

ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ

КОНТРПЕРЕНОС

*в психоаналитической
психотерапии
детей
и подростков*

под редакцией

*Дж. Цянтиса
А.-М. Сандлер
Д. Анастасопулоса
Б. Мартиндейла*



КОГИТО-ЦЕНТР

**Анна-Мария Сандлер
Димитрис Анастасопулос
Франсуа Ладам
Джудит Троуэлл
Жаклин Годфринд
Алекс Холдер
Джон Циантис
Дидье Узель
Анна Альварес**

**Контрперенос в
психоаналитической
психотерапии детей**

Серия «Детский психоанализ»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66265744

Контрперенос в психоаналитической психотерапии детей и подростков / Под ред. Дж. Циантиса, А.-М. Сандлер, Д. Анастасопулоса, Б. Мартиндейла. Пер. с англ. А. Н. Багрянцевой: Когито-

Центр; 2005; 2005

ISBN 5-89353-165-5

Аннотация

Европейская федерация психоаналитической психотерапии при Общественной службе здоровья (EFPP), основанная в 1991 г., издает серию книг по психотерапии детей и подростков, авторами которых являются ведущие европейские специалисты в этой области. Данная книга посвящена исследованию контрпереноса в психотерапии детей и подростков и содержит описание случаев, наблюдавшихся в различных клинических условиях и терапевтических ситуациях.

Книга будет полезна психотерапевтам, клиницистам, преподавателям и студентам, изучающим психоаналитическую психотерапию.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Глава первая	7
История понятия контрпереноса	7
Контрперенос и проективная идентификация	15
Контрперенос в детской психотерапии	20
Факторы, вызывающие реакции контрпереноса	22
Факторы контрпереноса, имеющие отношение к детям	27
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Контрперенос в психоаналитической психотерапии детей и подростков



Countertransference
*in Psychoanalytic
Psychotherapy
with Children and Adolescents*

edited by
John Tsiantis

Senior Editor
Anne-Marie Sandler
Dimitris Anastasopoulos

Brian Martindale

published by
KARNAC BOOKS

for

The European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy
in the Public Health Services

Перевод с английского

А. Н. Багрянцевой

© «Когито-Центр», 2005

Глава первая

Вопросы контрпереноса в психоаналитической психотерапии детей и подростков. Краткий обзор

**Димитрис Анастасопулос,
Джон Циантис**

История понятия контрпереноса

Цель данной главы состоит в том, чтобы определить понятие контрпереноса и проследить его историю, причем в тех аспектах, которые характерны для психотерапии детей и подростков.

Первое упоминание о контрпереносе можно найти в кратком очерке Фрейда «Перспективы психоаналитической терапии» (1910d). В 1915 г. Фрейд возвращается к этой теме в работе «Замечания о любви в переносе» (1915a), здесь он останавливается исключительно на реакциях контрпереноса эротического характера. В обеих статьях Фрейд описывает контрперенос как препятствие для психоаналитического лечения и как «результат влияния пациента на...

неосознаваемые чувства терапевта» (1910d, p. 144). Брэнделл (Brandell, 1992) считал, что работа с истерией, а также известный случай Доры (Freud, 1905e), в котором проявились существенные элементы эротического переноса, позволили Фрейду определить эротический контрперенос как серьезную помеху для психоаналитического процесса. К сожалению, Фрейд не опубликовал ни одной статьи, посвященной вопросам контрпереноса.

После Фрейда многие авторы продолжали работать над тем, чтобы углубить и расширить наше понимание контрпереноса. Дальнейший толчок к разработке данной темы в психоаналитической литературе был дан тогда, когда контрперенос стали рассматривать как важное явление, помогающее психоаналитику лучше понять своего пациента. Паула Хайманн была первой из тех, кто дал позитивную оценку контрпереносу. Она определяет его как «средство, позволяющее исследовать бессознательное пациента» (Heimann, 1950, p. 81), и приходит к выводу, что контрперенос терапевта есть «"творение" пациента, часть [его] личности» (p. 83).

Генрих Ракер (Racker, 1968, p. 134–135) также внес существенный вклад в разработку этого понятия. В своей знаменитой работе «Перенос и контрперенос» Ракер признает, что явления контрпереноса можно наблюдать повсеместно, а все эмоциональные реакции терапевта по отношению к пациенту являются порождением контрпереноса по аналогии с переносом пациента.

