*Напишите творческую работу по одному клиническому случаю (****любому - из собственной практики, литературного произведения, либо фильма!****) с ответом на следующие вопросы:*

1. Используя полученную информацию оценить уровень патологии пациента и его особенности.
2. Определить особенности переносных процессов в терапии данного случая:

* с точки зрения структуры психики,
* с точки зрения теории объектных отношений,
* с точки зрения теории драйвов.

1. Определить особенности проявления сопротивления описанного клинического случая:

* с точки зрения структуры психики,
* с точки зрения теории драйвов.

1. Проанализировать имеющееся в описании случая сновидение.
2. Описать возникающие контртрансферные реакции.
3. Оценить динамику психотерапии.
4. Дать предложения по продолжению лечения.

**Творческая работа по клиническому случаю**

Клинический случай

За психологической помощью обратилась Марина. Ей 32 года, работает менеджером в крупной фармацевтической компании. Запрос на психотерапию касался ее супружеских отношений. Марина замужем больше десяти лет. Муж страдает алкогольной зависимостью, от лечения категорически отказывается. Детей в браке нет: Марина не хочет рожать от мужа-алкоголика, но чувствует настоятельную потребность завести ребенка. Марина живет то в родительской семье с мамой, бабушкой и младшим братом (которому на момент начала психотерапии было 24 года), то вдвоем с мужем на съемной квартире. Параллельно с браком у нее есть отношения с другим мужчиной, который периодически живет с Мариной в доме ее родителей. С мужем сексуальных отношений нет больше года. Марина думает о разводе, но не может предпринять шаги в этом направлении. При мыслях о разводе ее начинает мучить чувство вины. Появляется навязчивое ощущение, что она сделала что-то не так, повторяются не приносящие облегчения попытки понять, когда и в чем именно она сделала ошибку. Новый мужчина и родительская семья настаивают на том, чтобы Марина определилась с выбором партнера, их давление действует на пациентку парализующее и не продвигает к принятию решения. Марина живет в состоянии хронического стресса, связанного, с одной стороны, с тем, что она поддерживает супружеские отношения с человеком, больным алкоголизмом, а, с другой стороны, с невозможностью выйти из травмирующей ситуации из-за чувства вины и тревоги за мужа.

Психоаналитически ориентированная терапия с пациенткой продолжалась в течение восьми месяцев с частотой два раза в неделю.

Из истории Марины

Отец Марины пил; мать пациентки выгнала его из дома, когда их дочери было два года. Через год он вернулся, супруги прожили вместе еще год, после чего окончательно расстались. Марина помнит, как в раннем детстве отец забирал ее из детского сада (до сада были ясли, куда Марину отдали в девять месяцев). После развода родителей пациентка долго не виделась с отцом. Когда Марина училась в старших классах, отец несколько раз заходил в гости; по словам пациентки, он был «как чужой дядька».

Через несколько лет после развода мать снова вышла замуж. У Марины появился отчим и родился брат. Марина тепло относилась к отчиму, который играл с ней, дарил подарки. Вскоре после рождения брата в семье начались скандалы. Марина рассказала, как она пряталась с маленьким братом под столом, прижимая его к груди и пытаясь успокоить, в то время как ссорились родители. Еще одно тягостное детское воспоминание связано с попыткой суицида отчима, при которой присутствовала Марина. Девочка старалась как-то помочь, уговорить его не причинять себе вреда, остановить его.

Когда Марине было десять лет, второй брак ее матери распался. Марина поддерживала отношения с отчимом, подолгу разговаривая с ним по телефону. Отчим звонил Марине, жаловался, плакал, а девочка его успокаивала. Позже Марина узнала, что отчим болен шизофренией. Через несколько лет этот человек совершил убийство и был направлен на принудительное психиатрическое лечение. Спустя еще некоторое время он умер при неизвестных обстоятельствах; у Марины есть предположение, что отчима убили.

