в сопоставлении с ситуацией переноса-контрпереноса". Здесь уместно замечание Фрейда в письме к Бинсвангеру 1913 года (1957).

Она одна из самых трудных технически в психоанализе. Я рассматриваю ее как более легко разрешимую на теоретическом уровне. То, что дается пациенту, действительно никогда не должно быть спонтанным аффектом, а всегда сознательно отмеренным. Кроме того, его должно быть больше или меньше по мере необходимости. Иногда очень много, но никогда прямо из бессознательного. Это я рассматриваю как некую формулу. Иными словами, всегда нужно узнавать собственный контрперенос и подниматься над ним, только тогда оказываешь свободу. Давать кому-то слишком мало из-за того, что любишь его, — это несправедливо по отношению к пациенту, и это техническая ошибка. Все это нелегко и, возможно, станет выполнимо только с возрастом.

Сам я из своего опыта уверен, что никогда не бывает правильным просто так раскрывать контрперенос, и что контртрансферный материал может быть изложен только в тех случаях, когда информация предсказуемо является полезной. Когда пациент угадывает, в каком состоянии чувств я нахожусь, я подкрепляю его восприятие в соответствии с принципом подкрепления тестирования реальности. Один делинквентный подросток, который провоцировал меня и вел себя деструктивно в моем офисе, спросил, злюсь ли я на него. Подтвердив его восприятие, я при этом спросил его, как эта информация может ему помочь. Он ответил: "Когда я знаю, что люди на самом деле обо мне думают, мне становится хорошо, и когда я знаю, что люди на меня злятся, это помогает мне себя контролировать".

В другой ситуации обсессивный семилетний мальчик без конца допрашивал меня после каждого из своих псевдо-провоцирующих действий: "Вы на меня злитесь, доктор?". Интерпретации на него, похоже, не оказывали никакого воздействия. Осознавая свое растущее раздражение, вспомнив убийственную ярость его матери в его адрес, и учитывая

его собственное внутреннее бешенство, я бросил, отчасти в шутку, отчасти всерьез: "Я до того злюсь, что мог бы тебя убить". Вздрыгнув, но довольный, он с энтузиазмом спросил: "В самом деле?". Взяв игрушечные пистолеты, он сказал "Теперь мы можем играть в то, что мы убиваем друг друга".

III

Клинические исследования.

Несколько клинических исследований приводится ниже для того, чтобы проиллюстрировать, как можно использовать контрперенос типа 4 для того, чтобы понимать и разрешать сопротивление пациентов. Собственно говоря, контрперенос отражает присутствие контр-сопротивления и выводит на него. Терапевту необходимо изучить, понять и растворить контрперенос, прежде чем он окажется в таком положении, в котором он может разрешать сопротивления пациента. Анализ контр-сопротивления часто может привести к пониманию сопротивления пациента и к выведению эффективного способа его разрешить.

Во многих интервенциях, проведенных в нижеприведенных случаях, классические средства разрешения сопротивлений используются нетипичным образом. Причина этого подробно объясняется многими авторами. Лоранд (Lorand, 1961) упоминает трудности в терапии подростков. Стрин (Strean, 1970) обрисовывает уязвимость подростка и предлагает методы терапии, обычно используемые для пограничных или шизофренических взрослых. Сарнов (Sarnoff, 1976), говоря о ребенке латентного возраста, рекомендует гибкость с точки зрения когнитивности, динамической структуры и развития. Он пишет об индуцировании тех защит и структур, которые приведут к "спокойствию, податливости и способности обучаться", характерным для латентного состояния. Борнштейн (1951) рассматривает ребенка в латентном возрасте как находящегося в "ненадежном равновесии". Ее терапевтический подход таков:

Поскольку ребенок борется со своими импульсами, и ему необходимо сохранять свои защиты, мы должны быть особенно осторожны в том, чтобы с уважением относиться к его сопротивлению и прорабатывать его защиты прежде, чем мы подойдем к материалу, от которого он обороняется... анализ защит более сложен в анализе детей, чем в анализе взрослых... необходимо прилагать предельную осторожность в анализе детей латентного возраста, чтобы укрепить слабые структуры и модифицировать те структуры, которые мешают нормальному развитию.

Гелерд (Geleerd, 1957) доказывает необходимость использовать разные техники в подходе к подросткам, напоминая нам, "что последовательный и систематический анализ всех защитных механизмов невозможен", и что основной целью является повышение толерантности эго к патологическим конфликтам. В терапии сопротивляющихся детей Гарднер (Gardner, 1975) описывает множество различных техник. Относительно делинквентных подростков Эйххорн (Aichhorn, 1935), Эйслер (Eissler, 1949) и Маршалл (1978b) описали некоторые параметры, которые должны выработать жизнеспособную терапевтическую ситуацию.

В следующих примерах многие техники ориентированы скорее на поддержку, чем на активный анализ защит эго. Когда защиты поддерживаются, а не подвергаются нападению, ребенок или подросток, как правило, отказывается от них как от сопротивлений и обычно "перерастает" их, в особенности, когда эго испытывает меньшую тревогу и вырабатывает больше адаптивных защит. У детей и подростков, чьи конфликты интенсивны или происходят в основном из довербальных стадий развития, используется присоединение и отзеркаливание, для того чтобы помочь выработать нарциссический перенос. А уже с высоты этой площадки терапевт работает, чтобы разрешить нарциссический перенос в объектный перенос, который в контексте здорового эго может быть проанализирован более традиционными методами.

Можно отметить, что упомянутые здесь терапевты обычно работают на поощрение нарциссического переноса, в противоположность Кохуту (1977), который склонен позволять нарциссическому переносу вырабатываться более медленно. Нарциссический перенос концептуализуется как отражение симбиотических отношений (родственных зеркальному отражению Кохута) с материнской фигурой. У тех детей или подростков, чье чувство собственного Я не очень хорошо дифференцировано, по-видимому, крайне необходимым для терапии является установить отношения, параллельные тем ранним отношениям, которые не были пройдены успешным образом. Аналогично, и другие отношения (близкие к "идеализирующему переносу" Кохута) должны быть установлены и проработаны прежде объектных отношений.

Вопрос о том, создавать ли активно трансферные отношения с детьми и подростками, является крайне спорным и требует значительного исследования. Несмотря на то, какую

позицию каждый из нас занимает, похоже на то, что контрпереносы типа 4 могут оказать помощь в концептуализации и реконструировании ранних отношений.

"Рип Ван Винкль"

Десятилетний мальчик Гэри был направлен из-за плохих успехов в школе, несмотря на хорошие способности, плохие отношения со сверстниками, особенно тенденцию принимать позицию козла отпущения и раздражающе дразнящую манеру общения внутри семьи. Гэри, как правило, проецировал вину на учителей и сверстников и, похоже, не занимался исследованием себя или своего собственного вклада в свои трудности. Терапевтические сессии тянулись обычно непродуктивно, без особого эмоционального контакта. Становилось все более очевидно, что терапевт начинает испытывать страх и раздражение по поводу этой скуки, отсутствия контакта и непродуктивности сессий. В особенности терапевт подвержен был чувству усталости и сонливости во время сессий, несмотря на то, что он с полной отдачей нормально функционировал с пациентами, поставленными до и после сессии с Гэри. Гэри тоже говорил о том, что ему хочется спать и, бывало, даже закрывал глаза и ненадолго задремывал. Было очевидно, что на сессии Гэри занимается отыгрыванием, и что терапевта также вынуждают отыгрывать. Гэри рационализировал свою усталость объяснениями, что у него был долгий и утомительный школьный день и неприятные переживания, связанные со сверстниками. Одновременно Гэри настойчиво выспрашивал терапевта по поводу того, нужна ли терапия, и пилил его по поводу ее успешности. В аналогичных случаях, когда ребенок или подросток жалуется на сонливость, сопротивление обычно можно разрешить вопросом терапевта: "А почему бы тебе не подремать?". Пациент обычно отвечает на это, что он пришел на терапию не спать, и продолжает сессию. Гэри, однако, принял вопрос терапевта как разрешение спать. Когда Гэри начинал засыпать, терапевт спрашивал: "А что мне делать, пока ты спишь?". В других случаях этого обычно хватает для того, чтобы выдернуть пациента из сна и вывести его на дальнейшие коммуникации. Однако Гэри сказал, что ему все равно, терапевт может тоже подремать. Тогда терапевт подумал, что он "заплыл в глубокие воды", что для него ассоциировалось с поездкой по реке Гудзон, туда, где спал Рип Ван Винкль. Присутствовала также любопытная эмоциональная смесь фрустрации, раздражения, гнева и безразличия к терапии. Тогда терапевт спросил Гэри: "А как это ты мне спускаешь, что я сплю во время сессии?". Гэри небрежно ответил: "А в моей семье все помногу спят". Еще несколько вопросов выявили, что отец Гэри, вернувшись с работы, обычно сразу укладывался спать. После ужина он вновь дремал, пока не уходил в постель. Этот депрессивный паттерн отца явно воспринимался Гэри как более или менее "нормальный". С другой стороны, Гэри признал, что он хотел бы, чтобы его отец играл с ним, вместо того чтобы спать, но оставил всякую надежду, что отец когда-нибудь изменится. Я рассказал Гэри историю Рипа Ван Винкля и спросил его, хотел ли бы он от меня какой-нибудь помощи, чтобы разбудить своего отца. На эту мысль Гэри ответил необыкновенным количеством сопротивления, которое было не очень четко понятным. Постепенно мы выработали пути и способы разбудить отца и добиться от него больше внимания. Стало ясно, что Гэри беспокоится о том, чтобы не разбудить отца слишком резко, потому что интуитивно Гэри понимал, что депрессия отца маскировала большое количество ярости. Гэри пришел также к осознанию того, что часть гнева, который он в своих фантазиях приписывал отцу, была проекцией. Гэри согласился, что лучший и самый осторожный подход будет проявить интерес к отцу - чтобы Гэри попытался добиться от отца рассказа об истории отцовской жизни. Гэри скоро обнаружил, что его отец, когда ему было семь лет, потерял своего отца. Гэри тогда смог увидеть то, что его отец потерял интерес к нему самому, когда Гэри было около семи лет. Как выразился Гэри: "Его отец взял ему и заснул, когда ему тоже было семь". С этого момента и далее Гэри, похоже, "вернулся к жизни", и оказалось, что интерес Гэри к отцу настолько глубоко тронул отца, что тот в свою очередь (проявляя отеческий интерес к Гэри) стал более живым. Гэри затем смог осознать свою идентификацию со своим депрессивным, ничем не интересующимся отцом и увидеть что то, что он раздражает и дразнит других, представляло собой единственные способы ему известные оставаться в контакте со своим отцом.

Дискуссия

Этот случай является прототипом многих терапевтических ситуаций, в которых и пациент и терапевт попадают в терапевтическую патовую ситуацию, характеризующую взаимным "убаюкиванием", скукой и застоем. Незаинтересованный, скукающий, сонный, ни во что не втягивающийся пациент которого всем нам легко идентифицировать, и мы все его хорошо знаем. Но другая сторона переноса - буквально контр-реакция на перенос - не так легко обнаруживается и не так легко разрешается. Кто из нас любит оставаться с нашими собственными чувствами скуки, отсутствия интереса и внимания и исследовать их, в особенности по отношению к ребенку? Ясно, что многие из этих маленьких "Рип Ван

Винклей" отыгрывают родительские чувства к ним и индуцируют у терапевта свои собственные чувства заброшенности ("конкордантная идентификация" Рэкера (Racker, 1957)) и родительские чувства отсутствия интереса ("комплементарная идентификация", как, по словам Рэкера (Racker, 1957, с.311), назвала это Хелен Дойч).

Многие терапевты рассматривают свои индуцированные контртрансферные чувства как нечто вызванное злобными манипуляциями со стороны пациента. Это вполне может быть верно с пациентами, которые мстительны и хотят чтобы терапевт страдал также сильно, как они. Но в основном индуцированный контрперенос следовало бы обозначить как продукт бессознательной коммуникации от пациента, который нацелен на то, чтобы воссоздать те полные конфликтов межличностные отношения, или те интрапсихические затруднения, которыми пациент не смог овладеть. В процессе этого пациент дает терапевту возможность установить атмосферу помощи и/или вмешаться терапевтическим образом. Тогда индуцирование контрпереноса можно рассматривать как стремление к сотрудничеству со стороны пациента, чтобы установить связь с терапевтом несмотря на то, что отсутствие контакта и дистанцирование кажутся основной принудительной программой терапевтического дня. Этот взгляд на коммуникацию пациента совместим с плодотворной точкой зрения Серлза (1975), что пациент пытается помочь, а не обязательно помешать терапевту. Акцент, который Лангз (1975) и Сандлер (1976) ставят на попытках пациента способствовать помогающему терапевтическому взаимоотношению, еще один существенный здесь момент.

"Антиисторический" ребенок

Сродни маленькому "Рипу Ван Винклю" ребенок "антиисторический". Это ребенок, который отвечает то: "Я не знаю", то: "Я не помню", то: "Мне все равно", и вообще предпочитающий односложные ответы: "Да" или "Нет". Симптомы, с которыми направляется пациент, обычно связаны с каким-нибудь нарушением поведения или характера с квази- или пред-делинквентным поведением, плохими оценками в школе, напряженными отношениями со сверстниками и невозможностью справиться с ребенком дома. Все это обычно бывает на фоне заброшенности и серии пережитых травм, в особенности бурных сцен между матерью и отцом, ведущему к расставанию. Вообще ребенок, кажется, живет только в данном моменте, не желает вспоминать прошлого, не способен предвкушать и, по-видимому, не учится из опыта. Все так, как если на нем были когнитивные и эмоциональные шоры, и он был бы "лишен истории". Обычный индуцированный контрперенос — это фрустрация, неудача, некомпетентность, гнев, "плавание" и бессилие. Терапевт может чувствовать, что его знания и/или умения не имеют ни малейшего значения, то есть, что профессионально он лишен истории.

Пол, девятилетний атлетически сложенный юнец с яркими глазами, был направлен из-за разрушительного поведения в школе и дома. Его мать, заинтересованная, но несколько соблазняющая молодая женщина, явно получавшая удовольствие от многих из выходов Пола, жаловалась, что Пол не очень хорошо функционировал в школе, склонен был лгать, обманывать и красть, был грозой своего района и не поддавался контролю дома. Она описала бурные семейные отношения с садистическим мужчиной, который, в конце концов, бросил ее и их двоих детей. По времени разрушительное поведение Пола выявилось одновременно с бурным уходом отца.

В начальном интервью Пол отрицал, что знает какие-либо основания для своего визита ко мне, сказав, что он "иногда" имел неприятности в школе, и что он готов позволить мне помочь ему неприятностей более не иметь. Когда я сказал ему, что мне легче всего будет ему помочь, если бы он мог рассказать мне историю своей жизни, его ответ был: "Я родился и вот он я - это все". Любые попытки добиться от него, чтобы он рассказал подробнее, наткнулись на туманные бессмысленные ответы, избегания и настойчивые уверения, что у него ничего в голове нет. Он упрямо утверждал, что он ничего не может вспомнить о своем прошлом - даже о непосредственном прошлом этого дня. Совершая в течение нескольких сессий стратегическое отступление, я позволил ему заинтересоваться набором моделей гоночных автомобильчиков. Любые мои случайные вопросы наткнулись на пожатие плеч, "Я не знаю" и другие отказы реагировать. Я заметил ему, что он любит действия, а не разговоры - что он "человек действия". Я также сказал ему, что он, похоже, никогда не тревожится, и что всегда хорошо проводит время. Он с энтузиазмом согласился.

Однажды, когда он вошел веселый и жизнерадостный, как всегда, он спросил меня, что бы я хотел делать. Вместо того чтобы ответить: "Я хотел бы услышать историю твоей жизни", я спросил его, не согласится ли он мне помочь.

П: (Удивление. Пожатие плечами. Улыбка.) Я не знаю.

Т: (жизнерадостно) Как замечательно!

П: Что замечательно?

Т: Что ты сказал, что ты не знаешь.

П: (Смеется, выглядит растерянным.)

Т: Я так восхищаюсь тем фактом, что ты все время чего-то не знаешь.

П: Что вы имеете в виду?

Т: Ну я заметил, что у тебя ум всегда чистый, и твой ум не забит множеством всякого мусора, как мой. Кроме того, я восхищаюсь тем фактом, что ты такой свободный от забот парень, который действительно наслаждается жизнью, хотя ты и попадаешь иногда в мелкие неприятности. У меня проблема, с которой, я думаю, ты можешь помочь мне. Видишь ли, у меня голова забита массой забот, и я помню много всяких вещей, которые мне хочется забыть. Это очень плохо для моего здоровья, и заставляет меня преме́рзко себя чувствовать. Поэтому я хочу от тебя, чтобы ты мне помог немножко больше походить на тебя, то есть не беспокоиться ни о чем и ни о ком, и просто забыть обо всем (все это было сказано в духе человека тревожного, безрадостного, задумчивого, которому нужно было хоть немножко облегчения от несчастий). Как насчет этого?

П (игриво): Я не знаю.

Т: Вот так и продолжаем. Давай мы с тобой просто будем делать то, что мы делали, а я буду записывать и потом тренироваться во всех вещах, которые ты говоришь и делаешь, так чтобы мне ничего не знать. Можешь мне еще что-нибудь сказать?

П: На самом деле нет.

Т: О, это очень удачный вариант. Я его запишу вместе с "Я не знаю".

Несколько следующих сессий я держал наготове специальный лист бумаги, для того чтобы записывать все его маневры сопротивления. Мы составили такой список:

Мне все равно.	Чего?
Ну и что?	А!
Забудьте об этом.	Может быть.
Так что?	Бывает.
А потому что вот.	Неважно.
Кому какая разница?	

Когда я начал "практиковаться" на нем, он сначала был доволен и вел себя несколько поучительно и по-отечески. После нескольких следующих сессий он начал возражать против того, чтобы я вел себя, как он. Сначала с улыбкой, затем с некоторой решительностью он попытался прекратить мои отзеркаливания его.

П: Что мы сегодня будем делать?

Т: Я не знаю.

П: (с отчаянием) Ну вот опять.

Т: А что плохого, чтобы я вел себя как ты?

П: Я не знаю. Ой! Мне, правда, очень противно когда ты ведешь себя как я.

Т: А почему тебе это противно?

П: Ну просто так.

Т: Как замечательно - я это запишу. Мне в самом деле нравится быть похожим на тебя. Я не могу понять, почему тебе не нравится, когда я веду себя как ты?

После проведения настойчивого исследования, почему ему противно его отзеркаленное Я, и отказа от интерпретации, что он может быть сам себе противен, Пол начал стойко все больше интересоваться собой и смог более осмысленно говорить о своей жизни. Его поведение в этот период, по отзывам школы и матери, значительно улучшилось. Когда его спрашивали, связано ли его улучшившееся поведение с тем, что я веду себя как он, он не захотел ответить, и сказал: "Ну, может быть, но я просто решил изменить свое отношение, потому что я людям не нравился и все время попадал в неприятности".

Дискуссия

Терапевтов обычно, по-видимому, обучают относиться к защита́м негативно. Защиты и сопротивления выставляются в качестве презираемых врагов, которых необходимо проанализировать, проинтерпретировать, конфронтировать, расколоть и прочими способами уничтожить, в особенности когда пациент не вступает в явное сотрудничество. Эта враждебная и катаболическая позиция представляется неподходящей с пациентами, чьи эго-защиты слабы и нестабильны. По сути дела, приведенная выше история соответствует доаналитической и поддерживающей эго-работе. С "антиисторическим" ребенком мы можем выдвигать гипотезу, что негативные контртрансферные чувства являются точным зеркалом тех чувств, которые слабое эго ребенка не может вытерпеть. Терапевт должен не только вытерпеть эти чувства, он должен превратить необходимость в добродетель; то есть подчеркнуть позитивные аспекты защиты-сопротивления. В конце концов, к тому времени, когда ребенок попадает к терапевту, разве защитное поведение ребенка уже не раскритиковали, не принизили и не наказали дома и в школе всеми

возможными способами? Когда терапевт находит возможность придать ценность защите-сопротивлению, устанавливается нарциссический перенос (зеркальный перенос в терминах Кохута (1977)), то есть ребенок обнаруживает, что он и терапевт по некоторым измерениям одинаковы. Тогда у ребенка появляется возможность проецировать и экстернализовать ту часть себя, которую он ненавидит, на терапевта. Затем ребенок может нападать на ненавистный интроект и прекратить нападать на свое собственное эго. Эго и самооценка ребенка таким образом укрепляются, в особенности когда терапевт сохраняет позитивное отношение к вытолкнутому интроекту и сопровождающим его защитами-сопротивлениям. Когда эго укреплено, ребенок становится менее защищающимся и более разумным, а по мере созревания эго ребенок затем легче поддается традиционным психотерапевтическим подходам. Маршалл (1972, 1976) рекомендует дальнейшие примеры подкрепляющих эго приемов и теоретические объяснения.

Вербальные размышления полезны в том случае, когда травма нанесена эго после того, как ребенок достиг той точки в своем развитии, где он способен концептуализовать и вербализовать травму. Многие терапевты пользуются понятием разрыва на эдипальной стадии, и говорят о доэдипальных проблемах. Никакой конкретный момент в подлинном времени не является существенным. Внимание следует уделить развитию ребенка в целом: развитию образования понятий, вербальной выразительности и символическим процессам, с особым акцентом на стадиях Пиаже. Когда травма произошла на довербальном уровне - когда действие, мысль и вербализация все еще слиты воедино - одни лишь вербальные техники являются относительно бесполезными. Только эмоциональные коммуникации, по-видимому, достигают какого-то значимого воздействия.

"Мое сердце принадлежит папочке"

Обычная ситуация, вызывающая сильные трансферные и контртрансферные реакции, возникает между пациентом-подростком и терапевтом противоположного пола.

Пятнадцатилетняя девочка, физически хорошо сложенная, но довольно таки полная, пришла на свое первое интервью в большой растрепанной шляпе, грязных драных голубых джинсах, грязных башмаках, и завернувшись в поношенную армейскую гимнастерку. Мое непосредственное впечатление было, что переодеванием она пытается скрыть свою врожденную физическую красоту. Она была надутая и нелюбезная, так что это наводило на мысль, что ей хочется сохранять значительную эмоциональную дистанцию. Она едва упомянула свои проблемы, которые состояли в социальной отстраненности и изоляции, депрессии и чрезмерном контроле ее родителей.

Хотя у меня было ощущение "отталкивания" от этой девочки, я испытал также довольно сильное чувство притяжения к ней вместе с чувственными ощущениями. Под ее одежками я мог представить себе очень красивую и привлекательную молодую женщину. Ее неспособность доверять людям, вместе с моими собственными эмоциональными порывами, немедленно вызвали у меня молчаливый вопрос, можно доверять мне, что я буду использовать свои чувства конструктивным образом.

Джойс считала, что с ней что-то неладно, поскольку она неспособна была никому доверять. Моя линия вопросов, таких как: "А почему ты должна кому-то доверять?", "А чем плохо просто быть собой?", несколько ослабили ее чувство вины по поводу собственного недоверия и изоляции. Она согласилась прийти снова, в основном из-за того, что она чувствовала, что я ничего ей не "велел", то есть не делал никаких попыток ни контролировать, ни соблазнять ее.

