

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА НА ДИНАМИКУ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ МАТЕРИ И РЕБЕНКА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.К. БАРДЫШЕВСКАЯ*

В статье проанализированы те изменения в процессе психотерапевтической работы с диадами «мать-ребенок», которые «спровоцированы» беременностью женщины-психотерапевта. В первой части статьи выделены некоторые общие и специфические «нагрузки», налагаемые этим фактором на диады, где и мать и ребенок страдают аффективными расстройствами, а также типичные способы эмоционального реагирования каждого из них. Во второй части статьи, которая будет опубликована в следующем номере, на примере подробного анализа единичного клинического случая показаны изменения, затронувшие отношения привязанности в диаде и характер игры ребенка, рассмотрены эволюция основного конфликта между матерью и дочерью, а также перемены в отношениях с женщиной-психотерапевтом, происходившие на фоне ее беременности.

Часть 1. Беременность психотерапевта и развитие эмоциональных отношений в диаде «мать-ребенок»

Беременность, будучи естественным психофизиологическим состоянием женщины-психотерапевта, вместе с тем является фактором, нарушающим стабильность психотерапевтических отношений. Опыт восприятия пациентами беременности психотерапевта, особенно если он ассо-

* *Бардышевская Марина Константиновна* – к.п.н., психолог детской психиатрической больницы № 6, психотерапевт, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова.

цируется у них с критическим этапом собственной жизни, стремительно выводит на поверхность наиболее болезненные, но недостаточно исследованные в режиме обычной психотерапии проблемы детско-родительских отношений. Это обстоятельство в равной степени может стать условием более интенсивной и глубинной работы с диадой либо завести психотерапию в тупик.

Литературные данные по вопросу влияния беременности психотерапевта на ход психотерапии ограничены. Продуктивным представляется использование идеи М.Кляйн (*Klein*, 1932) относительно первичной зависти маленьких детей к материнской способности творить, которая выражается в зависти к материнской груди и к фертильному пространству внутри матери. Независимо от того, беременна психотерапевт или нет, фантазии о детях внутри нее составляют один из глубинных пластов фантазий маленьких пациентов (*Klein*, *op.cit.*; *Winnicott*, 1952).

Зависть и клубок других чувств, различающихся в зависимости от того индивидуального контекста, которым окрашены отношения матери и ребенка в диадах, могут быть усилены восприятием беременности психотерапевта. Если психотерапевт (в условиях переноса) воспринимается в фантазиях пациентки, скорее, как мать, опустошенная ее завистью, или «пустая мать», по К.Эллман (*Ellman*, 2000/2007), то у женщины возможно усиление страха по поводу собственной неспособности к вынашиванию и деторождению в наказание за свои деструктивные фантазии (*Klein*, 1932, p.46).

В литературе проще обнаружить факты влияния беременности пациентки, нежели психотерапевта на ход психотерапевтического процесса. Так, Р.Балзам (*Balsam*, 2007, с.208) отмечает, что пациентки становятся менее склонными к рефлексии, так как вынашивание ребенка поглощает слишком много энергии, и это препятствует анализу переноса, в результате чего темп терапии замедляется. Обсуждается также «нежелание» будущих матерей исследовать примитивные и глубокие амбивалентные переживания, они с большей охотой сообщают о своих живых наблюдениях, чем о фантазиях. «Первичная материнская озабоченность» (*Winnicott*, 1956) делает практически невозможной глубинную аналитическую работу с отвлеченными фантазиями.

Имеются единичные исследования переживаний беременных психотерапевтов, в которых акцент ставится на важности анализа собственного опыта для понимания аналогичного состояния у пациенток (*Lax*, 1969; *Balsam A.*, *Balsam R.*, 1974; *Nadelson*, *Notman*, *Frons*, *Feldman*, 1974).

Начать собственное исследование меня побудили яркие феномены реагирования на факт моей беременности со стороны маленьких пациен-

тов и их мам в диадах, оба члена которых страдают аффективными расстройствами. Перечислю некоторые из них.

У небеременных матерей-пациенток возникает больше фантазий и амбивалентных чувств, чем обычно. Кроме того, постепенно, пусть и незначительно усиливающаяся пассивность психотерапевта способствует большей активности некоторых пациенток, как на самом занятии, так и за его рамками. Возможна смена позиции в психотерапии, например, кратковременная реверсия ролей (пациентка видит в психотерапевте не мать, а дочь – свою более инфантильную часть). У матерей отмечается стремление поменять свою позицию в жизни, решившись на поступок, который долго откладывался.

У детей пространство для фантазий также расширяется, возникают новые аффективные образы и переходы между ними, опосредующие изменения характера эмоциональной связи с психотерапевтом. С обнаружением беременности психотерапевта дети чаще воспринимают ее как более живую материнскую фигуру. Они нередко идентифицируют будущего ребенка с собой (фантазируя, что психотерапевт рождает именно его) и одновременно воспринимают этого пока фантазийного ребенка как принадлежащего себе, своей собственной матери и психотерапевту. Возникает некоторая путаница: кто кого вынашивает и рождает. Будущий ребенок психотерапевта, представленный в фантазиях, становится своего рода переходным объектом для всех участников психотерапевтического процесса.

Данные феномены позволили предположить, что беременность психотерапевта выполняет функцию катализатора. С одной стороны, она усиливает драматизацию и отыгрывание конфликта как в самой диаде «мать – ребенок», так и в отношениях женщин-пациенток с их собственными матерями и партнерами, однако, с другой – дает возможность пациентам новому взглянуть на свой опыт, переработать старую травму.

Сбор материала (поведенческих проявлений, высказываний, реакций на беременность психотерапевта) проводился методом *этологического* наблюдения во время психотерапевтических занятий за поведением и взаимодействием как внутри диады, так и каждого из пациентов – с психотерапевтом; а также методом *психоаналитического* наблюдения, предполагающего анализ глубинных изменений в фантазиях ребенка и матери о близких эмоциональных отношениях. Психоаналитически ориентированная психотерапия с пациентками и диадами «мать – ребенок» проводилась в течение не менее двух лет до беременности, в течение всей беременности психотерапевта, за исключением последнего месяца и последующего перерыва в психотерапии, связанного с рождением ребенка. С

точки зрения этологии беременность психотерапевта может быть рассмотрена как сверхстимул, запускающий/облегчающий/тормозящий различные виды социального поведения (включая привязанность, заботу, вплоть до кормления, но также – агрессию, территориальное поведение). С точки зрения психоанализа она выступает в качестве фактора, усиливающего явления переноса и проекции, стимулирующего фантазии и страхи и способствующего проявлению глубинных конфликтов пациента.

