

Фальшивое счастье – неуместная фантазия спасения.

Хёрст Кехеле,
Международный психоаналитический университет, Берлин

С недавних пор к моей многочисленной исследовательской деятельности добавилось изучение ошибок терапевтов. Как подход к изучению этого феномена я предлагаю семинары для опытных терапевтов, где участники приглашаются поделиться своими самыми большими техническими ошибками. Я умышленно исключаю молодых, неопытных коллег, так как их технические ошибки должны быть предметом хорошей супервизии, но из них мало чему можно научиться.

Несмотря на то, что существует широкое соглашение о том, что нарушение границ в проведении психоаналитической терапии вряд ли может быть полезным для пациента, иногда встречаются ситуации, в которых терапевт чувствует себя обязанным и даже вынужденным так поступать, и впоследствии он или она могут чувствовать трудности в том, чтобы поделиться с коллегами тем, что произошло во время какого – то определенного лечения.

Сегодня я хотел бы поделиться с вами докладом женщины - старшего психоаналитика, которая после некоторых колебаний решила доложить о следующем инциденте:

Несколько лет назад она начала аналитическое лечение пятидесятилетнего офицера, который был уволен из армии из-за депрессии и психосоматических расстройств. Хотя эти основные жалобы относились к переживанию затруднений в его профессиональном окружении, где он чувствовал себя недостаточно уважаемым среди своих коллег и недостаточно уважаемым старшими командирами, она докладывала, что у нее сложилось устойчивое впечатление, будто бы его базовая проблема относилась к тому, что он не был адекватно воспринимаем своей матерью. Это чувство сильно подтверждалось контрпереносом, который сообщал ей время от времени, что то, чего ему не хватало, был взгляд матери, точно как это описал Кохут.

Рассказывая об этом в начале своего выступления, коллега обратилась к папкам, которые она принесла с собой на семинар, и сказала:

«Позвольте мне зачитать вам кое-что из моих докладов в страховую компанию. В первом докладе я отметила, что пациент вел себя как неуверенный запутанный ребенок, совершенно не чувствующий себя безопасно в условиях спокойного внимания и беспристрастного слушания с моей стороны. Его суицидальное мышление, с которым он первоначально пришел, уменьшилось, но я боялась довольно продолжительное время, что латентно он все еще пребывал в опасности суицида. Он ожидал, что будет подвержен критическим замечаниям, к которым он привык в своей армейской среде. Я понимала, что должна помочь ему в том, чтобы он обстоятельно расшифровывал желания, которые он когда-либо прежде выражал, такие, например, как просто попросить стакан воды в жаркие дни». Пока выступающая коллега подробно рассказывала об этих начальных разминочных технических ходах, другие члены группы стали делать небольшие ремарки, на которые я, как руководитель семинара, указал как на вмешательство в выступление коллеги. «Давайте послушаем больше, чтобы понять, как разворачивается история», сказал я, - «будьте терпеливы».

Затем выступающая аналитик детально рассказывала много снов и воспоминаний из раннего детства пациента, которые все указывали на глубокие нарцисстические нарушения. Ситуация переноса развивалась по нарастающей и сначала характеризовалась достаточно требовательным отношением, которое было заменено сильной потребностью в привязанности. Даже короткие интерпретации лечения вызывали сильные негативные эмоции, которые терапевт старалась уравновесить усилением ее материнских чувств к нему. Например, она докладывала, что пациенту снятся все больше и больше снов, относящихся к ранним травматическим переживаниям и открывшим кроме периодически повторяющихся приступов депрессии, «островки оптимизма и даже счастья».

Интерпретация сессий по внешним причинам привела к чувству катастрофы: после примирений пациент говорил о том, что он «отделен от своей инфузии». Она характеризовала перенос как состояние полной зависимости, как регрессию к ранней фазе симбиотического единства матери-ребенка.

Далее аналитик стала описывать как изменялся климат на сессиях. Пациент, который изначально приходил в военной форме, изменил не только свой внешний вид, но стал более требовательным. Сначала в малых вещах, таких как «могли бы мы открыть окно?», но затем он шел к окну и открывал его, не спрашивая ее согласия. Позже он предлагал пойти прогуляться в соседний парк, потому что прогуливаясь для него будет легче говорить о чем-то более болезненном. На третий год пациент приобрел так много уверенности в терапевтических отношениях, что терапевт имела чувство, будто она действительно достигла чего-то значительного.