В следующие несколько сессий она виновато призналась, что она мне не доверяет. Я спросил ее: "А чего ради ты бы должна была доверять мне, совершенно незнакомому человеку?". Пока Джойс искала возможный ответ на этот вопрос, она явно расслабилась и начала говорить более свободно об обстоятельствах своей жизни. Тут мне вспомнились наставления Хаймана (Heimann, 1950) о необходимости сдерживать и подчинять эмоциональные реакции. На протяжении нескольких следующих сессий мне стало ясно, почему я был не уверен, что смогу должным образом контролировать свои собственные эротические соблазняющие чувства. Джойс сообщила, что ее отец поддерживает отеческие и в тоже время плохо прикрыто инцестуозные отношения с ее эмоционально нарушенной сестрой. Более того, несмотря на внешнее неодобрение отца по поводу того, что Джойс встречается и "болтается" с мальчиками, он пытался "получить отчет" после каждой ее встречи с людьми. В дополнение к этому он много раз напоминал ей, чтобы она думала о нем, пока будет на свидании, и постоянно говорил о ней как о своей "лучшей подружке". Далее, Джойс сказала, что ее отец видит в ней "молодое издание" своей жены, красота которой теперь убывала.

Джойс начала понимать то сильное притяжение, которое оказывал на нее отец, и осознала, что ее социальная изоляция является отражением ее "верности" отцу, а ее депрессия была результатом интернализованной ярости из-за его требований и одновременно вины по поводу ее протестов и бунтарства. В какой-то момент этого исследования она в

раздражении взорвалась словами: "По моему, он хочет, чтобы я была как в песенке, "Мое сердце принадлежит папочке"". Тут стало ясно, что мой контрперенос был параллелен переносу, который отец переживал со своей дочерью. Дополнительный источник контрпереноса выявился позже в терапии после того, как Джойс с меньшим дискомфортом рассматривала свои собственные сильные эротические чувства, и еще позже свою способность к оргазмическим переживаниям. То есть в первой сессии она передала мне и индуцировала во мне силу своих собственных скрытых сексуальных чувств.

Дискуссия

Обычно принято было направлять подростка к терапевту того же самого пола. При этом использовались разные объяснения, особенно с точки зрения предоставления модели для идентификации. Однако с пациентом, чьи трудности являются довербальными по природе, пол терапевта мало существенен. При терапии регрессировавших пациентов терапевт-мужчина должен соотноситься с тем фактом, что у него никогда не было опыта зачатия, вынашивания, рождения и выкармливания ребенка грудью, и что ему может быть относительно трудно испытать контрперенос типа IV. Тем не менее, пациенты с соответствующей поддержкой помогут терапевту выработать и сохранить терапевтическую позицию.

Избирательная немота

Грег, семи лет, пришел на терапию из-за своего элективного мутизма с посторонними и в школе. Родители Грега, которые были не слишком членораздельны и держались очень настороженно, дали ограниченную историю развития и никаких ключей к возникновению мутизма. Их молчание и отсутствие спонтанности, особенно когда присутствовал отец, индуцировали у терапевта чувство фрустрации, раздражения и потери направления.

Когда Грег пришел на первичное интервью, он выглядел мрачноватым мальчиком с ищущими глазами, а иногда вдруг бросал быструю ненастоящую улыбку. Поскольку я понял, что говорить со мной он не будет, я сказал ему, что говорить не обязательно, но мы найдем какой-нибудь способ понимать друг друга, может быть, по лицам, может быть, по глазам и губам. Он кивнул, соглашаясь, и затем начал играть с игрушками. В его игре не было никакого различимого паттерна помимо того, что ему нравилось заставлять автомобили сталкиваться. Следующая неделя не принесла никаких изменений на сессиях и никаких изменений в его поведении вне сессий. Я испытывал нарастающую фрустрацию и беспомощность. Изредка он делал мне знак присоединиться к нему в игре. К огромному удивлению я обнаружил, что он меня раздражает, и что я устанавливаю границы слишком рано и слишком жестко. Более того, когда он ушел в игру, игнорируя меня, я испытал чувство облегчения и сонливости. Я обнаружил, что я осуждаю себя за то, что я плохой терапевт, незаинтересованный, скучный. Я подумал, почему я вообще принял этот случай, и гадал, как бы мне от него избавиться. Примерно в это время случилось так, что мама Грега упомянула, что папа Грега любит смотреть спорт по телевизору, и сказала, что он никогда не позволяет мешать ему в этом его занятии. Она сказала также, что он уходит спать рано, но быстро, защищая его, добавила, что он весь день очень тяжело работает.

Когда Грег начал хихикать или вскрикивать в игре, я тогда приказал ему не издавать никаких звуков. Сначала он был шокирован, затем стал улыбаться и хихикать более открыто. По мере того как я наращивал свои требования тишины, он точно также намеренно и с удовольствием меня не слушался и издавал различные звуки своим ртом и игрушками. Я фантазировал, что я отец, который хочет тишины и покоя и таким образом начал экспериментировать с разными способами заставить Грега вести себя тихо. Я стремился к тому, чтобы воссоздать климат, в котором выработался мутизм Грега. Основная формула, которая заставила его верещать от восторга, была: "Заткнись, или я тебя убью!". После того, как мы повторили эту тему несколько раз, я интерпретировал параллель с нашей сценой и с тем, что происходило у него с отцом. Мы импровизировали и расширяли эту тему. Например, когда я делал такое движение, будто пытаюсь ухватить его, он вытаскивал пистолет и стрелял в меня. Грег буквально падал с ног от хохота, когда я изображал, как умираю в конвульсиях. Грег согласился, чтобы родители пришли и посмотрели на нашу игру. Они нашли замечательное сходство с тем, что происходило дома, и согласились на некоторое количество консультаций в этой области. Примерно в это же время школа сообщила о "чудесной" перемене у Грега, который не только начал разговаривать, но и находился на пути к тому чтобы стать в классе популярным лидером.

Сорвиголовы

Джо было пятнадцать лет, и он полностью соответствовал диагнозу "антисоциальная агрессивная подростковая реакция". Он терроризировал, злил и отталкивал от себя всех, с кем он вступал в контакт. Много раз он сердил меня своим поведением у меня в офисе.

Помимо агрессивности по отношению к другим, Джо часто производил почти саморазрушительные действия, в особенности со своим гоночным мотоциклом. Он был уверен, что не доживет до возраста двадцати лет. После одного в особенности жуткого несчастного случая, когда он сильно побился и порезался, он хвастался контр-фобическим образом по поводу того, как здорово ему было, и дальше стал говорить о других опасных трюках, похожих на трюки профессионального лихача Ивеля-Книвелия.

Т: Ты хочешь себя убить?

Джо: Мне все равно.

Т: А что если я тебя убью?

Джо: Как?

Т: Да как хочешь. Что если мне тебя сбросить со скалы?

Джо: Не выйдет.

Т: Почему нет?

Джо: Я не хочу умирать.

Несколько недель спустя, когда Джо начал возрождать свои самодеструктивные тенденции на мопеде:

Т: А у тебя страховка есть?

Джо: А это что?

Т: (объясняет понятие страхования жизни, выплат и лиц получающих страховку).

Джо: Так и что?

Т: Ну, предположим, я выпишу страховой полис на твою жизнь на миллион долларов, и когда ты себя убьешь, я заберу себе миллион баксов.

Джо: Ты грязный, вонючий сукин сын. Я тебе такого удовольствия не доставлю.

Т: Что ты имеешь в виду?

Джо: Я для тебя себя убивать не стану.

Т: Ты же все равно собираешься себя убить - так почему бы нет?

Джо: Ну, я не собираюсь себя убивать. Иди ты ... гребаный!

Позже, на этой сессии, когда Джо вернулся к восхвалению своих фокусов, ходящих рядом со смертью:

Т: Как насчет того, чтобы я дал объявление о твоём новом фокусе на следующий week-end, и я буду брать плату за вход - скажем, пять баксов с носа. Люди что угодно заплатят, чтобы посмотреть, как кто-то рискует своей жизнью и, может быть, калечится. Может, и десять. Ты делай там, что делаешь, а я на этом огребу немножко денег.

Джо: Ты сукин сын и псих. Ты больше псих, чем я. Я ничего подобного делать не буду.

Т: Почему нет?

Джо: Это слишком психованно.

Т: Тебе же все равно, покалечишься ты или нет, и кроме того, люди платят массу денег за то, чтобы посмотреть, как другие люди калечатся.

Джо: Забудь об этом! Давай о чем-нибудь другом поговорим.

Дискуссия

Эта интервенция эффективным образом остановила самодеструктивные действия Джо на мотоцикле и привела к тому, что Джо в отчаянии сознался, что отец у него "псих", пьет, угрожает, не заботится, издевается над ним и его матерью. Хотя эта интервенция была довольно радикальной, она проведена была сознательно и намеренно со следующими целями: (1) чтобы установить нарциссический перенос, связанный с его убийственными "психованными" импульсами; (2) установить контроль над его жестким суперэго; (3) позволить проецировать на меня свою "психованность" и деструктивные импульсы, чтобы его это могло увидеть более ясно, что он с собой делает. Интервенции такого рода следует делать только в тех случаях, когда терапевт полностью понимает и контролирует как терапевтическую ситуацию, так и этиологию собственного контрпереноса. В ситуации Джо мой контртрансферный подход происходил из чувств садистических матери и отца, которые хотели, чтобы их сын стал калекой. Я являлся для Джо отражением сути отношения его родителей, а также отражением его собственных интернализованных деструктивных чувств. Способность Джо возражать против этих репрезентаций рассматривалась как позитивный терапевтический шаг, который, возможно, произошел из-за того, что я успешно установил нарциссический перенос. Когда он почувствовал себя надежно в нарциссическом переносе, он затем смог использовать меня как помогающий объект.

В терапии делинквентов установление нарциссического переноса может создать основание для успешного терапевтического взаимоотношения, поскольку такие делинквенты легче готовы вытерпеть нарциссические взаимоотношения и неспособны поддерживать объектные отношения. Когда делинквент обнаруживает, что терапевт такой

же, как он, устанавливается нарциссический перенос. Делинквенту легко в этих отношениях, поскольку они воссоздают относительно комфортные отношения с матерью, которые предшествовали травматической фазе сепарации-индивидуации. В рамках безопасности нарциссически-симбиотических отношений делинквент начинает испытывать пугающие чувства, которые изначально появились, когда был разорван его симбиоз, и когда он не получил поддержки в своей стадии сепарации-индивидуации.

Furor therapeuticus (тяжкий терапевтицит)

Обсессивно-компульсивный ребенок проходил терапию своих "мыслей" с терапевтом-студентом. Поскольку терапия, похоже, безнадежно завязла, супервизор интервьюировал ребенка и спросил его, почему терапия идет не очень хорошо. Ребенок ответил примерно следующее: "У мистера Т. слишком много мыслей у самого, чтобы на самом деле мне помочь. Вместо того, чтобы обращать внимание на меня, он просто сидит себе и обращает внимание на свои мысли о том, как вылечить меня от моих мыслей". Когда ребенка спросили, как его терапевт мог бы на самом деле ему помочь, мальчик сказал: "Ему следовало бы просто слушать и пытаться меня понять". Когда терапевт-студент был избавлен от своего "*furor therapeuticus*", начался прогресс.

Мужчина-мама

Джоан, семнадцати лет, переживала суицидальную депрессию. Она индуцировала глубокие чувства безнадежности, беспомощности и почти полной неподвижности в своем терапевте. Джоан находилась в трансе, близком к кататонии, и тут ее терапевт спросил, как он мог бы помочь ей. Она ответила замечанием о луче света, который падал терапевту на лоб. Когда ее стали расспрашивать, Джоан уточнила, что свет означает луч надежды и что терапевт может стать "мужиной-мамой" - ее единственной надеждой выжить. Джоан написала:

Голубые облака в границах
белых небес
смягченные светлой зеленью листьев
вздымающихся в спинакере рождения
плывут по бурным морям
к своей судьбе.

Серые массы с грохотом летят вниз
увлажняя все живое
чтобы быть дарами;
отталкивая его дальше от
носителя индивидуальных жизней

Луч света пробивается
сквозь голубые облака
скрывая себя
в разуме
одного мужчины-мамы
который мучительно раскрывает
одну дремлющую жизнь
которую принудили.

На протяжении длительного периода времени Джоан обучала терапевта тому, как произойдет трансформация. Супервизия у женщины также способствовала тому, чтобы вызвать у терапевта способность обеспечить эмоциональный контакт и заботу, которые нужны были Джоан, для того чтобы вырасти. Позже Джоан смогла привести данные о невнимании к ней матери, пока она была младенцем, и неумелых, но старательных заботах отца по ее воспитанию.

IV

Сложности с родителями

Литература, описывающая терапевтические подходы к родителям огромна. Она разветвляется в различные модальности, такие как групповая терапия, семейная терапия, детское консультирование, и проходит широкой полосой через все психотерапевтические дисциплины. Однако обзор литературы обнаруживает, что не существует никакого четкого понятия контрпереноса по отношению к родительским фигурам. Не существует также никакого значимого объема сведений, организованных вокруг этого понятия. Вновь мы задаем себе вопрос: "Почему так мало?". И вновь наталкиваемся на ответ: "Потому что его

бывает так много".

Сложность контртрансферной ситуации возрастает по мере того, как возрастает количество терапевтических побочных отношений. Объем этой области, таким образом, настолько велик, что не может быть адекватно описан в данной работе. Поэтому будет представлен только один тип случая - случай симбиотических матери и ребенка. Я выбрал эту терапевтическую ситуацию, поскольку она обычна, не исследована полностью в литературе и чревата серьезными контртрансферными ловушками. В духе моего основного тезиса - что контрперенос типа IV может способствовать терапии - будет приведено некоторое количество фонового материала, для того чтобы описать кажущиеся препятствия контрпереноса, а также сделать некоторые предложения по поводу превращения этих препятствий в полезные инструменты.

Первым вопросом является диагноз. Исходный телефонный контакт не только дает важные диагностические указания, но может повлиять на решение матери принять возможность терапии. Достаточно типично, чтобы мать сказала, что ее муж не может или не хочет прийти. Более того, мать производит такое впечатление, как будто сама она ожидает, что ее будут принимать вместе с ребенком. Слияние очевидно в том, как мать поглощена ребенком или подростком. Важными ключами являются выражения, связанные с изменением границ тела, такие как "он мне под кожу входит", или "мое сердце бьется для нее". То количество времени, которое мать и ребенок проводят вместе, присутствие школьной фобии или занятия матери проблемами ребенка до того, что она пренебрегает собственными нуждами, являются дополнительными показателями. Часто в отношениях присутствует негативный уклон, при котором мать и ребенок критикуют, принижают и всячески цапают друг друга. Появляется ощущение, что они не могут оставить друг друга в покое, что они не могут жить вместе и в тоже время не могут жить поотдельности. Походя я могу упомянуть, что эти тесно связывающие отношения встречаются не только между матерью и детьми. Я видел несколько ситуаций, в которых отец, который проводит дома значительное время, включен в типичные симбиотические отношения.

Обычный отклик на симбиотическую диаду у школ (Sperling, 1961), учреждений и даже некоторых терапевтов — это "разорвать ее", как будто симбиоз представляет собой какую-то угрозу для наблюдателя. Некоторые клиники совершенно правильно настаивают на том, чтобы мать тоже была в терапии. Однако если настаивать, чтобы мать и ребенок имели разных терапевтов, дело может закончиться провалом. Склонность "разорвать его" может быть важным диагностическим и контртрансферным показателем.

Одно важное указание на степень симбиоза — это та сила, с которой мать контролирует ребенка и, в конечном итоге, стремится контролировать терапию. В начальных стадиях редко можно бросить вызов этому контролю успешно без отрицательных результатов. Более того, контроль может манифестироваться только в тонкой форме, как с матерью, у которой развивается тяжелый, но медицински необъяснимый гастроэнтерит, если ее склонный к школьной фобии сын вновь начинает посещать школу. Необходимость контролировать у матери можно рассматривать, как критическую, если не последнюю в жизни защиту ее самой, и ее следует в течение какого-то времени поддерживать, и откликаться на нее с величайшим уважением. Исходная контртрансферная реакция терапевта, как правило, бывает возмущенное: "Нет!" или: "Вы кем себя вообразили, что говорите мне как лечить вашего ребенка?". Эти ответы восходят обратно к фазе сепарации-индивидуации самого терапевта и если их не понять и не обращаться с ними конструктивно, то они приведут к терапевтическому хаосу. Попытки контроля со стороны одного из родителей и спонтанно возникающие негативистические тенденции у терапевта может означать две вещи. Одна — это отголоски здорового импульса ребенка сопротивляться излишнему влиянию матери. Спитц (Spitz, 1957) предлагает прекрасное описание значения слова "нет" в развитии ребенка. Второе — это, что сила сопротивления является ключом к интенсивности материнской потребности в слиянии. Ее потребность контролировать отражает ее защитную уязвимость. Часто мать много позже покажет, что она была в ужасе от мысли, что потеряет ребенка и потеряет контроль над собой. Иногда мать со своими требованиями и изменчивостью может индуцировать у терапевта тревогу и ужас, от которых она пытается защитить себя.

Когда оказывается, что ребенок успешно противостоит симбиотическим нуждам матери, можно предположить, что мать испытывает тревогу по поводу утраты своего симбиотического объекта и будет искать кого-то, с кем она может вновь установить свое симбиотическое равновесие. Терапевт должен быть доступен, чтобы установить это взаимоотношение с матерью. Один из способов, который обычно ослабляет тревогу матери и в то же время позволяет сформироваться рабочим отношениям, это спрашивать у матери ее мнения и руководства. Как только мать обнаружит, что терапевт не будет нарушать деликатное равновесие, не утаит у нее ребенка и не бросит ее одну, мать начинает более сотрудничать. Когда мать чувствует, что терапевт гибок и уважает симбиоз, мать становится более сотрудничающей. Цель терапии симбиотической диады мать-

ребенок в том, чтобы дать терапию не только ребенку, но и матери и, следовательно, взаимоотношениям в целом. Цель достигается тем, что терапевт становится симбиотическим объектом соответственно и для матери, и для ребенка, и затем разрешает эти отношения в объектные отношения. Иногда на первичном интервью мать готова рассматривать индивидуальную терапию для себя. Часто требуются годы, прежде чем мать примет для себя помощь. Тем не менее, когда мать не принимает ни терапии, ни консультирования, она может быть готова принять роль "со-терапевта" и "учиться" у терапевта ребенка. В этом отношении интерес представляет развитие "внутрисемейной терапии" Герни (Guerney, 1964), С.Маршаллом (1978) и другими. Фрейд (1909) создал эту терапевтическую парадигму в терапии маленького Ганса.

По мере того как мать (и ребенок) все глубже вовлекаются в терапевтическую ситуацию, постепенно выявляется роль отца. Вначале отец, кажется, замечен только тем отсутствием интереса, который ему приписывается. Когда мать и ребенок вплетают отца в сессии, он обычно бывает туманной, смутной и амбивалентной фигурой. Затем отец принимает более негативную валентность, вызывая у терапевта вопрос, как может он быть таким не обращающим внимания, или бесчувственным, или жестоким, и так далее. Если отец не присутствовал на терапевтической сцене, то критически важно вовлечь его в нее по трем причинам. Во-первых, терапевт может действительно проверить свои собственные контртрансферные отношения к нему. Часто отец совсем не таков, каким его представляют. Во-вторых, отцу может быть нужна помощь в том, чтобы стать аффективным объектом матери. В третьих, если не вовлекать отца, то негативные контртрансферные реакции терапевта могут усилиться и отыгрываться через мать и ребенка отцу вплоть до того, что отец будет полностью вытолкнут из терапевтического поля. Грюнебаум и Стрин (Grunebaum & Strein, 1964) проводят обзор случаев, когда отцы выпадают из детского консультирования. Рубинштейн и Левитт (1964) сформулировали несколько прекрасных гипотез относительно идентификации терапевта с пациентом и последующих контртрансферных реакций на отца пациента.

В следующем случае патология семьи была печально очевидна и, казалось, просто умоляла о лечении. Родители признавали наличие значительных семейных осложнений, но закрыли эту область полностью, сказав, по сути: "Если вы попытаетесь исследовать наши брачные отношения, мы заберем ребенка из терапии". Они объяснили, что они проходили брачное консультирование, и что был выработан удовлетворительный *modus operandi*. Они дали понять, что оба они аффективно холодны и способны жить более или менее раздельной эмоциональной жизнью совместно. Если верить миссис Р., дочь, Рут, была цепляющимся, хнычущим, зависимым восьмилетним ребенком. Рут действительно очень глубоко была сцеплена с матерью, в основном вследствие разлуки из-за болезни матери в то время, когда Рут было восемь месяцев от роду. Однако она имела более глубокие отношения с ровесниками из школы, чем ее мать была способна заметить. Миссис Рю, которая казалась человеком надменным и отстраненным и не могла вынести потребности Рут в близости с ней, на самом деле получала изрядное эмоциональное удовлетворение от своих отношений с Рут.

Приняв предостережение, высказанное родителями, терапевт согласился встречаться с Рут один раз в неделю, с матерью один раз в месяц и с отцом по мере надобности. Терапевт чувствовал, что разделить мать и дочь, обеспечив их разными терапевтами, значило бы создать неразбериху. Терапевт медленно наращивал встречи с миссис Р. до одного раза в неделю, что она достаточно неохотно, но приняла. Цель была простой - терапевт старался стать симбиотическим объектом миссис Р., тем самым заменив Рут. В то же самое время терапевт втерся в психологическую структуру Рут в качестве ее симбиотического объекта. Контрперенос терапевта на мать был — чувство бремени, эмоционального холода и дистанцированности. Терапевт боялся сессий, потому что во время них бывали длительные каменные неуютные молчания, а также жальший скептицизм и критика в адрес терапевта. Каково было значение переноса-контрпереноса? Миссис Р. создавала с терапевтом те отношения, которые были у ее собственной матери с ней, с периодами холодного молчания и пренебрежения, которые временами прерывались резкими отвергающими упреками. Бессознательное послание было: "Хотела бы я от тебя избавиться, но не могу". Миссис Р. обращалась с терапевтом так, как она относилась к своей дочери. И, чтобы завершить цикл, терапевт отзывался сходными контртрансферными чувствами — ему хотелось избавиться от матери.

Посреди жалоб миссис Р. по поводу утомительного поведения Рут терапевт спросил, а нельзя ли от Рут избавиться. Миссис Р. не удержала суровое выражение лица и безудержно расхохикалась. Когда она успокоилась, она начала нападать на терапевта за жестокосердие, затем призналась, что она об этой идее думала, но примирилась с тем, что оставит дочь у себя. По мере того, как миссис Р. прорабатывала свою вину, она раскрыла также, что у нее было ощущение, что она ужасная мать. Когда терапевт присоединился к ее принимающей защите, сказав ей, что он знал об ее недостатках уже давно, миссис Р.

вздыхнула с облегчением по поводу того, что ей не придется дальше притворяться с терапевтом. В этой более легкой эмоциональной тональности терапевт начал искать других способов уменьшить тоску и тяжесть сессий. Миссис Р. смогла говорить о своем образовании и о начале работы статистиком, и затем принялась разворачивать историю своей собственной жизни. Когда терапевт смог стряхнуть с себя свое отвергающее отношение и увидеть миссис Р. в более позитивном и принимающем свете, то же самое произошло параллельно в отношениях матери и дочери. По-видимому, миссис Р. идентифицировала себя с позитивным взглядом терапевта, который представил ей ролевую модель ее реакций на Рут.

