

Особенности и сложности практики психоанализа в российской провинции.

Психоаналитическая практика в Москве в течение двух лет и последующая практика в Красноярске в течение трех лет позволили мне выявить особенности и сложности работы в российской провинции, связанные с организацией психоаналитической ситуации, с течением аналитического процесса и с разрешением (изжитием) контрпереноса.

Эти особенности и сложности, на мой взгляд, явились производными специфической психической организации жителей Красноярска, которая имеет вековые корни. Сегодня миллионный город, Красноярск был основан в 1628 г. как острог. Три с половиной века население пополнялось каторжанами, ссыльными и репрессированными. В начале века к ним присоединились столыпинские переселенцы, а во время Второй мировой войны, после эвакуации туда оборонных предприятий, город стал одним из крупнейших промышленных центров России. Я хочу подчеркнуть то, что большая часть населения, сами жители или их предки, была перемещена в Красноярск насильственно или по необходимости, была оторвана от родных материнских мест. Новая же местность не стала "материнской": суровая природа обусловила борьбу — прежде всего за питание, необходимое для выживания. Эта борьба продолжается и сегодня, когда целые предприятия и учебные заведения прекращают работу, чтобы их сотрудники могли посеять или собрать урожай со своих огородов. Жизнь подчинена преодолению проблем питания. Глазами Фрейдовского ламаркизма я вижу здесь наследственный фактор характерной оральности населения Красноярска. Следующий фактор — генетический — состоит в том, что дети не получали и не получают необходимой материнской заботы в понимании Винникотта. Раннее отнятие от груди (в 3-4 месяца), раннее определение ребенка (в 1-1,5 года) в ясли — обычные действия матерей, дающие им время для зарабатывания денег на пропитание, но усиливающее у их детей фрустрации

и фиксацию на оральной фазе развития.

Проявления оральности населения Красноярска находятся в крайней зависимости от родителей, в агрессивности по отношению к ним, в чрезмерной требовательности к своим детям, в слабой способности к идентификации и в замене ее инкорпорацией, в магическом мышлении и частых депрессиях, в интенсивных и частых алкоголизациях у всех социальных слоев, в мазохистических тенденциях, в зависти, в частоте проекций.

Наряду с оральностью, населению Красноярска присуща в выраженной форме и анальность. Наследственно анальность, видимо, связана с тем, что многим поколениям приходилось "овладевать" своими физическими способностями, контролировать их в борьбе за существование, плюс - психологическое противоборство изгнанников (ссылные рассматривались центральной властью как нечистоты, анальный продукт государства). Генетический фактор проявляется в слишком строгом и требовательном воспитании, которое сочетается с гигиенической малограмотностью. Отсюда - проявления анальности в упрямстве и неприятии нового, в выраженном преобладании материальной ориентации над духовной, в амбивалентности опрятности — неопрятности и обязательности - необязательности, в частоте и силе проективной идентификации.

Таким образом, оральность и анальность являются специфическими характерными особенностями жителей Красноярска.

Позвольте теперь непосредственно перейти к особенностям и сложностям психоаналитической практики.

1. Организация аналитической ситуации.

Важным элементом организации аналитической ситуации является выбор места приема пациентов. Правильный выбор гарантирует комфортность пациенту и психоаналитику и обеспечение "терапевтического пространства". Как показывает мой опыт, лучшее расположение офиса - учебные заведения, средние школы (где находится мой офис в данное время) и лечебные учреждения, в которых осуществляется платная медицинская помощь. Прием в

государственных лечебных учреждениях не обеспечивает анонимности нашим пациентам, т.к. вызывает повышенный интерес к ним со стороны медперсонала и со стороны лиц, получающих бесплатное лечение. Сотрудничество с коммерческими структурами нарушает комфортность психоаналитика из-за бесцеремонных вмешательств в его сеттинг, к которым привыкли коммерческие структуры в российской провинции. Если же я снимал под офис частные квартиры, то сразу получал в глазах населения негласный статус заговорщика, меньший, чем статус колдунов и экстрасенсов, ведущих прием в государственных учреждениях, и не мог составить им хоть какую-то конкуренцию.

Следующий важный элемент - обеспечение классической аналитической техники. Лишь небольшое количество пациентов готово принять "кушетку". Использование "кушетки" у большинства вызывает глубокие стойкие регрессии, способные разрушить рабочий альянс.

Предпочтительным оказалось прибегнуть к "параметрам метода": терапия "лицом к лицу", частота сессий — 3 раза в неделю. Каждый раз психоаналитику приходится бороться не только с актуализацией конфликтов пациента, помогая в их разрешении, но и с негативным отношением к терапии со стороны семьи и социума.

