

## **Особенности взаимоотношений с психосоматическим пациентом в рамках психоаналитической психотерапии**

**Журнал практической психологии и психоанализа. Год издания и номер журнала: 2013, №1**

**Автор: Коростелева И.С.**

### **Особенности взаимоотношений с психосоматическим пациентом в рамках психоаналитической психотерапии**

Отмечаемый в последнее время рост обращения за психотерапевтической помощью ставит нас перед необходимостью изучать возможности расширения спектра пациентов, доступных для психоаналитической терапии. Во время своего недавнего визита в Москву в рамках программы «Психоаналитическая психотерапия психосоматического пациента», М.Венсан (2010) описывая пациента с пограничной симптоматикой и множественными психосоматическими жалобами, на вопрос о том, что же это за пациент, ответил – это обычный современный пациент. Из этого ответа, приведенного в качестве примера, из анализа современной литературы и бесед с аналитиками видно, что психосоматические расстройства в настоящее время не являются чем-то, с чем психоаналитическая мысль не готова сталкиваться.

Готтлиб (Gottlieb, 2003), опубликовавший интересное теоретическое исследование развития психоаналитических представлений о психосоматической проблеме, сумел интегрировать две, на первый взгляд, взаимоисключающих, концепции патогенеза психосоматических расстройств, а именно представления З.Фрейда, Г.Гроддека, Ф.Данбар и Ф.Александера, обосновывающих наличие символического смысла в психосоматическом симптоме, и представления, опирающиеся на взгляды П.Жане о неспособности психики справиться с чрезмерной стимуляцией (французская психоаналитическая школа – П.Марти, М. де М Юзан, Дж.МакДугалл, а также П.Сифнеос, Дж.Немия, А.Бесселл, ван дер Колк). По мнению Готтлиба фрагментация психики при переживании травмы может происходить безо всякой связи со смыслом происходящего, а когда фрагментация уже произошла, отдельные фрагменты могут быть символизированы. Опираясь на идеи Фонаги (Bateman, Fonagy, 2004) о ментализации, он предполагает, что ментализация, защищающая нас от ужаса аннигиляции, также может обеспечить и защиту от соматизации в том случае, если процесс ментализации не был прерван чрезмерной стимуляцией психики в ранние периоды жизни.

В стандартных медицинских условиях лечение психосоматических пациентов может создавать большое количество трудностей для врачей общей практики. Эти трудности во многом обусловлены тем обстоятельством, что хотя эти пациенты страдают заболеваниями, угрожающими их жизни, их поведение направлено на разрушение результатов лечения, провокацию обострений и создание ситуаций, в которых их жизнь подвергается серьезному риску. Так, например, больные инфарктом миокарда часто настаивают на выписке прямо из реанимации на второй – третий день после инфаркта, пациенты с язвенной болезнью и неспецифическим язвенным колитом игнорируют необходимость диеты, больные бронхиальной астмой затягивают прием препаратов в начале приступа, и т.д. Такое деструктивное поведение этих пациентов вынуждает врачей или в какой-то мере самим становиться их психотерапевтами, или направлять их за психотерапевтической помощью. Поэтому, есть основания полагать, что психосоматическим пациентам, необходима помощь, оказываемая не одним специалистом, а парой – врачом и психотерапевтом.

Обзор литературы, посвященной психосоматической проблематике свидетельствует о том, что, говоря о психосоматических расстройствах, мы всегда имеем в виду нарушения раннего развития психики. Однако, для того, чтобы понимать возможности и ограничения работы с такими пациентами, на мой взгляд, необходимо определиться с местом этой формы патологии в континууме заболеваний архаичного Я.