Ракер рассматривает два типа: прямой контрперенос, возникающий в ответ на перенос пациента, и косвенный контрперенос, являющийся реакцией на любую значимую фигуру, которая находится за пределами аналитической ситуации (супервизоры, коллеги, родственники или друзья пациента и иные люди, мнение которых может представлять интерес для терапевта) (Racker, 1968, p. 136). Впоследствии Ракер развил свою точку зрения, выдвинув предположение, что контрперенос состоит из двух процессов:

1. *Конкордантная (согласующаяся), или гомологичная, идентификация.* При таком контрпереносе терапевт «идентифицирует каждую часть своей личности с соответствующей психологической частью своего пациента» (Racker, 1968, p. 134). Подобный контрперенос основывается на интроекции и проекции и представляет собой примерно то же самое, что некоторые авторы называют эмпатией.

2. *Комплиментарная (дополнительная) идентификация* является «идентификацией Эго аналитика с внутренними объектами пациента». Этот процесс «связан с тем фактом, что пациент воспринимает аналитика как внутренний (проецируемый) объект, вследствие чего у аналитика возникает ощущение реальности происходящего; иными словами, аналитик идентифицирует себя с этим объектом» (Racker, 1968, p. 135).

Ракер считает, что контрперенос представляет собой и са-

мую большую опасность для психоаналитической работы, и важный инструмент для понимания пациента в процессе этой работы. Он разграничивает ситуацию контрпереноса (когда у терапевта возникают определенные ощущения и установки, но при этом он не предпринимает никаких действий) и реакцию контрпереноса (когда терпимость терапевта перекрывается чувствами, ведущими к определенным действиям, к терапевтическому вмешательству).

Значительный вклад в разработку этого понятия внес Винникотт, посвятив данной проблеме работу «Ненависть в контрпереносе» (Winnicott, 1947). Он предлагает рассматривать контрперенос как терапевтически полезный источник информации о межличностных отношениях и как важный инструмент для понимания особенностей личности пациента. Он описывает также два вида контрпереноса: первый представляет собой патологическую реакцию со стороны терапевта (точка зрения, близкая к традиционной), а второй, названный «объективным контрпереносом», определяется как «любовь и ненависть аналитика, проявляемые по отношению к реальной личности и конкретному поведению пациента» (p. 194).

Литтл (Little, 1951) отмечает, что не только чувства пациента отражают чувства аналитика, но и чувства аналитика отражают чувства пациента, и нередко пациент угадывает их прежде, чем сам аналитик. Литтл предлагает достаточно радикальную точку зрения, согласно которой терапевту следу-

ет демонстрировать свои чувства контрпереносу пациенту.

Литтл (Little, 1951), Кохут (Kohut, 1971) и Шейн (Shane, 1980) также внесли свой вклад в развитие «расширенного» представления о контрпереносе. Кернберг в своей статье (Kernberg, 1965) пишет о том, что, по мнению вышеупомянутых авторов, расширенный (всеобъемлющий) подход к контрпереносу позволяет детскому аналитику видеть пациента, его родителей и терапевтическую ситуацию в наиболее полном виде. Реакция аналитика отражает особенности его характера и личности (как здоровые, так и конфликтные) в ответ на какое-то особенное или обычное поведение пациента. К этим реакциям также можно отнести такие, которые вытекают из культурно-детерминированных установок наряду с неинтегрированной идентификацией и неразрешенными вопросами переноса на обучающего аналитика или других значимых лиц в жизни терапевта.

Джиовачини также внес значительный вклад в понимание проблем контрпереноса, касающихся терапевтической работы с подростками и теми взрослыми, у которых наблюдаются серьезные нарушения психики. По его мнению, несмотря на то, что неосознаваемый терапевтом контрперенос может негативно влиять на процесс лечения, контрперенос присутствует в любом аналитическом взаимодействии.

Джиовачини выделяет две разновидности контрпереноса:

1. *Гомогенный контрперенос* рассматривается автором скорее как прогнозируемая реакция, обусловленная в основ-

ном психопатологией пациента и его установками, способными вызывать более или менее одинаковые реакции у большинства терапевтов.

2. *Идиосинкратичный контрперенос* является реакцией, обусловленной индивидуальностью терапевта и его жизненным опытом (Giovacchini, 1985, p. 449).