Позвольте мне проиллюстрировать этот момент клиническим примером. Полгода тому назад я проводил терапию пограничному пациенту — назовем его "Молчун", 14 лет. Молчун страдал депрессией и видением "зверя, чудовища", запрещавшего ему говорить. Он боялся "зверя", звал дома на помощь отца и бился при этом головой о стены. Но с родителями Молчун не разговаривал, лишь формально подчиняясь им. При этом подросток успешно учился в школе, выполняя контрольные работы и отвечая на вопросы учителя шепотом. Такое состояние возникло у Молчуна за 6 месяцев до того, как родители привели его ко мне на интервью после автокатастрофы, в которую он попал с семьей. Отец потерял управление машиной, и она перевернулась. Обошлось без соматических повреждений. Интенсивное лечение у психиатров успеха не имело. Не помогли

гипнотизеры и экстрасенсы. На интервью Молчун шепотом настойчиво высказывал желание вылечиться. На "рисунках-каракулях", в его интерпретации, я и он сражались с "чудовищем". Я почувствовал себя любящей, но растерянной не знающей, что делать, матерью. Я дал пробную интерпретацию: Молчун боится и ненавидит отца за страх, который возродился в Молчуне после автокатастрофы; он хочет, чтобы отец навсегда исчез, но чувствует вину за это желание и наказывает сам себя; "зверь" в голове — это отец; Молчун зовет отца, чтобы найти облегчение — когда тот перед глазами, а не в голове, он на расстоянии и менее опасен. Эмоционально Молчун выглядел удивленным и озадаченным. Я взял Молчуна в терапию: 3 раза в неделю, до выздоровления или до значительного улучшения состояния. Родители были согласны. За 2 месяца терапии выяснилось, что "зверь" был многоголовым. Еще одной головой были чувства к матери, которую пациент стал изображать в "каракулях" в виде чудовища с грудью. Мне пришлось вынести много ненависти, я стал в переносе Молчуна его матерью. Иногда, когда я чувствовал, что пациент может это принять, я сообщал ему о своих чувствах злости и раздражения к его молчанию и его забывчивости (о чем мы говорили в прошлый раз). В целом же я занимал поддерживающе-доброжелательную терпеливую позицию. Я был его хорошей матерью, не той, которая перестала кормить его грудью в 2 месяца и пошла работать, бросив его, и не той, которая отдала его — 11-месячного в ясли. Постепенно Молчун стал доброжелательнее, стал больше общаться со мной, даже стал говорить голосом выше шепотной речи, а "зверь" на "каракулях" стал походить на котенка. Дома, со слов родителей, он меньше звал отца, не бился головой о стену. Несмотря на это, родители считали, что его состояние не изменилось к лучшему. Они возмущенно спрашивали, когда же Молчун будет здоров. Мои объяснения встречались с открытым недоверием. Вдруг Молчуна не привезли на 22 сессию. Через неделю пришел отец Молчуна, крупный напряженный мужчина, и сообщил, что Молчун неделю находился в больнице с кишечной непроходимостью (задержка стула 10 дней). Отец заявил, что не видит смысла в продолжении лечения сына у меня и определяет его на лечение к

"бабушке"-колдунье. Отец возмущался, что сын 2 недели тому назад стал грубее обращаться с матерью, и ему пришлось пригрозить сыну, что он изобьет его, если такое повторится. Мне осталось только посетовать на недополучение информации о поведении сына от родителей, хотя я просил сообщать мне мельчайшие подробности. Отец сказал, что, как он думал, это их семейные дела, не относящиеся к терапии. Все же я высказал свое мнение, что терапия проходила успешно, что у пациента возник положительный образ матери в аналитической ситуации, что Молчун пытался интегрировать образы хорошей и плохой матери и поэтому экспериментировал вне терапии со своей настоящей матерью, проверяя ее терпение, как ранее он делал это в "терапевтическом пространстве". Отец рассказал: после угрозы Молчун перестал общаться с матерью и вновь стал биться головой о стену, зовя отца. Отец последнее время даже спал вместе с сыном(!). Я думаю, этим отец только подчеркнул, что мать Молчуна плохая. Я сказал отцу, что, видимо, запрет выражать чувства к матери, даже плохие чувства = низкие = фекальные, привел к копростазу. Но отец, ссылаясь на своих знакомых, рекомендующих не заниматься ерундой (психоанализом), а лечиться у "бабушки", настоял на прекращении терапии. Последние месяцы отцу приходится быть неразлучным с сыном, возя его повсюду с собой.