Больше мать пациентки не выходила замуж. Она жила с детьми в доме своих родителей, Марининых дедушки и бабушки. Дедушка работал инженером, содержал семью. Марина вспоминает о нем, как о теплом, отзывчивом человеке. Дедушка умер, когда Марине было девятнадцать лет. На похороны ее не взяли; у нее нет ощущения, что дедушка умер, «как будто он уехал в командировку». После смерти деда материальное положение семьи ухудшилось. Бабушка не работала, мама зарабатывала мало. Брат был ребенком с хроническим заболеванием -- астмой. Марина училась в институте и работала с тем, чтобы поддержать семью. До сих пор родительская семья в основном существует на Маринины деньги.

Рассказывая о бабушке, Марина называет ее командиром, которого все слушаются. Существует семейная история о том, что бабушка отдала свою мать в дом престарелых, где та и умерла. Это закрытая, никогда не упоминаемая в семье тема.

Марина описывает свои отношения с мамой, как очень близкие. Она защищает маму от придирок бабушки. Брат – единственный в семье, к кому у бабушки нет претензий.

Со своим мужем Марина познакомилась, когда ей было пятнадцать лет. Муж – ровесник Марины. Уже тогда она чувствовала к нему жалость и пыталась заботиться. Муж из неблагополучной семьи, отца нет, мать больна алкоголизмом. Они поженились вскоре после того, как его мать погибла, замерзнув на улице в состоянии алкогольного опьянения. У мужа есть сестра, которая тоже страдает алкогольной зависимостью. У сестры маленький ребенок с врожденной патологией, которого она растит одна. Марина заботится о семье сестры мужа, помогает им деньгами и лекарствами для ребенка.

С новым мужчиной Марина поддерживает отношения около года. Он пил, но закодировался вскоре после начала их романа и до настоящего момента сохраняет трезвость. Этот человек служит военным на флоте, поэтому подолгу отсутствует. У него близкие отношения со своей матерью, которая ревнует его к Марине. Муж матери умер, ее старший сын женился и уехал в другой город; младший сын – это, по словам Марины, «единственное, что у нее осталось».

Динамическая гипотеза

Размышления над клиническим материалом позволяют сделать предположение относительно системы защит, сформировавшейся у пациентки под влиянием ранних травматических событий. Что же происходит в мире ее внутренних объектов?

Детская травма вытеснена; травмированная часть самости отщепляется и с помощью механизма проективной идентификации помещается в другого. Внешний объект видится, как хрупкий, требующий постоянного восстановления. В такой ситуации существует необходимость в контроле объекта, поскольку та часть себя, которая ощущается поврежденной и нуждающейся в восстановлении, находится в другом. Таким образом, складываются патологические объектные отношения, в рамках которых защитой от собственных тревог является постоянный контроль и забота о другом. Как уже отмечалось, для формирования подобных отношений используется проективная идентификация. В норме проективная идентификация является основой эмпатии и, следовательно, необходима для установления близких отношений. Однако когда проективная идентификация оказывается плохо обратимой, самость истощается постоянными проекциями.

Подобная психическая организация описана у Стайнера [5] и названа им «убежищем». Хроническая форма проективной идентификации устанавливается, как защита от раздельности. Объект, содержащий спроецированные части, интернализуется и происходит идентификация с ним. Во время разрывов и отвержения раздельность переживается не полностью, и утрата отрицается. Такая психическая организация является патологической, но изнутри она переживается, как безопасная, поскольку в ней можно укрыться от реальности и, следовательно, от травм.

Это объясняет устойчивость созависимых отношений. Созависимый человек постоянно восстанавливает свой поврежденный внутренний объект, при этом заботясь и контролируя партнера. А зависимый партнер остро нуждается в этом, поскольку у него не сформирован надежный внутренний объект; его внутренний мир состоит из частичных объектов (алкоголь, наркотики); такой человек не способен заботиться о себе.

Какие изменения в психической реальности пациентки привели ее в терапию? Во-первых, алкоголизм мужа нарастал. Незадолго до прихода к психотерапевту имела место ситуация, сильно напугавшая Марину. Муж в пьяном виде сел за руль, Марина пыталась его остановить, но безуспешно. Они выехали на улицу; муж не контролировал движение автомобиля. Произошла авария, в которой чудом все остались живы. Кроме того, последнее время в поведении мужа появилась агрессия. Обычно тихий в алкогольном опьянении, теперь он начал придираться к жене, а когда Марина попробовала возразить, несколько раз ее ударил. После этих эпизодов пациентка переехала в родительскую семью. Во-вторых, мысли, что пора заводить ребенка с возрастом становились все более настойчивыми. Давила бабушка, мама, брат, говоря, что пора рожать. Новый знакомый Марины тоже настойчиво требовал, чтобы она определилась и оформила развод. По-видимому, сочетание этих факторов вызвало повышение тревоги и потерю ощущения безопасности, которое в течение длительного времени беспечивалось «убежищем» по Стайнеру. И Марина обратилась за психологической помощью.