Альварес различает контрперенос и то, что она называет «эмпатическим восприятием» (Alvarez, 1983). В своей статье (глава 7 данного издания) она оперирует узким определением контрпереноса, утверждая, что это «только чувства, которые пациент вызывает у терапевта», а не «восприятие происходящего с пациентом, которое не сопровождается аналогичными чувствами терапевта»; последнее она и называет эмпатическим восприятием. Она считает, что такое восприятие также полезно для выявления характерных особенностей пациента, которые ранее не были известны, но это не контрперенос.

Согласно традиционному определению, «истинным контрпереносом» мы называем то, что включает бессознательную реакцию аналитика на перенос пациента. Эта реакция достаточно специфична и берет свое начало в неразрешенных конфликтах, дополняющих реакции пациента. Брэнделл подробно рассматривает различия между классическим и расширенным подходами к контрпереносу в своей книге «Контрперенос в психотерапии детей и подростков»,

он предлагает исчерпывающий обзор по данному вопросу. Брэнделл (Brandell, 1992) составил сводную таблицу и распределил авторов по трем категориям (сторонники всеобъемлющего, или расширенного, подхода, сторонники классического подхода, представители других направлений) в соответствии с их теоретическими взглядами и тем, как они определяют понятие контрпереноса.

Тем не менее большинство авторов придерживаются того определения контрпереноса, которое предложили Эпштайн и Файнер (Epstein and Feiner, 1983): они рассматривают контрперенос как вклад терапевта в терапевтическую ситуацию. Это неизбежное, нормальное и естественное межличностное взаимодействие, в которое вовлекается терапевт, являющийся подлинным участником данного процесса. Таким образом, контрперенос в той или иной степени представляет собой непосредственную реакцию на перенос пациента. Маршалл (Marshall, 1983) предложил разделять реакции контрпереноса на категории в зависимости от того, осознаются они или остаются неосознанными, являются они следствием определенного характера пациента и его психопатологии или вытекают из неразрешенных конфликтов и личного опыта терапевта. Здесь также следует упомянуть о понятии «контрпереноса и ролевой реактивности», предложенном Джозефом Сандлером. Он утверждает, что пациент приносит в терапевтические отношения свои детские ролевые отношения, которые стремится выразить или отреагировать,

равно как и ролевые защиты, которые, возможно, хочет навязать аналитику, и таким образом играет роль для того, чтобы получить удовлетворение. Для Сандлера «ролевая реактивность» аналитика проявляется не только в его мыслях и чувствах, а также в его поведении и непосредственном отношении к пациенту – важных элементах того, что он называет «полезным» контрпереносом терапевта (Sandler, 1987). Другие авторы, например, Флисс (Fliess, 1953), Гловер (Glover, 1955) и Райх (Reich, 1966), определяют контрперенос как любое иррациональное реагирование со стороны терапевта, а не только со стороны людей, подвергшихся действию переноса. И, наконец, Брэнделл (Brandell, 1992, p. 2) отмечает, что «различия в переживании контрпереноса чаще всего связаны с такими факторами, как личностные характеристики пациента и терапевта, а также уникальный характер бесед между субъектами в определенной терапевтической ситуации», они не зависят от того, какие из двух методов лечения используются (например, детская психотерапия или детский психоанализ). Мы разделяем эту точку зрения и считаем, что в представленном кратком обзоре взглядов на контрперенос в психотерапии детей и подростков важно учитывать то, что явление контрпереноса может оказывать сильное воздействие на психотерапию либо как полезный терапевтический инструмент в работе с пациентами, либо в случае, если терапевт не осознает истоков своих чувств как препятствие, негативно воздействующее на процесс терапии.

Контрперенос и проективная идентификация

Мы полагаем, что имеет смысл кратко остановиться на взаимосвязи между понятиями проективной идентификации и контрпереноса.

Проективную идентификацию, вероятно, следует рассматривать как концепцию, порожденную психоанализом, лишь в последнее время число аналитиков и психотерапевтов, принадлежащих к самым разным школам и тем не менее разделяющих ее, стало неуклонно расти. В рамках данной главы не представляется возможным дать исчерпывающее толкование различных теоретических взглядов на концепцию проективной идентификации. Для этого нужно обратиться к исследованию Джозефа Сандлера «Проекция, идентификация, проективная идентификация» (1988).

Мелани Кляйн (1946) связывала проективную идентификацию с процессом развития, с искажением образа аналитика в фантазиях пациента и косвенно с контрпереносом, который она рассматривала как препятствие для анализа (Klein, 1957).