Я так подробно описал этот случай, чтобы продемонстрировать, какие чувства приходится контейнировать аналитику в провинции. Из более 30 клинических случаев в Красноярске у меня было еще 3 обрыва терапии, и в 2-х случаях роль отца Молчуна играли мужья моих пациенток.

Мотивацией обращающихся за психоаналитической помощью часто является "мода на психоанализ", психоаналитика воспринимают как колдуна или экстрасенса. А насмотревшиеся западных фильмов "народные целители" в рекламных объявлениях пишут рядом с "лечу от сглаза" — "лечу психоанализом". Общее понятие о психоанализе отсутствует не только у широких масс, но и во врачебной среде, включая психиатров. У обращающихся за помощью преобладает магическое мышление, "хочу быть здоровым через час"

сочетается с идеями всемогущества. Еще один аспект мотивации — доказательство себе, что "я не сумасшедший".

Вопрос оплаты. В провинции основным видом терапии является терапия "по заказу". Обычно это 3-6 месячная терапия (36-72 сессии).

Оптимальный вариант — оплата в начале терапии за весь курс сразу. При других вариантах иррациональное Эго пациента использует ситуацию неоплаты для удовлетворения инстинкта.

Необходимо учитывать психологические особенности обращающихся к психоаналитику. Психологические особенности обращающихся не отличаются от средовых. Оральность и анальность среды связаны с генетическими и социокультурными факторами: раннее отнятие от груди и раннее помещение в детские дошкольные учреждения сочетались и сочетаются с актуальной борьбой за существование (способами инкорпорации и проекции, проективной идентификации и отрицания значения менталитета). Превалирование культуры Востока над культурой Запада выражается прежде всего в пренебрежительном отношении к слову, к речи. Попавшие в психоаналитическую ситуацию представлены следующими категориями: это выходцы из "немецких" семей, жившие ранее в европейской части России; уезжающие на временное или постоянное местожительство за границу или на запад России; часто ездящие в заграничные командировки.

2. Течение аналитического процесса.

Уже на начальном этапе терапии для большинства пациентов в провинции характерны быстрые глубокие регрессии. Так называемые плавающие реакции переноса начального этапа не выражены, характерным является регрессия к ранним стадиям оральной фазы и даже к "страхам рождения". Постепенное прогрессирование осуществляется за счет "проживания" в аналитической ситуации фаз психосексуального развития "снизу вверх". Удивительным образом в некоторых случаях и течение краткосрочной терапии структурируется психикой пациента схожим образом. Может быть, в подобных случаях полезной бывает более глубокая интерпретация, чем это предполагает краткосрочный курс.

Позвольте мне привести клинический пример быстрой регрессии к оральной фазе уже в начальном этапе терапии. Госпожа Никандра, 25 лет, деятельный предприниматель, обратилась ко мне с жалобами на проблему общения с 3-х летней дочерью, на раздражительность, на плохой сон, на то, что никогда в жизни не испытывала оргазм. Ее мать — меланхоличная, постоянно болеющая, редко улыбающаяся — часто оставляла г-жу Никандру одну с отцом, проводя отпуска в одиночестве. Отец — деятельный, энергичный, вспыльчивый человек. Г-жа Никандра была второй раз замужем, ее ребенок — от первого мужа. Пациентка часто меняла мужчин, но, предъявляя к ним повышенные моральные требования, быстро охладевала, и они начинали ее раздражать. На консультации она была невротично депрессивна, тревожна. Я взял г-жу Никандру в терапию — 3 раза в неделю, "лицом к лицу".

1-ю сессию пациентка начала с жалоб на то, что ей никогда не хватало внимания матери. Она вспомнила, как приходила совсем маленькой к матери в кровать по ночам, это избавляло Никандру от ночных страхов темноты и одиночества.

На 2-й сессии, характеризуя свою нервозность, она сослалась на слова О.Хайяма: "уж лучше голодать, чем кушать что попало, уж лучше одному, чем с кем попало жить..." Г-жа Никандра (в последующем — Н.) сообщила в конце сессии, что я для нее — большая "жилетка", и я же для нее — чужой человек, с которым неприятно делиться переживаниями. После 1-й сессии Н. хорошо спала, она видела во сне мужчину "без примет", он провел ей рукой по телу, когда они спускались по лестнице, и Н. испытала впервые, с ее слов, оргазм во сне.