Этапы психотерапии

Стайнер выделяет два этапа в психоаналитической работе с подобными пациентами. На первом этапе терапевт служит «контейнером» для придания смысла разрозненным частям самости пациента. В результате пациент чувствует себя понятым. Постепенно тревога уменьшается, внутренний мир становится менее преследующим. При успешном контейнировании, внутренняя ситуация становится более безопасной и появляется возможность перейти ко второму этапу. На втором этапе происходит признание зависимости пациента от объекта и осознание утраты. В процессе проработки приходит понимание, что принадлежит объекту, а что самости. По мере проработки проекции снимаются, объект видится более реалистично, а отвергнутые части самости признаются своими. Описанный выше процесс разворачивается нелинейно. Продвижение терапии сопровождают постоянные колебания Ps-D между психическими уровнями с разной степенью интегрированности.

Небольшая иллюстрация

Данная сессия состоялась через два месяца после начала терапии. Раньше в рассказах пациентки муж представлялся человеком полностью беспомощным, не способным справляться с жизнью без поддержки Марины. Эту сессию Марина начала с упоминания о последнем разговоре с мужем и сообщила, что у него все хорошо; она узнала, что он живет с женщиной старше его: «…сыт, рубашки постираны». Дальше в ее ассоциациях было сообщение про существующий у нее страх взгляда. Марина никогда не целуется в метро и не рассказывает своим подругам о своих близких отношениях, «чтобы не сглазили». Дальше Марина описала недавно приснившийся ей сон: разбился самолет, в воздухе летели осколки, и она знала, что пострадали дети. Затем Марина рассказала напугавшее ее событие. В парке напротив нее сидела странная женщина (и она показала рукой в направлении кресла аналитика); женщина делала какие-то магические действия руками. Марина подумала, что она колдует и может навредить ей, поэтому поспешила уйти, но несколько дней вспоминала этот эпизод и тревожилась из-за происшествия. Психотерапевт сделала интерпретацию переноса, которая была принята пациенткой.

Здесь можно увидеть, что Марина в процессе терапии смогла принять ту часть реальности, которую не хотела замечать раньше. Но, вместе с этим, происходит временный регресс на параноидно-шизоидную позицию (во сне самолет терпит крушение и распадается на фрагменты). Женщина в парке воспринимается как опасная, обладающая магической способностью поместить что-то плохое в Марину. После интерпретации переноса стало возможным двигаться дальше.

Результаты данного периода терапии

Спустя восемь месяцев с начала терапии Марина приняла решение расстаться с мужем и оформить развод. Произошло переосмысление прошлых сложностей в отношениях. Пациентка перестала воспринимать неудачи своего брака, как исключительно собственную вину или следствие допущенной ошибки. Марина смогла обратиться к внутренней реальности: все чаще она говорила от первого лица, обращала внимание на свои чувства, анализировала их. Сложная ситуация, которая привела пациентку к психотерапевту, разрешилась. Это было поводом для завершения работы. Надо отметить, что и Марина, и терапевт видели, что существует ряд непроработанных вопросов. Марина, с одной стороны, чувствовала облегчение, но в то же время замечала, что испытывает беспокойство, не связанное ни с какими конкретными обстоятельствами. Психотерапевт, анализируя свой контрперенос и сложности с сеттингом, предположила существование не разрешенных проблем вытесненного гнева, к которым не удалось подойти на данном этапе работы, но можно было бы сделать в дальнейшем.