Хайманн писала о том, что проективная идентификация играет основную и исключительную роль в развитии явления контрпереноса. По ее мнению, контрперенос «создается пациентом» и содержит «часть его личности» (Heimann, 1950,

р. 83).

Ракер связывает реакции контрпереноса терапевта с механизмом проективной идентификации пациента, утверждая, что это приводит к идентификации аналитика с собственной или объектной репрезентацией, с которой пациент также идентифицирует терапевта в проекции. Как уже отмечалось, такое представление позволило Ракеру обнаружить различие между согласующимся контрпереносом и дополнительным контрпереносом (Racker, 1968).

Модель взаимодействия и взаимного влияния Биона (Bion, 1962, 1963), в которой использовалась концепция контейнера (принимающего проекции) и его содержимого (проецируемого субъектом на объект), безусловно, основана на механизмах проективной идентификации, автор непосредственно связывает ее с контрпереносом.

Среди авторов, много писавших о роли проективной идентификации в контрпереносе при работе с больными шизофренией, психотиками и пограничными пациентами, был Розенфельд (Rosenfeld, 1987). Он утверждал: «Проективная идентификация воздействует не только на аспекты личности, представляющие собой элементы проекций, но также на объект, находящийся под влиянием проективной идентификации»; и далее: «Проективная идентификация может включать трансформацию личности и объекта, приводящую к замешательству, деперсонализации, опустошенности, слабости и уязвимости воздействием, которое заходит настоль-

ко глубоко, что человек может быть загипнотизирован или даже усыплен» (р. 170).

Джозеф (Joseph, 1988) отмечает, что проективная идентификация, несмотря на то, что она является фантазией, оказывает сильное влияние на воспринимающего. Открытость аналитика и его способность осознавать свои переживания могут быть очень эффективными средствами для понимания всей многогранности явлений контрпереноса. Джозеф утверждает, что через распознавание механизмов проективной идентификации терапевт способен прийти к тому, чтобы принять установки и чувства, не принадлежащие ему, а представляющие собой элементы проекций пациента.

Кернберг (Kernberg, 1988) говорит о проективной идентификации как о распространенном психическом механизме. Например, пациенты с глубокой регрессией используют ее для того, чтобы вызывать у терапевта настолько сильные реакции контрпереноса, что ему приходится прорабатывать их за пределами терапевтических сессий для того, чтобы их понять.

Гринберг (Grinberg, 1979) представляет понятие проективной контридентификации в контрпереносе как способ описания реакции аналитика или важной ее составляющей, которая относится к интенсивности и уникальному характеру проективной идентификации пациента. Таким образом, он рассматривает контрперенос как явление, возникающее вследствие активации невротических сторон аналитика.

Гротштейн принимает предложенный Гринбергом термин «проективная контридентификация» как особый тип контрпереноса. Он считает, что и проективная идентификация, и проективная контридентификация воспринимаются терапевтом-аналитиком как «изменение его душевного состояния в процессе выслушивания пациента» (Grotstein, 1985, p. 200).

Фельдман (Feldman, 1992) сообщает, что во многих случаях терапевту приходится иметь дело не только с проекциями фантазий в отношении объекта, таким образом приписывая ему возможности, которые возникают в психическом состоянии пациента, но также с активным и динамическим процессом, в котором психическое состояние объекта затрагивается этими проекциями.

Очевидно, в соответствии со взглядами вышеупомянутых авторов и тех, кто с ними не согласен, контрперенос можно рассматривать как реакцию терапевта на проекции пациента в отношении себя. Такая реакция может проявляться либо вследствие стимулирования или пробуждения незрелых невротических сторон самого терапевта, либо вследствие создания или генерирования чувств и фантазий, целиком приписываемых интенсивности и характеру проективной идентификации пациента. Нет необходимости говорить, что чем более эмоционально открытым (т. е. готовым принять проекцию) является терапевт и чем регрессивнее пациент, тем выше будет вероятность формирования сильных реакций

контрпереноса, которые могут быть использованы для понимания представляемого пациентом материала во время терапии. Несомненно, оба этих условия относятся также и к психотерапевтической работе с детьми и подростками.

Контрперенос в детской психотерапии

Можно было ожидать, что по мере развития теории контрпереноса и техники терапевтической работы со взрослыми пациентами возникнет описание и других видов контрпереноса, являющихся результатом психоаналитической психотерапии детей. Однако лишь в последние годы такие темы стали затрагиваться в литературе. Далее я приведу варианты объяснений этих фактов и представлю описание наиболее важных из них.