Некоторые авторы, например, Х.Менг, Е.Керман, Дж.Висдом (Meng, 1934, Kerman, 1946, Wisdom, 1961) склонны рассматривать психосоматическое заболевание как «органный психоз», что справедливо с точки зрения нарушения интегрирующей функции границ Я. В каком-то смысле психосоматический симптом образует «эквивалент» психотической дезинтеграции, который инкапсулирован в развернутое соматическое расстройство и, таким образом, сохраняет стабильность прочих сфер Я за счет частичной дезинтеграции соматического Я. Однако, по мнению других авторов, (Аммон, 2006), имеется серьезное различие в отношении психотических и психосоматических пациентов к себе и к окружающему миру. Так, при психозе утрачиваются отношения с внешней реальностью, перестают различаться внешние и внутренние объекты, переживание и поведение пациентов полностью определяется фантазиями всемогущества и страха уничтожения, которые переживаются, как реальные. Психосоматическое заболевание занимает промежуточное положение между психозом и неврозом, в котором границы Я сохранены и картину заболевания определяет интрапсихический конфликт. Опираясь на описание структуры перверсивных расстройств, предложенной М.Ханом (Khan, 1968), Аммон обозначает сходство между перверсивным расстройством и психосоматическим. Рассматривая отношения психосоматического пациента со своим телом, он описывает переживания ими тела, как некоего переходного объекта, характерного для переживания фетиша перверсивными пациентами.

Имеется в виду следующее:

1. « Больной организм воспринимается пациентом как не-Я. Организм – это объект, с которым пациент пытается установить интимные отношения. Такие отношения сходны с перверсивным взаимодействием, в которых пациент может воспринимать этот объект, как часть своего Я.
2. Чтобы установить связь с организмом, организм должен представляться пациенту чужим. Это достигается за счет того, что организм выступает по отношению к Я как больной. При этом заболевание как болезнь собственного тела отвечает за потребности психосоматического пациента самому создавать объект, с которым он устанавливает отношения.
3. Партнером психосоматического больного, его сообщником становится его организм. Он может, с одной стороны, восприниматься как не принадлежащий Я, а с другой стороны – переживаться как собственное творение» (Аммон, 2006).

Перефразируя известное выражение Фрейда, Г.Аммон говорит о том, что перверсия является негативом психосоматического расстройства.

В настоящее время можно выделить основные подходы к терапии психосоматических пациентов.

Первый из них предложен Д.Винникоттом (2003), содержит в себе идею управляемой регрессии. Запрещая пациентам думать мысли, сопровождающие беспокоящие их телесные переживания, Д.Винникотт добивался очень глубокого уровня регрессии, в котором было возможно проявление в сессии самых архаичных аффектов. Он приводит пример своей работы с одной из пациенток с множественными психосоматическими жалобами. Эта пациентка в ходе процесса развила мощнейший агрессивный аффект, реализовавшийся в том, что она начала бить себя зонтиком по голове. После этого эпизода

все ее психосоматические жалобы перестали быть актуальными, однако, пациентку начали мучить сильные головные боли. Эти боли Д.Винникотт интерпретировал ей, как яростную атаку на мать.

Второй подход, предложенный Дж.Макдугалл (2007), не является столь драматическим, и опирается на ее представления о том, что у пациентов с психосоматическими расстройствами сохранена способность к архаичной ментализации. Используя эту способность и обучая пациента пользоваться аналитической лексикой догенитального периода, она помогала пациентам конструировать и вербализовывать фантазии архаичного уровня, которые потом прорабатывались.

Еще один подход, реализуемый в немецкой психосоматической школе, опирается на идеи Г. Гроддека о терапии средой (Groddeck, 1917, 1926) В полной мере он представлен в работах Г.Аммона, проводившихся в клинике Ментершвагге. Для него мишенью работы с психосоматическими пациентами являлась патология первичной симбиотической группы, поэтому большое внимание он уделял формированию и проработке мультилатерального переноса, который развивался на персонал психосоматической клиники и на участников психоаналитической группы. Эти переносы прорабатывались как в групповой, так и в индивидуальной психоаналитической работе.

Вообще, идея мультилатерального переноса, согласуется с представлениями Д.Винникотта о множественном переносе психосоматических пациентов. Однако, Винникотт, в отличие от Аммона, размышлял об этом феномене с точки зрения взаимодействия пациента с матерью – окружающей средой, рассматривая каждого из агентов переноса, как фрагмент функционального материнского образа. Так, например, у одной из своих психосоматических пациенток, он описал 39 таких агентов.