Время от времени отца просили придти вместе с матерью, для того чтобы удостовериться что мистер Р. поддерживает терапию, и для того, чтобы определить, нельзя ли найти какой-то путь для разрешения брачного тупика.

Рут прекратила терапию, когда начала проявлять последовательные признаки того, что функционирует как относительно автономная личность, то есть получила удовольствие от похода с ночевкой, поддерживает хорошие отношения со сверстниками, и в тоже время получает удовольствие от сотрудничающей роли в своей семье. Миссис Р. оставалась в терапии, внешне для того чтобы помочь Рут закрепить свои достижения, но скрыто для того, чтобы продолжать свой собственный эмоциональный рост. Миссис Р. прекратила свою собственную терапию, когда она утвердилась профессионально. Фактически ее симбиотическая связь с Рут была перенесена на терапевта, проработана и остатки ее смещены на ситуацию с ее работой.

V

Завершающие тезисы

Отсутствие внимания к контрпереносу при терапии детей и подростков, по-видимому, вызвано несколькими факторами. Первичной переменной, должно быть, является разнообразие и сила аффектов, вызываемых у терапевта, которые в свою очередь вызывают тревогу, вину и целый спектр защитных реакций. Защиты от враждебных и сексуальных чувств, по всей видимости, являются здесь центральными.

Реакции контрпереноса традиционно встречались анафемой. Однако в последние двадцать пять лет несколько детских терапевтов, в целом более осторожных, чем терапевты взрослых, начали исследовать потенциальную ценность информации, получаемой из контрпереноса.

Четыре типа контртрансферных реакций выводятся по осям двух переменных: (1) источник контрпереноса, то есть вызван ли он пациентом или исходит от терапевта, и (2) степень осознанности контрпереноса терапевтом, то есть сознательный или бессознательный.

Тип I, в котором терапевт находится под властью своих собственных бессознательных реакций, является наиболее терапевтически разрушительным, в то время как тип IV, в котором терапевт осознает чувства, индуцированные пациентом содержит наибольший потенциал для терапевтического понимания и конструктивных интервенций.

Литература

(почти 4 страницы)

Антисоциальный подросток

Роберт Дж. Маршалл

Для того, чтобы планировать терапевтическую программу для малолетнего правонарушителя, необходимо знать факторы, которые вызвали данное поведение. К несчастью область диагностирования антисоциальных детей и делинквентных подростков все еще находится в достаточно примитивном, чтобы не сказать хаотическом, состоянии в особенности, когда целью является определение этиологии, терапии и прогноза. Юридические определения явно недостаточны, если не обманчивы. Бихейвиорально-социальные определения, уточняя понятие, могут оказать клиницистам некоторую помощь. Внутренние эмоциональные состояния, интрапсихические процессы, защитные паттерны, мотивации, ранние детские переживания, вместе с сознательными и бессознательными переменными родителей, по-видимому, являются центральными для определений, полезных на данный момент. Однако эти типы переменных традиционно всегда трудно было определить четко в каком-либо функциональном смысле. Видимо, исследованиями, которые лучше всего смогут прояснить диагностическую картину, является факторный анализ, который сможет включить переменные факторы среды, организма и поведения в теоретическую рамку, позволяющую предсказывать поведение. С учетом той легкости, с которой произносится слово "делинквентность", для целей данной главы будет проводиться различие между (1) "нормальной" социальной

делинквентностью, или делинквентностью шайки; (2) невротической делинквентностью; (3) психопатической делинквентностью; (4) пограничной с психотической делинквентностью. Хотя центральным моментом обсуждения терапии, приводимого ниже, будет являться "образцовый" или психопатический делинквент, который клинически не интересен, плохо понят и очень резистентен к терапии, следует отметить, что часто присутствуют также невротические и пограничные черты, поскольку созревание и организация эго и объектных отношений представляют собой континуум.

Индивидуальная психотерапия

Центральным для теории психотерапии, которая будет здесь изложена, являются те существенные события и явления в ходе развития ребенка, которые предшествуют реорганизации более ранних конфликтов при пубертате. Наиболее значимыми из них являются: защиты от чувства беспомощности, депрессии и тревоги, которые бывают вызваны непоследовательностью и отвержением матери на фазе сепарации-индивидуации, а также незрелым уязвимым эго и квази-симбиотическими отношениями с матерью - причем все это происходит в контексте физически или эмоционально отсутствующего делинквентного отца, который предоставляет неадекватную модель для идентификации.

Первая стадия: создание нарциссического переноса.

Эйххорн (3) отмечает:

Как правило, подросток находится не в том психологическом состоянии, в котором мы хотели бы его видеть. Он полон негативизма, часто враждебности, неуверен в себе, раздражителен; он чувствует превосходство и притворяется, что чувствует еще большее превосходство; часто его не интересует то, что мы можем ему предложить, и очень редко он ждет, что его часы с нами послужат полезной цели (стр.65).

Липпман (75) определил терапевтическую проблему более красочно.

Одним из величайших препятствий эффективной психотерапии с серьезно делинквентными юнцами является нарциссическая защита, которую они установили... (трудности в терапии) настолько заметны, что вынуждают подозревать, что нарциссичные делинквенты проявляют некоторые характеристики психотической реакции (стр.160).

Иссон (32) также видел основную проблему терапии как проблему нарциссического характера, который является "соседом" шизофренического, согласно Берглеру (10). Эйххорн (4) явно первым организовал эффективный терапевтический подход к нарциссическому характеру делинквента. Что позволило ему это сделать? Возможно, Эйслер (35) в своей биографической заметке об Эйххорне дает нам ключ. Подчеркивая великолепную способность Эйххорна "идентифицироваться с пациентом и знать его нужды", Эйслер отмечает, что, "несмотря на его преданность терапии делинквентов, он никогда не терял своей способности получать удовольствие от преступления как приключения, ни своего понимания, насколько сладко для преступника нарушать правила, перед которыми склоняется общество". Анна Фрейд (49) в некрологе Эйххорна открывает, что его талант был связан с тем, что он едва не оказался делинквентом сам. Эйххорн понимал и относился с любовью и уважением к делинквентам, и в начальной стадии терапии, казалось, никогда не шел вразрез, не анализировал и не ломал их защит. Например, с бесконечным терпением и уверенностью он мог предлагать делинквенту сбежать из учреждения, или терпеливо относиться к отыгрыванию деструктивного отталкивающего от себя поведения. Эйххорн (3) говорит: "Если, однако преподаватель остается сдержанным и идентифицируется с обществом, и чувствует себя обязанным защищать законы, которые нарушает переменчивый юнец, то никакого значимого контакта установить нельзя".

Эйслер (35) подхватывает подход Эйххорна, когда он утверждает, что техника для достижения перехода от аллопластической адаптации (которая стремится изменить внешнее окружение) к аутопластической (которая означает адаптацию себя к среде)

...базируется на принципе установления тесной ненарушимой глупыми ошибками привязанности между психоаналитиком и делинквентом в самый короткий период времени. Почему это необходимо, представляется очевидным. Если делинквент не будет привязан к терапевту, он прекратит терапию... терапевт делинквентов должен стать идеалом делинквентов, если он хочет иметь хоть какой-то шанс оказывать на них маломальское влияние... если аналитик может убедить делинквента в недостатках техники, которую тот применял, и произвести на него впечатление тем, что он, аналитик, знает эффективные и менее опасные техники, тогда делинквент непременно будет относиться к нему с почтением и установит отношения благожелательного интереса, как это бывает с каждым из нас, когда мы встречаем людей, представляющих собой один из наших идеалов (стр.17).

Предвидя возражения против применения подобного хода, Эйслер далее объясняет, что терапевт делает нечто большее, чем становится эго-идеалом. Терапевт также предъявляет

себя в качестве успешного законопослушного гражданина. Он редко действует ожидаемым образом, поскольку делинквент с презрением относится к тому, что он способен понять и поставить под контроль. Терапевт также не использует своих знаний в ущерб делинквенту. Холмс (60) находит что делинквент "заслуживает правдоподобной демонстрации реальности". Эйххорн (4) подчеркивает необходимость менять терапевтические скорости: "но в то время как крайне важно, чтобы воспитатель идентифицировался с изменчивым юнцом в начальной фазе реабилитации, для него было бы опасно придерживаться этой же позиции, поскольку это будет означать, что он станет изменчивым сам".

Хоффер (59) описывает свой собственный подход:

Терапевт, таким образом, вынужден добавить к своей технике нечто, чтобы вызвать у притворщика позитивный отклик и интерес к терапевтической работе. Такое добавление является чуждым для классической психоаналитической техники (Фрейда), которую мы используем при неврозах и сходных с ними состояниях. Терапевт должен взять на вооружение нечто такое, к чему обманщик сам стремился, и что он бессознательно узнает в терапевте. Так что терапевт становится идентифицированным с идеалом юного обманщика, каким тот хотел бы видеть самого себя, и это должно быть достигнуто таким образом, чтобы подросток не осознал того, что происходит у него в уме. Изменение в его отношении к терапевту должно произойти для него неожиданно и в качестве сюрприза. Это "нарциссические взаимоотношения", в которых обманщик "обожает" терапевта, как будто бы он был частью его собственного Я, а не объектом внешнего мира, от которого он получает какую-то выгоду. Цель начальной стадии терапии, таким образом, это установление нарциссического переноса. Временно подросток хочет походить на терапевта (стр.152).

Фриз (53) также высказывает следующее: "Отношение к аналитику является скорее нарциссическим, чем объектным отношением, то есть он воспринимает аналитика как индивидуума, который умнее его, который может перехитрить его, и потому принимает его в качестве лидера".

Работая с высоко резистентным девятилетним ребенком, который вел себя дезорганизующе в классе и затем отказался ходить в школу, и который кроме того с презрением относился к любой потребности в помощи, кроме того, как выбраться из школы, терапевт предложил себя в качестве "эксперта по тому, чтобы помогать ребятам выбраться из школы". После серии недоверчивых комментариев Джон сказал, что терапевту слабо ему помочь.

Т: Мне нужно будет немножко больше о тебе знать. Скажем, что бы ты хотел делать, если бы ты не ходил в школу?

Джон (немедленно): Я бы сидел у себя в трейлере и смотрел телевизор.

Т: Какие программы ты смотрел бы?

Джон изложил в подробностях свой телевизионный аппетит, также как и свою фантазию быть ни от кого независимым и делать то, что ему хочется. Терапевт время от времени ставил проблемы реальности, связанные с тем, как добыть еду, как обходиться с отбросами в трейлере, которые, как правило, ставили Джона в тупик, но терапевт вмешивался с правдоподобно звучащими решениями этих проблем. Несколько сессий были потрачены на то, что Джон разворачивал свою утробоподобную фантазию существования, пока Джон не сказал терапевту заткнуться про трейлер, потому что в школе и дома дела идут совсем не так уж плохо.

Роль всемогущества

Имея дело с такими незрело нарциссичными, в основе своей беспомощными детьми, терапевт может иногда установить контакт, представляя себя в качестве всемогущего, всезнающего родительского суррогата, который может присоединиться и отразить нарциссические защиты ребенка. Эйслер (35) отмечает: "Многokrатно в моем опыте оказывалось, что делинквентный пациент устанавливает способствующие работе эмоциональные отношения с аналитиком, после того как он начал воспринимать аналитика, как существо всемогущее". Журек (Szurek, 143) с другой стороны, верит в то, чтобы рано, еще в начале, сказать делинквенту, что он не может помешать делинквенту вести себя каким-то образом и не может делинквента защитить.

Усиление симбиотических отношений, ограничение тревоги и использование техник присоединения

Установление нарциссического переноса создает симбиотические отношения, которые должны поддерживаться в течение нужного периода времени. Это позволяет ребенку мобилизовать и укрепить свои защиты, вместо того чтобы подвергать их еще дальнейшим повреждениям. Шмидеберг (114) рекомендовал ни в коем случае не вызывать у делинквента тревогу. Используя миллеровское понятие конфликта, Маршалл (80) показал,

что техники присоединения и отражения, как правило, тревогу снижают. Если верить Рубену (112), делинквент постоянно защищается от утраты объектов и установления объектного переноса. Процесс присоединения, однако, предотвращает формирование этих защит-сопротивлений, поскольку терапевт является эго-объектом, а не внешним объектом. Фактически либо никаких объектных отношений не присутствует, либо присутствуют непоследовательные объектные отношения (в зависимости от количества регрессии). На протяжении времени делинквент, неохотно и постоянно все проверяя, выстраивает чувство доверия к терапевту. С концептуальной точки зрения происходит так, как если бы воссоздавалась симбиотическая стадия. Мать была очень непоследовательной и отвергающей и в своей идентификации с ней, и в своей попытке избежать повторной боли делинквент также становится все более непоследовательным и отвергающим по мере того, как он чувствует растущий перенос. В этом отношении Эйслер (35) и Эйххорн (4) советуют нам отзеркаливать ребенка и делать неожиданное (быть непоследовательными), отвергать неправильное поведение ребенка – никогда не отвергая его мысли, чувства и воспоминания. Холмс (60) не согласен с этой идеей, утверждая, что подросток, естественно, найдет неожиданными справедливость и реализм терапевта. Эйххорн (3), однако, говорит совершенно отчетливо: “Чувство неуверенности должно быть вызвано у пациента с первого момента встречи самой манерой, с которой мы его принимаем... с самого начала мы ставим себя под луч прожектора, мы возбудили интерес юнца к нашей личности и пробудили его желание померяться с нами силой”. И в другом месте: “Пока делинквентный подросток все еще не готов к тому, что его может ожидать, и находится в совершенно неуверенном состоянии психики, наступает драматический акт снятия масок, но без тех ужасных последствий, которые являются единственным, что он способен был вообразить — наказания”.

На начальных стадиях терапии, особенно если к посещению терапевтических сессий его принуждают родители или суд, делинквент может весьма охотно принять ситуацию, по виду не терапевтическую.

Девочка-подросток, которая в семье выполняла функции козла отпущения, и которой был поставлен диагноз “социопатия, не поддающаяся лечению”, была госпитализирована из-за того, что убегала из дома и никогда не слушалась. После выписки из больницы с грозными предостережениями, что ей необходима терапия, и что, сверх того, она неизлечима, она появилась на свое первое интервью под угрозой повторной госпитализации. Она упрямо отрицала какую бы то ни было надобность в лечении и не скрывала, что пришла на интервью, только чтобы ее снова не заперли в больницу. У нее не было ни малейшего представления о том, как пользоваться сессией, и она сказала, что она может почитать книжку, а терапевт может заниматься бумагами. Он спросил, не будет ли у нее возражений, если просто приходить на сессии вовремя и просто приносить оплату в конце месяца, но никакой терапии не будет. Она засмеялась и стала настаивать, что он спятил. Он спросил ее, есть ли у нее какие-нибудь возражения против того, что он спятил, это вызвало новый взрыв смеха. Он сказал ей, что согласно его плану все будут счастливы: ее родители потому, что она ходит к психотерапевту; она потому, что ее не запрут в больнице; и он, поскольку он получит свою плату и будет использовать это время для того, чтобы делать собственную работу. Она спросила, можно ли ей курить. Он сказал, что он не разрешает пациентам курить во время терапевтических сессий, но поскольку она не на терапии, она может курить. Результатом этой договоренности было то, что практически без исключений она с большой точностью приходила на свои сессии, договаривалась приносить оплату, проводила время, разговаривая о своей жизни, и на протяжении всего года функционировала интегрированным и социально приемлемым образом, так что ее родители нашли, что психотерапия ей более не нужна.

В этой ситуации терапевт выступил перед пациенткой таким же отстраненным, манипулятивным, “спятившим” и эгоистичным, как и она. “Отзеркаливание” терапевта защит характера пациента заставляет того бессознательно чувствовать: “Если он, такой как я, то наверняка я ему нравлюсь”. И так устанавливается нарциссический перенос. Персонс и Пепински (96) находят, что 67% делинквентов, которые показывают улучшения в терапии, становятся более похожими на своих терапевтов, и что 80% делинквентов, не показывающих улучшения, не “конвергируют” в направлении своих терапевтов. Розенкранс (109) показал, что нормальные дети, как правило, имитируют поведение какого-то образца, похожего на них, с большей охотой, чем когда образец отличается. Не может ли это быть аналог черты, свойственной приматам в отчете Фосси (45), что гориллы успокаиваются, если их изначальное воинственное поведение отзеркалить?

Другой метод отзеркаливания или присоединения к защитам-сопротивлениям пациента — это попросить пациента обучить терапевта стилю характера пациента. Пятнадцатилетний Эл, у которого не было никаких угрызений совести по поводу того, чтобы красть, обсуждал то, как скука осаждает его всюду, куда бы он ни пошел. Терапевт попросил его описать более подробно чувство скуки. Для Эла скука значила “ничего не делать, ничего

не чувствовать и ничего не думать". Эла попросили, не захочет ли он помочь терапевту, несмотря на то, что ему самому никакая помощь не нужна, и что терапевт ему ни в чем не помог. Он вяло кивнул, выражая согласие. Ему сказали, что терапевт хотел бы, чтобы Эл научил его, как не делать, не чувствовать и не думать ничего. Эл выразил недоверие, но заинтересовался — как будто это был первый взрослый человек, который не критиковал его за его отстраненность, а даже проявил позитивный интерес. Эл спросил медленно, неохотно, очень настороженно, какова мотивация терапевта. Терапевт объяснил, что у него были личные затруднения в том смысле, что у него обычно уходило три-четыре дня на то чтобы отойти от своей работы, когда он уезжал в отпуск. Более того, он обнаруживал, что вовлекается во всевозможные атлетические, спортивные, туристические и прочие бурные виды деятельности, вместо того чтобы уютно расслабиться. И сверх всего этого он обнаруживал, что начинает волноваться и беспокоиться за два-три дня до того, как вернется на работу, и если случалось так, что он вообще мог позволить себе только неделю отпуска в зимнее время, то тогда он, конечно же, попадал в сложное положение, потому что у него нехватает времени расслабиться и получить хоть какое-то удовольствие. Чем больше он говорил, тем шире раскрывались глаза Эла, и тем более недоверчивым становилось его выражение. Вначале он не мог поверить, что у терапевта есть какие бы то ни было проблемы. Во-вторых, он не мог поверить, что у него просят помощи. С другой стороны он был абсолютно поражен мыслью, что кто-то может быть так активен, и так заинтересован в окружающем мире, и выразил полную готовность описать в хронологической последовательности, как он выработал эмоциональную вариацию трех обезьянок: "Не видеть зла, не слышать зла, не говорить зла". Как оказалось, Эл эмоционально отключил себя от дурного поведения своих родителей, то есть от их сексуальных эскапад, их пьянства, и от бесчестности отца в бизнесе.

В этой ситуации терапевт представился пациенту не столько зеркальным образом, сколько кем-то кто хочет походить на него характером. Эйххорн предлагает этот подход, когда он просил делинквента обучить его профессии пациента. Стрин (142), Спотниц (138) и Маршалл (81, 82, 83) предлагают другие клинические примеры. Хартман (57), признавая, что делинквенты не нуждаются в "лишнем багаже" объектного переноса, предлагает несколько эффективных исходных подходов к делинквентам. Вискин (159) описывает, как он "вчувствуется" в первичные контакты. Кауфман и Маккей (71) высказывают следующий совет: "... бросаться немедленно в критический материал — значит вытолкнуть уровень тревоги на такую точку, где пациент либо бросает терапию, либо ищет облегчения в дальнейших делинквентных поступках". Жосселин (67) советует, чтобы на первой стадии терапии с пред-делинквентами терапевт не касался невротического конфликта. Фляйшер (43) доказывает, что первичной чертой для терапевта должна быть теплота, несмотря на то, что считает, что когда пациент по настоящему беспомощен против терапевта, или когда терапевт может обеспечить какие-то формы удовлетворения, может произойти "идентификация с агрессором". Он приводит список других черт терапевта и более подробно говорит о взаимодействии терапевта (44) с "неподдающимися лечению" делинквентами. Катц (70) тоже верит, что попытки достичь близости и теплоты необходимы для того, чтобы терапевт стал объектом идентификации. Дженкинс (62) рекомендует, чтобы терапевт, сталкиваясь с враждебностью и отвержением делинквента, выражал теплоту и приятие.

Завитзянос (164) не ожидает никаких особых трудностей при применении классической психоаналитической техники в своем описании лечения молодой женщины. Жаль, конечно, что не включен диалог по типу "он сказал, она сказала".

Охрех и др. (91) подытоживают серию статей о специальных техниках, которые можно использовать с делинквентами. Обсуждаются практические вопросы, такие как конфиденциальность, принадлежность к разным социальным слоям, контрперенос, страх и установление границ. Шварц и Шварц (120) предлагают случай, в котором терапевт все более направлял манипуляции делинквентного подростка, пока не была установлена твердая идентификация. Экштейн (36), описывая терапию делинквента, подчеркивает важность принятия коммуникаций пациента именно на уровне пациента, что ведет к идентификации с терапевтом. Требование Анны Фрейд (50), чтобы терапевты делали себя интересными для своих юных пациентов, конечно же имеет особую важность при подходе к делинквенту.

Вторая стадия: установление системы контроля

Франк (46) указывает на то, что на раннем этапе терапии он вводит серию запретов против разрушительного поведения. Терапевт может свободно в это время отдавать приказания или устанавливать границы в особенности в связи с поведением пациента в офисе — первичное правило при этом, это чтобы пациент говорил. Другими требованиями будет, чтобы пациент приходил вовремя, уходил вовремя и платил вовремя. Хваст (23) предостерегал: "слишком много разрешений без установления должных границ может

оказаться абсолютно неадекватным". Рексфорд (107), с другой стороны, утверждает: "На начальных стадиях психиатрического лечения, которое может длиться от одного до двух лет, терапевт должен быть готов терпеть открытые физические и словесные враждебные взрывы, которые могут быть крайними и настойчивыми, и позже могут вновь повторяться в случаях нарастания тревоги".

С другой стороны, она говорит: "Терапевт должен с самого начала ясно показать, что он не одобряет неприемлемого поведения ребенка и не принимает его сторону, хотя в то же время его отношение не является ни карающим, ни моралистическим".

Один из терапевтических эффектов этих требований — это позволяет пациенту использовать терапевта как объект враждебности. Поскольку защиты делинквента от депрессии (подавленной ярости) настолько ненадежны и примитивны, терапевт устанавливает себя в качестве мишени для ярости пациента. Это делается не потому, что катарсис как таковой непременно является целебным, но потому что это дает выход ярости, лежащий в основе депрессии. Это, в свою очередь, предотвращает самонападение и дает пациенту модель принятия обвинений, критики, оскорблений и других форм враждебности. То есть, поскольку в конечном итоге пациент должен будет справиться с агрессией от себя и других, как можно раньше терапевт дает ему увидеть, что он способен принять все эмоциональные и вербальные нападения, на которые пациент окажется способен. Еще одно преимущество этого приема — это показать пациенту, что терапевт сильнее, чем пациент — что терапевта невозможно "изничтожить" чувствами и словами пациента.