Пациент предложил сопровождать двух ее дочерей в конный клуб. Поскольку аналитик развелась со своим мужем несколько лет тому назад, она была рада, что ее чувство вины за то, что она не смогла дать достойного отца своим дочерям, было несколько смягчено.

К концу этого года лечения пациент стал более откровенно говорить о том, что влюбился в нее.

«Вначале», - она сказала – я была очень тверда в утверждении, «что то, что Вы любите во мне, это – Ваша мама, та мама, которой у Вас никогда не было». Я была убеждена, что он сможет справиться с новорожденной судьбой в новой жизни. Его депрессия была достаточно контролируема, и мы были в состоянии даже исследовать его прошлые отношения с женщинами в свете его отношений с матерью.

Его мать была достаточно холодной, беспристрастной и контролирующей личностью; отсюда его опыт с женщинами был сформулирован его ожиданиями. Он понимал, что в его отношении ко мне он сейчас переживал другой вид принимающих, теплых отношений. Мои контрпереносные чувства оставались достаточно устойчивыми и на самом деле

принимающими. После 240 сессий я написала в страховую компанию, что пациент захвачен сильным любовным переносом. Пациент критиковал нашу работу, утверждая, что это только эксперимент, на самом деле вы меня не любите. Я чувствовала, что пришло время обратиться к коллегам, поскольку злость пациента возрастала и он, в конце концов, бросил лечение.

Консультация помогла мне восстановить мой эмоциональный баланс, и я пригласила пациента возобновить сессии. Я думала, что может быть проанализировано его сопротивление, выраженное через любовное чувство. В огне разгоревшегося любовного переноса его депрессивное настроение полностью растаяло, и пациент был в состоянии теперь продемонстрировать позитивные аспекты своей личности.

Оборачиваясь назад, легко понять, что приглашение возобновить лечение на бессознательном уровне, было прочитано пациентом таким образом, что наконец-то его любовь может встретить взаимность. Так в последующие месяцы пациент настаивал все больше и больше: его любовь была направлена к аналитику, а не к его матери. После многих лет изоляции как разведенный человек, с неудавшимися двумя браками, он, наконец, подумал, что нашел настоящего, единственного человека, который может иметь для него значение.

Окончательное признание выступающей коллеги было не легким для нее и для нас: «Я, в конце концов, должна была уступить», - сказала она со слезами на глазах, когда рассказывала это группе. «Мы оба согласились прекратить лечение», - и он въехал в ее дом только через четыре недели – после официального окончания «аналитической работы».

Вы себе можете представить, что семинарская группа обсуждала в оставшейся сессии. Доминировали вопросы типа: «Почему Вы не исследовали профессиональную ситуацию пациента более глубоко; как Вы могли позволить пациенту вовлечь Вас только в материнскую пре-эдипальную орбиту; что привлекательного было в пациенте; какой была роль

Вашей личной ситуации и т.д.» Каждая хорошо подготовленная группа аналитиков способна задавать такие вопросы.

Возвращаясь к семинару вновь, мы нашли некоторое количество пунктов, которые окрасили первоначальный контрперенос аналитика. Был предопределенный теоретический вопрос в развитии такого рода отношений. Правильно будет сказать, что, будучи последовательницей Кохута, эта аналитик была более склонна видеть скорее дефицит раннего развития в личностной организации пациента, но меньше то, для чего он использовал свою дефицитную организацию. Принимая тот факт, что она могла быть правой, ставя правильный диагноз ранней депривации, все же необходимо было проследить дальнейшее развитие пациента в пубертате и юношестве. Особенно роль мужских фигур была явно отсутствующей в материале, представленном семинару.

„Для того, чтобы танцевать танго, нужно двое“ - это хорошо известное выражение для характеристики терапевтической работы как общей попытки пациента и терапевта. В то время, как в таком клиническом семинаре не особенно полезно слишком подробно останавливаться на личных аспектах контрпереносного сцепления, несомненно, важно попытаться пролить немного света на личную мотивацию для таких решений. Многие авторы пишут о вопросах контрпереносной любви (напр. Геббарт 1994). Для того, чтобы задать дискуссии правильную перспективу, полезно сначала обратиться к понятию реальных отношений в терапевтических отношениях. (Шахтер и Кехеле, 2012).