Кроме того, принципиальным отличием подхода Аммона от взглядов Винникотта, является то обстоятельство, что Винникотт в своей работе шел от психосоматического симптома к архаичному аффекту, Амон же считает, что в такой прямой работе существует слишком большое количество рисков. С точки зрения его подхода не следует напрямую обращаться к психосоматическому симптому, а мишенью работы должны стать проблемы идентичности и сепарационные переживания. Его гипотеза заключается в том, что проработка этих проблем позволит трансформировать психосоматическое поведение с одной стороны, а с другой обеспечит психосоматическим пациентам формирование умения усваивать новый опыт, которое отсутствует у них вследствие нарциссического дефицита.

## **ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СТАЦИОНАРЕ ДЛЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Лечение психосоматических пациентов может проходить как в амбулаторных так и в стационарных условиях. Например, немецкие коллеги организуют клиники для психосоматических пациентов, находящихся в анализе (психосоматическая клиника во Франкфурте, В.Меркле – ее гл. врач, психиатр, член Немецкого психоаналитического общества). В течение госпитализации пациенты получают разные виды психотерапевтической помощи, помимо помощи в телесном страдании, а затем возвращаются в анализ. Врачи этой клиники поддерживают тесную связь с аналитиками, регулярно устраивая совместные обсуждения пациентов.

В клинике Ментершвагге в Мюнхене, пока она являлась психосоматической клиникой, пациенты Г.Аммона получали психоаналитическое лечение находясь в клинике, и сохраняли связь с клиникой на протяжении всего курса лечения, даже в то время, когда необходимость в стационарном лечении уже отпадала (Ammon, 1974).

В московской клинике ситуация отличалась от европейской в том смысле, что в нее за помощью обращались люди, у которых, в большинстве случаев, не было даже представлений о возможности и необходимости психотерапевтической помощи. Поэтому, пациентов зачастую приходилось специально готовить к тому, что им предстоит психотерапевтическая работа.

Обычно лечение этих пациентов в московской клинике проходило в три этапа:

**1. Диагностический**, проходящий в амбулаторных условиях. На этом этапе, помимо сбора медицинской и психологической информации о пациенте, проводилась достаточно большая информационная работа по разъяснению связи телесного и психического, и формированию запроса на психотерапию. Конечно, далеко не во всех случаях удавалось подвести пациента к пониманию необходимости комплексного лечения.

Наиболее частой причиной, обеспечивающей отказ от предлагаемого лечения, является то обстоятельство, что пациенту важно иметь представление о наличии у него тяжелого телесного недуга, перспектива соприкосновения со своей душевной болью пугает этих людей.

Еще одним фактором, отталкивающим пациентов от прохождения такого лечения, является то обстоятельство, что в нашей современной культуре душевная боль, психическая ранимость, нормальная для любого человека, является чем-то постыдным, и эти пациенты начинают чувствовать себя сильно уязвленными при столкновении с психогенными аспектами их страдания.

**2. Стационарный этап.** Этот этап необходим во многих случаях по нескольким причинам – во-первых, стационарирование позволяет создать у пациента ощущение безопасности, на некоторое время изолировав его от среды, в которой сформировалось и поддерживается имеющееся страдание; во-вторых – на этом этапе осуществляется подбор фармакологических средств, облегчающих течение имеющихся телесных симптомов; в-третьих, и с нашей точки зрения, главное – формируется связь пациента с психотерапевтом, устанавливается сеттинг, начинают обсуждаться волнующие пациента темы и прорабатываться проблемы, окружающие психосоматическую патологию.

Кроме того, важным является то обстоятельство, что, находясь в условиях стационара, пациент попадает в среду, где он может наблюдать, как другие пациенты справляются со своими недугами.

К завершению стационарного этапа пациент подходил эмоционально более стабильным, более укрепленным в реальности, у большого числа пациентов появляется понимание необходимости продолжения лечения в амбулаторных условиях.

**3. Амбулаторный этап.** На этом этапе акцент лечения постепенно смещался в сторону психотерапии, отношения с психотерапевтом начинали доминировать в процессе лечения, снижалась потребность пациента в фармакологической поддержке и контакт с врачом приобретал иное качество – фигура врача постепенно переставала идеализироваться, отношения с ним приобретали характер нормального сотрудничества по мере необходимости.

На каждом из этапов лечения существовали свои особенности и сложности.