Среди всего этого пациент должен осторожно и последовательно обучаться и тренироваться на то, чтобы проводить различие между словами и действиями. Делинквенты, в особенности те чья травма произошла до или во время довербального допонятийного уровня, не проводят этого различия. Ни в коем случае терапевт не должен терпеть использование физической агрессии в офисе. Терапевт может указать пациенту на то, что он "утратил контроль", и что если такое поведение будет продолжаться, то на сегодня сессия будет закончена. Иногда бывает допустимо пригрозить пациенту, что его "запрут", поскольку его поведение настолько нестерпимо. Если пациент продолжает действовать враждебным образом, не исключено, что действует какой-то контрперенос, которого терапевт не осознает, или что терапевт недостаточно квалифицирован для работы с этим пациентом. Эйххорн (4) говорит о том, что терапевту необходимо быстро доказать, путем использования тактики неожиданности, что он контролирует и себя, и ситуацию. Эйслер (34) приводит клинические данные в поддержку мнения, что пациент будет последовательно проверять контроль и могущество терапевта, пока не убедится, что не может терапевта победить. С детьми, у которых очень ограниченный эго-контроль, утрата контроля и физическое провоцирование терапевта являются проблемой в меньшей степени и могут еще быть использованы для получения терапевтического результата.

Том, восьми лет, подверженный бурным эмоциональным взрывам и вызывающий своим непослушанием и бунтарством серьезную озабоченность родителей и школы в течение уже некоторого времени, начал дразнить терапевта тем, что бросал подушки и мячики "Нерф". Затем со все большей силой полетели книги и игрушки. Требование прекратить было проигнорировано, после чего Тому было сказано, что его будут контролировать физически. Том брыкался и боролся, кричал, что терапевт причиняет ему боль и убивает его. Поскольку терапевта только что проинформировали, что у Тома недавно возникли страхи смерти (хороший прогностический признак), он сказал Тому, что тот прав и что если он еще хоть один раз нарушит правила, терапевт действительно причинит ему боль или убьет его. Удивленный мальчик тогда пообещал, что будет вести себя хорошо, но как только его освободили, со смехом начал вести себя таким образом, чтобы вновь вызвать необходимость физически его держать. На протяжении нескольких еженедельных сессий сцена повторялась много раз с большим количеством вербализаций, в особенности пока Том был в руках терапевта. Вербализации содержали большое количество фантазий о последней трапезе умирающего, его последнем действии, его завещании; о том, как Том будет пытать терапевта, о том что случится с ним, когда он умрет и так далее. В каждом случае терапевт сохранял свою роль активного контролирующего действующего лица. В какие-то моменты Том не мог быть уверен, находятся ли они в области реальности или игры, но для него это, похоже, было крайне увлекательно и, возможно, и составляло эффективный аспект данной "игры". Однако он был прекрасно способен "переключиться" в конце сессии, то есть где-то за пять минут до конца сессии Том мог выкрикивать что-то с яростью и говорить о том, как ему хотелось бы убить терапевта, но как только выкликалось время, он собирался, говорил "до свидания" и всячески показывал, что готов прийти снова.

В случаях, когда ребенок выработал представление о матери, как причиняющей вред или убивающей, ребенок обычно воссоздает с терапевтом свое восприятие травматических событий. Например, Джим, семилетний "хулиган", абсолютно не слушался родителей и

был пассивно-агрессивен в классе, одновременно проявляя некоторое количество тревоги и мучая других детей. Для Джима мир был крайне враждебным, стремящимся причинить вред или убить. Страхи Джима выражались в псевдо-всемогуществе и всезнании и в стойких сопротивлениях любым указаниям. Фактически "нет" Джима было характерологическим негативом в ответ на любой контроль, который он интерпретировал как нападение с целью убийства. Фактически его "нет" было способом сказать: "Нет, я не хочу, чтобы меня убили". С другой стороны, Джим мог быть очень жесток с окружающими. Проявляя сильное сопротивление на сессиях первого года, Джим в конечном итоге раскрыл в своей игре динамику собственного нарушения. Медленно выработалась игра, которая привела к эффективному изменению в поведении. Он установил куклу-мату в качестве фокуса своей всемогущей мучающей враждебности. В особенности нравилось ему, когда терапевт вскрикивал, изображая боль и беспомощную ярость, пока Джим играл роль матери. Когда Джим начал с нетерпением ожидать сессий, терапевт переключил роли. Базируя свои действия на предшествующем поведении Джима, то есть тирании, ярости, мстительности и так далее, он стал зеркалом Джима и угрожал наказанием, используя принижающие клички, которыми пользовались Джим и его мать (мать их позже подтвердила). Серьезное и в тоже время полное удовольствия выражение лица Джима, так же как и его тихая просьба вновь и вновь повторять игру, показали, что он включился, и что игра для него значима. По сути, игра вращалась вокруг момента, когда он мог "убивать" терапевта не торопясь, в то время как терапевт пытался "сделать больно и убить" его. Однако он ставил терапевта в неравное положение. Терапевту не разрешалось его видеть, но он мог его слышать. Он производил какой-то шум, и терапевт либо бросал мячик, либо ударял палкой, либо стрелял в направлении этого шума. Чем сильнее ударял терапевт и чем ближе к цели он попадал, и чем более фрустрированным и полным ярости он выглядел, тем в больший восторг приходил Джим.

Для делинквентов типично опаздывать и пропускать сессии. Когда они изображают сокрушенность или оправдываются, терапевт может спросить, зачем они ему все это рассказывают и дать понять, что он рад, что они опоздали или отсутствуют, и что в будущем он будет с нетерпением ждать, чтобы они вели себя все более делинквентно. После первого удивления они начнут нападать на терапевта за то, что ему, похоже, нет до них дела.

Неизбежно в какой-то момент терапевт должен найти вход в суперэго пациента. Этот переход от того, чтобы терапевт становился эго-идеалом, к тому, чтобы он стал суперэго, создает некоторые проблемы. Вторая стадия в значительной мере накладывается на первую. В любом случае нужно, чтобы прежде терапевт начал бессознательно нравиться, и только потом пациент захочет принять терапевта в качестве суперэго.

Печка, от которой следует танцевать, как уже указывалось, это сессия, в которой задача пациента говорить, а задача терапевта сделать так, чтобы пациент говорил. Важность того, чтобы пациент говорил в терапии, обсуждается у Спотница (138) и у Лэя (72, 73). Даже наговаривать на магнитофон, по-видимому, может быть терапевтично, как указывают Столлак и Герни (141). Однако они отметили такой значительный перенос и сопротивление в рамках этого относительно деперсонализованного контекста. Шор и Массимо (129) в своей успешной работе с делинквентами обнаружили, что вербализация служит тем механизмом, при помощи которого можно получить контроль над враждебным поведением. Они проводят аналогию с ребенком, который, вырабатывая средства контроля, вербализует запреты в попытках себя остановить, прежде чем интернализировать способы контроля.

Многие дети и подростки говорят очень много, но без всякого смысла. Пациент просто поверхностно соглашается. Такие дети, по-видимому, являются наиболее резистентными в терапии из-за их хорошо налаженного межличностного радаров. Неизбежно они отказываются говорить и сосредотачиваются на том, чтобы делать что-то другое, что обычно оказывается бесконечными сопротивлениями, которые не могут быть проанализированы. Кроме того эти сопротивления могут оказаться весьма интригующими для терапевта, потому что такие дети умеют как-то по особенному в очаровательной манере отталкивать перенос. В этих случаях обычно приходится вызывать родителей для совместных совещаний, чтобы поговорить с ребенком. Затем ребенок пытается убедить родителей, что он из всех сил сотрудничает, и что ему не нужна никакая терапия. И действительно такие дети при небольшом количестве контроля способны мобилизовать себя так, что на протяжении какого-то периода времени их поведение становится таким, как нужно.

В зависимости от уровня интегрированности эго, терапевт может сосредоточиться на нежелании пациента говорить. То есть, при целостном эго происходит анализ трансферного сопротивления. При более слабых эго по ходу действия необходимо обеспечить опыт, поддерживающий эго и способствующий созреванию. Например, пятнадцатилетний пограничный чернокожий шизофреник, который приближается к

выписке из спецучреждения, не мог справиться с той яростью, которую он чувствовал в адрес терапевта (которого он воспринимал как бросающего его, так, как его бросил его отец), и впал в молчание. Однажды он вошел со значком, на котором было написано: "Долой черномазых - да здравствует черный человек". Терапевт продемонстрировал большой интерес к этому значку, и Чарльз смог объяснить, что он хотел, чтобы "черный человек" в нем стал как можно больше, и хотел избавиться от "черномазого в себе". Он доказывал в поэтичных, но книжных выражениях, что "черный человек" — это не только его идеализированный отец, но и его собственное эго и суперэго, и что "черномазый" — это его ид и его презируемый отец. Терапевт сказал, что находит себя чересчур жестко человеком суперэго-эго (нравственный, работающий, контролируемый), и что ему интересно было бы иметь больше чувств "черномазого" (игрока, пьяницы, насильника, садиста). Чарльз был, казалось, шокирован и растерян, и сказал терапевту, что этого он никогда не сможет сделать, если он не сможет испытать ужас и фрустрацию переживаний чернокожего подростка в черном гетто. Терапевт настаивал на том, чтобы Чарльз поделился с ним этими переживаниями. Он настаивал также, чтобы в выходные дни дома Чарльз оставлял своего "черномазого" у терапевта, так чтобы тот мог с ним познакомиться и в тоже время его контролировать. В конечном итоге после выписки Чарльз "отдал" терапевту своего черномазого и иногда спрашивал своего наблюдающего социального работника, как там у терапевтаживает его "черномазый".

Берд (20) рассматривает отыгрывание как часть симбиотических отношений с матерью, в особенности с ее ид. На ранних стадиях терапии терапевт пытается заменить собой отыгрывающую мать; затем путем постоянных интерпретаций нарциссических отношений происходит индивидуация.

Как указал Эйслер (35), практически все делинквенты просят у терапевта денег. Эйслер рекомендует терапевту не поддаваться делинквенту, чтобы делинквент не почувствовал, что он контролирует терапевта. Вместо этого Эйслер предлагает терапевту дать делинквенту деньги в неожиданный момент.

Другая альтернатива это присоединяться к делинквенту в его настроениях жадности и скупости. Дэн попросил у своего терапевта несколько долларов, предложив несколько причин, почему ему это нужно, из которых ни одна, похоже, не была заслуживающей внимания. Терапевт спросил, а что он за это получит. Несколько ошеломленный Дэн ответил туманно, что он станет его другом, что терапевт будет чувствовать удовлетворение, что ему помог, и так далее. Терапевт фактически спросил его, почему его могут интересовать какие-то из этих целей, когда ему и так хорошо с деньгами, которые ему платят родители Дэна. Дэн обвинил терапевта в том, что тот видится с ним только из-за ожидаемой платы, сказал ему, что он жадина, и что он использует его и его родителей — а терапевт на все это отвечал утвердительно и в принимающей манере, рассчитанной на то чтобы укрепить нарциссический перенос, но демонстрировал при этом, что пациент не может его контролировать.

Несколько авторов описали благотворный эффект того, что делинквент высказывает свою враждебность к терапевту. Однако ожидание этой пользы необходимо умерять прекрасно доказанным предостережением Берковица (11) об ограниченности катарсиса. Пациент должен понимать что только в терапевтической сессии ему позволительно раскрывать свои чувства, и что он не должен выражать их в других обстоятельствах, таких как в школе, дома и со сверстниками.

По мере того как вырабатывается позитивный перенос, терапевт должен без угрызений совести давать указания, советы и структурировать так, чтобы делинквент получил более четкое понимание того типа поведения, которое будет приемлемо во внешней жизни. Фрис (53) объясняет, что "ребенок прекращает свое асоциальное поведение не благодаря инсайту, полученному из аналитической процедуры, потому что это заняло бы слишком много времени, но из любви к терапевту, на которого он выработал этот крайне сильный перенос, и которого он не хотел бы разочаровывать". Билмз (18, 19) доказывает также, что индуцировать стыд и вину у делинквента есть необходимый аспект адекватного функционирования. Немножко побороть или не одобрить неприемлемое социальное поведение оказывается эффективно для того, чтобы контролировать внешнее поведение. Это, как правило, лучше всего работает в тех случаях, когда родители, в особенности мать, не обеспечили должных санкций контроля и помощи, когда ребенок начал ходить, бегать и удаляться от нее. В согласии с этой точкой зрения находится Готтесфельд (56), который раздавал делинквентам анкету, где они четко определили свою потребность в том, чтобы терапевты были более активны и более директивны. Шмидеберг (116) находит, что "прогрессивные" родители часто не берут на себя ответственность советовать и планировать, особенно с девочками, которые оказываются "лишенными корней" и сексуально неразборчивыми. Она предлагает следующий очень показательный клинический анекдот: "Однажды я отчитывала пациентку очень сурово, когда вдруг она начала мне улыбаться. "Я тебе нравлюсь, да?". "Почему ты так подумала?". "Ты говоришь,

как моя бабушка, а я знаю, что она меня любила"".

Шмидеберг (115) в недавней статье обсуждает необходимость иметь дело с реальностью при работе с делинквентами и доказывает, что в этом контексте не следует бояться суггестии. Энгель (39) в сходном ключе советует простое и "экономное" решение всех проблем делинквентов.

Часто пациент угрожает самоубийством, если на его требование не согласятся. С этим приемом можно справиться, сказав пациенту, что ему не разрешается убивать себя, пока не пройдет по крайней мере шесть месяцев после окончания терапии. В ответ на это всегда раздаются вопли о том, что терапевт тиран, и что ему все равно. Если пациент продолжает говорить о том, что он себя убьет, терапевт может спросить о том, когда именно он это сделает и при помощи каких средств. Здесь пациент может предложить себя в качестве "эксперта" в методах самоубийства и указать иные и более эффективные методы для того, чтобы совершить самоубийство, так чтобы пациент чувствовал, что он производит большее впечатление на свою "аудиторию". Еще одна техника присоединения, которую следует использовать осторожно, это когда терапевт предлагает сам убить пациента. Как и в выше приведенном приеме, рациональная база этого подхода состоит из нескольких пунктов: (1) он подкрепляет постоянно присутствующий и скрытый страх пациента, что терапевт, как и все, хочет его убить. Часто пациент говорит: "Я это всегда подозревал". (2) Это позволяет терапевту глубже проникнуть в суперэго пациента. (3) Это оживляет исходный страх того, что его убьют родители.

Все эти приемы должны использоваться в форме таких вопросов: "Что, если бы я тебя убил, вместо того, чтобы тебе убивать себя самому?". Далее прием следует применять таким образом, чтобы пациент не был уверен, может или не может такое событие произойти, то есть пациент начинает тревожиться. В одном поразительном случае пятнадцатилетний крепкий орешек расплакался, когда терапевт спросил его, кому будет дело до того, убьет ли он себя сам или его убьют. Он ответил словами: "В том то и беда — только вам". Парадоксально, многие пациенты заявляют, что кажущаяся готовность терапевта убить их означает, что терапевт действительно о них заботиться. Как выразился один пациент: "Если вы готовы не полениться и избавить меня от мучений, это значит что вы бы для меня что угодно сделали". Часто косвенное предложение убить пациента вызывает значительную враждебность и критику. Позиция терапевта: "А ну и что, если я окажусь убийцей?" обычно заставляет пациента нападать, что является экстернализацией нестерпимой ненависти к себе и позволяет пациенту структурировать для самого себя причины того, чтобы терапевт (и он сам) вели себя более цивилизованным и социально приемлемым образом.

Стрин (142) также верит, что, чем интерпретировать искажения по поводу самого себя, терапевту следует временно абсорбировать обвинение как часть своего эго. "Юнец благодарен взрослому за то, что тот принимает эти ядовитые элементы, и постепенно начинает задавать вопросы о том, насколько они в самом деле опасны". Липтон (76) подытоживает намерение терапии:

Психотерапия основана на принципе коррективного эмоционального переживания. Пациент подвергается тому же типу эмоциональных конфликтов в терапевтической ситуации, которые в жизни оказались неразрешимыми. Терапевт, однако, реагирует иначе, чем реагировали родители. Психотерапевт дает индивидууму возможность вновь и вновь сталкиваться со все возрастающими дозами прежде невыносимых эмоциональных ситуаций, и справляться с ними иным способом, чем в прошлом. Переживание заново неразрешенного старого конфликта с новым концом есть секрет успешной терапии (стр.543).

По-видимому, старое утверждение Александера (5) насчет того, что пациенту необходимо обеспечить "коррективный эмоциональный опыт", может быть применимо к терапии делинквентов.

Терапевтический подход, который излагается в этом разделе, имеет некоторое сходство с парадигматической терапией Мэри Коулмен Нельсон (89), которая фокусируется на воссоздании и проживании с пациентом старых конфликтов с родителями. Терапия пограничных подростков у Мастерсона (86) тоже похожа на это. Он также цитирует понятие сепарации-индивидуации Малера в качестве центра своего рассуждения. Его подход, однако, более вмешивающийся и катаболический по отношению к защитами на начальных стадиях. Более того, он работает в условиях специального утверждения, которое рассчитано на то, чтобы справляться с взрывной яростью и глубокими депрессиями его подростков.

В тех случаях, когда делинквентность происходит из чувства вины и потребности в наказании, терапевт может временно принять на себя роль нарушенного суперэго. Фридлиндер (51) утверждает: "Если... делинквента можно привести обратно к зависимости маленького ребенка от взрослого человека, то процесс переобучения может, возможно, исправить неверный характер развития".

В тот момент, когда пациент действительно становится более зависимым, обычно происходит замораживание защит, однако усиление в аффектах. Терапевт никогда не должен терять из виду тот факт, что делинквент обычно не интересуется установление объектных отношений, и он едва способен терпеть нарциссические или симбиотические отношения. Одна из форм сопротивления, которое описывает Редль (102), это, что поведение пациента может стать более нормализованным и образцовым в ситуации терапии, но неведомо для терапевта пациент начинает проявлять более открытое антисоциальное поведение вне терапевтического часа. Терапевт, таким образом, должен иметь не только хороший контакт с семьей и школой, но должен осознавать, что пациент может вызвать у него чувство ложной самоуспокоенности. Вообще, поведение пациента должно улучшаться постепенно, вначале по отношению к окружающему сообществу, затем в школе, затем в семье и только после этого на терапевтических сессиях. Цель в том, чтобы пациент приносил все свои огорчения, конфликты, страх и патологию на терапевтическую сессию, а затем функционировал более интегрированным образом в своей семье. То есть чем более бурно проходят терапевтические сессии, тем меньше вероятность отыгрывания в сообществе. Несколько авторов (138, 142, 148) указали, что не только нормально, но и желательно держать делинквента в состоянии негативного переноса. Цель в том, чтобы поддерживать проективную защиту и идентификацию с терапевтом, так чтобы пациент был менее склонен направлять свою враждебность на самого себя.

Проблема лакун в суперэго

Джонсон и Журек (64, 65) выдвинули теорию лакун в суперэго, которая говорит, что родители вынуждают своих детей отыгрывать бессознательные родительские желания. Когда родители доступны для терапии, можно проанализировать систему патологических потребностей, сняв таким образом давление с ребенка. Когда родители не предъявляют себя для терапии, необходимо искать другие подходы для того, чтобы разрешить потребность ребенка исполнять желания родителей. Следующий пример иллюстрирует один возможный путь. Когда четырнадцатилетний мальчик, рано развившийся во всех отношениях, неохотно начал развешивать историю своей пышной цветом цветущей жизни, терапевт обнаружил, что он увлечен рассказом более, чем обычно. Выяснилось, что Сэм является центром внимания в своей спальне в интернате из-за способности "травить соленые байки". Во время интервью с по видимости высоконравственной матерью оказалось, что она также болезненно интересуется асоциальной и сексуальной жизнью Сэма. Хотя она, казалось, чувствовала крайнюю обиду, неодобрение и отвращение к перверзиям своего сына, тем не менее создавалось впечатление, что она получает из вторых рук удовольствие, когда читает отчеты следователя, показывает терапевту порнографические картинки и записки Сэма и воображает, что он еще может сделать. Однажды, когда Сэм высказывал терапевту, какое занудство это терапия, и прочими способами выражал нежелание продолжать, ему было сказано, что терапевт в восторге от его эскапад, и не может ли он, пожалуйста, потратить некоторое усилие на то, чтобы сделать что-нибудь интересенькое, чтобы сессии стали менее скучными. Откликом Сэма была взрывная негативная реакция, в которой он дал понять, что он устал делать что-то, что доставляет удовольствие другим, и что, если уж на то пошло, он готов скорее жить пристойной жизнью назло терапевту. Он описал далее, как он обнаружил, что пытается переплунуть отца, которого он не видел десять лет, и который, судя по всем рассказам, был крайне психопатическим извращенным персонажем. В этой ситуации терапевт полагал, что он высказал открыто скрытое требование матери, и что Сэм в свою очередь выдал более соответствующую сознательную реакцию на воссозданную патологическую ситуацию.

В другой ситуации одиннадцатилетний мальчик выбрал образцом для подражания прославленного смельчака Ивеля-Книвелия и пытался выполнить сходные опасные действия, которые казались ему силой, оживляющей в прочих отношениях скучную жизнь его родителей. В этой ситуации терапевт указал, что он ждет не дожидается его сессий среди в остальных отношениях нудного рабочего дня, и рассказов о приключениях мальчика. Реакция мальчика была заявить, что он отказался от опасных приключений, и вместо этого принести на терапию рисунки увлекательных и интересных событий, которые он вообразил или видел в кино.

Конечно, существует определенный риск в том, чтобы идентифицировать себя как человека, который пытается жить опосредованно через пациента. В контексте позитивного переноса ребенок может подчиниться, что приведет к опасным ситуациям. Однако в контексте негативного или развивающегося нарциссического переноса пациент либо сопротивляется терапевту, либо с неохотой начинает привязываться к нему еще больше. Правильно выполненная, эта техника превращения скрытого послания родителей в открытое снижает тревогу, окружающую двойное послание. Когда терапевт подозревает,

что ребенок обеспечивает бессознательное удовлетворение для родителей, рекомендуются семейные сессии, как описано в главе семь, потому что в течение короткого периода времени легко будет указать семье на то удовольствие и оживление, которое ее членам приносит поведение ребенка.

Третья стадия:

"традиционная психотерапия"

По мере того, как терапия прогрессирует от нарциссического переноса к объектному переносу, от симбиоза к дифференциации и от слабости эго к большей силе суперэго и эго становятся показанными более стандартные методы лечения пациента. Однако терапевт должен быть готов всегда узнать регрессию и присоединиться к пациенту, когда он делает шаг назад, прежде чем сделать шаг вперед.

Психотерапия правонарушительниц

Хотя существует несколько хороших отчетов психотерапии делинквентных девочек, литература по дифференцированию и противопоставлению терапии мальчиков и девочек, по-видимому, ограничена. Обсуждая "неженственную" делинквентную девочку, которая совершает насильственные действия и нападения, Фельзенбург (40) предлагает мысль, что эти девочки не хотят становиться женщинами. В их терапии зависимость от терапевта поощряется, чтобы заменить влияние матери. В то же самое время девочку направляют к более женственной роли через интерпретацию прошлого, инсайт, советы и поощрения. Синджон (113) описывает способы выработать терапевтический альянс с девочками подростками через деятельность и прямоту. Кулидж (29) описывает свою терапию пятнадцатилетней девочки, которая идентифицировалась со своим умершим братом. Кауфман и Маккей (71) предлагают прекрасное описание психотерапии пятнадцатилетней делинквентной девочки, чьей основной проблемой была депрессия. Журжевич (68) подробно рассказывает о своей терапии девочек в спецучреждении.