Для исследования были выбраны пять диад, в которых у матерей наблюдались аффективные и пограничные личностные расстройства, в разной степени компенсированные. Эти женщины нуждались в значительной поддержке со стороны психотерапевта для осуществления своей материнской функции. У детей отмечались явные признаки эмоционально-волевых нарушений (чередование маниакальных, депрессивных, аутистических и регрессивных состояний) при сохранении хорошей способности к развитию в некоторых областях. Во всех случаях актуальное психическое состояние матери было лучше, чем в периоды беременности и/или рождения ребенка. Эти периоды характеризовались:

- дородовыми и послеродовыми депрессиями у матерей в сочетании с насилием по отношению к ребенку – две диады;
- наличием травм, причиненных младенцу «по неосторожности», – две диады;
- жесткой эмоциональной депривацией со стороны матери – две диады;
- пищевой депривацией ребенка, связанной с психической невозможностью для матери его грудного кормления, – одна диада.
- В двух других диадах отмечались менее грубые формы депривации:
 - сверхтревожное отношение к ребенку с фиксацией на кормлении и гигиене при одновременной скрытой враждебности – одна диада;
 - чувство необратимой потери ребенка при его рождении – одна диада.

Во всех исследованных случаях конфликт между принятием и отвержением, стремлением к близости и избеганием «высвечивается» как центральный в отношениях матери и ребенка. Отвержение ребенка в этих диадах – более глубинное, подсознательное, «истинное» отношение матери, попытки сближения с ее стороны – более рациональные и компенсаторные, с их помощью мать пытается восстановить утраченное равновесие. Со стороны ребенка, напротив, первичным является поиск близости матери, а аутистические черты возникали вторично, как попытка

«оправдать» материнское неприятие себя и защититься от материнского гнева.

Целями психотерапевтической работы с диадами являются:

1) психотерапия актуальных отношений привязанности, включающая восстановление спектра эмоциональных состояний, которые могут быть восприняты без искажений обоими членами диады друг у друга; расширение репертуара поведения привязанности; повышение эмоциональной устойчивости к интенсивным аффективным воздействиям со стороны другого члена диады; развитие позитивных форм взаимной эмоциональной регуляции в диаде;

2) компенсация ранних травм (патологического симбиоза, насилия, физического отвержения) и пропусков («белых пятен») в эмоционально-личностном развитии ребенка и матери;

3) «вытягивание» такой линии эмоционально-личностного развития ребенка, которая является относительно независимой от материнского патологического влияния¹.

Цель нашего систематического исследования на первом этапе – определение типов аффективной нагрузки (и, прежде всего, наиболее интенсивных, болезненных ее аспектов), которую привносит с собой фактор беременности психотерапевта в ситуации психотерапевтической работы с диадами, а также – выявление вариантов реагирования на этот фактор у матерей и детей.

И матери, и дети в исследуемых диадах были «чувствительны» к беременности психотерапевта, давали выраженные эмоциональные реакции на нее, однако одновременно пытались проработать и изменить отношения между собой. Иначе говоря, этот опыт не был для них разрушительным, в отличие от диад с «разделенными» расстройствами психотического уровня. Аффективное воздействие на первую категорию пациентов (как детей, так и взрослых) беременности психотерапевта было значительным по следующим причинам.

Восприятие состояния беременности – собственной или другой женщины, в том числе и психотерапевта, – у женщин с аффективными расстройствами ассоциируется, в первую очередь, с глубинными страхами. Из этих страхов на первый план выступает страх смерти, который, по

¹ В работах, посвященных развитию привязанности, выделяют небольшую группу детей (около 10 процентов), исследовательское поведение которых развивается независимо от небезопасного качества привязанности с матерью. Можно предположить, что у детей, которые воспитываются матерями с эмоционально-личностными расстройствами, есть и другие относительно автономные от материнского влияния линии развития поведения.

данным психоаналитиков, женщинами осознается чаще, чем мужчинами, и может сопровождаться желанием смерти, по крайней мере, на бессознательном уровне (Рейнгольд, 2004). Страх смерти становится более актуальным, так как беременность воспринимается как переходное состояние между живым и неживым, которое может привести как к появлению новой жизни, так и к трагическому исходу. Основываясь на опытных данных, накопленных классиками детского психоанализа (R.Spitz), а также на собственных наблюдениях, мы приходим к выводу, что для женщин с аффективными расстройствами характерно не только более четкое осознание своих деструктивных импульсов, связанных с беременностью, но и их более свободная реализация в поведении, что женщинам без таких нарушений не свойственно.

Другие общие, *неспецифические* нагрузки связаны с изменением образа психотерапевта и представлений матери и ребенка о собственной роли в психотерапии. Ниже перечислены эти нагрузки и феномены, связанные с попыткой пациентов справиться с ними.

1. Предстоящая разлука, *неопределенность*, связанная с возобновлением отношений с психотерапевтом после ее отпуска, угроза потери связи, поддержки, безопасного места. Как правило, еще до беременности психотерапевта такие пациентки реагируют резким обострением психического неблагополучия в ответ на временные его отлучки (три диады). Во время беременности психотерапевта пациентка просит не бросать, не забывать ее.

2. Ощущение *вторжения* кого-то *третьего* (будущего младенца, мужа психотерапевта) в психотерапевтический процесс, который может контролировать состояние психотерапевта сильнее, чем они сами. Усиливается соперничество с этим воображаемым третьим, требовательность со стороны пациенток-матерей (три диады). Вместе с обострением чувства потери контроля над ситуацией у пациенток усиливаются или возвращаются специфические страхи, связанные с утратой имущества, денег, здоровья, ребенка и пр. Эти страхи нередко реализуются в результате отыгрыша конфликта вовне.

3. Нарушения *стабильности и цельности* образа психотерапевта, изменения баланса ее внешнего и внутреннего облика, в том числе эмоциональных выражений, к которым очень чувствительны все исследованные диады: взгляда, интонаций, темпа, ритма речи и характера движений (в сторону большей плавности, округленности, замедленности, женственности, мягкости облика). Эти внешние изменения, происходящие из-за гормональных сдвигов, вызывают усиление конфликта между реальной привязанностью и проективными отношениями (все 5 диад). Изменение

внешнего образа женщины-психотерапевта стимулирует у пациентов фантазии по поводу ее внутреннего (физического и символического) содержания, психотерапевт воспринимается теперь как женщина со своей жизнью, а не только как зеркало, экран для проекций или нейтральный консультант. И у матерей, и у детей усиливается попытка строить с нею реальные отношения привязанности, используя, в зависимости от возраста, тактильный контакт, физическую агрессию (дети), подарки, угощения, предложения инструментальной помощи (дети и взрослые). У части матерей (три диады) повышается способность выдерживать ограничения, устанавливаемые психотерапевтом.