К особенностям диагностического этапа относится в первую очередь то обстоятельство, что пациенты приходят к врачу, имея запрос только на ликвидацию мучающих их телесных симптомов. В этой связи, пациенты рассматривают врача, как всемогущую фигуру, способную принести избавление от мучений. Надо сказать, что эти пациенты на начальных этапах лечения с одной стороны действительно идеализируют врача, однако, под идеализацией прослеживается более глубокий слой, в котором читается

готовность воспринимать врача как идола, подчинение которому обязательно, вне зависимости от того, какие чувства он вызывает. Такое восприятие врача, с одной стороны, во многом облегчает задачу ориентации пациента на прохождение курса психотерапии, но с другой создает платформу для развития всех разновидностей негативного переноса в психотерапевтических отношениях.

Основной особенностью стационарного этапа является получение пациентом нового опыта нахождения в трояких отношениях. Однако, в преобладающем количестве случаев их нельзя назвать треугольными, так как в начале работы мы преимущественно имеем дело с выраженным расщеплением, когда врач становится идеальной фигурой, психотерапевт же сталкивается с различными формами негативных переживаний в свой адрес – начиная от недоверия и заканчивая достаточно грубым обесцениванием. Таким образом, психотерапевту приходится иметь дело с расщепленным переносом (так, например, одна из пациенток, описывая свое отношение к врачу и психотерапевту, говорила о психотерапевте как о платном преследователе, а о враче – как бесплатном спасателе).

В этой связи актуальным становится вопрос отношений врача и психотерапевта, способности врача, соблюдая границы терапевтической компетенции, помочь пациенту остаться в психотерапевтическом процессе.

Одной из самых серьезных сложностей в этом ключе является то обстоятельство, что, пациент, идеализируя врача, начинает подробно обсуждать с ним проблемы, которые мучают его в повседневной жизни. Обычное человеческое сострадание в ситуации терапии этих пациентов оказывает плохую службу – врач начинает делиться своим опытом, предлагая свое решение тех проблем, с которыми не в состоянии справиться пациент. Это далеко не всегда нужно, и зачастую может спровоцировать обесценивание врача, или же наоборот, способствовать усилению идеализации и укреплению инфантильно-зависимой позиции пациента.

Конечно, динамика течения переноса очень индивидуальна, но в целом, можно выделить некоторые феномены, которые встречаются практически в каждом процессе в разной последовательности. Одним из таких феноменов является уже упомянутая путаница, когда психотерапевту на сессии перечисляются телесные симптомы вне связи с происходящими в жизни событиями и создается впечатление, что пациент находится не на психотерапевтической сессии, а на приеме у врача; врачу же пациент рассказывает о своих сложностях в личной и профессиональной жизни. В, конечном итоге, и у психотерапевта и у врача могут появиться достаточно сложные контрпереносные чувства, порой просто несовместимые с продолжением лечебного процесса.

Следующим феноменом является жесткое разделение информации на ту, которая предназначена психотерапевту и ту, которая предназначена врачу. В качестве примера я приведу маленький фрагмент сессии с пациенткой, имеющей множественную психосоматическую и конверсионную симптоматику. Пациентка находится в терапии 2 года. Диалог, который я привожу, разворачивается во второй половине сессии, ближе к завершению

П: Когда мы с Вами закончим, мне надо подойти к врачу, что-то у меня опять кружится голова, наверное подскочило давление. До Вас я нормально себя чувствовала, а тут опять ...

Т: Вы стали себя плохо чувствовать пока мы разговаривали

П: Да

Т: Может быть, что-то произошло между нами, что стоило бы обсудить?

П: Да нет, мы хорошо разговариваем, просто лечить меня должна доктор, это же ее специальность – мои симптомы. Я же понимаю, что лечение идет с двух сторон – вы лечите душу, а она – тело. Когда все закончится, я буду абсолютно здоровая... доктор, она так хорошо все понимает, она замечательный врач, я уже договорилась, чтобы она проконсультировала моего мужа – у него тоже стало скакать давление...

Т: Это очень важно – знать, что есть человек, который понимает Ваше самочувствие, к которому можно обратиться в любой момент

П: Да, я... я иногда думаю, что она добрая волшебница...

Т: А кто я?

П: Вы... краснеет... Вы злая фея (смотрит на меня с испугом)

Я: Так страшно говорить о том, что вы думаете?