Во-первых, следует отметить, что на протяжении длительного времени специалисты по детскому психоанализу вообще не признавали существования невроза переноса. Во-вторых, отсутствие в прошлом какого-либо интереса к контрпереносу могло отражать личностные качества детских терапевтов, не зависящие от полученного ими образования. Первые детские аналитики преимущественно были преподавателями (Kohrman et al., 1971) и работали с детьми из низких социально-экономических слоев.

Однако за основу терапевтической работы со взрослыми брались медицинские методы, предполагающие наличие определенной дистанции между пациентом и терапевтом, что и приводило к некоторой путанице между педагогическим и психотерапевтическим подходами. Педагогическую

интервенцию от психотерапевтической, помимо всего прочего, отличало то, что терапевт становился замещающим родителем человеком, который, ставя на первое место потребности ребенка, не придерживался нейтральной позиции, принятой в психоанализе. В этой связи Темелес (Temeles, 1967) обращает внимание на распространенную в то время в психотерапевтической работе с детьми систему подарков, это объяснялось отчасти тем, что дети, проходящие лечение, были лишены родительского внимания, а также сложившимися в обществе стереотипами в отношении воспитания детей. Кроме прочего, в этом подходе проявлялась лояльность терапевта, идентификация с учителем и неразрешенные вопросы, связанные с переносом, направленным на учителей. Педагогические установки в отношении психотерапии детей, сформировавшиеся в результате сложившихся традиций и теории, допускают наличие подобных встречных реакций. Трудно сказать, что здесь стоит на первом месте: техника, теория или лояльность и идентификация с учителем, или же контрперенос, который был оправдан либо являлся отреагированием и подтверждался последующим изменением техники.

Факторы, вызывающие реакции контрпереноса

Теперь мы переходим к описанию факторов, являющихся причиной реакций контрпереноса в психотерапии детей и подростков и могущих запускаться самим терапевтом, ребенком, родителями или зависеть от специфики терапевтических отношений.

Несмотря на то, что контрперенос всегда «исходит» от терапевта, реакции контрпереноса могут запускаться психопатологией пациента или некоторыми другими элементами в ситуации, которая является результатом «соответствия» пациента и терапевта. Когда реакция терапевта основана на его ранних потребностях и не является исключительно результатом влияния пациента, тогда мы можем говорить о контрпереносе в расширенном смысле. Вполне понятно, что многие реакции включают некоторые элементы контрпереноса (Schowalter, 1985). Кроме того, на контрперенос влияют прошлые тревоги и чувства терапевта к ребенку и его родителям. Даже если чувства контрпереноса указывают на элементы неразрешенных конфликтов терапевта, они представляют ответную реакцию на страдания и тревоги ребенка или подростка, на его личный опыт и развитие. Тревога, которую переживает терапевт в результате контрпереноса, является формой участия терапевта в попытках пациента справиться

с угрозой. Подобным образом в работе с детьми и подростками сопротивление, вызванное контрпереносом, указывает на нежелание терапевта идентифицировать личные источники тревоги и связывать их с интрапсихической жизнью и семейными транзакциями пациента (McCarthy, 1989).

Контрперенос также включает эмоциональные реакции, связанные с той ролью, которую играет родитель в развитии личности ребенка, они отражают аспекты внутреннего мира ребенка и семейную динамику (McCarthy, 1989). Терапевту в той или иной степени необходимо быть довольным своим пациентом, поскольку в противном случае осуществлять лечение будет либо крайне затруднительно, либо вообще невозможно. Постепенно терапевт становится более восприимчивым к проекциям пациента и, следовательно, более способным продуцировать чувства контрпереноса. Контрперенос может складываться из чувств, которые терапевт в состоянии испытывать к пациенту вне зависимости от их источника. Согласно Джiovаччини (Giovacchini, 1974), реакции контрпереноса включают многие элементы личности, характерные для большинства клиницистов и вызывающие сравнительно схожие реакции. К контрпереносу, возможно, следует относиться с позиции того, что он помогает понять процесс психотерапии. С другой стороны, отсутствие эмпатии может являться неотъемлемой частью процесса терапии, и это не следует рассматривать как нечто необычное или как признак психопатологии терапевта или пациента. Лечение