На 3-ю сессию пациентка принесла сновидение: все шло хорошо, она с мужем занималась оральным сексом, но после семяизвержения Н. стало плохо... муж спросил: "почему ты не сказала, что не хотела?"...

Н. смотрится в зеркало — ее выражение лица "как отвращение"... почему у нее во сне был рвотный рефлекс, если в жизни у нее нет отвращения к фелляции?.. Далее она говорила, что ее выворачивает наизнанку после наших сессий... Но я уже расположил ее к себе. Н. не любит продуктов на кипяченом

молоке, а сырое пьет... С 1 года Н. была в детском саду, там закармливали кашами на кипяченом молоке... Н. любит готовить, а ее мать не умела и не любила это делать — варила одно и то же... Н. сама нашла связь между своей реакцией во сне на сперму и реакцией на молочные продукты.

На этой же сессии Н. Сообщила, что она переживала дома: как я управляю своими чувствами в моей семье, ведь не всегда, наверное, получается...

4-я сессия. Н. расспросила мать, и мать рассказала пациентке, что та тяжело отвыкала от груди, хотя мать и кормила ее до детского сада (т.е. до 1-го года). После 3-й сессии Н. видела сон: она кормит ребенка грудью... покормила, а молоко капает... Н. перетягивает грудь... ребенок больше не ест — наелся, это был не ее ребенок... Да, у Н. было много молока — как и у ее матери.

На 5-й сессии Н. сообщила, что после прошлой встречи у нее чувство удовлетворения и лени... Еще она читала книжку о наркоманах, при этом у нее "появилось сжатие в организме всех суставов"... Сегодня она не знает, что говорить... лень через край... ей кажется — это будет выглядеть наигранно, если она проявит свои чувства...

Во время сессий, приведенных мной выше, пациентка была крайне тревожна, напряжена и недоверчива. Она старалась не смотреть на меня, взгляд ее был блуждающим, глаза "косили", лишь временами Н. изучала мое лицо, тогда в ее взгляде читалась мольба о помощи. Она постоянно задавала вопрос: смогу ли я ей помочь. Она сомневалась, что приняла правильное решение, согласившись на терапию. Н. говорила о себе в мужском роде — "пошел, наелся" — так же, как о своем ребенке (слово "ребенок" в русском языке мужского рода). Я чувствовал себя матерью, к которой стремятся, но которой не доверяют и боятся, что она сделает все не так, не то, что требует от нее ребенок. Госпожа Никандра сидела в моем кабинете в наброшенной на плечи шубке и, хотя в кабинете было тепло (и сама Н. не болела), куталась в нее как в пеленки.

На первой же сессии пациентка регрессировала к депрессивной позиции. Со

второй сессии ведущей становится тема питания, пищи. Эта сессия во многом показательна. Н. назвала меня "чужой" — это тот эпитет, которым она обычно награждала свою мать. Во сне напрямую исполняется желание Н. получить оргазм. Кажется, я имею к этому непосредственное отношение — я = мужчина из сновидения. Однако, данный сценарий нельзя воспринять как соблазнение (ни о какой генитальной зрелости или фаллической направленности тут нет речи). Скорее так: я бы получала оргазм, если бы получила в грудном возрасте тактильное и эмоциональное удовлетворение от близкого человека, лица которого я не могла тогда разобрать. Конечно, это сновидение — еще и сопротивление терапии ("я уже получила оргазм, зачем продолжать лечение..."), и награда психоаналитику за внимательную и поддерживающую позицию, — на других уровнях восприятия продукции пациентки. Третья сессия дала понимание двух важных составляющих невроза. Первое — у матери г-жи Никандры, как и у пациентки, было много молока. И основное их общение протекало по схеме, установленной матерью: ребенок кричит, мать реагирует исключительно кормлением. Видимо, эта преследующая грудь поддержала первичный мазохизм. В последующем анализе нам долго пришлось решать проблемы мазохизма. Экзема кистей пациентки, обнаруженная мной уже в анализе, первично явилась соматизацией тактильной фрустрации, а в дальнейшем подкрепилась жесткостью родителей в обучении игре на фортепиано. Второе — сексуальные отношения Н., ее частые смены партнеров (без генитального влечения: "просто решила — он будет мой"), — по всей вероятности, вариант инкорпорации с наложением образов груди и фаллоса, что снижало депрессивную тревогу и уничтожало "преследующую" грудь. Т.е. г-жа Никандра бессознательно в мужчинах видела мать (муж во сне = мать). Наверное, в психоаналитической ситуации актуализировался страх задохнуться при переполнении первичной полости молоком матери. Отсюда и рвотный рефлекс в сновидении. Одновременно это предупреждение психоаналитику, чтобы он был осторожен, и не загружал пациентку интерпретациями. В переживаниях Н. о моем поведении дома я увидел первое проявление проективной идентификации, этому же служила и скованность