4. Высвобождение *примитивных архетипических фантазий*, связанных с беременностью и родами. Аффективные образы, в которых пациенты выражают свое восприятие и понимание беременности психотерапевта, универсальны во всех исследованных диадах². У детей явным становится стремление исследовать все до сих пор «пропущенные» области рабочего пространства психотерапевта, которое подвергается делению на разные функциональные участки (заброшенные пещеры, дно, безопасное защищающее пространство, места, заполненные едой и др.). Тема пещеры как более опасного символа внутреннего пространства матери (*claustrum*, по *Meltzer*, 1992) стала доминирующей в игре у двух детей, тема долины, морского побережья, пустыни, то есть образов более спокойных, – у трех.

Образы маленьких животных, мягких зверей, маленьких машин, которые помещаются внутрь больших, домов, внутри которых содержится много маленьких фигур людей или животных, являлись преобладающими еще до беременности психотерапевта. Однако во время беременности ребенок сам все чаще становится главным героем этой игры (например, фантазия о рождении ребенка психотерапевтом). Матери фантазируют, используя образы лодок, машин, дач, отдыха на море, на водах и в горах. Некоторые матери активно реализуют свои фантазии, отправляясь в путешествие (в поисках безопасного хорошего пространства, которое бы их «держало»).

5. Особую нагрузку для ребенка и, возможно, для матери представляет факт неожиданной «материализации» фантазий о беременности психотерапевта, которые являются общими для глубинной психотерапии.

² По-видимому, аффективные образы, возникающие у матерей и их детей на психотерапевтических занятиях, сходны с образами сновидений беременных женщин (*E. Stukane*, 1985). Есть основания предполагать, что создается общее символическое пространство между всеми тремя участниками психотерапии в период беременности психотерапевта.

Следствием такой «материализации» является усиление магического мышления, проекций, временное размывание границы между реалистическим мышлением и фантазированием у матерей и у детей. Хотя дети реагируют, прежде всего, на внешние признаки беременности и более конкретны в своих реакциях, чем их матери, они более склонны смешивать фантазии и реальность в силу возраста, доминирования игры и аффективно насыщенного мышления. Для матерей фантазии о «постороннем» внутреннем содержании психотерапевта могут быть болезненными (три диады). Усиление магического мышления у некоторых матерей в этот период психотерапии проявляется в том, что они стремятся к получению мистического или особого религиозного опыта, возможно, воспринимая его как «хорошую» альтернативу беременности.

6. Актуализация, «подъем» опыта собственных состоявшихся и несостоявшихся беременностей у матерей. Смысл этой нагрузки проявляется в проекции на психотерапевта неразрешенных конфликтов, связанных с беременностью. В связи с этим могут возникать следующие явления:

а) Обострение, драматизация глубинных конфликтов между матерью и ребенком: принятие-отвержение, активность-пассивность, колебания матери между желанием убить ребенка и желанием спасти его, идти ради него на жертвы; колебания ребенка между страхом быть разрушенным матерью и желанием подражать ей (все пять диад);

б) Усиление конфликта между материнским и супружеским поведением (преобладает у матерей с симбиотической привязанностью к сыну – две диады). Усиление конфликта между мужскими и женскими качествами психотерапевта, требуется работа по их новой интеграции. У матерей, которые идеализировали профессиональную деятельность психотерапевта, рунится иллюзия, что эта деятельность женщины может быть полноценной заменой материнству; психотерапевт в их глазах теряет идеализируемые, приписываемые ей мужские качества (две диады). Возможно защитное усиление восприятия личности психотерапевта, скорее, как мужской, с отрицанием необходимости быть преданной младенцу после родов (одна диада).

7. «Вторая редакция» переживаний, связанных с беременностью матери младшим ребенком, у маленьких пациентов, являющихся старшими детьми в семье (две диады). В зависимости от того, была ли последующая беременность матери травматичной для ребенка, была ли эта травма переработана, реакция на беременность психотерапевта может быть более зрелой, уравновешенной или более патологической, близкой к психотической.

Показателями более зрелой реакции служат принятие ребенком самого факта беременности психотерапевта, фантазии, направленные на интеграцию образа будущего ребенка в свою игру, конструктивный характер сюжетной игры, в которой проигрываются роды и кормление, при этом маленький пациент предпочитает играть роль ребенка, но может проигрывать и материнскую роль (забота, уход, кормление).

Показателями патологической реакции являются постоянное отрицание ребенком самого факта беременности психотерапевта, которое выражается в попытках физически атаковать ее грудь и живот, в вербальном отрицании беременности, наделинии детородной способностью отца и отрицанием ее у матери в игре. Кроме того, на фоне первоначального усиления маниакального состояния отмечается психотический строй игры, в которой доминируют образы мертвых или замученных детенышей внутри разрушенного материнского пространства. При последующем усилении депрессивного состояния наблюдается резкое обеднение игры, сопровождающееся фрагментарными и безуспешными попытками идентифицироваться с ребенком психотерапевта. Для такой игры характерно быстрое превращение хорошего в плохое (например, еды в яд) и наличие не связанных друг с другом фрагментов (приготовленная для детеныша еда хранится в закрытых банках, не используется для кормления).

Восприятие данных нагрузок и способность с ними справиться изменяется от триместра к триместру. Для каждой матери и ребенка можно выделить более и менее переносимые нагрузки и в принципе разрешимые и неразрешимые конфликты, а также линию аффективного реагирования, которая по мере прогрессирования беременности психотерапевта определяется как ведущая. Положительным достижением в этот «драматический» период психотерапии можно считать разрешение каких-либо из обозначенных выше конфликтов.

В зависимости от типа личности матери можно говорить также о более *специфических* реакциях на беременность психотерапевта. Комплекс реакций матерей в исследованных, методом анализа единичных случаев, диадах можно рассматривать как определенные *типы реагирования*. Они характеризуются особым качеством и динамикой депрессивных и фобических переживаний, аффективных конфликтов, процессов идентификации с беременной психотерапевтом.

Типы реагирования перечислены по мере убывания интенсивности, остроты и продолжительности депрессивных реакций и страхов, специфичных для каждой диады, связанных с беременностью психотерапевта и временным перерывом в психотерапии.

Тун 1. Мать со страхом потери единственного ребенка (этот страх предьявляется в качестве первой жалобы) и одновременно с выраженным психосоматическим уровнем реагирования на аффективные нагрузки воспринимает временный уход психотерапевта как угрозу психической стабильности диады (появляется страх возвращения «излеченного» страха смерти/потери ребенка) и телесному благополучию. В анамнезе у женщин этого типа в качестве сквозного симптома отмечается то, что психоаналитики называют «страхом женской кастрации»: в подростковом возрасте у девочек иногда возникает страх, что никогда не начнутся месячные, страх не стать женщиной, не родить ребенка, а затем и страх потерять его. Для такой матери зависть к другим женщинам и одновременно собственное желание вызывать у них зависть являются одной из центральных и наиболее болезненных тем в психотерапии. Беременность психотерапевта вызывает у пациентки страх смерти и усиление ипохондии: страх заболеть смертельной болезнью, тревогу, что с ее телом произойдет что-то непоправимое в период отпуска психотерапевта. Возможно, эти страхи отражают страх и за психотерапевта (что с ней случится что-то «непоправимое»).