П: Да, я боюсь, что вы обидитесь на меня. Конечно, вы ничего не скажете, но мне потом будет очень плохо... Вы так все повернете, что я сама во всем виновата, в том, что уже произошло, в том, что еще не произошло...

Т: Ну, т.е. я превращусь в Вашу мать?

П: Да, мне всегда казалось, даже когда я уже выросла, что если я буду что-то делать не так, как она, или подумаю о ней плохо, это добром не кончится, что у нее есть какая-то волшебная сила, она достанет меня везде, как злая фея,... ой..., это ведь я про вас говорила... Вы так спокойно это все слушаете... странно... В этом какой-то подвох...

С точки зрения проведения психотерапии с этими пациентами также возникает целый ряд сложностей.

1. Во-первых, большинство пациентов достаточно алекситимичны, поэтому на первом этапе психотерапии для них зачастую необходимы техники, акцент в которых ставится на невербальную коммуникацию – телесно-ориентированная психотерапия, арт-терапия и другие, в которых большое внимание уделяется телесности. Спустя длительное время часть этих пациентов обращается за психоаналитической психотерапией. Однако, есть и другие пациенты, с которыми возможно проведение психоаналитической психотерапии с самого начала лечения. Для осуществления этой работы необходимы некоторые отклонения от классической манеры проведения психоаналитической психотерапии, на которых я остановлюсь далее.
2. Во-вторых, такое, конечно, случается редко, но, тем не менее – пациент настолько увлекается идеей психической регуляции телесных процессов, что начинает идеализировать психотерапевтический процесс и психотерапевта, обесценивая врача. Такая ситуация достаточно опасна, особенно в ситуации истинного психосоматического страдания, когда игнорировать органические изменения нельзя. В этой ситуации психотерапевт начинает оказывать помощь пациенту по удержанию контакта с врачом и оптимизации их взаимодействия.
3. В-третьих, пациент, попадая в лечебную ситуацию, понимает лечебный процесс таким образом, что его позиция в этом процессе является пассивной – он выполняет назначения врача, врачебная же позиция – активна и направлена на избавление от мучающих симптомов. Психотерапевтический же процесс не может протекать без активного участия пациента и целью его является формирование гармоничных способов взаимодействия и функционирования различных структур психики.

Правильное решение этих вопросов позволяет пациенту постепенно увидеть различия медицинского и психотерапевтического воздействия и для себя сформулировать задачи каждого направления оказываемой помощи. Нельзя сказать, что такое понимание всегда приходит во время стационарного этапа лечения – достаточно часто это происходит уже на амбулаторном этапе.

Длительность амбулаторного этапа зависит от того, на что, в конечном счете, ориентирован пациент – если речь идет только о купировании имеющейся симптоматики, тогда курс лечения завершается достаточно быстро (надо сказать, что такие пациенты вновь обращаются за помощью примерно через год).

На мой взгляд, это обусловлено тем обстоятельством, что быстрая редукция симптомов обеспечивается с одной стороны, корректным подбором фармакологической помощи (я имею в виду не только препараты, облегчающие их телесные переживания, но и психотропные препараты), и идеализацией врача или всего лечебного процесса – с другой. Когда же доктора принимают решение о снятии препарата, симптом актуализируется вновь. Но, если к этому времени сформирована связь с психотерапевтом, то проработка глубинных психических структур, связанных с течением соматического процесса оказывается возможной.

За последние годы наметилась тенденция готовности пациента на прохождение длительного курса психотерапии сразу по завершении стационарного этапа.

Вне зависимости от того, обратился ли пациент за психоаналитической психотерапией в самом начале лечения, или понял необходимость такой помощи спустя какое-то время, построение взаимоотношений с ним вызывает много вопросов.

**СЕТТИНГ** Важным для оказания помощи таким больным является организация сеттинга. Собственные клинические наблюдения и обсуждение с коллегами, которые занимаются помощью психосоматическим пациентам, показывают, что придерживаться классического сеттинга в терапии с этими пациентами иногда невозможно. Учет особенностей психического функционирования этих пациентов и некоторое приспособление сеттинга к нуждам этих пациентов во многом связано с большой степенью витальной угрозы у них – с одной стороны, и с пониманием ограничения их способности к ментализации – с другой. Если не учитывать эти особенности, многие пациенты декомпенсируются, другие – просто уходят из терапии, говоря о том, что не видят в ней смысла.