Основания для обращения к коллеге – системному терапевту

Знакомство с трудами У. Биона [2], занимавшегося исследованием групп, натолкнуло психоаналитически ориентированного терапевта на размышления о своей пациентке в контексте ее семейной группы. Традиционно в психоанализе большее внимание уделяется интерпретации переноса и защит. Сочетание переносных интерпретаций и интерпретаций, связанных с объектными отношениями пациента и его окружения углубляет аналитическое понимание (Р. Стюарт [6]). Взгляд на это окружение, как на семейную систему, может являться дополняющим к построению динамической гипотезы. Поэтому появилась идея привлечь системного терапевта в качестве интервизора.

Интервизия случая системным терапевтом

Перед системным терапевтом стояла задача по исследованию системы семейных отношений Марины. Перед тем, как исследовать семейную систему, нужно было определить границы этой системы. Клиентка живет в родительской семье, состоящей из трех поколений. Был собран материал о четвертом поколении, о семье ее отчима, мужа, нового мужчины. Поэтому появилась идея поразмышлять о процессах, происходящих в расширенной семье Марины. Теоретической основой для такого взгляда является теория семейных систем М. Боуэна [7]. Данный подход позволяет выдвинуть большое количество разнообразных системных гипотез, среди которых могли бы найтись полезные для психоаналитического терапевта идеи.

Несколько замечаний по поводу тех закономерных трудностях, с которыми пришлось столкнуться в процессе интервизии. Представители разных психотерапевтических школ фокусируют внимание на разных аспектах внутренней реальности и функционирования людей, которые обращаются к ним за помощью. Темы, которые они развивают в процессе взаимодействия с клиентами, тоже разные. Смысл, который они приписывают историям клиентов, вытекает из системы теоретических допущений, которой они руководствуются, и поэтому этот смысл разный. Вероятно, если бы существовали только различия, если бы это несовпадение было абсолютным, сотрудничество не состоялось бы.

Однако в описанной выше истории пациентки есть информация, достаточная для построения первичной системной гипотезы. Правда, требуется перевод материала из психоаналитического в системный «код». Далее (после того, как первичная гипотеза построена), можно действовать в соответствии с тем же методологическим принципом, который применяется в системном подходе в работе с клиентами. Речь идет о проверке системных гипотез с помощью разнообразных вопросов, адресованных клиенту (или коллеге). В результате гипотезы принимаются, отбрасываются или видоизменяются – в этом заключается существенная часть психотерапевтического процесса (и процесса интервизии).

Выводы

В результате интервизии психоаналитический терапевт увидел связь внутренней реальности пациентки с процессами, разворачивающимися в ее семейном окружении. Новые знания о действующем в семейной системе законе гомеостаза полезны для интерпретаций отношений пациентки с ее окружением и для понимания «сопротивления среды». В частности, на более поздних этапах терапии, пациентка стала способна дифференцировать собственные потребности и пыталась искать адекватные пути их удовлетворения. Члены ее семьи были не готовы принять Марину, заботящуюся о своем эмоциональном благополучии, и старались взаимодействовать с ней по старому образцу, усиливая на нее давление. Понимание происходящего на системном уровне помогло терапевту контейнировать противоречивые чувства Марины в сложной для нее ситуации. Это способствовало снижению тревоги пациентки и продвигало ее к внутренней интеграции.

Размышления о Марине в контексте ее семейной группы по Биону перекликаются с моделью этой семьи, предложенной системным терапевтом. У. Бион писал, что любая группа живет на двух уровнях: рациональном и бессознательном [2]. На рациональном уровне группа пытается решить те или иные задачи, достичь определенных целей. Бессознательный уровень, или уровень базового допущения (в терминологии Биона) присутствует всегда и оказывает влияние на функционирование группы. Существует несколько базовых допущений, или бессознательных фантазий. Одно из них – это базовое допущение о паре. Группа в базовом допущении о паре «мечтает», что в ее среде найдутся двое, способные произвести на свет нечто или некоего третьего, «мессию», который возьмет на себя всю боль членов группы и спасет их. Возникает ассоциативный «мостик» между видением семьи Марины, как гомеостатической системы со стабилизирующей функцией ребенка и восприятием этой семьи, как группы в базовом допущении о паре. Появление у психотерапевта еще одной «размерности» в картине внутреннего мира пациентки способствовало расширению рефлексии самой Марины.