Реальными отношениями называются такие, которые состоят из двух ключевых элементов: а) подлинность и б) реализм. Подлинность может включать некоторую откровенность со стороны аналитика, но это должно быть ограничено учетом того, как это повлияет на пациента. «Сильные и эффективные реальные отношения требуют, чтобы пациент и терапевт имели в своей основе позитивные чувства по отношению к реалистично воспринимаемому и знающему другому...Эти позитивные чувства могут

называться симпатией, заботой ...или даже некоторого рода любовью» (Гелсо, 2011, стр. 155).

Психоаналитик Левенсон, работающий в поле объектных отношений, указывает, что в аналитическом лечении «Терапевт должен быть настоящим, иметь реакции и быть в состоянии использовать их без стыда или вины» (2005a, p.201); «Наибольшее проявление любви терапевта - это быть настоящим, быть там и разрешить себе дискомфорт быть вовлеченным в систему пациента » (2005a, p.214). Предположительно это включает выражение аналитиком гневных или нежных чувств к пациенту, а также признание быть напуганным пациентом, все ограничения, принимая во внимание влияние этих выражений на пациента. Что касается «переноса», Левенсон пишет: “ Терапевт, работающий в поле межличностных отношений, должен преодолеть реальную матрицу событий и личностей, в которые встроен каждый терапевт. Вопрос не в том, что проецирует пациент «на» или «в» терапевта, а действительно *кто* есть терапевт и *что* он приносит на терапевтическую встречу». (2005b, p.21).

Вы можете спросить, что эта терапевт принесла в лечение; какой вид спасательной фантазии работал в ее уме, готовому к вторжению интенсивных потребностей этого мужчины для того, чтобы они были реально подтверждены. Обычно, следуя работе Фрейда «Заметки о контрпереносе», мы слышим об истерических женщинах (с пре-эдипальной патологией), которые вторгаются в ум мужчины – аналитика с их конкретизированными желаниями. В данном случае мужчина вызвал готовность верить ему, что он действительно нуждался в том, чтобы признание было подтверждено конкретным действием.

Основываясь на широко принятом сегодня представлении, что по Балинту «первичная любовь» может закрепиться в системах привязанности, которые имеют сильную биологическую основу, мы узнали, что материнская и романтическая любовь имеют одинаковую биологическую базу. Случается, что иногда возникает путаница, и сексуальные окраски материнского чувства

становятся так влиятельны, что наша уважаемая коллега «в конце концов должна была уступить».

Отслеживая этот случай, я узнал, что несколько месяцев спустя этот анти-терапевтический медовый месяц закончился. Пациент продолжал искать лечения от своей депрессии с несколькими другими терапевтами, в большинстве случаев тщетно. Через пять лет он узнал из телевизионной передачи о должностном преступлении и подал в суд на своего бывшего аналитика. Суд постановил, что лечение было прервано по его инициативе, и хотя процесс завершения не был таким, каким он должен был быть в действительности, аналитик вышла сухой из воды.

Библиография

- Balint M (1952) Primary Love and Psychoanalytic Technique. London, Hogarth
- Bartels A, Zeki S (2004) The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21: 1155-1166
- Freud S (1915a) Observations on transference-love. Standard Edition XII, pp 157-171
- Gabbard G (1994) Sexual excitement and countertransference love. *J Am Psychoanal Assoc* 42: 1083-1106
- Gelso, C.J. (2011). The Real Relationship in Psychotherapy. The Hidden Foundation of Change. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Levenson, E. (2005a). The Fallacy of Understanding. An Inquiry into the Changing Structure of Psychoanalysis. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Levenson, E. (2005b). The Ambiguity of Change. An Inquiry into the Nature of Psychoanalytic Reality. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Schachter J, Kächele H (2012) From termination to graduation. Further thoughts on clinical follow-up, *submitted*

Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele
International Psychoanalytic University
Stromstr. 3
10555 Berlin / Germany
horst.kaechele@ipu-berlin.de