Приверженцы классической психоаналитической традиции, рассуждая на эту тему говорят о том, что с такими пациентами нельзя сохранять молчание столь долго, сколь это возможно с классическими психоаналитическими пациентами, однако твердо придерживаются временной рамки сессии. Так, чешский психоаналитик М.Шебек утверждает, что его психосоматические пациенты вполне удовлетворены 45-минутным разговором, однако совершенно не выносят молчания. Приверженцы французской психоаналитической школы (М. де Юзан, Дж.МакДугалл) говорят о том, что психосоматические пациенты имеют так много проблем с переживанием сепарации, что расставание после 50 минутной сессии для них невыносимо, поэтому они увеличивают время встречи до 90 минут.

Вместе с тем, существуют аналитики и психоаналитические психотерапевты, считающие, что эти пациенты в состоянии выдержать классический сеттинг.

Мой личный опыт работы с такими пациентами показывает, что им нужно и больше времени для того, чтобы расслабиться и начать говорить что-то про себя, и большая открытость в проявлении эмоций, чем этого требует классическая психоаналитическая психотерапия. Так, одному из этих пациентов с непецифическим язвенным колитом в

течение первых полутора лет терапии было необходимо в течение 45 минут рассказывать о том, что ему нечего рассказывать, что он не видит смысла в психотерапии, что он не понимает, зачем он приходит, все равно он плохо себя чувствует. Как-то развернуть его атаки на терапию, и подумать о них было невозможно – он просто не давал возможности сказать слово об этом. Приходилось молчать и слушать. После этого выплеска он расслаблялся и начинал говорить о том, что его беспокоит. Времени до конца сессии оставалось 5 мин. Я увеличила время сессии до 60 минут, чтобы дать ему возможность говорить о себе то, что действительно было важно для него. Когда мы смогли начать обсуждать это, он сказал, что напряжение с которым он шел на сессию было настолько сильным, что у него вообще не было никаких мыслей о себе и он каждый раз удивлялся, что ему было что рассказать в конце встречи. В этот период работы, он смог рассказать о том, что он всегда боялся конца сессии, говоря об этом так: «Я спорил с Вами, но все время думал о том, что сейчас кончится время, а я так ничего и не успею обсудить, я не знаю, что уж я там испытывал, но, когда я чувствовал это, я начинал спорить еще больше». После того, как мы смогли начать обсуждать его страх перед моей агрессией и вину за собственную разрушительность, мы смогли перейти к стандартной сессии в 50 мин.

**НЕЙТРАЛЬНОСТЬ** Еще одним, важным, на мой взгляд вопросом, который стоит обсуждать в контексте работы с психосоматическими пациентам- это вопрос нейтральности.

Это вопрос также является дискуссионным. Х.Томэ и Х.Кехеле (1996), рассуждая о том, что терапевт всегда является до некоторой степени моделью своего пациента. Сдержанность и контроль над чувствами, проявляемые аналитиком, могут утвердить пациента в его установках на избегание чувств. Н.МакВильямс (2000), говорит о том, что она рассказывает о себе пациентам с ранними нарушениями. Вместе с тем, вопрос о выборе между открытостью или сохранением нейтральности становится острым, когда, например, пациент с сахарным диабетом, чувствуя падение сахара, просит дать ему сахар, или больной после пережитого инфаркта миокарда во время сессии начинает жаловаться на боль за грудиной. На мой взгляд, обсуждение этой ситуации после оказания неотложной помощи вскрывает важные переживания пациента. Так, например, пациентка с сахарным диабетом после обсуждения в такой ситуации смогла осознать беспомощность, которую она впоследствии связала с периодом ее жизни, который содержал интенсивную травматизацию. Кроме того, благодаря этому разыгрыванию, ее психосоматическое поведение смогло в открытую появиться на сессии и дать доступ к очень ранним переживаниям беспомощности.