Реакции на беременность психотерапевта у пациенток такого типа опосредуются через тело на протяжении всех трех триместров. Например, в течение первого триместра одна из пациенток, еще не зная о беременности психотерапевта, но интуитивно соматически идентифицируясь с ней, прибавляет в весе (при этом прибавка в весе пациентки оказывается приблизительно такой же, как у психотерапевта). Наиболее тяжелый период – второй триместр беременности психотерапевта. Возникает острая психосоматическая реакция на сообщение о беременности, причем страдают женские репродуктивные органы, например, происходит рецидив или увеличение опухоли груди. При этом возможность собственной беременности в будущем отрицается, представление о ней вызывает у пациентки неприятные ощущения. В дальнейшем усиливаются страхи за свое тело, и она старается больше ухаживать за собой и заниматься собственным лечением. Сам момент прерывания психотерапии в третьем триместре в связи с дородовым отпуском психотерапевта переносится как обострение смертельно опасной болезни. Женщина планирует во время этого отпуска операции на женских органах и восстановительное лечение. Таким образом, имеет место мазохистическая идентификация с психотерапевтом: беременность на уровне тела проигрывается как психосоматическая травма, роды – как удаление новообразования.

Беременность психотерапевта у матерей такого типа ускоряет процесс психологического и психосоматического отделения их от собствен-

ного ребенка. Страх смерти ребенка трансформируется в переживание быстротечности жизни вообще (связанное, в свою очередь, со страхом старости и смерти). На этом фоне усиливаются психосоматические проявления у самой матери, и появляются некоторые регрессивные черты в ее поведении. Например, пациентка, реагируя на беременность психотерапевта, начинает общаться с людьми значительно моложе нее, покупает подростковые вещи, стремится подчеркнуть свои внешние данные с помощью особой косметики и одежды при появлении некоторой демонстративной небрежности к внутреннему содержанию (включая декларируемое нежелание беременности). При этом инфантильные проявления ее ребенка (например, «фальшивые» игровые интересы, только внешне копирующие интересы отца) вызывают у нее сильное раздражение. Усиливаются оральные конфликты: женщина не в состоянии есть у своей матери, так как боится ее оценивающего взгляда, вместе с тем критически относится к питанию своего ребенка, болезненно реагирует на его намекающуюся полноту. Ускоряется процесс разрыва связей с близкими людьми, нагнетается атмосфера одиночества. Наблюдается активный поиск замещающей фигуры, но не среди профессионалов, а среди объектов любви – мужчин (пока психотерапия не закончилась, попытки возобновления связи с бывшими любовниками и отцом возникали только на уровне фантазий, а после ее прерывания – уже на уровне поведения). В период отпуска психотерапевта пациентки такого типа требуют обязательного сохранения связи с помощью телефонных звонков и особого внимания к себе. Например, одна из них говорит: «Я звоню, думаю, Вы сейчас рожаете, но я уже больше не могу держаться!», подчеркивает, что у нее никого нет, кроме психотерапевта, высказывает суицидальные мысли и чувства.

В такой диаде на беременность психотерапевта реагирует, в основном, мать. Ребенок пытается защититься от проекций тревог и депрессии со стороны матери, ищет активных контактов с другими членами семьи.

Тун 2. Мать с пограничным расстройством личности, с сильным параноидным радикалом и истерическими чертами («шизоистерия»). Пример – пациентка с зависимостью от психоактивных веществ в анамнезе. Реагирует на беременность психотерапевта усилением практически всех имеющихся конфликтов, нарастанием хаотичности, разнонаправленности в поведении. Усиливается конфликт между желанием женщины рожать и не рожать детей в ближайшем будущем, а также – желанием близости со своими детьми (имеет двоих детей) и стремлением избавиться от того ребенка, который воспринимается как слишком зависимый от нее. Восприятие собственных детей становится полярным. Один ребенок, вынашивание и рождение которого воспринималось как триумф, как вер-

ный способ удержать отца ребенка рядом с собой, идеализируется. Второй ребенок (пациент, член диады, проходящей психотерапию), беременность которым, роды и послеродовой период ассоциируются с тяжелыми психическими и физическими травмами, отвергается. Амбивалентность по отношению к деторождению вообще выражается в фантазиях о зачатии детей определенного пола искусственным способом (мальчиков-близнецов методом экстракорпорального оплодотворения). При этом от естественной беременности мать избавляется на раннем сроке.

Обостряется конфликт между стремлением к более интенсивной и глубинной психотерапии и тенденцией к внезапному ее прерыванию. Эти колебания связаны с попыткой с помощью психотерапии достичь состояния готовности к рождению следующего ребенка. Однако процесс осуществляется крайне нерешительно: женщина боится травмировать своего будущего ребенка так же, как предыдущего, который в данный момент проходит вместе с ней психотерапию. Мать пробует альтернативные методы избавления от чувства вины: стремится ускорить психологическое отделение от старшего ребенка путем физического отдаления от него, обращается за помощью к духовнику.

Наиболее тяжелый период в работе с этой пациенткой – второй триместр беременности психотерапевта. Мать реагирует на само известие усилением эмоциональной зависимости от психотерапевта, попыткой участить занятия, страхами: не успеть родить здорового ребенка из-за возрастных ограничений, не успеть завершить психотерапевтическую работу, страхом собственной смерти и смерти детей. Все эти страхи мать выражает, используя четкие метафоры и продуцируя обильный яркий, почти художественный материал, связанный с абортами, мертвыми младенцами, смертью, насилием, как собственным и мужа по отношению к своему ребенку в младенчестве, так и по отношению к самой себе со стороны родителей в детстве. Реагируя на известие о беременности психотерапевта, пациентка воссоздает чудовищную картину собственной тяжелой беременности как опыта неконтролируемых изменений в телесной и душевной жизни, непереносимой боли, беспомощности и предательства со стороны близких. Усиливаются параноидные состояния, которые выражаются в страхах несвободы, контроля, обмана, угрозы со стороны ребенка (потерял ключи и не сказал – поставил под угрозу безопасность семьи). Возрастает чувствительность к малейшим признакам измены со стороны мужа. Как указывалось выше, на протяжении одного психотерапевтического занятия женщина колеблется в восприятии своей готовности к беременности от желания немедленно забеременеть до осознания полной неспособности пережить этот опыт еще раз. Периодически уси-

ливается конфликт между желанием строить карьеру и желанием укрепить семью рождением детей.

Защитные реакции – отреагирование (эпизоды насилия по отношению к своему ребенку), расщепление (между двумя детьми – хорошим и плохим), избегание (собственные отъезды, отправка детей в лагеря на все лето), смещенная агрессия (подарок психотерапевту – гипсовая фигурка младенца в виде ангела, как на надгробии). Возникали разовые приемы больших доз алкоголя как способ реагирования на обострение страха символической потери ребенка (мать боится его несостоятельности в учебе, в своих фантазиях она видит ребенка наркоманом, преступником, безработным, отторгнутым обществом).