трудных пациентов затрагивает самолюбие терапевта. Терапевту следует признать существование в себе неразрешенных конфликтов, что само по себе болезненно (например, допускать, что уровень профессиональной компетенции может быть не настолько высок, как хотелось бы, а также принимать тот факт, что пациент, благодаря которому оказались на поверхности все эти неразрешенные конфликты, может вызывать чувство ненависти (Palombo, 1985). Джiovаччини (Giovacchini, 1974, p. 282) утверждает, что реакции переноса-контрпереноса, если ими управлять должным образом, могут стать событием, равным по своей сути воспроизведению всего, что было утрачено вследствие «инфантильной амнезии», – детских воспоминаний и травматических моментов того периода. Баудри (Baudry, 1991) считает убеждения, установки, личностные стили и характеристики терапевта важными элементами терапевтического подхода. Другим фактором здесь является профессиональная идентичность. Баудри ссылается на то, что личный опыт терапевта может привести его к предпочтению работать с определенными типами пациентов, терапевт может обнаруживать большую склонность к некоему набору эмоциональных реакций.

Чессик (Chessick, 1992) описывает реакции переноса-контрпереноса с точки зрения важности культурного, семейного опыта и детских фантазий. Они дают каждому человеку определенный психический настрой, неповторимость

восприятия мира и взаимоотношений с людьми, а также представления о себе на вербальном и невербальном уровнях.

Становится очевидно: какой бы подход к контрпереносу мы ни приняли (расширенный, классический или др.), можно говорить о контрпереносе как явлении, затрагивающем личность терапевта, конечно, во взаимоотношениях с пациентом, но все же ту личность, которая участвует в процессе, используя весь свой опыт. С другой стороны, когда мы заводим речь о терапевтической работе с юными пациентами (в частности, с детьми, в том числе с маленькими детьми), необходимо также принимать во внимание роль родителей, не просто присутствующих в качестве неких объектов, но принимающих активное участие в жизни пациента и в терапевтическом процессе.

В рамках этого понимания реакции контрпереноса можно рассматривать в качестве:

а) переноса и/или проекции пациентов, их семей и/или их окружения, такие состояния часто наиболее выражены в терапевтической работе с детьми и подростками, имеющими серьезные нарушения;

б) чувств терапевта, исходящих из его собственного раннего опыта, проявлений его собственных неразрешенных психических конфликтов или реакций из невротических областей, которые не были до конца проработаны или исследованы и появление которых запущено состояниями пациента

в соответствии с пунктом (а).

В большинстве случаев сильные реакции контрпереноса являются следствием объединения факторов обоих пунктов, а само окружение пациента (ребенка или подростка), его возраст и тенденция к регрессии могут значительно увеличить интенсивность и частоту распространения реакций контрпереноса.

Таким образом, когда мы рассматриваем факторы, оказывающие влияние на определенный характер контрпереноса в психотерапии детей и подростков, мы получаем три категории факторов взаимодействия: 1) исходящих в терапии от ребенка или подростка, 2) исходящих от родителей и семьи ребенка и 3) исходящих от самого терапевта.

Факторы контрпереноса, имеющие отношение к детям

Коммуникация в детской психотерапии осуществляется главным образом на невербальном символическом уровне через игры и действия. Общеизвестно, что дети выражают себя преимущественно в действиях, а не в словах. В психотерапии игра используется как один из способов, посредством которого дети сообщают о своих чувствах и фантазиях, а терапевт истолковывает ее так, как если бы эти сообщения носили вербальный характер. Детский психотерапевт стремится лучше понять своего пациента, прибегая к символам в игре, используя жесты, позы и мимику, которые непосредственно связаны с более примитивными аспектами психики ребенка. В итоге мы получаем меньшую дистанцию между бессознательным материалом ребенка и терапевта, что может способствовать проявлению контрпереноса.