Главная проблема терапии:

контрперенос

Главной проблемой в терапии делинквентов, по-видимому, является проблема контрпереноса. Критическим является Салливановское понятие участника-наблюдателя, также как и интуитивное понимание и контроль делинквентов по Эйххорну. Поскольку импульсы и защиты делинквента являются примитивными, и будоражат до такой степени, что, кажется, "стоят рядышком" с импульсами и защитами шизофреника, то очевидно, что импульсы и защиты, вызываемые ими у терапевта, являются фактором, с которым приходится постоянно и эффективно справляться. Говоря коротко, все, что написано о контрпереносе, особенно Серлзом (124), Спотницем (138) и Волштейном (162), применимо и к терапии делинквента. Неудивительно, что шизофрения и делинквентность остаются двумя формами нарушения, особенно резистентными к психологическим подходам.

Проблема усугубляется тем фактом, что терапевт обычно должен установить рабочие отношения с родителями, семьей, школой и представителями закона таким образом, который остается конструктивным для пациента. Многочисленные переносы и контрпереносы в таких сложных ситуациях могут приводить в смятение или запутывать даже самого благожелательно настроенного и преданного делу терапевта.

В дополнение к этому, как указал Фридлендер (51), количество индивидуальных терапевтов, которые способны выработать необходимые навыки, ограничено экономическими соображениями. Маловероятно, чтобы можно было подготовить достаточное количество терапевтов, чтобы вести терапию существующего числа делинквентов на индивидуальной основе. Однако представляется стоящим выработать и поддерживать определенное количество кадровых терапевтов, которые готовы не только вести терапию делинквентов, но и согласны исследовать глубоко те переменные, которые связаны с ранним эмоциональным опытом делинквентов. Такие проекты, как организовывали Бетельгейм (17) и Редль (101), в этом отношении будут образцовыми.

Терапия родителей делинквентов

Если родителей можно вовлечь в консультирование или терапию, терапия делинквентов имеет значительно лучший прогноз. Типично, однако, то, что родители, в особенности отцы, высоко резистентны к включению в терапию. Родительское сопротивление должно исследоваться очень осторожно, и уже затем следует вырабатывать план терапии. Часто матери имеют пограничный характер, страдают от открытых или скрытых депрессий или показывают, что они находятся в постоянном страхе утраты объектов. Как и их дети, они демонстрируют сильные признаки плохого разрешения процесса сепарации-индивидуации. Поэтому при их терапии матерей необходимо обеспечивать надежным

временным объектом на протяжении отношений с терапевтом.

Тщательно взвешенные клинические суждения необходимы при решении вопроса, должен ли у матери быть тот же самый или другой терапевт, чем у ребенка. Когда структура характера матери примитивна и недифференцирована, она может в сильной степени полагаться на своего ребенка как на симбиотический объект. Когда ребенок структурирован сходным образом, хорошо было бы встречаться с матерью и ребенком совместно или в семейной терапии, так, чтобы существенные, хотя и патологические защиты, могли поддерживаться, в то время как происходят другие терапевтические виды деятельности. При несколько менее патологических и симбиотических ситуациях отношения матери и ребенка могут выдержать одного и того же терапевта, но при встречах с ним на отдельных сессиях. В случаях, где сепарация-индивидуация почти завершена у матери и ребенка, показаны разные терапевты. Терапевтический подход к матери несколько сходен с терапевтическим подходом к ребенку. То есть необходимо установить нарциссические или симбиотические отношения при помощи техник присоединения. По мере того, как это матери набирает силу, можно использовать более традиционные модели терапии. Когда муж доступен для встреч, прилагаются все возможные усилия, чтобы помочь ему стать объектом, подходящим для матери. Для этого ему обычно помогают стать нарциссическим объектом, чтобы между мужем и женой установился симбиоз. Это состояние дел обычно продуцирует более адекватные системы контроля для ребенка, в то же время освобождая его от эмоциональных пут и позволяя истинный рост. Часто структуры характера родителей настолько ограничены, что хотя терапевт работает в том направлении, чтобы они стали автономными людьми, он должен быть удовлетворен, если они смогут достичь корпоративного симбиоза.

Одна из самых полных презентаций теории техники терапии нарушений характера у родителей делинквентов представлена в описании Райнера и Кауфмана (104). Настраивая терапию в соответствии с психосексуальной стадией родителей, авторы обнаруживают, что в процессе необходимы четыре шага: (1) установление отношений; (2) достижение идентификации клиента с терапевтом; (3) эмоциональное отделение клиента от терапевта; (4) понимание и инсайт.

Вместо того, чтобы полагаться на одну модальность при терапии делинквентов, будь то индивидуальная, групповая, индивидуальная с родительским консультированием, семейная терапия и так далее, Маршалл (80) ввел понятие "терапии по цепочке", которая является формой семейной терапии. Этот подход учитывает не только сопротивление конкретного пациента, но и все сопротивление от всех членов семьи здоровому функционированию и его, и семьи. Ход терапии для семьи диктуется интервенциями обычно присоединяющейся или поддерживающей природы в точке той системы защит, которая является наиболее разрушительной для терапии или наиболее патологической. Терапевт должен быть готов в любой момент предоставить терапию для любой комбинации членов семьи.

Выводы

Подытоживая сказанное, индивидуальный психотерапевтический подход должен диктоваться диагностическим и психодинамическим изучением ребенка, его семьи и его среды, в особенности теми из нас, кто не разделяет интуитивной одаренности Эйххорна. Хотя он избегал знать о ребенке до первого контакта, Эйххорн (4), тем не менее, указывает в конце одной из своих последних статей: "Реабилитация переменчивого ребенка не будет более ограничена случайным успехом талантливых воспитателей, но станет предсказуемым результатом систематической научной работы". Будучи вооружен тщательными диагностическими и историческими данными и руководствуясь теорией, а также обладая личностью, подходящей для работы с антисоциальными и делинквентными детьми, терапевт имеет хорошие шансы справиться с этой гигантской терапевтической проблемой.

Возможно, наиболее ключевое требование в данном случае — это оценка точки, или точек, фиксации в развитии ребенка, в особенности степень нарциссизма, степень симбиоза, уровень объектных отношений и созревание эго-функционирования являются критическими моментами при ориентировании себя относительно ребенка. Поскольку предполагается, что большинство делинквентов функционируют на нарциссическом уровне, где сепарация-индивидуация пройдена не полностью, должны использоваться техники, соответствующие работе с защитами и сопротивлениями. Развитие нарциссического переноса по-видимому является для эффективной терапии *sine qua non*. Процесс его вырабатывания, хотя иногда и кажется грубым и примитивным, на самом деле требует деликатного и любовного подхода, тщательного исследования и нежного воспитания, точно так же, как ведут себя с младенцем, который ушибся и плачет. Каждая вспышка интуиции и контртрансферного чувства должна фильтроваться через эго терапевта в его усилиях присоединиться к пациенту на его собственном уровне адаптации

и защит-сопротивлений. Свободная ассоциация и интерпретация оказываются в этом случае неэффективными. Техники отзеркаливания и присоединения, тщательно сформулированные терапевтом, до делинквента, по всей видимости, доходят. Они дают возможность отдохнуть от обычных атак на защиты делинквента и позволяют пациенту регрессировать и установить отношения, которые не создают той паники и боли, которые он так мало подготовлен выносить. Терапевт и пациент сливаются в своих отношениях, которые не угрожают ни тому, ни другому. Терапевт должен стремиться оставаться постоянно сознающим склонность поддерживать это отношение и всегда готовым вернуться к нему, как только пациент впадет в панику. Однако, когда он видит свидетельство уважения, любви и зависимости пациента, терапевт может начать выдвигать более формальные терапевтические требования к пациенту и использовать традиционные техники, более подходящие для невротического уровня организации. Чуткое обращение нужно обеспечить не только ребенку, но и родителям, и семье. И последнее, но не самое маловажное, терапевт должен поддерживать постоянное осознание влияния макро-переменных, таких как школа, сверстники, сообщество, и имеющиеся у них ресурсы.

Индивидуальная терапия в закрытых учреждениях

Психотерапия, так, как она описана в предшествующем разделе, может быть более эффективной, когда она проводится в рамках учреждения. Преимущество исходит в основном от дополнительных и позитивных отношений, которые терапевт поддерживает с сотрудниками и администрацией. Эта область хорошо очерчена в классической работе Стентона и Шварца (139), помимо прочих. Важные "простые" факторы -- это управляемость пациента в связи с вопросом посещения терапевтических сессий и способность учреждения контролировать убежание и отыгрывание пациента. Это особенно хорошо описано у Мастерсона (86) и в серии статей Ринсли (108). Терапевтическая атмосфера, созданная персоналом "остальных двадцати трех часов", в сочетании с планом терапии, составленным терапевтом, является еще одним крупным достоинством проведения терапии в рамках учреждения (82). Трудности могут возникнуть из-за непростых отношений внутри учреждения.

Энтони Дэвидс (31) критиковал учреждения и терапевтов, которые санкционируют политику проведения психодинамической терапии в вакууме, вне бурной реальности жизни пациента. Он сторонник "системы ячеек", которая интегрирует терапевта с жизнью персонала и пациентов. Уиллз (100) и другие склонны утверждать, что для того, чтобы полностью утилизировать перенос, помещение для работы терапевта должно находиться вне территории учреждения.

Журжевич (68) предлагает откровенный подробный отчет эклектической индивидуальной терапии делинквентных девочек, но ничего не говорит подробно о вопросах, связанных с персоналом учреждения. Его попытки оценить результаты своей терапии при помощи психологических тестов можно приветствовать.

Под несколько претенциозным названием Исцеление делинквентов Шилдз (127) предлагает легко читающийся отчет своей терапевтической деятельности с подростками и персоналом. Он находит несколько стадий в прогрессии делинквента: (1) благожелательное поведение; (2) манифестные симптомы; (3) игривый физический контакт; (4) агрессивное безответственное поведение; (5) явная депрессия или дезориентация; и (6) прорабатывания и переориентация. Шилл нашел, что его опыт параллелен опыту Эйххорна в том отношении, что после периода враждебности дети демонстрируют "бурные взрывы эмоций, плач и утрату контроля".

Шоу (126), психопедагогическим образцом которого являлась Летняя Горка Макнейла, основал в 1934 году школу Ред Хилл, Красная Горка. Вдохновленный психоаналитиками и священнослужителями, которые нашли способы любить то, что никто не любит, Шоу, по-видимому, обращается с делинквентами примерно так же, как Эйххорн. Например, с вором Шоу предложил давать мальчику шиллинг каждый раз, как он украдет, и два шиллинга каждый раз, как он украдет и не попадетсЯ. Другому мальчику, который был нечестен и не желал принимать щедрость, Шоу предложил часы как раз тогда, когда мальчик планировал украсть часы.

Персонз (95) обнаружил, что 41 мальчик из закрытого учреждения, которые проходили там психотерапию один раз в неделю и групповую терапию два раза в неделю, вели себя в обществе год спустя после выписки лучше, чем 41 контрольный случай.

Торторелла (146) обнаружил, что 39 девочек в учреждениях, которые участвовали в программе погружения в среду и еженедельной психотерапии, достигли значительно более высоких показателей по шкале взрослого интеллекта Векслера при повторном тестировании и более нормальных показателей по мультифазному инвентарному тесту Миннесоты при повторном тестировании, чем 32 девочки, которые не прошли программу. Возможно, самым тщательным, с наилучшим описанием, и самой успешной программой

индивидуальной терапии в учреждении является программа, о которой рассказывают Шор и Массимо (128, 129, 130) и Шор и др. (131, 132). Консультанты приняли на себя активную роль, помогая своим питомцам с аспектами реальностей жизни, особенно в области выбора профессии. Отслеживание через десять лет показывает продолжающиеся улучшения в терапевтических случаях и все большее ухудшение в контрольных случаях.

Психофармакология

Отчеты об эффективности различных медицинских препаратов, таких как перфеназин (88), декстроамфетамин (33, 77) и дифенилгидантоин (74) не показывают никаких явных данных о положительных результатах. Представляется правильным, чтобы использование психофармакологии было направлено на конкретные известные диагностированные симптомы, такие как шизофреническое поведение, гиперкинез и депрессия, а не просто на делинквентное поведение как таковое. Например, имипрамин (Тофранил) использовался при лечении энуреза у делинквентов (158).

Семейная терапия

Возможно, наиболее хорошо организованная программа семейной терапии для делинквентов обеспечивается группой из университета Юта, во главе которой стоят Парсонз и Александер (93). Утверждая, что действуют на бихейвиоральной основе, полагаясь в значительной степени на системную теорию и используя достаточно жесткие экспериментальные парадигмы, эта группа систематически исследует важные переменные. Более того, результаты заслуживают более чем беглого рассмотрения. Например, они нашли, что в контрольной группе, не проходившей терапии, уровень рецидивизма 50%. В клиентоцентрированной семейной группе уровень 47%. В эклектической психодинамической системной программе уровень 73%. В то время как краткосрочная семейная бихейвиоральная терапия дала уровень рецидивизма 26%. Используемые техники были: (1) название - обострение способности к наблюдению, особенно в связи с последовательностью событий; (2) взаимные контракты, при которых члены семьи соглашались изменить свое поведение; и (3) сосредоточение на семейных отношениях родителей, а не на делинквенте. Александр и другие (6) продемонстрировал, что сиблинги, проходящих терапию "делинквентных семей", дают 20% контактов с судебными органами, по сравнению с 40% для семей, не проходящих терапию, 59% для клиентоцентрированной терапии и 63% для психодинамической терапии.

Хотя они тщательно избегают понятия переноса, потому что в значительной степени опираются на навыки структурирования, Александер и др. (6) нашли "неожиданные и ставящие в тупик результаты" в том, что "навыки построения отношений — первичная сензитивность" терапевта оказались фактором, объясняющим 46% вариаций в результате.

Значительная часть работы в семейной терапии с делинквентами возникает в литературе походя, когда обсуждаются разные аспекты семейной терапии. Например, Акерман (1), иллюстрируя явления козла отпущения, описывает терапию делинквента. Феррейра (41) и Кудли (28), обсуждая двойное послание делинквенту в его семье, полагают, что делинквент оплетен "расщепляющим посланием". То есть, ребенок получает двухполюсное послание от матери и от отца. Ребенок склонен не только уйти из поля конфликта, но и родители, как правило, его оттуда выталкивают.

Стирлин (140) в контрастном исследовании шизофренических переменчивых и убегающих из дома детей связывает эти формы поведения с давлением внутри семьи. Шизофренический ребенок связан в модусе двойного послания, убегающий из семьи является продуктом модуса делегирования, в то время как переменчивый ребенок вышвыривается из семейной жизни в порядке функции выталкивающего модуса.

Семейная динамика и женская сексуальная делинквентность под редакцией Поллака и Фридмана (98) предлагает не только великолепные психодинамические и социальные исследования семей делинквентных девочек, но и содержит несколько терапевтически ориентированных статей.

Бихейвиоральная терапия

Важная тенденция в терапии малолетних правонарушителей представлена в работе проводившейся бихейвиоральными терапевтами в индивидуальных клинических исследованиях и в крупных программах. В последнее время впечатляющее количество диссертаций, основанных на теории обучения, были посвящены делинквентности. Бихейвиористы фокусируются на индивидуальной терапии, групповой терапии, семейной терапии и программах для учреждений.

Слэк (133) и Швицгебель (121, 122, 123) в своих знаменитых встречах на углу улицы заманивали делинквентов в свои офисы и лаборатории денежными вознаграждениями и демонстрировали, что делинквентов можно кондиционировать приходить на встречу вовремя. наниматься на работу, говорить в магнитофон - и что все это ведет к снижению

делинквентных действий. Хотя язык исследования является бихейвиоральным, и местом действия является Бостон, наблюдатели поневоле вспоминают изобретательность, симпатию и прямоту Эйххорна.

Вольф, Филипс и Фиксен (161) и Филипс (97) используют "обучающую семью" в программе под названием Эчивмент Плейс (Дом достижений). Обучающие родители, работающие с пятью, десятью детьми в доме семейного стиля, используют искусственную экономику, чтобы модифицировать поведение дома и в школе.

Паттерсон, Рейд, Джоунс и Конжер (94) основывают свое прямолинейное руководство по тому, как справиться с "агрессивными, неконтролируемыми" детьми на своей работе в исследовательском институте Орегона. Критерии для включения детей в их программу, похоже, ограничивают количество "образцовых делинквентов". Во всей бихейвиоральной литературе очень трудно оценить природу "делинквента" из-за бедности клинических деталей и истории.

Столлак и Герни (141) в своем использовании не терапевтов, а магнитофонов, отметили перенос и сопротивление в этой во многих отношениях по видимости дегуманизированной ситуации. Ветцель (158) использовал по-матерински душевную повараху для подкрепления своей терапии ребенка, склонного к воровству. Уэлш (157) в терапии подростка, который устраивал поджоги, заставлял ребенка все зажигать и зажигать спички, пока тот не "насытился".

Ферстер (42) рассматривает бихейвиоральную терапию как дополнительный инструмент, но не как замену для других форм терапии.

Групповая терапия

Область групповой психотерапии для делинквентов стала чем-то вроде терапевтических джунглей. Существует масса клинических отчетов: существуют программы с примесью индивидуальной терапии, групповой терапии в среде и/или семейной терапии; существуют программы для госпитализированных и программы для приходящих пациентов; существует даже несколько хорошо разработанных исследований по результатам. Наиболее запутанный аспект этой невразумительной массы — отсутствие адекватного определения выборок "делинквентов", проходивших терапию.

Одно из немногих исключений из вышеупомянутой мешанины — это работы Славсона (134,135,137) который предлагает не только хорошо организованную теорию, но и блистательные описания пациентов, и тщательные описания и пояснения его терапевтических действий. Зачинатель Терапии Групп Активности, Славсон ограничил ее использование первичными поведенческими расстройствами и не применял ее к детям с "психопатическими" личностями, потому что этот метод требует значительного количества свободы и отсутствия открытого контроля. Однако в работе Исправление делинквента Славсон (134) продемонстрировал, как суть структуры терапии групп активности может поддерживаться терапевтическим результатом. Хаотическое и бурное отыгрывание, которое возникало на начальных стадиях терапии, напоминает пациентов Эйххорна. Конечно доверие и принятие которого терапевты Славсона добились от мальчиков также напоминают принципы изложенные Эйххорном. В том что называется пара аналитической групповой психотерапией Славсон (134) описывает, как он "выворачивает наизнанку" озабоченность делинквентов внешним миром в интроспекцию, инсайт, контроль и формирование суперэго.

В серии взаимосвязанных исследований Труакс (148 - 154) сосредоточился на нескольких аспектах групповой терапии с делинквентами. Например, Труакс и др. (150 - 154) обнаружили, что терапевты с высоким уровнем эмпатии и не окрашенной властью теплоты достигали значительных изменений в поведении и в представлении о собственном Я у девочек в спецучреждении. Контрольные групповые сессии привели к менее удачным результатам, в то время как в еще одном исследовании Труакса и др. (151) предшествующее терапии обучение и глубина самоисследования оказались несущественными. Труакс (148) также наблюдал положительные результаты в группах, которые находились в состоянии негативного переноса. Программная природа работы, вместе со встроенными способами измерения результата, представляют собой модель для будущих исследователей. Розенталь (110) и Блэк и Розенталь (21) обеспечили практические указания и техники для терапии сопротивлений делинквентов мужского и женского пола. Шулман (117,118,119) в весьма обширных статьях стремится выработать техники, подходящие для делинквентов. Рахман (100) обсуждает свои встречи с делинквентами с использованием "эго-идентичности" Эриксона в качестве лакмусовой бумажки.

Касов (69) и Адлер и др. (2) рекомендуют использование пары терапевтов для проведения терапии, в то время как Аллен вводит "молчаливого наблюдателя", что дает хорошие результаты. Гадпайль (54) отмечает последовательность сопротивлений терапии, направленную вначале на внешний мир (аллопластическую), а затем на внутренние

проблемы (аутопластическую). Томас (145) направляет свои подопечных в использовании логики. Херско (58) делится своим опытом трех лет работы в специальном учреждении для девочек. Корсини (30) отважно описывает две полностью провалившиеся группы в учреждении, где *modus operandi* групп и учреждения оказались несовместимыми.

Франклин и Ноттэдж (48) в клиническом отчете описали проведение психоаналитической групповой терапии с несколькими нарушенными делинквентами пять раз в неделю, со значительным успехом. В ситуации учреждения Франклин (47) добился ограниченного успеха. Тейлор (144) в контролируемом исследовании в Новой Зеландии наблюдал максимальное улучшение у девочек, проходивших психоаналитическую групповую терапию в учреждении для подростков, по сравнению с группой, получавшей регулярное консультирование, и с группой, не получавшей терапии.

МакКоркл и соавторы (78) описывают групповую программу в Эссексфилдз и в Хайфилдз, в то время как Миллер (87) описывает точное повторение Хайфилдского эксперимента на юге.

Йонг (163) описывает использование и положительные стороны групповой терапии в условиях учреждения. Арнольд и Стайлс (9), сравнивая результаты обзора по исправительным учреждениям по всей стране, проведенного в 1959 и в 1966 годах, отмечает все более охотное использование групповых модальностей.

Терапии в учреждении и в среде

Помимо того, что Эйххорн был одаренным индивидуальным терапевтом, он показал себя администратором, чувствительным к терапевтическому потенциалу среды.

Редль и Вайнеман (103) в самых первых словах предисловия к работе Дети, которые ненавидят писали: "Изначальное вдохновение для работы о которой мы сообщаем здесь пришло разумеется от Августа Эйххорна". Невозможно оценить влияние почти ста публикаций Редля (некоторые из которых собраны в Когда мы имеем дело с детьми (101)) иначе, как сказав, что в своем очень личном приземленном стиле он оказал огромное влияние на все уровни работников — преподавателей, терапевтов, администраторов - всюду, где дети содержатся в учреждениях.

Редль и Вайнеман (103) выражают также свою признательность за вклад Беттельгейма (12 - 17). Работая в первую очередь с детьми-шизофрениками младшего возраста, Беттельгейм вынужден был иметь дело и с делинквентным поведением. Например, его отчет о Гарри (16) предлагает редкое понимание динамики ужаса, лежащего в основе агрессии, и постепенного установления контроля.

Понятие двух стадий индивидуальной терапии, предложенное Эйххорном, следующим образом применяется у Максвелла Джоунза (66) в его терапии в среде для нарушений характера. Он предполагает, что делинквент уважает только того, кто способен эффективно манипулировать своей средой. Поскольку немногие терапевты имеют возможность таким образом добиться уважения делинквента, Джоунз полагается на то, что эту роль сыграют ровесники делинквентов. По мере того как делинквент начинает идентифицироваться с более стабильными и менее делинквентными сверстниками, ассимилируются способы контроля. Райтер (105), администрируя учреждение в Дании, стремится "сломать массивные нехорошие (*sic!*) защитные механизмы", и заставить делинквента сомневаться в своей системе ценностей и в своей самодостаточности. В беспомощном положении, через программу воздействия среды, в особенности трудовую и педагогическую терапии, делинквент формирует новый образ себя.