Пациентка воспринимает факт прекращения психотерапии как завершение какого-то этапа жизни, окончание интенсивной, но «мягкой» работы. Выдвигает неявные требования к психотерапевту – сделать психотерапию жестче, интенсивней, более «мужской». Похоже, она почувствовала бы облегчение, если бы психотерапевт осудила ее за аборт, насилие по отношению к своему ребенку, дала бы возможность покаяться, искупить вину страданием. Поиск замещающих психотерапевта «наказывающих» фигур осуществляется в религиозной среде (бабушка в Пустыни) или профессиональной (жесткий режиссер; «не помогающий», отстраненный партнер по игре).

В такой диаде на беременность психотерапевта реагирует, в основном, мать. Психическая активность ребенка при этом направлена на защиту от ее аффективных атак, поиск «тихой гавани», безопасной области, куда мать не имела бы доступа, и пребывание в ней (рисование комиксов, компьютерные игры).

Тун 3. Мать с выраженным пограничным расстройством личности (с ведущим депрессивным синдромом). Пациентки такого типа воспринимают уход психотерапевта в отпуск как отвержение себя и ребенка (единственного в семье). Ведущий страх – страх потери поддержки, «падения», одиночества. Наиболее тяжелый период – второй-третий триместр беременности терапевта, острая реакция на само сообщение об этом.

Одна из пациенток для удержания психотерапевта, с одной стороны, «раскачивает» отношения с собственным ребенком, провоцируя обострение ряда симптомов, а, с другой, старается привлечь внимание психотерапевта к себе, используя яркие, красивые детали. Она создает новый образ, меняя привычки, одежду, косметику, цвет волос. Если до беременности психотерапевта женщина старалась одеваться «похуже, победнее», что соответствует депрессивной симптоматике, то во время нее она радикально меняет стиль и цветовую гамму своего облика от занятия к заня-

тию. Идентификация с беременной психотерапевтом происходит нарциссически, путем идентификации с образом-воспоминанием, сложившимся в период собственной беременности, на уровне воссоздания конкретных внешних деталей того периода (особой еды, прически, одежды) и демонстрации их в психотерапевтической ситуации. Каких-либо фантазий или даже простых предположений о самочувствии психотерапевта, а также более глубокого страха возможных глубинных изменений в ней в связи с беременностью и родами нет.

По мере развития беременности психотерапевта нарастает конфликт между активной и пассивной позициями в поведении пациентки. Она стремится сблизиться со своим ребенком, однако эта близость оказывается болезненной и непереносимой. Ребенок после периода отвержения испытывает страх быть поглощенным матерью и противится сближению. Мать реагирует усилением страха перед собственной агрессией по отношению к ребенку и, как следствие, – очередным витком избегания близкого общения с ним. Усиливается идентификация инфантильной части собственной личности с нуждающейся в заботе, «младенческой» частью своего ребенка. Отвергающая часть при этом проецируется на психотерапевта.

Колебания между отвержением и принятием ребенка, других близких людей, а также психотерапевта разворачиваются стремительно, с максимальной амплитудой, как в реальной жизни, так и в рамках одного занятия. Из спокойного места, где мать могла наслаждаться общением с дочерью при поддержке психотерапевта, игровая комната превращается в арену борьбы. Пациентка допускает мысль о том, что может забеременеть в будущем, однако при поддержке отсутствующего или недоступного, или отвергающего «третьего» («третий» в данном случае представляет собой довольно спутанный образ, включающий мать матери, психоаналитика матери, ее партнера – в том числе воображаемого, детского психотерапевта).

В такой диаде и ребенок, и мать реагируют на беременность психотерапевта сильно, однако материнская реакция более хаотическая. Например, на последнем занятии перед перерывом пациентка просит разрешения обратиться к психотерапевту за помощью по телефону в случае острой необходимости, однако в дальнейшем не пользуется этой возможностью.

Тун 4. Примером этого типа реагирования на беременность психотерапевта может быть следующая диада. Мать с компенсированным пограничным расстройством личности, выступающим в нарушениях материнского поведения в период младенчества ребенка и зависимостью от пси-

хоактивных веществ в анамнезе. В настоящее время это профессионально активная женщина, окруженная заботой семьи и услуги и несколькими, замещающими ее саму, фигурами привязанности для собственных детей. Пациентка не планирует беременность в ближайшее время, испытывая чувство выполненного материнского долга (имеет двоих детей).

Пациентка, узнав о беременности психотерапевта, старается оказать ей поддержку и выйти за рамки психотерапевтической работы (рекомендует специалистов, врачей, предлагает помощь в виде лекарственных средств). Беременность психотерапевта воспринимается ею рационально как состояние, требующее особого медицинского сопровождения.

Для пациенток такого типа характерно отсутствие внешней аффективной реакции на беременность психотерапевта, при этом отмечается опосредованное реагирование торможением социализации ребенка (например, в данном случае – решение об отсрочке поступления ребенка в школу).

Несмотря на внешнее благополучие и чувство материнской компетентности, такая мать не свободна от описанных выше колебаний между агрессией по отношению к собственному ребенку и страхом этой агрессии. В данной диаде ранняя история развития ребенка и привязанности изобилует фактами жестокого обращения, начавшегося еще в период беременности матери (например, употребление психоактивных веществ и эпизоды эмоциональной депривации ребенка). Пациентка использует определенные способы контроля возможных источников агрессии, направленных на младшего ребенка (а главный среди них – продолжительный близкий контакт с ребенком): рождение путем кесарева сечения, использование специальных препаратов для прекращения лактации сразу после рождения ребенка, жесткое следование рекомендациям специалистов (массаж, диета), упоминавшаяся выше система помощников, быстрое возвращение к профессиональной деятельности. Эти действия призваны обезопасить мать от повторения эпизодов депривирующих и травматических взаимодействий, преобладавших в первые два года жизни старшего ребенка (пациента, члена диады, проходящей психотерапию).

Ребенок реагирует на беременность психотерапевта в такой диаде заметно сильнее, чем мать.

Tun 5. Этот тип реагирования может быть проиллюстрирован следующим примером. Пациентка – мать с аффективными колебаниями с преобладанием депрессивного компонента. Женщина проявляет невысокую активность в психотерапии, начавшейся в связи с чувством преждевременного психологического отделения от ребенка и преобладанием защитного избегания в общении с ним. Такая мать практически не реагирует на

беременность психотерапевта (за исключением вежливых поздравлений), в то время как ребенок дает сверхсильную, почти психотическую реакцию на нее.

Ощущение чужеродности ребенка у матери возникает рано, сразу после родов. Пациентка очень хотела, но не имела возможности увидеть новорожденного в течение первых 12 часов после родов. У нее возникло чувство необратимой потери, казалось, что ребенок умер.