Терапевт активен на сессии и вступает в игру. Зачастую сообщения, которые терапевт адресует ребенку, основаны на чувствах, вызванных невербальными посланиями ребенка. Терапевту необходимо постоянно оценивать ситуацию и принимать решения в таких условиях, когда на него оказывается давление со стороны ребенка. Оно заставляет терапевта действовать сообразно своим первичным позывам. Очень часто времени недостаточно, границы определены нечетко и

терапевту приходится полагаться на собственную интуицию для понимания ситуации. Терапевту сложно оценить последствия своих действий, без чего он не может развивать мысли и чувства, связанные с контрпереносом. Джеймс Энтони (Anthony, 1986) считает, что явление контрпереноса чаще проявляется в работе с детьми, чем со взрослыми. Он также предположил, что хотя явление контрпереноса более выражено при лечении детей, детские психотерапевты в меньшей степени склонны к реакциям контрпереноса, приносящим вред. Это объясняется тем, что вероятность вынужденного контрпереноса более высока. В психотерапевтической работе с детьми психотерапевт часто встречается с либидинозными и агрессивными влечениями, проявляющимися в действиях, и существует большая вероятность прямых и более глубоких личных реакции со стороны терапевта, нежели когда желания и фантазии выражаются пациентами вербально (Schowalter, 1985).

Нам также известно: у детей регрессия обычно выражается в действии. Ребенок прямо требует от терапевта отвечать и действовать. Это приводит к тому, что терапевт может согласиться с контрпереносом, т. е. поддержать регрессивную реакцию (Kohrman et al., 1971). Перенос ребенка является открытым и кажется примитивным, и все его предпочтения скорее направлены в область действия, а не вербальных ассоциаций, что побуждает терапевта к регрессивным реакциям в контрпереносе. Среди других факторов, которые при-

нимались во внимание, отмечается:

...ребенок ближе к своему бессознательному, нежели взрослый; аналитик постоянно вовлечен в разного рода действия, которые оставляют мало места для размышлений; информация, которая имеет важное значение, выражается посредством символов и действий. Вышеперечисленные факторы оказывают непосредственное влияние на интенсивность контрпереноса аналитика (Piene et al., 1983, p. 52).

Иными словами, неотъемлемой частью терапевтической работы с детьми является максимальный учет их сообщений; речь идет о контакте терапевта со своими собственными чувствами и о способности понимать направляемую и получаемую бессознательную информацию. Маккарти (McCarthy, 1989) высказывает предположение, что аналитическая работа с детьми и подростками возрождает тревоги аналитика и те чувства, которые у него возникали в детстве, так как является результатом двойного влияния – тревоги ребенка и диалога с его внутренним объектом.

Альварес (Alvarez, 1983) считает, что несовершенно и примитивное поведение маленьких детей, как правило, вызывает у терапевта тревогу, это может быть следствием его неразрешенных конфликтов на догенитальной стадии. Терапевт может даже отмечать у себя вспышки необоснованной скрытности или интерпретировать страх утраты объекта у ребенка как реакцию контрпереноса на едва заметные про-

вокации. Альварес (Alvarez, 1983) и Маккарти (McCarthy, 1989) предположили, что у детей и подростков есть тенденция скорее действовать, чем вербально выражать свои мысли, а их ограниченные возможности справляться с сильными амбивалентными чувствами являются источниками реакций переноса и контрпереноса, обусловленными развитием. Похоже, что дети и подростки постоянно стремятся поставить под сомнение авторитет аналитика.

Существует и другой важный фактор, который необходимо учитывать. Детская регрессия выражается и распознается не так, как регрессия взрослых, в некотором смысле ее можно назвать дополнительной. В отличие от реакций большинства взрослых сообщения ребенка ближе к первичному процессу и бессознательному материалу. Из этого следует, что его фантазии, желания и влечения носят более открытый и прямой характер, а границы между ними и внешней реальностью не так отчетливы. Детям присуще открытое и прямое проявление влечений в переносе. Требования удовлетворить эти влечения бывают настолько сильны, что иногда терапевт испытывает определенный соблазн и подвергается нападкам в свой адрес. Прямые требования физического и эмоционального контакта и эмпатия терапевта, необходимая для того, чтобы справиться с этими прямыми требованиями, могут вызвать реакции контрпереноса, связанные с соперничеством между сиблингами на бессознательном уровне, а также воскресить в памяти другие детские потребности.

сти. Нам также известно, что чувства, которые возникают в довербальный период жизни, как правило, сохраняются, даже если впоследствии они, возможно, и не были переведены на язык слов. В результате детский психотерапевт в большей степени опирается в своей работе на контрперенос, нежели терапевт, работающий со взрослыми, и его общение и взаимодействие с детьми происходит на довербальном уровне, отличающемся, главным образом, наличием примитивных защит. Терапевту следует опираться на собственные ощущения, и это один из лучших способов для того, чтобы понять происходящее с ребенком, выражающим себя преимущественно через действия и язык тела.