Славсон (135) описывает эволюцию двадцатилетнего превращения школы Хотторн-Седар Ноллз из статуса тренинговой школы в терапевтическое учреждение более высокого калибра. Серия статей Розмарина (111), Голдсмита (55), Эмлера и др. (8) описывает эту систему более подробно.

Система британских Борсталов фактически является программой трудотерапии для одной трети всех приговоренных моложе двадцати одного года. Когда-то прославлявшаяся как самое прогрессивное национальное движение в пенологии, эта система, согласно Вардеру и Вилсону (156), почти не отличается от регулярной тюремной системы. В 1967, согласно Кокету (24), который проследил 770 мальчиков на протяжении двух лет после освобождения, уровень успеха составляет 4% по 7 терапевтическим центрам.

Маршалл (80) описывает позитивные изменения в программе терапии в среде и анализирует процесс ее прекращения.

МакКорд и МакКорд (77) оценили еще один знаменитый терапевтический центр для делинквентов - Вилтвик. Папанек (92) предлагает дальнейшие подробности функциональной демократии и принципы последствий, отсутствия запретов, и ответственности.

Задуманная как продолжение работы Редля работа Тришмана и др. (147) описывает основные ежедневные занятия, и раскрывает их подход к таким явлениям как вспышки темперамента, терапевтические отношения и терапевтическое использование игр.

Польский (99) подробно описывает социальную систему делинквентных мальчиков в терапии в закрытом учреждении.

В исследовательской манере, редкой для данной области, Джеснесс (63) определил, что уровень нарушения правил условного освобождения ниже для мальчиков, которые живут в помещении на двадцать коек, по сравнению с мальчиками, которые живут в помещении на 50 коек.

Социологический подход к терапиям

Эксперимент Прово, подытоженный Эмпи и Эриксоном (37), применял социологическую теорию к терапии делинквентов. Концептуализируя делинквентность как групповое явление, они обеспечили социальную структуру, которая: (1) позволяла делинквентам исследовать роль властных фигур; (2) позволяла исследование обычной жизни по сравнению с делинквентной жизнью; (3) предоставляла возможность публично заявить, что изменение было бы благотворным; и (4) обеспечивало максимальный контроль группы сверстников. Ежедневная групповая работа и дискуссии, поддержка референтной группы и действия всем сообществом, чтобы помочь найти работу, были основными моментами программы.

Эксперимент в Силвер Лейк (38), задуманный как альтернатива сохранения связи с обычным миром вместо помещения в учреждение, позволил делинквентным мальчикам посещать местную среднюю школу и вести свои дела в сообществе. Упор делался на групповые решения, чтобы помочь выработать изменения установок.

Коэн и др.(27) и Коэн и Филипчак (26) описывают программу в Институте бихейвиоральных исследований при национальной школе для мальчиков. Коэн (25) также рассказывает о своих исследованиях в программах модификации поведения и "бихейвиоральной инженерии" в учреждении для делинквентов, а также о школьной программе для подростков.

При более макроскопическом взгляде на проблемы подростковой делинквентности многие авторы осудили неадекватность дефиниции делинквентности, бедность и неэффективность психологического и психиатрического лечения, так же как и отрицательные результаты госпитализации. Например, в 1967 году отчет Комитета Президентской Судебно-правовой Комиссии (106) посвящает только одну страницу терапии, и крайне скептически отзываясь о психотерапии и терапии в среде. Норман (90), от имени Национального совета по преступлениям и делинквентности, рекомендует развитие местных Бюро Службы Молодежи, которые будут направлять все возможные случаи из судов для малолетних в местные программы для "ненасильственного вмешательства". Хоулетт (61) критикует понятие Бюро Службы Молодежи как еще одно пылкое "движение по спасению ребенка". В рамках национального института психического здоровья существует центр исследования преступлений и делинквентности, который в качестве одной из своих целей провозглашает: "В будущем центр планирует акцентировать развитие моделей вмешательства, нацеленных на социальные системы (а не на индивидуумов) с целью помочь этим системам стать более эффективными". Шах (125) является одним из самых красноречивых авторов в пользу долгосрочных социальных подходов к проблемам делинквентности и подотчетности служб, предоставляющих такие услуги.

Литература

164 наименования

МАТЬ И РЕБЕНОК КАК ТЕРАПЕВТЫ ДРУГ ДРУГА: ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ВЕРСИЯ ВНУТРИСЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Роберт Дж. Маршалл

Эта статья ставит своей задачей интегрировать две по видимости различные области и темы в рамках психотерапии и психоанализа: (1) тенденция ребенка быть терапевтом родителя, в особенности так, как это описывает Серлз (1975); (2) внутрисемейная терапия, то есть использование одного из родителей в качестве терапевта. Маршалл (1983) начал синтез этих двух областей путем описания процесса, названного "терапия в цепочке", что означает прогрессию разрешения индивидуальных, диадных и групповых сопротивлений, действующих внутри системы семьи.

Ребенок как активная терапевтическая сила

Что могло бы заставить ребенка быть активной терапевтической силой для родителя? Самый скупой ответ может быть, что забота о родителе составляет ценность для выживания. Без родителя младенец/ребенок умирает или становится дефектным. Серлз (1975) выдвинул гипотезу: "... что врожденным среди наиболее мощных стремлений

человека к его собратьям, начинающимся в самые ранние годы и даже в самые ранние месяцы жизни, является по сути своей психотерапевтическое стремление” (стр.95). Ранее Серлз (1959) вводил мысль, что ребенок может оставаться в симбиотических отношениях с матерью для того, чтобы мать сохраняла здравый рассудок. Маршалл (1983) цитирует случай девочки-подростка, мечтавшей покинуть дом, которая сформулировала план родить ребенка и передать его своей симбиотической матери, чтобы предотвратить у своей матери депрессию.

Философски Серлз близок к Монтегю (1950), который предлагает обширные свидетельства в пользу положения, что внутренне присущее стремление к сотрудничеству существует от клеточного до социального уровней. Аналогичным образом Спотниц (1985) доказывает, что цель эротического влечения — “... свести людей вместе, объединить их и ради их собственных интересов, и для сохранения человеческой расы”. Однако он добавляет также: “... цель агрессивного стремления, с другой стороны, это разрушение репрезентаций объекта...” (стр.47). Спотниц изображает ребенка, обеспечивающего собственное выживание путем сохранения объекта, даже в ущерб росту собственного эго. Таким образом, похоже на то, что склонность ребенка помогать родителю может быть основана на стремлении, имеющем отношение к выживанию вида, через сохранение вскармливающего объекта. Сверх того, большинство психоаналитиков постулировали другой источник альтруистического поведения — результат защитного реактивного формирования и оборачивания, используемых против переживания и выражения инстинктуальной и реактивной агрессии.

Внутрисемейная терапия (filial therapy)

Впервые названная так Бернардом Гэрни (1964), внутрисемейная терапия означала, что “активным творцом изменений, также как и человеком, которого меняют, являются члены одного и того же семейного созвездия” (Фидлер и др. 1969, с. 371). Хотя Гэрни обучал мать быть первичным терапевтом и вести игровые терапевтические сессии в недирективной манере, термин “внутрисемейная терапия”, так, как он используется в этой работе, является более ранней, более общей формулировкой, согласно которой мать и ребенок ведут взаимную, взаимообменную терапию. Медоу (1985) описывает несколько случаев в контексте групповой терапии, где члены семьи действуют как терапевты друг для друга. Поневолe вспоминаешь об экспериментах Ференци (Dupont, 1988) по взаимному анализу.

Базовое понятие внутрисемейной терапии не является новым. Фрейд (1909) был супервизором первого внутрисемейного терапевта, когда он руководил отцом маленького Ганса в лечении у ребенка фобии. Фрейд спокойно ввел внутрисемейный анализ в собственную личную терапию своей дочери, как делала Мелани Кляйн, когда анализировала своего сына. Эвелин Лигнер (1984) в первопроходческой статье описывала процессы и контрпереносы, связанные с терапией близких родственников. В дополнение к этому, семейные терапевты давно утверждали, что члены семьи могут оказывать друг другу взаимную и взаимообменную терапию.

Клинический случай

В этой работе на терапию был взят одиннадцатилетний мальчик, но когда выработались сопротивления, ребенок был символически освобожден от роли пациента, и при этом взял на себя роль терапевта в терапии своей матери. В то же самое время мать обучили действовать в качестве со-терапевта и внутрисемейного терапевта. На более поздней стадии подросток принял свою собственную индивидуальную терапию и стал воспитателем своей матери, помогая ей выйти замуж, по мере того, как сам он отделился от своей матери.

Отец Сэма

Мистер С появился в моем офисе ухоженный и деловитый. Выражаясь интеллигентно и четко, в манере, подобающей преуспевающему идущему в гору юристу, он бодро описал мне проблемы, которые он находил у своего сына Сэма. Его беспокоили плохие успехи в школе, отстраненность и изоляция, проблемы с дыханием и “дикая агрессия” во время игры. Он отмечал поведение, которое он назвал “экстраординарным” и “вымогательским”, и упомянул обычное отсутствие контакта глаза в глаза. Отец был “в ужасе” по поводу будущего Сэма, в особенности из-за того, что в семье, похоже, существовала история тяжелых психических заболеваний. Сэм оказывался все большим бременем и источником раздражения и смущения, в особенности в связи с тем, что отец подумывал заново жениться. Проблемы с поведением Сэма он приписывал его тревожной, чересчур опекающей матери и бурному разводу, произошедшему, когда Сэму было около семи лет. Наконец, он сообщил, что он обращался за консультацией к видному детскому психиатру, который порекомендовал, чтобы мальчик прошел “какую-нибудь форму бихейвиоральной

терапии, но не психоанализ, потому что он слишком сильно нарушенный". Отец полагал, что частота сессий должна быть один раз в неделю, и что он будет оплачивать визиты матери Сэма один раз в месяц: "Если это в интересах Сэма, но никакой терапии для нее!". Он сообщил, что сам он лечился ЭСТ, и что я не должен никак вовлекать его в терапевтический процесс. После этой оценки и рекомендаций впечатление создавалось, что он чувствовал, что исполнил свой отцовский долг до конца.

Мои чувства были очень интенсивны: твердые зерна отцовской реальности были вбиты мне в глотку без всякой возможности пережевать их или обсудить; меня переехал эмоциональный дорожный каток; и Сэма бросили на мое крыльцо, в то время как отец поспешно отступил в свой мир власти, финансов и новой семьи. Отец возбудил во мне чувство, что Сэм непривлекательный и безнадежный юнец, и что я третьесортный психотерапевт которого наняли за деньги что-нибудь с Сэмом сделать. На протяжении следующих десяти лет у меня никогда не было личного контакта с отцом. Однако он оплачивал свои счета достаточно регулярно, и время от времени я получал от него весточку, особенно если у него появлялось чувство, что состояние Сэма ухудшается. Сэм был твердо против того, чтобы я поддерживал с отцом какой бы то ни было контакт.

Мать Сэма

Мать Сэма была совсем другой. Несмотря на ее крупную фигуру, она выглядела уменьшенной — усталой, задавленной и неуверенной в себе. Она описала свои трудности и обиды на старших детей, которые жили независимо, а также свои мучения с бывшим мужем, которого она рассматривала как еще одного ребенка, и который к тому же был весь погружен в юридическую практику. Вскоре после развода она пережила рак.

Это была женщина, которая явно заботилась о Сэме, возможно, больше чем о себе самой. Ее восприятие событий и Сэма заметно отличались от описания мистера С и были более открыты вопросам и обсуждению. Оба, однако, действительно испытывали одинаковое количество озабоченности и тревоги по поводу будущего Сэма, но миссис С относилась к Сэму более благожелательно и с большей надеждой. Я испытал довольно сильное сочувствие к этой женщине, которая совершенно одна, если не считать общества Сэма, справлялась с существованием в мире. Я чувствовал, что на нее можно положиться, и что она будет моим союзником в терапии Сэма. Хотя она выглядела слабой, уязвимой и мазохистичной, со склонностью ныть и изображать себя жертвой, она тем не менее демонстрировала значительную внутреннюю силу, часть которой она получила от своего собственного достаточно успешного психоанализа. В более поздних сессиях она сообщила, что мать ее была активно паранойальна и эмоционально мучила ее, и внушила ей глубочайшие сомнения в том, что она в здравом рассудке. Ее мать обвиняла ее также в том, что она хочет ее убить. На одном и том же дыхании миссис С пожаловалась, что ее и Сэма терроризируют угрозы смерти от одной из ее дочерей, которая была психотичкой.

Сэм и начальная стадия терапии

В самом начале Сэм не выглядел таким непривлекательным, как его описал его отец. Он был высоким, долговязым, неуклюжим, чересчур активным, и казался склонным к шалостям. Он отрицал какие бы то ни было проблемы. От утверждал, что находится у меня в офисе потому, что этого хотят его отец и мать. Он воспринимался мною как отвязавшаяся на палубе пушка. Изначально он не очень много говорил, но довольно много занимался тестированием границ. Как только он определил, каковы мои границы, он постоянно играл с границами раздражающим и провоцирующим образом, который вызывал как контртрансферное чувство желание от него избавиться. Например, зная, что не следует ставить ноги на стену, он мог приложить ботинок к стене и медленно вверх по стене передвигать ногу. Или он мог снять ботинок, а ногой в носке упереться в стену. Я прекрасно понимал некоторые из негативных и отвергающих чувств его отца.

Сэм использовал свой интеллект и воображение для того, чтобы создавать странноватые фантазии практически обо всем, что приходило ему на ум. Он управлял регрессией и ему, казалось, нравилось, когда я присоединялся к нему в этих полетах фантазии, особенно по поводу убийства и внеземной жизни — две темы, которых его семья не могла вытерпеть. Сэм напоминал мне пациента Линднера (1955) в работе "Кушетка с реактивным моторчиком".

Когда Сэм начинал проявлять свою "вымогательскую" сторону, я присоединялся к нему, восхищаясь множеством различных способов, которые он использовал, чтобы добиться того, чего хотел. По мере того как он отыгрывал свои техники и описывал свои манипуляции в других ситуациях, мы составили список, который мы назвали "Мутационные способности Сэма". Слово "мутационные" было предоставлено терапевтом, по просьбе Сэма найти мощное необычное слово, которое будет иметь оттенок значения способности изменять людей. В этот список входили (1) сделка; (2) шантаж; (3) обращение к авторитету; (4) попытка заставить других чувствовать себя

чокнутыми; (5) юмор; (6) команда и приказ; (7) просьба; (8) наигранная благожелательность; (9) комплимент; (10) заставить поменяться местами; (11) организовать смятение; (12) настаивать.

Иногда в качестве защиты от его дикой фантазийной жизни мы играли в настольные игры. Эти игры фрустрировали его из-за его импульсивности. В фазе завершения терапии мы вернулись к этому типу структурированной активности, но с иной целью.

На первой стадии я установил нарциссический перенос-контрперенос через отзеркаливание и присоединение к его "экстраординарной и вымогательской" манере. Я чувствовал, что он пытается нащупать области безопасности в которых он мог бы переживать свое дикое и враждебное Я, не подвергаясь отвержению или попыткам причинить вред. Он в конечном итоге стал уважать мои границы, связанные с физическими действиями, в обмен на отсутствие границ в фантазировании и разговоре. Выражаясь иначе, я обеспечивал ему винникоттовское держащее окружение, одновременно перерабатывая его психотические и социопатические проективные идентификации. Обычным контртрансферным чувством было тревожное плавание, не зная, что Сэм может сделать и не будучи уверен в моих собственных реакциях (переживание отъезжавшей пушки). Эти чувства использовались для того, чтобы добиться эмпатии с ужасом, непредсказуемостью и отвержением, характеризовавшими внутреннюю жизнь Сэма.

Хотя поведение Сэма никак заметно не изменилось на сессиях, его мать сообщила, что его поведение дома и в школе становится все хуже и хуже. Он становился более провоцирующим, непослушным и воинственным. Регрессия была, возможно, вызвана его фантазиями, что то, что он говорит и как себя ведет, будет столь же приемлемым для других, как это было приемлемо для его терапевта. Он все более открыто принимался критиковать мать, обвиняя ее во всех своих неприятностях. Мать Сэма была не уверена, действительно ли он теряет контроль, или намеренно выражает ей свой гнев.

На своих сессиях Сэм производил впечатление, что все хорошо. Собственно говоря, на протяжении десяти лет терапии Сэм очень редко сообщал о каких-либо проблемах и упорно протестовал против каких бы то ни было намеков на то, что у него неприятности. Если он действительно говорил о какой-то "проблеме", он быстро приходил к выводу, что от меня никакой помощи, или что другие помогли ему больше. В какой-то момент он хотел завершить терапию из-за того, что я спросил его, что мне делать с информацией, которую я получаю от его матери, как, например, что он устраивает поджоги и бьет стекла. Каждый раз, когда я позволял себе основанное на реальности суждение по поводу дурного поведения Сэма вне сессий, Сэм замолкал, начинал приходить поздно или находил причину не посещать сессий. Было ясно, что Сэм не хочет или не может терпеть, чтобы реальность вторгалась в наши отношения. Переходя к другим защитами, Сэм отрицал, что он сделал что-то не то, обвинял свою мать во лжи, и наконец стал приносить жалобы на свою мать, намекая что она была источником любых зол и бед.

Включение матери: Сэм как со-терапевт

Присоединяясь к жалобам Сэма на его мать, я спросил его, не хочет ли он помочь своей матери вести себя лучше. Хотя он заявил, что она, скорее всего, безнадежный случай, он согласился, чтобы она приходила на его сессии, так чтобы мы могли над ней работать. После одной-двух пробных сессий вместе он предложил, чтобы каждую вторую сессию с ней проводил он, и чтобы он присутствовал на остальных сессиях, чтобы помогать ее лечению и супервизировать меня. Мать, которая не знала, за что схватиться, согласилась на этот план. Во время этой фазы совместных сессий, где Сэм был со-терапевтом и супервизором, Сэм обвинял из всех сил свою мать за то, что она слишком за ним следит, что в доме недостаточно еды, и что вообще она разрушила его жизнь. Он открыто винил ее за развод.

Сэм часто терял чувство дистанции в обвинениях, которые он бросал матери за свои собственные дурные поступки. Уверяя, что сам он функционирует хорошо, он настаивал, что именно его мать ни на что не способна, нечестна, зря тратит время, и так далее. Бывали случаи, когда он прямо так и падал в припадке ярости, безнадежности и отчаяния по поводу предполагаемых недостатков его матери. Однажды он возопил: "Раз она такая плохая, я все бросаю и перестаю даже пытаться!". С одной стороны, он вентилировал свою инфантильную ярость и отчаяние в ее адрес за то, что она не является хорошей матерью, но, кроме того, он нападал на нее как на проецированный интроект собственного чувства неудачи и обреченности.

Вначале мать пыталась защититься. Но во время своих отдельных сессий она поняла, что Сэму необходимо разрядить свою враждебность; иначе он будет направлять ее на себя и, возможно, себя убьет. Она интуитивно знала, что у Сэма проблемы с тем, как справиться с собственным гневом. Миссис С предполагала также, что, если она будет выслушивать его давно накапливавшиеся чувства в моем присутствии, то он будет в меньшем ужасе по

поводу своего гнева и испытает меньшее чувство вины. Она понимала также, что ей нет необходимости принимать его атаки как нечто направленное лично на нее, потому что она знала, что некоторые из обвинений Сэма были смещением его гнева на отца. Временами она теряла границы, сдавалась на проективные идентификации Сэма и безутешно занималась самобичеванием. Поскольку я знал, что эти нападения на себя связаны с более ранними констелляциями, связанными с ее матерью, иногда я говорил ей прямо, что она для Сэма исключительная мать, что она на баррикадах в качестве первичного терапевта, и что она единственная, с кем Сэм может доверять своим бурным чувствам. Это сообщение часто вызывало у нее на глаза слезы и заставляло ее говорить о собственном чувстве ярости и смятения, которое она вынуждена была сдерживать на протяжении всей своей жизни. Она ценила то, что я признавал и одобрял симбиотическую связь, в особенности в свете давления от школы и от отца, что Сэма следует поместить в специальное учреждение.

Мы обсуждали, почему мне не следует получать свою собственную долю агрессии, и почему всю ее должна получать она. Она достаточно остро реагировала на то, что Сэм неспособен нападать на меня, и что если бы он это сделал, он ощутил бы такой стыд и тревогу, что никогда больше не пришел бы ко мне снова. Когда мы обсуждали, почему Сэм не может направить часть своей агрессии на своего отца, ее ответ был, что отец обратил бы ее обратно на Сэма полным ковшиком, и что Сэм боялся, что я сделаю тоже самое. Например, Сэм однажды сказал мистеру С, что тот не является хорошим отцом. Отец ответил: "Ты не являешься хорошим сыном". В другом случае Сэм сообщил, что когда он пожаловался и потребовал от отца чего-то вполне реалистичного, отец спустил на Сэма убийственную атаку и после этого позвонил мне, чтобы сообщить мне, что у Сэма был психотический эпизод. Отец продолжал нападать на мой терапевтический подход и стоял за госпитализацию. Я полагал, что я нахожусь под воздействием контртрансферного сопротивления, которое затмевало бурные атаки на меня Сэма, но, по-видимому, Сэм жестко отщепил свою агрессию ко мне и своему отцу и направил ее полностью на свою мать.

Два динамических фактора, которые вызывали у Сэма садизм по отношению к матери, были: (1) идентификация Сэма с яростью отца, направленной на его мать и (2) тот факт, что Сэм для матери являлся материнской трансферной фигурой. Миссис С сообщила, что ее мать была женщиной с паранойяльной шизофренией, которая терроризировала ее и заставляла ее чувствовать себя ответственной за все беды семьи. Ее отец был относительно мягким по манере человеком, который терпел психоз своей жены, и который дал понять миссис С, что обвинения ее матери имеют мало оснований. Но повреждение характера миссис С уже произошло. Каждый раз когда я хоть как-то намекал, что существует связь между сумасшествием ее матери и ее сына, а также говорил о своей собственной терпимой позиции, миссис С приходила в ярость и прерывала контакт. Время от времени миссис С настаивала, что я сумасшедший — отражение колеблющегося материнского переноса. Но надо отдать ей должное, мой подход действительно был нетрадиционен.

Частично в порядке регрессии, которая произошла в последующих совместных сессиях, Сэм обычно лежал на кушетке, засунув большой палец в рот, накрывался одеялом и сворачивался в эмбриональную позу. Отсюда он мог заснуть, или он мог изливать ярость на мать в омерзительных выражениях. Если я проводил интервенцию типа: "Как она стала такой плохой матерью?", — он обычно отвечал: "Это ты должен выяснить, и что-нибудь с этим сделать, и вообще отстань, это между мной и моей матерью. Должно быть, как-нибудь связано с ее собственной сумасшедшей матерью". Затем Сэм описывал ауру вокруг своей матери, которая была в диапазоне от черного (зло и безнадежность) до ярких цветов (хороших и жизнерадостных). Часто сессия заканчивалась тем, что Сэм постепенно выкипал, говорил своей матери комплимент, и они выходили вместе, чтобы пройтись по магазинам.