В дальнейшем ребенок воспринимается как носитель наследственности отца, страдающего маниакально-депрессивным психозом, то есть, фактически, как больной с эндогенным психическим заболеванием. В семье всячески культивируется исключительная эмоциональная связь между отцом и ребенком, которая выражается, например, в заражении ребенком всеми страхами отца. В таких условиях привязанность между матерью и ребенком остается на уровне анаклитических связей (кормление, совместный сон) в течение всего дошкольного детства. Нормальный эмоциональный обмен между матерью и ребенком нарушен, регулировать страхи и тревоги ребенка она не может. При такой психологической дистанции женщина обсуждает поведение своего ребенка в чрезмерно объективной, отстраненной манере, отец же вообще нечувствителен к патологии ребенка и считает его нормальным.

Основной реакцией пациентки на беременность психотерапевта является страх обострения психотической симптоматики ребенка в предстоящий период отсутствия занятий. Мать воспринимает психотерапевта как фигуру, поддерживающую развитие ребенка «в сторону добра» и способствующую простому и ясному выражению мыслей и фантазий ребенка. Поэтому перерыв в занятиях, с точки зрения матери, чреват усилением вычурных деструктивных проявлений сына. Кроме того, у нее возрастает нетерпимость к тем симптомам, которые являются сигналами поиска заботы в ней самой и могут быть расценены как реакции на беременность психотерапевта, поскольку они нарастают по мере ее развития. Отвергаются, прежде всего, регрессивные проявления в поведении ребенка (сюсюкающие интонации, фиксация на еде, поиск тактильного контакта с малознакомыми людьми, стремление делать кучи из мягких игрушек и др.). Мать подчеркивает, что психотерапевт, прерывая занятия, обрекает ребенка на «свободное плавание» среди психически больных или эмоционально не связанных с ребенком родственников. В качестве единственно подходящего партнера по общению для маленького пациента мать выделяет младшего ребенка в семье. Этого маленького ребенка она, с одной стороны, идеализирует, с другой, – перекладывает на него часть ответственности за психические нарушения у старшего (тот, якобы, «утра-

тил свою светлую натуру» с рождением маленького). Материнское отношение к двум детям расщеплено, но по основаниям, отличающимся от тех, которые характерны для матери второго типа. Здесь мать воспринимает второго ребенка как эмоционально близкого ей и делегирует ему свою обязанность общаться со старшим.

Реагируя на приближающийся перерыв в психотерапии, женщина просит найти на время отпуска замещающего психотерапевта, однако ставит трудно выполнимое условие, требуя, чтобы он был «такой же, как Вы». Таким образом, мать, идеализируя психотерапевта, стремится переложить ответственность за возможные ухудшения во время перерыва в психотерапии на нее. При этом последствия потери собственной связи с ребенком не анализируются ввиду их крайней болезненности.

Пациентка избегает идентификации с беременной, так как на сознательном уровне это противоречит ее профессиональным устремлениям, а также усиливает глубинный конфликт с собственным мужем, который реагировал тяжелыми депрессивными эпизодами на беременность жены и рождение младшего сына.

Помимо описанных выше общих, неспецифических, и более специфических нагрузок, которые влечет за собой беременность психотерапевта для диад с аффективными расстройствами, представляется важным выделить факторы дополнительной «сенсбилизации», отдельно для матерей и для детей.

Общим, «разделенным» фактором, усиливающим уязвимость диад по отношению к беременности психотерапевта, служит опыт эмоциональной депривации и травматизации в раннем детстве и конфликтные отношения в диаде с самого рождения.

Среди факторов глубинного характера ключевым является смешение признаков *живого* и *неживого*, которое происходит либо в сторону «оживления» явно мертвых объектов, либо в сторону омертвления живых людей или их органов. У матери он проявляется при восприятии самой беременности и некоторых психофизиологических состояний человека (сна, болезни), у детей – при идентификации с неживым объектом, частей тела у материнских фигур, а также при восприятии кукол, фотографий, художественных изображений младенцев и детей. Вероятно, этот феномен первично вызван тем, что в таких случаях и сама женщина, и ребенок воспринимают внутреннее материнское пространство как амбивалентное, наполненное мертвым и живым содержанием одновременно.

Итак, восприятие беременности психотерапевта может быть более болезненным и конфликтным у матерей, имеющих следующий *опыт*.

1. Хронических, затяжных конфликтных отношений привязанности с собственной матерью (*межпоколенческие влияния* – все *пять* диад). При этом сохраняется сильная эмоциональная зависимость от матери и в то же время – восприятие ее как «отравляющей жизнь», отвергающей (*три* диады), полный разрыв отношений с ней как с «психически больной» (*одна* диада).

2. Неразрешенных оральных конфликтов у матери (нервная анорексия/булимия – *три* диады). Чрезмерная выраженность инфантильной части личности (*две* диады) или почти полное отрицание этой части (*три* диады). Представление о себе как о плохой матери, основанное, в частности, на длительно сохраняющихся проблемах питания у ребенка (*четыре* диады).

3. Отрицательного отношения к новорожденным определенного пола. Можно предположить, что матери с аффективными расстройствами чаще отвергают девочек³, по крайней мере, это наблюдается у тех, для кого характерно глубинное отвержение собственной половой идентификации⁴ (*две* диады). Явное предпочтение девочкам отдают матери-одиночки, у которых выражена мужская часть личности и для которых характерно «двухмерное», плоское восприятие мужских фигур в семье как «икон, требующих поклонения», но не более (*две* диады). Отвергаемый пол младенца, как правило, совпадает с полом родительской фигуры, с которой конфликт матери остается наиболее болезненным и не разрешенным.

4. Опыт восприятия беременности как опасной для психотерапевта в силу разных причин, в том числе возраста психотерапевта как критического для беременности. Возрастная идентификация с психотерапевтом важна в случае планирования рождения следующего ребенка матерью старше 35 лет. Характерно ассоциирование беременности с временными и пространственными ограничениями, клаустрофобией и страхом смерти (*три* диады).

5. Своеобразной узости «когнитивных» представлений матери о беременности и родах (представлений о глубине трансформации тела и пси-

³ См. случай маленькой Жаклин, страдавшей тяжелой анорексией, описанный Сержем Лебовиси в статье «Фантазийное взаимодействие и трансгенерационная передача». В книге «Уроки французского психоанализа», под ред. Качалова, Рассохина, Москва, Когито-центр, 2007, с.241-255.

⁴ По мнению современных французских психоаналитиков, женщинам легче эмоционально инвестировать мальчика, чем девочку, в том числе, и из-за различного строения их половых органов. Девочки требуют инвестирования целиком, в том числе их внутреннего пространства, которое у женщин с аффективными расстройствами воспринимается крайне амбивалентно.

хики женщины во время беременности: роды воспринимаются, скорее, как хирургическая операция, а не естественный процесс) (одна диада).