пациентки, и то, что на одной из сессий проявление собственных чувств она представила "чем-то наигранным". И сновидение 4-й сессии показывает нам этот защитный механизм (Н. = ее мать). Но одной из сессий в рассуждениях о наркоманах и о "сжатии в организме всех суставов" можно увидеть путь, приведший пациентку к фиксации на депрессивной позиции У меня возник следующий ассоциативный ряд: наркоман = Н с мазохистической зависимостью — шприц = преследующая грудь — наркотическая "ломка" = "сжатие суставов" = "сжатие в организме" = интроверсия либидо — депрессия. Чувства лени и удовлетворения ("лень через край") говорят и о благодарности аналитику (я как бы не стал "закармливать" пациентку интерпретациями, т. е. ненавистной ей кашей, ненастоящей пищей = кипяченым молоком), и предупреждают аналитика о нежелательности глубоких вмешательств, и — на более глубоком уровне — проигрывают по-новому ситуацию оральной фазы ребенок начал замолкать, не дождавшись привычного мазохистического эмоционального и соматического удовлетворения.

Постепенно пациентка в терапии прогрессировала, отказываясь от примитивных защит и мазохистических установок. Это была терапия "по заказу", на 3 месяца. Но к 36 сессии Эго пациентки стало сильнее, и она согласилась еще на 3 месяца анализа. Г-жа Никандра прожила по-новому в аналитической ситуации основные конфликты своего развития, исчезла ее депрессия, *наладился* сон, в большей степени она научилась контролировать свои эмоции, сгладились проявления экземы. В дальнейшем она прошла тренинг по психоаналитической терапии у меня в группе, где было хорошо заметно, как она научилась проявлять свои чувства. В конце терапии пациентка поняла, что оргазм у нее возникал, но она не осознавала этого. Сейчас г-жа Никандра проживает в Германии.

Своеобразным является у пациентов в провинции отношение к интерпретациям. Даже когда пациент давно в анализе и имеется выраженная положительная динамика, многие пациенты продолжают задавать вопрос "что мне с этим делать?", поставленный с вызовом психоаналитику, — не всегда,

видимо, он представляет собой сопротивление, при котором пациент пытается остаться с ребенком и требует руководства, но в некоторых ситуациях, вероятно, является стремлением окрепшего Эго к экспериментированию в аналитической ситуации.

Завершающая стадия терапии "по заказу" имеет свои особенности. Она структурируется пациентом всегда за 1-2 недели до последней сессии и характеризуется часто не воскрешением симптоматики и повторной редукцией ее окрепшим Эго пациента, а выраженным депрессивным оттенком. Конфликт расставания — один из осевых в оральном социуме, где мать начинает рано и надолго покидать младенца. И особое течение завершающей стадии терапии отражает этот конфликт.

3. Разрешение контрпереноса

Эмоции и чувства психоаналитика, накопившиеся во время терапии и связанные с расставанием с пациентом, нуждаются в разрешении. В условиях изоляции психоаналитика в провинции от активной психоаналитической жизни в рамках ассоциаций, а также при невозможности собственной супервизии и терапии, лучшими возможностями разрешения контрпереноса служат проведение тренингов психоаналитической терапии, углубленное изучение психоаналитической литературы, обращение к искусству, популяризация психоаналитических идей в периодических изданиях. Мне кажется, в условиях изоляции психоаналитик должен помнить о внимательном и пристрастном отношении Фрейда к фольклору, а также интересные замечания Р. Гринсона о необходимости иметь музыкальный слух.

Резюме:

В российской провинции мало что знают о психоанализе. Ситуация похожа на времена, когда Фрейд начинал практиковать новый метод терапии неврозов. У пациентов не существует специфических защит против психоанализа как метода. В начале терапии характерны быстрые глубокие регрессии. Основным видом терапии является "терапия по заказу"; 3-6 месяцев, 36-72 сессии. "Терапия по

заказу" и краткие курсы психоанализа часто структурируются психикой пациента таким образом, чтобы максимально полно и интенсивно "прожить" в аналитической ситуации главные конфликты всех фаз психосексуального развития. Оральность и анальность социума определяют особенности и сложности течения психоаналитического процесса.