Психосоматические пациенты достаточно часто являются людьми неплохо адаптированными к жизни и порой производят впечатление **ОЧЕНЬ** нормальных людей, у которых просто очень тяжелая жизнь. Кажется, что этим пациентам понятна их жизнь, что они, в общем-то, владеют ею. Однако, контрперенос, возникающий во взаимодействии с этими пациентами, позволяет думать о том, что существуют очень ранние нарушения, о которых они могут сообщить только используя проективную идентификацию. Так, например, когда пациентка с язвенной болезнью, в очередной раз, радостно рассказывала о том, что она наконец-то перестраивает систему питания в семье с учетом диеты, которая была ей прописана, пробуждала в контрпереносе чувства острой жалости, тоски и мысли по поводу бесконечно плохой погоды. Идея о том, что ей нужна была жалость матери в трудных для нее ранних ситуациях, связанных с организацией ритмов ее жизни, позволила пациентке говорить о ее отчаянии в попытках обрести материнскую любовь.

**КОНТРПЕРЕНОС** Многие аналитики говорят о том, что в контакте с этими пациентами может сформироваться соматический контрперенос, который может быть не распознан аналитиком или терапевтом, и отнесен к собственным телесным реакциям, не



имеющим отношения к происходящему в терапевтическом или аналитическом процессе. Однако, его распознавание и опора на него в терапии с психосоматическими пациентами может пролить свет на многое из того, что происходит с пациентом.

Контрпереносные ощущения, описанные в литературе, могут включать чисто телесные переживания терапевта – головокружение, пустоту, голод, насыщенность, клаустрофобию, сонливость, боль, беспокойство, сексуальное возбуждение и т.д. Кроме того, это могут быть образы, укорененные в соматическом бессознательном (внезапное желание обнять младенческое Я пациента; ощущение, что пациент проникает внутрь терапевта; что терапевта целиком проглатывают или выплевывают по кусочкам, душат до смерти; терапевт может ощущать себя чудовищной, пожирающей тварью или шутком и т.д.). По мнению многих авторов, выборочное раскрытие опыта соматического контрпереноса ценно в тех случаях, когда оно к месту, либо используется для вербализации эмпатических комментариев или интерпретативных взаимосвязей.

То есть, условно, этот вид контрпереноса можно поделить на переживание телесных ощущений и переживание образа действия, связанного с телом. Можно предположить, что такое деление может помочь понять, какую из частей симбиотической диады представляет пациент.

Досамантес-Алперсон (Dosamantes-Alperson ,1987) считает, что внимание к своим ощущаемым в теле реакциям, в частности реакциям контрпереноса дополнительного типа, позволяет определить уровень эмоционального развития конкретного пациента. Чарльз (Charles, 2004) подчеркивал, что именно контрперенос, заявляющий о себе через аффективную реактивность аналитика, укорененную в соматических воспоминаниях, позволяет сначала встретиться с невербальными репликами наших пациентов, а затем прочесть их.

Рассуждая о взаимозависимых отношениях кинестетической эмпатии и соматического контрпереноса, Фидлер (Fiedler ,1989) писал о важности обращения к телесному выражению клиента. Обоюдный телесный опыт приводит к одновременному отражению чувств и к синхронизации, что и является состоянием кинестетической эмпатии, дающей возможность развития соматического контрпереноса . Тело терапевта может стать резонансной камерой как для трансферентного материала, так и для расщеплений и проекций пациента.

Досамантес (Dosamantes, 1992) писала, о том, что, точно воспринимая физическим невербальным способом эмоциональный субъективный опыт пациентов, связанный с объектами, а затем отражая его обратно им в вербальной форме, терапевты достигают одновременно двух целей: возвращают пациентов обратно к более дифференцированному состоянию отношений и помогают им детоксифицировать предыдущий опыт презрения к себе.

Помимо соматического контрпереноса, опора на который позволяет существенно расширить возможности понимания психосоматических пациентов, существуют еще некоторые особенности контрпереноса в процессах этих пациентов, которые стоит упомянуть. Я бы рассматривала их как возможные варианты негативного психосоматического контрпереноса.

Один из них описала Дж.МакДугалл (2002). Этот контрперенос может быть проявлен в потере интереса к телесности, как к территории, как будто не относящейся к сфере влияния аналитической работы. Также в литературе описан контрперенос в виде чрезмерной психологизации – стремлении интерпретировать психосоматические жалобы пациента исключительно в психологическом ключе, отказываясь, таким образом,

признавать их соматическую реальность для пациента. Кристал (Krystal, 1982) связывает эти проблемы с невыявленной алекситимией самого аналитика или терапевта.