6. Опыт аборт, выкидышей и сексуальных травм матери (четыре диады). Этот пункт следует выделить особо. Опыт абортов, выкидышей, перинатальных смертей, если он женщиной не переработан, дает налет и предчувствие смерти, привкус траура в восприятии самого обычного поведения младенцев и собственных детей или их фотографий, а также беременности психотерапевта. Смешение «живое-неживое» в восприятии беременности и некоторых «переходных» психофизиологических состояний детей (засыпания, сна, болезни⁵), о котором упоминалось выше, время от времени обостряется и воспринимается самой матерью как угрожающий, иногда на уровне галлюцинаций. При этом для таких женщин характерно отрицательное отношение к некоторым категориям матерей (зависимых от психоактивных веществ, незамужних, легко рожаящих и пр.), вызванное проекцией на них собственного травматического опыта прошлого.

7. Не интегрированный опыт нескольких беременностей, родов и послеродового периода (в трех диадах, в которых у матерей по два ребенка). Одноразовый случай осложненной беременности и родов может представлять для матери меньшую нагрузку, чем несколько разных, но не синтезированных опытов, как удачных, так и травматичных. При одной беременности может подчеркиваться ее болезненный характер, страх выкидыша, при другой – опыт одиночества, при третьей – радость от демонстрации другим людям своего наполненного состояния. Послеродовая депрессия или аномалии развития материнского поведения во время беременности и в первые месяцы после рождения ребенка могут быть продолжением дородовой депрессии, но часто эти два опыта воспринимаются пациенткой как не связанные между собой, а дородовый опыт идеализируется, то есть депрессия в тот период отрицается.

8. Наконец, осталось упомянуть опыт острого конфликта между продолжением работы или учебы и рождением ребенка и необходимостью заботиться о нем (пять диад).

Некоторые из этих факторов играют «покрывающую» роль для других. Например, представление о родах как о хирургической операции, которая исцеляет мать от болезненного, тяжелого состояния беременности,

⁵ Эти матери часто используют для описания обычных ежедневных процедур по уходу за ребенком слова, которые типичны для ритуальных услуг. Например, описывая вечерние процедуры, мать использует такие выражения, как: «идем обмываться», «я его на ночь провожаю» и пр.

«покрывает» глубинное ощущение угрозы, надвигающейся изнутри, – ощущение плода как потенциально опасного внутреннего объекта.

У детей факторы, *повышающие уязвимость к беременности психотерапевта*, имеют более явную связь с глубинными фантазиями и ядерной идентификацией себя и матери как недостаточно живых или смешанных объектов.

1. Объективное изменение качества привязанности между матерью и маленьким пациентом в худшую сторону после рождения еще одного ребенка в семье (опыт потери привязанности со стороны матери – *одна* диада).

2. Сильный перенос, восприятие психотерапевта как матери (*две* диады, одна – на раннем, вторая – на позднем этапах психотерапии).

3. Сильная зависть к матери (ее материнской роли) у ребенка и агрессия, направленная на мать или заменяющий ее объект (грудь, живот). Фиксация на теме деторождения еще до беременности психотерапевта (*три* диады).

4. Устойчивость и в некоторых случаях – изощренность садистического поведения и садистических фантазий, связанных с проникновением во внутреннее пространство матери. Представление о внутреннем пространстве матери как опасном, грязном, мертвом (*одна* диада).

5. Трудности различения «живое-неживое» в восприятии, прежде всего, себя и матери. В отличие от аналогичного феномена у матерей, дети не испытывают страха от того, что смешивают живые и неживые признаки объекта. Идентификация себя с неживым объектом также не вызывает у них конфликта (*три* диады).

6. Перегруженность ребенка наивными, фантастическими или спутанными представлениями о родах⁶ (теории оральная, анальная, хирургическая, похищения, лабораторного зачатия и пр.) (*три* диады). В отличие от взрослых, теории родов у ребенка не связаны со страхами и сообщениями безопасности. На мой взгляд, в большей степени они связаны с агрессией, контролем и садистическими фантазиями (см. пункт 4), здесь я разделяю точку зрения Мелани Кляйн.

7. Анорексия или, напротив, оральные фиксации у ребенка, выражающиеся в чрезмерной жадности (все *пять* диад). Остаточные явления аналитической депрессии.

⁶ См. у Винникотта описание случая девочки, давшей психотическую реакцию в 1 год 9 месяцев на рождение своей младшей сестры. Беременность воспринималась ею как результат оральной жадности, а деторождение как тошнота, при этом материнская утроба – как черная (1999, с.37).

8. Депрессивный тип реагирования на отсутствующие (поломанные) игрушки, признаки пустоты, следы других детей в комнате психотерапевта, уход психотерапевта (*пять* диад).

9. Выраженные трудности общения ребенка с детьми (черты аутизма, навязчивость в общении, чрезмерная агрессия или недостаток защитной агрессии) (*четыре* диады).

Некоторые из этих симптомов могут быть общими и для ребенка, и для инфантильной части личности матери.

Полученные данные могут использоваться для диагностики и прогноза аффективной динамики в диадах «мать-ребенок», а также в самом процессе психотерапии.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на все описанные выше разнообразные аффективные нагрузки и сложные эмоционально-личностные реакции, связанные с восприятием беременности психотерапевта, и дети, и матери в диадах с аффективными расстройствами пограничного уровня, в целом, справились с новым опытом.

В качестве примера непереносимости нагрузки ниже описана реакция диады с «разделенными» аффективными расстройствами психотического уровня. В данном случае беременность психотерапевта оказывала острое дополнительное травмирующее воздействие на мать, переживающую хроническую травму из-за тяжелых психотических нарушений у ребенка. Из-за соображений безопасности для всех участников психотерапию потребовалось прервать⁷.

Пример диады с «разделенными» аффективными расстройствами

Мать – дочь: *Раиса – Светлана*⁸.

Возраст матери: 49 лет.

Возраст дочери: 11 лет.

Наследственность: отягощена по обеим линиям.

⁷ Из консультативной работы с матерями детей с психотическими расстройствами, госпитализированными в острое дошкольное отделение детской психиатрической больницы № 6, известно, что матери дают резко негативные ответы на проективные картинки с образами беременности или выкармливания младенца. Беременность у таких матерей отрицается или ассоциируется с темами потери, усталости, болезни, утраты красоты, усиливает сложность разделения «живое-неживое» (младенцы воспринимаются как куклы или игрушки). См. дипломную работу Дерябиной О.М., выполненную под руководством автора статьи.

⁸ Эта диада была описана в статье Бардышевской М.К., Цукановой Е.А. в МПЖ № 1, 2007 как пример патологического симбиоза.

Эмоциональный статус матери: маниакально-депрессивное расстройство, психосоматические кризы.

Эмоциональный статус дочери: ранняя детская шизофрения с выраженным аффективным компонентом.