Иногда Сэм разряжался на свою мать дома, переходил границы и эмоционально причинял ей боль. Ей было рекомендовано устанавливать границы, обсуждая с Сэмом, какое воздействие он на нее оказывает. Миссис С обнаружила, к своему удивлению, что Сэм не осознавал, что причиняет ей вред, в то время как Сэм обнаружил, тоже к своему удивлению, что он способен сделать своей матери больно. В результате, когда Сэм взрывался, миссис С показывала, что ей больно. Сэм обычно останавливался, приносил извинения и пытался утешить свою мать. Миссис С чувствовала также, что она в полном недоумении по поводу лабильности настроений Сэма.

Часто мне приходилось помогать миссис С проводить различия между тем, что она обижаемая жертва, что она нормальная мать, которая заслуживает некоторых жалоб, и что она терапевтическая боксерская груша. Ясным результатом этих со-терапевтических сессий было снижение деструктивного отыгрывания Сэма дома и улучшившиеся успехи в школе.

Во время этого периода в жизнь Сэма были встроены несколько систем поддержки в форме частных репетиторов для его различных затруднений в учебе. Сэм готов был признать, что у него есть затруднения в учебе, и принимал особую помощь от школы и преподавателей. Сэм склонен был мучить и фрустрировать этих учителей обещаниями работать и стараться, а затем отказывался от своих обещаний. В это время Сэм начал устанавливать некоторые контакты со своим отцом, но мистер С повторил с Сэмом старый паттерн — давал обещания, связанные со временем, подарками и деньгами, а затем отказывался, оставляя у Сэма чувство фрустрации и вины, что он сделал что-то не так. Сэм сильно идентифицировался с агрессором и превращал пассивное в активное. К счастью, одна из его репетиторов, которая была одаренной женщиной с терапевтической интуицией, поняла эту динамику и работала в тесной связи со школой, чтобы учителя и администрация не совершали поступков на основании своей фрустрации-агрессии, вызванной Сэмом. Сэм терпел мой контакт с его репетиторами, но не желал терпеть моего контакта со школой.

Со временем в нарушениях Сэма произошли медленные улучшения, если не считать того, что он упорно срывался примерно в одно и то же время года, также как тогда, когда он впервые услышал о разводе и переезде в новый дом. Еще Сэм обнаружил, что он невольно саботирует любую заметную степень успеха. Сэм настолько заинтересовался своей годовщиной и своим паттерном разрушения достигнутого, что начал чертить временные графики, и строить таблицы своего поведения и совпадающих с этим событий.

Сепарация и индивидуация: укрощение влечений

Примерно в это же время Сэм захотел отказаться от совместных сессий и вернуть свои индивидуальные сессии, "потому что моя мама справляется". Собственно говоря, он хотел две сессии в неделю для себя. Одну сессию, на которой мы будем играть, фантазировать, и он будет обучать меня, и другую для того, чтобы говорить. Он успешно "вымогал" у своего отца обещание платить за дополнительные сессии на временной основе. В это время Сэм использовал кушетку и говорил серьезным образом о своих друзьях, подружках, здоровье, физическом состоянии, расписании работы и школьной учебе. Еще Сэм пришел к мысли, что ему нужно будет оставить дом своей матери, для того чтобы стать взрослым. Но тут он столкнулся с дилеммой. Он был уверен, что она не сможет жить без него. Он пришел к мысли, что ему нужно помочь матери снова выйти замуж. Он был зачарован этой идеей, в то время как мать только фыркала от мысли о новом браке. Время от времени он приводил с собой мать, чтобы разрешить ее сопротивление поискам какого-нибудь мужчины и повторному браку.

В моих индивидуальных сессиях с матерью я присоединился к ее сопротивлению браку, сказав, что Сэм всегда будет в ней нуждаться, и что он никогда не будет способен выжить без нее. Более того, я сказал ей, что для ее здоровья может быть опасно отделяться от Сэма в том смысле, что отделение может вновь мобилизовать соматическое состояние рака, которое вспыхнуло сразу же после развода.

Несмотря на протесты миссис С, она подчинилась плану Сэма. Его основной план был подать объявление в журнале для одиноких. Он купил бланк и написал объявление (мать неохотно помогала), просматривал ответы, интервьюировал возможных претендентов, обсуждал тактику свиданий, и в прочих отношениях супервизировал каждый шаг, пока она не нашла подходящего мужчину.

Индивидуальные сессии с матерью фокусировались на ее сомнениях по поводу мужчины, который хотел на ней жениться. То в шутку, то всерьез она вспоминала различные варианты хохмы клоуна Граучо Маркса, говоря: "Я не хочу выходить замуж ни за кого, кто хочет жениться на мне". Я присоединился к ней в ее самобичевании, говоря, что ее жизнь уже кончена, и что она имеет право жить только для Сэма. Она немедленно начинала защищать свое право на жизнь, восхвалять некоторые из своих добродетелей и настаивать на своем праве быть человеком сама по себе.

По мере того как отношения миссис С с ее предполагаемым женихом то шли на лад, то ухудшались, но в целом процветали, Сэм обратил свое внимание, амбивалентным образом, на то, чтобы закончить среднюю школу и подать документы в колледж. Перечисляя среди трудностей школу, зарабатывание денег, спорт и домашнюю работу, а также свое желание, чтобы я помог его матери вновь выйти замуж, Сэм захотел отдать одну из своих сессий матери, в тоже время оставив одну сессию для себя. Когда я спросил его, является ли его план нарушением нашего контракта с его отцом, он ответил: "Это же на самом деле для меня, и потом он мне кое-что должен. Если вы не поможете моей матери вновь выйти замуж, я никогда не смогу уйти из дома. Это также на благо моему отцу, потому что если моя мать вновь выйдет замуж, он будет счастлив, потому что ему больше не придется платить никаких алиментов".

Его сессии состояли в обсуждении интимных эмоциональных отношений с девушками, фактически идущие параллельно действиям его матери. Он разговаривал как нормальный

обеспокоенный подросток. Сэм заинтересовался азартной игрой и задавал мне массу вопросов о различных азартных играх. Это была метафора, связанная с тем что он рискует выйти за границы своих отношений с матерью и, возможно, со мной. Вместо того чтобы интерпретировать это направление, я потратил некоторое время, обучая его разным карточным играм, которые требовали умения и удачи. Характерно для него, он играл импульсивно, на основе интуиции, не обращая внимания на законы вероятности. Мы исследовали его стиль игры. Я сказал ему, что мне нравится его стиль игры, потому что, поскольку я люблю выигрывать, это дает мне большие возможности для выигрыша. Когда это эмоциональное послание до него дошло, я попросил его продолжать играть в своей импульсивной манере и не думать, потому что если он вдруг начнет думать и строить планы, он станет очень опасным конкурентом и заставит меня как следует поработать, вместо того чтобы просто расслабиться и получать удовольствие. Он никак не показал, что слышал эти интервенции, но медленно но верно начал играть более обдуманно, и благодаря своему значительному интеллекту начал получать преимущество. Причина, почему он пропустил интервенцию, была основана на остаточной негативной подверженности суггестии у Сэма, и на том факте, что как мать, так и отец были склонны "интерпретировать" поведение Сэма так, как им вздумается. Мы закончили на этой игриво-серьезной ноте, когда он отправился в колледж.

После шаткого начала в академической среде он пришел ко мне за помощью в связи с затруднениями в учебе. Позже он стал сдавать экзамены с отличием, одновременно работал, вел разнообразную общественную жизнь и имел много увлечений. Мать Сэма вышла замуж за человека, который оказался заботливым и полным эмпатии мужем, интересовался Сэмом и давал ему советы. Сэм приходил повидать меня во время каникул. Он обычно перечислял свои успехи, и приглашал меня признать их и похвалить его, в то же время мучительно отмечая нейтральную реакцию своего отца. Сэм обсуждал конфликты и дилеммы своей карьеры, которые он часто поднимал со своим отцом, который у Сэма вызывал пессимизм. Он не ожидал от меня ничего, кроме моего внимания. Несмотря на свои значительные достижения, которые он интеллектуально признавал, он с некоторым недоумением отмечал отсутствие чувства успеха и устойчивую низкую самооценку. Ему казалось любопытным отсутствие чувств, в особенности гнева, у него по отношению к отцу. Сэм понимал, что каждый раз, когда он начинал жаловаться отцу на то, как неприятно тот эмоционально и финансово с ним себя ведет, он чувствовал, как отец его уничтожает. Никогда не отказываясь от надежды, что когда-нибудь отец будет, по крайней мере, уважать его, Сэм склонен был вступать в контакт с отцом, когда у него были какие-то положительные новости об учебе, но привык не ожидать особых похвал. Сэм значительно более ровно видел свою мать, но склонен был использовать ее время от времени как козла отпущения.

Дискуссия

Критический аспект этого курса терапии было включение в нее матери Сэма. Ее опыт с психотической матерью, которая вызывала у нее сильное чувство вины, это то, что, вероятно, создало у нее предрасположение выйти замуж за мужчину, который также, по-видимому, казался ей совершенно сумасшедшим, задавало форму ее отношений с Сэмом и позволило ей предоставить себя для терапии. Без матери мало вероятно, чтобы Сэм достаточно долго оставался в терапии, чтобы войти в контакт со своей яростью. Другие интегральные части терапии были гибкие роли, которые играл автор. На разных фазах автор был для Сэма традиционным терапевтом, супервизировал Сэма как со-терапевта своей матери, давал традиционное родительское консультирование, супервизировал мать как терапевта и со-терапевта своего сына, а в другое время функционировал как терапевт миссис С, в особенности при разрешении ее сопротивлений созреванию, то есть отделению от Сэма и замужеству. Что остается неясным, это почему так мало агрессии было направлено на терапевта. Когда я задаю Сэму этот вопрос, он просто пожимает плечами и говорит: "Вы не делали ничего такого, что бы меня взбесило". Обезоруживало ли мое присоединение его выражение агрессии? Или работало трансферное сопротивление, при котором терапевт находился в заговоре с Сэмом, защищая себя от агрессии Сэма? Или здесь присутствовало контртрансферное сопротивление? Или трудная клиническая проблема решалась уникальным образом, который другие терапевты могут принять за образец?

Каковы бы ни были ответы на приведенные выше вопросы необходимо все еще провести значительную работу с нарциссическими защитами Сэма, чтобы тот смог научиться ценить себя, продолжая актуализовать свой значительный потенциал.

Тенденции в современной психоаналитической супервизии
Хайман Спотниц

Современный психоаналитический метод супервизии, который я намерен описать здесь, есть метод последовательного обучения, которое проводится систематически, для того чтобы достичь следующих трех целей.

Первая цель заключается в том, чтобы расширить понимание студентом психодинамики пациента. Пациента может быть трудно понять. Какое бы интуитивное понимание у студента ни возникло, оно обычно глубоко подавлено, так что он чувствует себя весьма удаленным от пациента; в особенности нарциссический пациент производит на студента, решающего проводить с ним терапию, впечатление чего-то относительно чуждого его собственному опыту. Но образование продуктивного терапевтического взаимоотношения с таким пациентом требует базового понимания болезни.

Вторая цель — это помочь студенту выдержать те чувства, которые индуцирует у него терапевтическое взаимоотношение с шизофреническим пациентом, и использовать эти чувства для того, чтобы способствовать прогрессу данного случая. Принятие и использование таких чувств также очень трудны. Начинающий аналитик предпочитает подавлять их, вместо того чтобы их осознать, поскольку эти чувства, по-видимому, оказываются связанными с тенденциями, которые студент видит у себя. В результате многие аналитики, начинающие терапию, переживают по поводу пациента чувства, а также и мысли, о которых они предпочли бы не знать.

Третья цель данного метода супервизии — это помочь терапевту адекватным образом сообщаться с пациентом. Адекватная коммуникация предполагает нечто значительно большее, чем стандартную технику классического психоанализа, то есть интерпретирование пациента. Собственно говоря, интерпретация играет относительно незначительную роль в ранних терапевтических отношениях, пока не будет разрешена центральная проблема. В отношениях с шизофреническим пациентом рекомендуется обучать пациента испытывать желание убить аналитика и рассказывать аналитику об этом, вместо того чтобы это делать. Однако чувства аналитика часто заставляют его убежать от пациента, вместо того чтобы стоять прямо на линии огня.

Супервизорские отношения не являются адекватными рамками для чисто интеллектуального обучения. Студенту дается свобода учиться на опыте и по ходу дела, и обычно он учится от самого пациента. Терапевтическое обоснование каждого случая, который он проводит под супервизию, таким образом, вырабатывается косвенным образом. Например, после того, как начинающий аналитик наблюдал характерные способы, которыми пациент справляется с агрессивными импульсами, он может задаться вопросом, почему пациент нападает на самого себя, или почему он молчит, вместо того чтобы открыто выразить свою враждебность. Студента, путем вопросов и указаний, побуждают к тому, чтобы он сформулировал свои собственные объяснения поведения пациента и терапевтических нужд в рамках непосредственной ситуации.

Помимо отчета о чувствах и мыслях, вербализованных пациентом, который находится у него в терапии, студенту помогают рассказывать о своих собственных реакциях на эти мысли и чувства. Он весьма склонен бояться таких реакций у самого себя и, кроме того, боится основывать свои интервенции на подобном эмоциональном понимании пациента. Таким образом, студенту требуется значительное количество помощи в том, чтобы узнавать и понимать те чувства, которые в нем индуцирует пациент. Важно добиться, чтобы студент сообщал обо всех мыслях и чувствах своих собственных и пациента; но при этом не предполагается, что студент будет действовать на основании своих мыслей и чувств. Предполагается, что он будет выполнять указания супервизора, после того как студент начал ощущать эти указания как комфортные для него и легко может выполнить их в качестве выражений своей собственной личности.

Цель того, чтобы помочь студенту осознать и описать свои чувства и мысли, в том, чтобы дать ему пережить собственное сопротивление. Студент переживает значительное количество собственного противодействия тому, чтобы осознать свои мысли и чувства в связи с пациентом, в особенности те, которые вполне реалистично провоцируются опасным или угрожающим поведением, или сообщениями пациента. Более того, студент переживает сильное нежелание подчиняться указаниям супервизора; то есть, ему приходится бороться с большим количеством сопротивления супервизору. Как ни странно, это как раз желательно, поскольку в результате процесса анализа и разрешения этих сопротивлений студент вырабатывает чувства и мысли, которые сделают его способным вступать в отношения с пациентом таким образом, который будет способствовать исцелению.

Принцип разрешения сопротивлений, вместо того чтобы пытаться преодолеть их в ситуации супервизии, это тот же самый принцип, который применяется к лечению пациента. Супервизор действует на основании предпосылки, что если ему удастся устранить все препятствия, существующие к тому, чтобы начинающий терапевт понимал своего пациента, чтобы у него были правильные чувства по отношению к пациенту, и чтобы он обеспечивал его должными интервенциями в нужное время, то студент приобретет способность лечить пациента спонтанно без посторонней помощи. Едва ли стоит добавлять, что развитие способности предоставлять эффективную терапию спонтанно является конечной целью супервизий.

То, что я употребил выражение: “иметь правильные чувства”, может создать впечатление, что есть какие-то чувства, которые пациент не должен испытывать от своего аналитика. На самом деле пациенту необходимо сталкиваться с целой гаммой чувств; желательно, чтобы аналитик работающий с ним, обладал всевозможными чувствами, которые он мог бы ему передать. Как раз критическим требованием и является, чтобы аналитик имел в своем распоряжении в точности те чувства, которые пациенту необходимо испытать в конкретной терапевтической ситуации. Чувства в правильной дозировке и последовательности необходимы для того, чтобы помочь пациенту эмоционально созреть.

Мать способствует благоприятному развитию своего младенца тем, что она контролирует те чувства, которым она подвергает его на каждой стадии его роста. Например, она может проявлять радость по поводу его функционирования, выражая теплое одобрение, когда ее ребенок овладевает более зрелыми паттернами поведения или, проявляя гордость, когда он демонстрирует свое последнее достижение. Но мудрая мать охраняет своего младенца от столкновения с интенсивными негативными чувствами.

Точно также и аналитик избегает того, чтобы пациент подвергался таким дозам чувств, которые будут травматичны для него на конкретной стадии их отношений — например, гнева или раздражения от неспособности пациента чему-то научиться, или от того, что он недостаточно сотрудничает в терапевтической ситуации. Важно то, что терапевт имеет в своем распоряжении возможность вербально разрядить чувства, которые пациенту необходимы в данный момент. Один аспект обучения начинающего аналитика, как правильно сообщаться с пациентом, это создание для студента на супервизионных сессиях той же атмосферы полного приятия, которую студент должен создать для пациента. Студент не подвергается критике. Супервизор принимает на себя ответственность за разрешение трудностей студента с тем случаем, о котором он докладывает, а также и за то, чтобы сделать для студента приемлемыми указания и интервенции, которые будут способствовать прогрессу пациента.

Часто задается вопрос: Следует ли супервизору в первую очередь сосредоточиться на студенте, или на пациенте, о котором студент докладывает? С моей точки зрения, супервизор не может на самом деле лечить пациента через студента. Супервизор может только реагировать напрямую на ту информацию, которую обеспечивает студент. Я обычно рекомендую, чтобы супервизор изучил этот материал и использовал его для того, чтобы помочь студенту справиться с его собственными проблемами. Таким образом, с каждым студентом приходится работать по своему — то есть таким образом, который не только поможет пациенту, но прежде всего окажется наилучшим для собственного профессионального развития студента.

С этой целью для неопытного аналитика, который учится лечить своего пациента, создается ситуация, аналогичная терапевтической ситуации. Например, точно также как пациенту рекомендуется, чтобы он рассказывал о своих чувствах, мыслях и воспоминаниях, также и студенту-аналитику рекомендуется сообщать коротко, но точно о нескольких сессиях одна за другой. Рассказ о нескольких сессиях в последовательности дает возможность супервизору изучить бессознательные послания, которые проходят между пациентом и терапевтом и между терапевтом и супервизором.

Студенту говорится, что его отчет о терапевтической сессии должен описывать содержание коммуникаций пациента, его чувства и поведения, а также некоторые из его собственных мыслей, чувств и интервенций. Супервизор действует на основании предпосылки, что если студент приложит усилия к тому, чтобы выполнить эти указания, то супервизор — при помощи правильных реакций на студента — сможет помочь ему успешно лечить пациента.

Но точно так же как у пациента вырабатывается сопротивление, у начинающего аналитика обычно вырабатывается сопротивление тому, чтобы подчиняться указаниям супервизора. Многие студенты бывают изумлены разновидностями и силой сопротивлений, которые у них вырабатываются! Они могут принять следующие формы: студент не записывает свои сессии с пациентом, или забывает принести приготовленные записи на супервизионную сессию, или обнаруживает, что эти записи в беспорядке или неразборчивы. Вместо того чтобы дать описание того, что происходит в терапии, студент

может использовать супервизионную сессию для того, чтобы выразить недовольство путанными коммуникациями пациента или тем как проходит лечение. Некоторые студенты пропускают сообщения и жалобы пациента, и значительно больше говорят о своих собственных интервенциях или проблемах с пациентом. Или они желают поговорить о своих личных проблемах. Они могут захотеть обсудить трудности со своими женами, детьми или другими родственниками. Некоторые студенты пытаются получить совет в деловых вопросах, или им может захотеться поспорить по поводу теоретических аспектов техники, или по поводу каких-то конкретных предпосылок или перспектив в этой области. Короче, студент может действовать таким образом, который мешает супервизору обеспечить ту информацию, которая будет способствовать разрешению проблем пациента.

На супервизоре лежит ответственность за то, чтобы помочь студенту сообщить тот материал, который нужен для того, чтобы эффективно вести терапию случая, в котором они сотрудничают. Тем не менее существуют две причины по которым супервизор не стремится сломать сопротивление пациента тому, чтобы обеспечить этот материал. Во-первых, важно, чтобы эмоциональные отношения между студентом и супервизором были хорошими, а сказать пациенту, что он не вправе говорить на темы, не относящиеся к пациенту, не способствует хорошим супервизорским отношениям. Желательно, чтобы студент чувствовал себя свободным сообщить все, что он хочет. Во-вторых, существует реальная опасность, что студент, на которого на супервизии налагаются такие ограничения, будет налагать сходные ограничения на своего пациента.

В результате, точно так же как пациенту позволено сопротивляться, а аналитик анализирует и работает над разрешением тех паттернов сопротивления, которые проявляются у пациента, так и супервизор готов обсуждать любую тему, которую хочет обсуждать студент на супервизионных сессиях. Для того чтобы справиться с трудностями студента в том, чтобы обеспечить необходимый материал по пациенту, используются различные техники, но какие бы техники ни употреблялись, цель состоит в том, чтобы позволить сопротивлениям пациента проявиться, быть понятыми и в конечном итоге разрешенными.

В то время как студент — как и пациент в терапевтических взаимоотношениях — имеет право в рамках супервизионных отношений говорить обо всем, о чем ему хочется, любая тенденция со стороны студента вести себя не должным образом, такая как пропуск или опоздания на супервизионные сессии, немедленно обсуждается супервизором. Студент может свободно выразить вербально любые чувства гнева, ненависти, даже обращения к супервизору, но ему ясно сообщается, что супервизионные отношения окажутся в опасности, если он будет действовать на основании этих чувств. Таким образом студента на примере обучают, как справляться с любыми паттернами сопротивления, которые могут появиться у пациента, угрожающими продолжению терапевтических отношений.

У некоторых студентов возникает мысль, что существует один "правильный" способ лечить пациента, и что именно этому супервизор его и научит. Они могут разочароваться и запутаться, когда им говорят, что существуют различные методы лечения пациента. Нет никаких причин возражать против того, чтобы студент разочаровывался или запутывался, при условии, что он прилагает сознательные усилия следовать указаниям супервизора независимо от того, что он чувствует или думает. Тем временем причины его разочарования и путаницы необходимо исследовать, пока он не придет к ясному их пониманию.

В результате того, что супервизор присоединяется к сопротивлению студента презентации материала случая, студент может в конечном итоге обнаружить, что его собственный способ работы с пациентом лучше, чем тот метод, который предлагает супервизор. Терапевтический метод, который является естественным и применяется спонтанно, обычно оказывается более эффективным, чем метод, которому обучили, если студент рассматривает его как искусственный или чуждый его собственной личности.

В Манхэттенском центре современных психоаналитических исследований, где принято, чтобы студенты при достаточном объеме практики работали с двумя или более супервизорами, и с двумя или более другими студентами в групповой супервизии, для студентов может возникнуть несколько похожая проблема. В первые пять лет моей собственной практики я работал с четырьмя супервизирующими аналитиками и не нахожу, что это число чрезмерно. Однако студенту следует работать с каждым супервизором над отдельным случаем. Теория разрешения сопротивления должна применяться к выполнению указаний того коллеги, который супервизирует данный конкретный случай.

Одним из моих супервизоров был Шандор Радо, и мне до сих пор памятно такое его замечание: "Мне все равно, что вы скажете пациенту, лишь бы пациенту становилось лучше". Такова и моя собственная ориентация при условии, что начинающий аналитик честно рассказывает о сообщениях, чувствах и поведении пациента и о своих собственных

чувствах и мыслях в терапевтических отношениях. Когда, однако, студент не обладает правильными чувствами по отношению к пациенту, то честный отчет становится невозможен. В этой ситуации супервизору приходится вмешиваться более активно, для того чтобы изменить эмоциональный климат между супервизируемым и супервизором, и это в свою очередь обычно улучшает эмоциональный климат между пациентом и супервизируемым.