Последовательная работа с использованием психосоматического контрпереноса позволяет напрямую обращаться к первичным процессам такого пациента, в обход ригидных защит, создающих психосоматический фасад.

Кроме того, литературные данные и мои наблюдения свидетельствуют о том, что работа такого плана актуализирует сновидную активность пациентов. Известно, что сны психосоматических пациентов характеризуются большой представленностью телесности. Они могут видеть свои больные органы или себя целиком в каких-то очень угрожающих жизни аспектах. Однако, понимание этих снов вместе с пациентом может быть более ясным и полным, если при интерпретации учитывается и информация, идущая из телесного Я терапевта.

## Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М. Институт общегуманитарных исследований, 2004.
2. Аммон Г. Психосоматическая медицина. Спб., Речь, 2006.
3. Венсан М. Ментализация по Пьеру Марти. Используемое в психосоматике представление о динамике, топографии и экономике психического функционирования. Доклад, сделанный 22 октября 2010 года в Москве в рамках программы «Психоаналитическая психотерапия психосоматического пациента».
4. Данбар Ф. Психология: комплексный подход / М. Айзенк, П. Брайнт, Х. Куликэн и др. Под ред. М. Айзенка. Мн.: Новое знание, 2002.
5. МакДугалл Дж. Театры тела. М. Когито-Центр, 2007.
6. МакДугалл Дж. Театры души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. Спб. Издательство ВЕИП, 2002.
7. МакВильямс Н. Психоаналитическая психодиагностика. М.Класс, 2000.
8. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ: Т. 2. – М.: Изд. агентства “Яхтсмен”, 1996.
9. Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik. Miinchen: Piper 1974.
10. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
11. Bessel van der Kolk. Traumatic Stress. New York London, 1996.
12. Charles M. Learning from Experience: A Guidebook for Clinicians. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 2004.
13. Dosamantes-Alperson E. Transference and countertransference issues in movement psychotherapy. The Arts in Psychotherapy, 14, 209–14, 1987.
14. Dosamantes I. The intersubjective relationship between therapist and patient: A key to understanding denied and denigrated aspects of the patient’s self. The Arts in Psychotherapy, 19, 359–65, 1992.
15. Fiedler I. The interdependence of kinesthetic empathy and somatic countertransference in dance/movement therapy. Unpublished master’s thesis, University of California, Los Angeles, 1989.
16. Gottlieb R.M. Psychosomatic Medicine: The Divergent Legacies Of Freud And Janet. J. Am. Psychoanal. Assoc., 2003, 51:857, 2003.
17. Groddeck G. Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik. Wiesbaden, Limes, 1917.
18. Groddeck G. Über Gallensteine und Galiensteinkoliken. Die Arche 2, 15, 1926.
19. Kerman E. Bronchial Asthma and affective psychosis: two cases treated with electric shock. Psychosom. Med. 8, p. 53, 1946.
20. Khan M. Reparation of the self as an idolised internal object. Dyn. Psychiat. 1, p. 92-98, 1968.

22. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9:353-378,1982.
23. Marty P. A major process of somatization: the progressive disorganization. *Int. J. Psychoanal.* 49, p. 246-249, 1968.
24. Marty P., David C.: *L'investigation psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France 1963.
25. Meng H. Das Problem der Organpsychose. *Int. Z. Psychoanal.* 20, S. 439-458, 1934.
26. Nemiah J. C. Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology. In: *Topics of psychosomatic research. Proceedings of the 9th Europ. Conf. on Psychosom. Res., Vienna 1972.*
27. Sifneos P.E. Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta med. Psychosom.* (Proceedings of the 7th Europ. Conf. on Psychosomatic Research, Rome, September 1967).
28. Sifneos P. E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. In: *Topics of Psychosomatic Research. Proceedings of the 9th Europ. Conf. on Psychosom. Res., Vienna 1972.*
29. Winnicott D.W. Psycho-Somatic Illness in its Positive and Negative Aspects." *Int. J. Psycho-Anal.*, 47:510-516, 1966.
30. Wisdom J. Ein methodologischer Versuch zum Hysterieproblem. *Psyche* XV, 10, 1961.