Беременность: после многолетнего бесплодного периода и гормонального лечения бесплодия, после выкидыша, на фоне психической и физической травматизации (попала в автомобильную аварию в период семимесячной беременности). Вес матери почти удвоился после беременности.

Роды: кесаревым сечением.

Порядок психотерапии: два раза в неделю, с матерью – отдельные консультации единожды в неделю.

Привязанность: патологический симбиоз с доминирующими паттернами вычищения у матери и запретом на всякую автономную психическую/сексуальную активность дочери.

Образ психотерапевта для матери до беременности. Расщеплен. В начале психотерапии и при предоставлении диаде мягких, льготных условий работы психотерапевт воспринимается матерью как поддерживающая, «понимающая» фигура, разделяющая представления матери о «латентных» способностях своего ребенка и укрепляющая примитивные защиты против нарциссической травмы, связанной с рождением ребенка-инвалида. По мере усиления требований психотерапевта к соблюдению обычного сеттинга (временных ограничений, оплаты пропущенных занятий) образ психотерапевта трансформировался в образ жесткой, отвергающей, «желающей смерти» матери.

Образ психотерапевта для дочери до беременности. Образ расщепленный, проективный: восприятие психотерапевта как неустойчивого воплощения то жесткой, то мягкой матери (отдельные, не интегрированные реакции на голос психотерапевта, его интерпретации, попытки совместной игры).

Реакция на известие о беременности. Я сама сообщила Раисе о своей беременности еще в начале второго триместра, так как это было важно для подбора замены. Раиса расплакалась, пришла в состояние крайнего эмоционального возбуждения, воскликнула: «Как же я хотела второго ребенка!» Раиса выразила беспокойство, насколько мое положение позволяет мне работать с таким тяжелым ребенком, как Света.

На следующее занятие мать принесла мне игрушечного младенца Baby born в люльке. Младенец мог плакать, смеяться, сосать соску, пить из бутылочки, звать маму. Девочка младенца полностью проигнорировала, однако стала гораздо более агрессивной по отношению ко мне: переворачивала кресла, чтобы достать мою чашку с чаем со шкафа и выпить чай,

но одновременно толкала кресло и на меня. Вцеплялась в меня. Хохотала. Перестала играть. Усилилась агрессия на предметы обстановки в комнате психотерапевта: девочка стремилась оборвать шторы, залезала на стол. Несколько спокойнее сидела на кухне, непрерывно пила из всех емкостей, которые могла достать.

В дальнейшем отмечалось полное разрушение зачатков символической активности в игре девочки, нарастание маниакального возбуждения и агрессии.

У матери усилились проявления физической агрессии по отношению к девочке. Относительно психотерапевта возникли проявления смещенной вербальной агрессии, касающиеся ее беременности (рассказывала о знакомой, дочери которой «плодятся, как кролики» и пр.). Вместе с тем появились элементы опекающей позиции: психотерапевт был удостоен подарка в виде журнала по рукоделию с моделями для младенцев.

Из-за усиления оральной симптоматики (невозможность удовлетворить жажду как первичную форму жадности), агрессии и фактического распада символической активности⁹ у девочки, а также из-за увеличения спутанности состояния у матери (потеря своей позиции в психотерапии) было принято решение о прекращении психотерапии на период беременности психотерапевта и послеродовой период.

Для подробного анализа единичного случая, который дается во второй части статьи, была отобрана диада, где и мать, и ребенок активно участвовали в психотерапии и реагировали на беременность психотерапевта достаточно сильно. Она диада занимает промежуточное положение в приведенной выше классификации материнских реакций на беременность психотерапевта (тип 3).

⁹ По-видимому, распад символической активности в этих условиях был связан с тем, что ни у матери до родов, ни у девочки – после, не были сформированы достаточно пластичные образы беременности, которые могли бы быть развиты и использованы для понимания происходящих в терапии изменений. Действительно, у матери образ беременности – застывший: «ребенок встал в родовых путях», когда она попала в автомобильную аварию при семимесячной беременности. У девочки только началось формирование представлений о внутреннем содержании вещей, о чем свидетельствовал проявлявшийся время от времени интерес к коробочкам и шкатулкам. Комната психотерапевта и сопредельные помещения воспринимались, возможно, как аналог внутреннего пространства психотерапевта, которые девочка заполняла собой. В начале работы она могла находиться только в туалетной комнате, а не в игровой, вероятно, ассоциируя себя с тем пространством, которое связано с нечистотами. Можно предположить, что навязчивая материнская активность по вычищению тела дочери изнутри стала источником глубинного представления о грязи и нечистотах как основном внутреннем его содержании.

Пока нельзя сказать, насколько глубокими и устойчивыми будут последствия аффективных сдвигов в диадах. Вопросы возобновления психотерапии после отпуска психотерапевта заслуживают специального обсуждения.

Существуют и другие аспекты темы беременности психотерапевта, требующие отдельного рассмотрения. Можно предположить, что новое состояние психотерапевта влияет на особенности *контрпереноса*, то есть вызывает изменения чувствительности психотерапевта к материалу, который приносят диады на психотерапевтические занятия, влияет на избирательность и скорость эмоционального реагирования и большую готовность интерпретировать определенный материал при возможной недооценке важности других тем. Судя по данной статье, аффективно-когнитивная доминанта автора на беременности и будущем ребенке, несомненно, способствовала обострению чувствительности к этой теме у матерей и маленьких пациентов, особому развороту типичных для диады конфликтов, расширению психотерапевтического переходного пространства за счет включения невидимого, но уже присутствующего в нем будущего ребенка психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

- Винникотт Д.В. Игра и реальность. Институт общегуманитарных исследований. М., 2002.
- Винникотт Д.В. Пигля. Отчет о психоаналитическом лечении маленькой девочки. М.: Класс, 1999.
- Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Екатеринбург: Литур, 2004.
- Лебовиси С. Фантазийное взаимодействие и трансгенерационная передача // Уроки французского психоанализа / под ред. П.В.Качалова, А.В.Рассохина. М.: Когито-Центр, 2007, с.241-255.
- Рейнгольд Дж. Мать, тревога и смерть. Комплекс трагической смерти. М.: Per Se, 2004.
- Шниц Р., Коблинер В.Г. Первый год жизни. М.: Геррус, 2000.
- Элман К. Пустая мать: страх деструктивной зависти у женщин. // Терапевтические отношения в психоанализе. М.: Когито-Центр, 2007.
- Klein M. The psycho-analysis of children. London: Virago Press, 1932.
- Klein M. Envy and gratitude and other works 1946-1963. London: Virago press, 1988.
- Meltzer D. The claustrum. The clunie press. 1992.
- Stukane E. The dream worlds of pregnancy. New York: Station Hill Press, 1985.
- Winnicott D. (1956) Primary maternal preoccupation. In Through pediatrics to psychoanalysis. New York: Basic Books, 1975.