При супервизии основное внимание отдается проблемам, вызванным чувствами, которые пациент индуцирует у начинающего аналитика. Работая с негативными реакциями студента в той мере, в которой они мешают его функционированию на супервизии, супервизор показывает, как студенту следует работать с пациентом, который находится в состоянии негативного переноса. Эти негативные реакции не объясняются студенту; они обычно исследуются вместе с ним и это исследование проводится в атмосфере полного принятия. Могут быть использованы также и другие методы — студенту могут даваться указания, к его негативным реакциям можно присоединяться, отзеркаливать их, или вступать со студентом в обмен эмоциональными посланиями. Если применяется исследующий подход, исследование проводится так, чтобы студент сам мог прийти к объяснению тех сомнений, которые у него вызывает его выбор супервизора или продолжение супервизорских отношений.

Исследования негативных реакций начинающего аналитика на супервизию являются демонстрацией того типа вопросов, которые аналитик должен задавать своим пациентам. Вопросы супервизора сформулированы таким образом, чтобы передать его готовность принять ответственность за недовольство и трудности студента.

Супервизор может, например, спросить: "Что на супервизии пошло не так? Как он может улучшить свой метод проведения супервизии? В каких отношениях супервизия была неудовлетворительна?", или вопросы могут быть сосредоточены на пациенте: "Какие трудности пациент создает для аналитика? Что пациент делает такого, что беспокоит терапевта?"

Это простые иллюстрации объектно-ориентированных вопросов. Они имеют различные ценности в терапевтическом процессе. При супервизии они задаются в первую очередь для того, чтобы студент чувствовал себя комфортно. Переноса внимание прочь от его эго на тот вклад, который супервизор или пациент вносит в неадекватное функционирование студента, супервизор стремится снять лишнее напряжение у студента. Благоприятные эмоциональные отношения между супервизором и студентом обычно отражаются в благоприятных эмоциональных отношениях между студентом и пациентом. Любые нарушения в отношениях студента-пациента могут отражаться в изменениях в отношении между студентом и супервизором. Более того, каждый раз, когда пациент испытывает трудности, которые угрожают терапевтическим отношениям, супервизору и студенту, которые научились, как хорошо функционировать вместе, относительно легко помочь пациенту разрешить критическую ситуацию.

Студенты, работающие с тяжелыми случаями шизофренических пациентов, часто рассказывают, что испытывают чувства смятения, отвращения, беспомощности, утраты, безнадежности и тому подобное. Обычно эти чувства индуцированы сообщениями, установками и поведением патологически нарциссичных пациентов. Для того чтобы отличить их от более широко принятых субъективных контртрансферных реакций, я буду называть эти реакции объективными контртрансферами. Супервизор помогает студенту осознавать, что такие чувства соответствуют реальности и не являются антитерапевтическими как таковые, но он должен понимать, что именно вызывает эти чувства, и как вести себя в их присутствии. Никакое чувство, каким бы неприятным оно ни было, не оправдывает неадекватного поведения в терапевтических отношениях — или, если уж на то пошло, в отношениях супервизионных.

При работе с тревожным студентом супервизор регулирует уровень тревоги точно так же, как студента обучают регулировать его при работе с пациентом. Иначе говоря, супервизор либо задает объектно-ориентированные вопросы, либо транслирует эго-синтонное понимание источника тревоги. Если, например, супервизируемый находится под угрозой гомосексуальной паники, супервизор может спросить его: "Не вызываю ли я у вас каким-то образом гомосексуальных импульсов, или не вызывает ли их пациент?". Если тревога вызывается деструктивными импульсами, супервизор может спросить: "Не сказал ли я или не сделал ли я что-то, что вас рассердило?" Или вопрос может быть: "Не вызывает ли у вас пациент враждебность?"

Супервизор в принципе воздерживается от того, чтобы давать такую информацию, которая поощряла бы студента подавлять свои чувства. Иными словами, студенту не помогают избегать анализа чего-либо вызывающего тревогу, что происходит между ним и пациентом или супервизором. Для того чтобы способствовать тщательному исследованию ситуации, супервизор задает вопросы. Он вступает с интерпретациями, только когда такое исследование не смогло успокоить тревогу, и когда по его мнению, эго-синтонная

интерпретация ее успокоит.

Супервизируемые часто жалуются на чувство безразличия, презрения или омерзения к пациенту и высказывают мысль, что в связи с этим им следует отказаться от данного случая. В такой ситуации супервизор откликается соответствующими вопросами. Например: "Почему бы аналитику не чувствовать отвращение к пациенту? Чем плохо ненавидеть пациента? Разве чувство беспомощности с пациентом является каким-то оправданием тому, чтобы не продолжать работу с ним? Чтобы не продолжать прилагать усилия помочь пациенту стать зрелой личностью?" Исследуя, в первую очередь через объектно-ориентированные вопросы, тот тип проблемы, который оказался активирован в терапии или в супервизионных отношениях, супервизор обычно может помочь студенту разрешить ее. С другой стороны, после того как студент выработал реальное желание понять пациента, супервизор откликается, давая ему почувствовать его понимание пациента.

Негативные чувства к супервизору студент часто выражает тем, что приходит на супервизионную сессию в неправильное время, неправильно интерпретирует или даже не слышит указания супервизора, или когда студент оказывается беспомощен выполнить указание, которое прежде ему было абсолютно ясно. Один студент, с которым я недавно начал работать, раз за разом приходил в мой офис на день раньше, чем его сессия была назначена. Я велел ему звонить мне, прежде чем он ко мне выходит — указание, которое помогло разрешить это сопротивление.

Супервизору необходимо также осознавать свои собственные негативные чувства к супервизируемому. О контртрансферных реакциях супервизора сообщается очень мало, но многие указания на них похожи на хорошо известные сигналы контртрансферного сопротивления терапевта пациенту. Если супервизор не способен справиться должным образом со своими собственными негативными чувствами, то у супервизируемого образуется блок против раскрытия своих истинных чувств по поводу супервизионных отношений, он не сможет выразить критику в адрес супервизора, или не сможет попросить его о том или другом виде помощи, который супервизор не предоставил.

Поскольку многие студенты начинают супервизию в такое время, когда они в то же время проходят личный анализ, возникает вопрос: А какова роль супервизора в противоположность роли личного аналитика в профессиональном развитии студента? Для студента вполне правильно обсуждать реальные проблемы, которые возникают в его личной жизни, со своим аналитиком, но студент имеет также право говорить о проблемах, связанных с его работой с пациентами в своем личном анализе. С другой стороны, в то время как супервизионный процесс сосредоточен на разрешении проблем, которые он переживает в проведение психоанализа, ему разрешается говорить о своих личных проблемах со своим супервизором. Но если студент в своей роли анализанда тратит больше времени на то, чтобы говорить о пациентах, чем о самом себе, его аналитик вынужден признать, что студент находится в состоянии сопротивления и вести себя соответственно. Напротив, супервизор признает, что студент находится в состоянии сопротивления, когда он сосредоточен на своих личных проблемах, а не на своих проблемах с пациентом, о котором он докладывает. Таким образом, личный аналитик и супервизор должны работать с сопротивлениями, которые принимают противоречащие друг другу формы. Но работая совместно над сопротивлениями, которые студент проявляет в каждой из этих областей, личный аналитик и супервизор помогают студенту стать зрелой личностью и зрелым терапевтом.

Эти две способности идут рука об руку, то есть они работают в одном и том же направлении, помогая различным граням человеческой личности достичь созревания. Более того, участь продуктивно работать с пациентами, студент часто получает дополнительные личные дивиденды, поскольку грани его личности, которых он не осознал в своем личном анализе, оказываются затронуты при работе с тяжело больными пациентами. Когда эти проблемы становятся очевидными, и супервизор помогает студенту разрешить их, помогая этим пациентам достичь их собственного потенциала эмоционального здоровья и счастья, сам студент становится более зрелой личностью.

Первая часть этой работы была посвящена общей теории супервизирования аналитического лечения, включая терапию предпсихотических или постпсихотических пациентов в рамках частной практики. Были проведены различные параллели между ситуацией супервизии и ситуацией терапии. Супервизор исследует и разрешает эмоциональные и интеллектуальные проблемы студента как сопротивления супервизионному процессу, тем самым демонстрируя, как студент должен вести себя с пациентом.

Следующее описание серии супервизионных сессий иллюстрирует, как супервизор работает с неопытным аналитиком, начинающим терапию шизофренического пациента. Хотя случай был в некоторых отношениях нетипичным, он хорошо демонстрирует, как

супервизор помогает терапевту-неофиту установить контакт с патологически нарциссическим пациентом. Супервизируемая — я назову ее мисс Z — была хорошо проанализированным клиническим психологом.

Пациентка, которую мы назовем Рут, была очень умная девятнадцатилетняя девушка, которая уже проявила значительный писательский талант. Она обратилась к психиатру, потому что у нее было ощущение, что она распадается на составные части. Она боялась, по ее словам, провалить экзамены в колледже и забросила роман, над которым проработала уже много месяцев. Она спросила, может ли она получить помощь, не обращаясь за лечением в формальном смысле. Она просто хотела, чтобы кто-нибудь выслушивал ее раз в неделю.

По рекомендации психиатра Рут договорилась с мисс Z о встрече на следующей неделе. На супервизионной сессии, за несколько дней до этой встречи, мисс Z благодарила психиатра за то, что он направил к ней Рут, и выразила готовность с удовольствием с ней работать. Мисс Z спросила, как ей следует вести себя в начальном интервью. Ей было сказано: "Просто задавайте вопросы". Ей объяснили, что она должна слушать пациентку на терапевтических сессиях и время от времени задавать ей вопрос, если пациентка не будет пытаться установить с ней контакт. Краткие вопросы о людях или внешних ситуациях, которые упоминает Рут, будут желательны.

Целью этих вопросов было не повлиять каким-то образом на пациентку, а предоставить ей некоторое количество коммуникации, чтобы смягчить психотические или суицидальные реакции. Необходимость задавать вопросы была обусловлена тем, что отсутствие коммуникации от аналитика вызывали слишком сильную регрессию у пациентки. Поскольку эго-ориентированные вопросы, вероятнее всего, также вызвали бы опасную регрессию, мисс Z было сказано, чтобы она их избегала.

В самом начале супервизируемому предоставляется свобода отчитываться по поводу представляемого случая таким способом, каким он захочет — например, по заметкам, сделанным во время или после каждой сессии, по дословной записи, сделанной во время сессии, по краткому подытоживающему сообщению, или по памяти. Если этот метод обеспечивает супервизора необходимым материалом, супервизируемому можно позволить продолжать им пользоваться. Если такой метод отчета не является удовлетворительным, то необходимо исследовать сопротивление супервизируемого тому, чтобы давать такой точный и полный отчет, какой он, с точки зрения супервизора, должен был дать. Например, если студент полностью полагается на свою память, его могут спросить, почему он не подытоживает материал пациента после сессии или не ведет записей во время сессии. Тенденция студента сосредотачиваться на своих собственных интервенциях и проскакивать мимо коммуникаций пациента может быть исследована аналогичным образом.

Но мисс Z не нуждалась ни в какой помощи в этой области; она отчитывалась великолепно. С самых первых сессий она представляла практически дословный отчет о коммуникациях Рут. Кроме того, у мисс Z были прекрасные записи многих вопросов, которые она задавала пациентке, очень уместных по времени интервенций. В результате мисс Z очень облегчила исследования пациента и отношений пациента-аналитика.

В первые шестнадцать сессий мисс Z задавала Рут в целом восемьдесят объектно-ориентированных вопросов. Рут все более и более свободно говорила о своем страхе сойти с ума, и только на одной из этих сессий сделала попытку установить прямой контакт с аналитиком. Рут не демонстрировала никаких чувств по отношению к мисс Z; напротив, она вела себя с мисс Z так, будто та была частью ее разума. Это типично для пациентов в состоянии нарциссического переноса. В то время как Рут сообщала пугающий материал, голос мисс Z, задающий вопросы, создавал впечатление, что Рут нечего бояться, и что мисс Z не встревожена содержанием коммуникаций Рут.

Реакциям мисс Z на эти коммуникации было уделено много внимания на супервизионных сессиях. Несмотря на свой прекрасный контроль, когда она говорила с пациенткой, она осознавала, что сталкивается с трудностями при ведении случая. Она также осознавала, что если бы эти чувства не исследовались в супервизионном процессе, то она не смогла бы помочь пациентке.

В своем рассказе о первых сессиях мисс Z сообщила, что Рут говорит легко, разумно и красноречиво о том, что она не хочет оказываться отсеченной от своих чувств так, как это было у ее отца, и о том, что она боится рисковать. Ей хотелось быть более уверенной в себе в отношениях с людьми. Рут сказала, что ее состояние ухудшается, и упомянула мысли о самоубийстве и сны о самоубийстве, которые ее пугали. Когда супервизор услышал о нарастающей тревоге пациента, он спросил почему мисс Z не задает Рут большее количество вопросов на каждой сессии.

Отчитываясь о своих первых впечатлениях от пациентки мисс Z описала ее как "очень привлекательную" и отметила также, что она чувствует себя как сильная мать с послушным ребенком. Страх Рут поначалу действовал на мисс Z так, что усиливал ее

собственное чувство безопасности. Однако, когда Рут начала все больше говорить о самоубийстве и психозе, сама мисс Z начала все больше и больше пугаться.

В относительно короткое время тревоги мисс Z трансформировались до некоторой степени в страх потерять пациентку. Рут начала говорить о том, что уйдет с терапии, если возникнет опасность, что она станет более склонной к суициду или психозу.

Мисс Z находила чувство безопасности в своем дотошном следовании инструкциям не раскрывать пациентке никаких своих чувств. Мисс Z, по-видимому, предполагала, что если она будет тщательно выполнять эти инструкции, то пациентка будет продвигаться в терапии. В результате для мисс Z оказалось огромным сюрпризом, когда Рут начала говорить о том, что уйдет с терапии. В ходе обсуждения с мисс Z в конечном итоге прояснилась проблема, почему несмотря на ее тщательное следование указанию задавать объектно-ориентированные вопросы, состояние Рут ухудшается.

Когда пациенты слышат от аналитика объектно-ориентированные вопросы, они обычно через несколько сессий начинают сами задавать вопросы. Но Рут не пыталась установить контакт с мисс Z до двенадцатой сессии. В это время, после того как она какое-то время говорила о кризисе в своих отношениях с соседкой по комнате, Рут спросила аналитика, что ей делать. Мисс Z ответила вопросом: "А как бы мой ответ вам помог?". Вместо того чтобы ответить, Рут сменила тему. Несколько сессий спустя она спросила мисс Z: "Как вам видится мое положение?". Аналитик ответила: "Как бы моя точка зрения вам помогла?". Перед лицом все учащающихся угроз пациентки уйти с терапии, мисс Z получила указание исследовать с пациенткой, почему она делает так мало попыток установить контакт с аналитиком. Когда мисс Z это сделала, Рут ей сказала: "Каждый раз, когда я задавала вам вопрос, все что я получала, это вопрос, так зачем же я буду снова пытаться?".

На следующей супервизионной сессии было указано на то, что пациентка слишком легко сдается, и что аналитик позволяет ей так сдаваться. Почему бы вам, спросили у мисс Z, не быть более настойчивой? Этот вопрос спровоцировал оживленное обсуждение. Мисс Z выдвинула несколько возражений против такого подхода. Прежде всего она боялась, что дальнейшие расспросы очень рассердят пациентку и послужат для нее стимулом фактически разорвать терапевтические отношения. Еще меньше чем потерять Рут, как пациенту, мисс Z жаждала оказаться мишенью для резкой критики Рут.

Возражения мисс Z были тщательно исследованы на супервизионных сессиях. Затем была высказана идея, что несмотря на то, что Рут говорила, будто она хочет, чтобы ее просто выслушали, на самом деле ей хотелось много большего. По-видимому, она не знала, что она хотела получить от этих отношений, и не знала, как этого попросить. С самого раннего детства Рут ее мать предвидела заранее нужды Рут и удовлетворяла их прежде, чем Рут могла попросить того, чего она хочет, и утвердиться, добиваясь их удовлетворения. Функционируя аналогичным образом с мисс Z, Рут ожидала, чтобы аналитик почувствовала и среагировала на ее нужды и ответила на ее не заданные вопросы. Когда мисс Z этого не сделала, Рут пришла к выводу, что аналитику нет до нее никакого дела. В результате Рут начала пытаться найти какой-нибудь способ завершить их отношения.

После этих обсуждений в конечном итоге мисс Z решилась спросить Рут, почему та не задает ей больше вопросов. Рут, чувствуя, что мисс Z на самом деле хочет, чтобы она задавала вопросы, сказала, что теперь она чувствует себя виноватой, что она их не задавала. Тогда мисс Z сказала ей, что ей нет надобности насильно себя, задавая вопросы, но что если Рут спонтанно приходит в голову вопрос, она должна непременно не бояться его задать.

Однако Рут объявила во время двадцатой сессии, что она хочет прекратить терапию. Рассказывая о своей непосредственной реакции на это сообщение, мисс Z сказала супервизору: "Я была слишком ошеломлена, чтобы чувствовать гнев или негодование. Я чувствовала, что я пригрела на груди змею. Я была более чем готова покончить с этим".

Угроза оказалась для мисс Z тем более ошеломляющей, что Рут замечательно продвинулась за первые четыре месяца терапии. Ее тоска рассеялась, и ее поведение улучшилось. Она сдала экзамены в колледже с хорошими оценками и говорила о том, чтобы вновь начать работу над романом, который она забросила. Ее парализующие страхи и неуверенность слабели. Она способна стала более прямо общаться с родителями, и они были под большим впечатлением от изменений в ее установках и поведении.

Супервизор предоставлял мисс Z возможность вербализовать все свои реакции на заявление Рут, что она хочет прекратить терапию. "Ну и пусть катится" сказала мисс Z, "Я достаточно долго колотилась, чтобы помочь Рут". Затем мисс Z продолжила: "Но я, должно быть, сделала что-то не так, если бы я проводила более умелые интервенции, эту ситуацию можно было бы предотвратить".

Супервизор ответил: "Но насколько я могу понять, вы буквально следовали моим

инструкциям. Все, что вы делали, это задавали некоторое количество объектно-ориентированных вопросов на каждой сессии. Это я виноват в том, что пациентка хочет вас покинуть". Супервизор выразил такое отношение не только для того чтобы успокоить мисс Z, но и для того чтобы помочь ей вербализовать недовольство супервизором за то, что тот позволил ситуации зайти так далеко.

В этот период исследовались различные причины, почему Рут могла хотеть уйти с терапии. Не создала ли мисс Z каким-то образом впечатление, что Рут ей не нравится? Даже если некоторые из вопросов мисс Z наводили на мысль, что Рут ей очень нравится, ее строгое и даже резкое соблюдение инструкций воздерживаться от того, чтобы давать пациентке в этот период какую-то информацию, могли создать у Рут впечатление, что она не нравится мисс Z. В соответствующий момент, может быть, следовало бы исследовать такую возможность.

К счастью, мисс Z была слишком потрясена заявлением Рут, чтобы сказать ей, что ей следует продолжать лечение. Этот же шок помешал мисс Z прибегнуть к какому-либо другому приему, который мог бы усилить сопротивление Рут до того, чтобы вынудить ее в самом деле уйти. Можно однако было предложить отложить действие этого сопротивления, и такая стратегия могла сработать. По этому супервизор инструктировал мисс Z на следующей сессии задать Рут вопрос: "Почему бы нам не обсудить ваш план прекратить терапию? Вы что, так безумно торопитесь, что не можете прийти еще на одну-две сессии, чтобы обсудить это?".

Когда эти вопросы были заданы, Рут на них не ответила, но через несколько минут она спросила мисс Z: "Я вам нравлюсь?". Мисс Z ответила дружелюбным образом: "Что у вас могло вызвать мысль, что вы мне не нравитесь?". Рут приняла это как косвенное сообщение, что она действительно нравится аналитику. Тогда Рут сказала, что она еще раз подумает о прекращении терапии, и попросила мисс Z дать ей еще несколько сессий. Они помогут ей решить, хочет ли она продолжать лечение.

Те супервизионные сессии, которые были только что описаны, охватывали первые шесть месяцев случая, который продолжается до сих пор, а начался два года назад. Отношения между мисс Z и Рут стойко улучшались, и первоначальное сопротивление Рут тому, чтобы вербализовать то, как она хочет, чтобы мисс Z помогла ей, в основе своей были разрешены. Около полутора лет назад Рут попросила мисс Z помочь ей стать более сильной личностью. До сих пор мисс Z не предлагала никаких интерпретаций, поскольку Рут не выражала никакого интереса к собственной личностной динамике, но она раз за разом запрашивала общую информацию по поводу аналитического процесса. Мисс Z по рекомендации супервизора эту информацию давала.

Недавно Рут сказала, что теперь она находит, что ей легче говорить с мисс Z и облегчать душу. Рут до сих пор чувствует некоторое напряжение в терапевтической ситуации, но стала чувствовать себя в ней много более комфортно. Временами она даже с удовольствием ждет прихода на терапевтическую сессию.

Самым важным изменением, которое супервизор смог вывести из отчетов мисс Z по этому случаю, является то, что Рут выработала значительно большее количество эмоционального осознания. Теперь она говорит о своем желании выйти замуж и создать хорошую семью.

После серии супервизионных сессий, которые длились на протяжении от одного до двух лет, студент аналитик обычно способен самостоятельно вести невротических пациентов. Для того, чтобы научиться адекватно справляться с шизофреническими пациентами, может потребоваться пять или более лет супервизий. После пяти лет лечения такого пациента на основе супервизий обучающийся аналитик обычно обретает достаточное понимание пациента для того, чтобы продолжать случай без дальнейшей помощи. Но умение справляться с именно этим пациентом не гарантирует, что он не столкнется с трудностями при лечении других шизофренических пациентов. Завершая супервизионные отношения, я поэтому сообщая аналитику, что он волен вернуться для консультаций, когда ему понадобится помощь для того чтобы справиться с конкретной проблемой. Консультации на такой не регулярной основе могут длиться в течение еще пяти лет. Трансформация студента в эмоционально зрелого аналитика, способного успешно лечить шизофренических пациентов, обычно требует десятилетия супервизионной помощи.

Итоги

Подводя итог, ситуация между супервизором и студентом аналогична ситуации между супервизируемым и пациентом. При помощи того, как он работает со студентом и над сопротивлением студента, супервизор показывает, как студент должен работать с шизофреническим пациентом, случай которого он ведет согласно указаниям супервизора.

Основные проблемы супервизируемого разрешаются таким же образом, как и основные проблемы в терапии. Иными словами, они рассматриваются и разрешаются как сопротивления супервизионному процессу. Эти сопротивления в своих разнообразных паттернах должны быть вызваны, определены, исследованы и разрешены при помощи эффективных интервенций. Супервизор проводит интервенцию тем, что демонстрирует полное принятие, проводит тщательные исследования, дает крайне точные указания, использует техники присоединения и отражения, обменивается эмоциональными посланиями и дает ощутить свое понимание. Студент, который сумеет должным образом обмениваться информацией в супервизионных сессиях и разрешить свои сопротивления тому, чтобы выполнять инструкции супервизора эффективным образом, обычно способен помочь шизофреническому пациенту стать зрелым и сделаться таким человеком, каким он хочет быть.

Текст взят с психологического сайта

<http://www.myword.ru>