Основываясь на результатах работы с детьми, функционирующими на доэдипальном уровне, терапевты отмечают у них тенденцию к переносу (или проекции) обособленных частей своей личности. Тогда психотерапевт начинает ощущать проецируемые ребенком чувства пустоты, одиночества, ненужности, неконтролируемого гнева и т. д. (Piene et al., 1983). Сильнейшие проекции становятся причиной того, что зачастую терапевту бывает трудно провести грань между явлениями переноса и реальной жизнью пациента.

Используемые регрессирующими детьми и подростками защиты, подобные тем, которые присущи регрессирующим взрослым, могут вызывать у терапевта реакции контрпереноса, затрудняющие терапевтическое взаимодействие. Например, детский психотерапевт может настолько сильно вос-

принимать чувства и реакции собственного контрпереноса, что не будет способен с ними справиться. Некоторые дети и подростки используют проективную идентификацию как основной инструмент общения, с помощью которого они выражают свои потребности, чувства, представляющие нестерпимую боль, фрагментированные и неинтегрированные части личности и психические травмы. У терапевта одновременное его использование в качестве контейнера для этих чувств и его стремление понять суть сообщений может вызвать болезненную реакцию и быть непростым делом. Достаточно часто такие проекции представляют собой защитные маневры, в ходе которых «плохие» части личности пациента навязываются терапевту, после чего следуют попытки оказать давление и полностью контролировать последнего. Иногда ребенок проецирует на терапевта чувства, возникшие у него в результате конфликта с родителем противоположного пола. В свою очередь, поведение ребенка, которое принимает характер заигрывания, может действовать на терапевта сексуально возбуждающе. Терапевт может неверно истолковать потребность ребенка в близости и физическом контакте, расценив ее как обольщение. Причина здесь кроется в конфликтах собственного раннего детства терапевта (Berlin, 1987). Пиен с коллегами (Piene et al., 1983) установила, что если маленькие дети беспрепятственно прикасаются к аналитику, заглядывают под подол платья, бросаются на нее или целуют, то вне зависимости от пола ребенка у терапевта про-

воцируются сильные реакции. Терапевту важно постараться очертить границы в терапевтической работе с ребенком, при этом не обязательно занимать отстраненную или оборонительную позицию. Иначе терапевт, будучи носителем чувств ребенка, не сможет прочувствовать отчужденность, исходящую от пациента. Он неизменно становится олицетворением той травмы, которую пережил ребенок, и всего того, чего ребенку недостает. Пациент неизбежно будет воспринимать разрывы в терапевтическом процессе как нечто, причиняющее вред. Раздражение пациента будет обращено на терапевта, что можно рассматривать как «мечь», ведущую к реакциям отреагирования.

Некоторые дети часто дают односложные ответы, в их играх отсутствует воображение. Периоды затишья и пустопорожних игр – не такое уж необычное явление в психотерапевтической работе с детьми. Одни дети способны общаться, прибегая лишь к рудиментарным или несимволическим средствам, другие, очевидно, обладают способностью к самовыражению, но не прибегают к ней из-за чувства стыда.

Во время таких сессий терапевт может испытывать напряжение, скучать, фрустрировать пациента и ощущать свою бесполезность. Несмотря на то, что у ребенка, не склонного открыто выражать свои чувства, возможно, существует единственный шанс, которым он может воспользоваться, рассказав свою историю, он испытывает трудности, столкнувшись с аморфностью подобного контрпереноса, равно-

ценного регрессивной потере смыслов (Geltner, 1987).

Контрперенос может быть спровоцирован пассивным и покорным ребенком, который боится утратить объект и очень нуждается в любви, как и в случае с требовательным, упрямым или враждебно настроенным ребенком. Симбиотические потребности, символически выражающиеся в игре или в требованиях физического контакта, слияния и удовлетворения запросов ребенка, а также материал, связанный с оральной, анальной и фаллически-эдипальной фазами, – все эти факторы могут вызвать у терапевта дополнительные реакции на бессознательном уровне (Marcus, 1980). Озлобленный маленький деспот скорее способен вызвать ответную реакцию раздражения, нежели устойчивость, которая необходима терапевту для того, чтобы спокойно разъяснить ребенку, что можно, а чего нельзя. Замкнутый и несчастный ребенок может вызвать у терапевта ощущение неспособности протянуть ему руку помощи и обеспечить понимающие и принимающие отношения, способствующие новым открытиям и игре.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.