

## **Карина Шнейдер-Хенн**

### **Детский психоанализ**

#### **1. Исторический экскурс**

Создание детского психоанализа, несомненно, является заслугой Фрейда. Его работа «Анализ фобии пятилетнего мальчика» (Freud, 1909b) вошла в историю как первый отчет о психоаналитическом лечении ребенка. Приступая к лечению «маленького Ганса», который на почве вытесненной эдиповой тревоги страдал фобией, связанной с лошадьми, Фрейд стремился прежде всего обосновать свое предположение о наличии связи между инфантильной сексуальностью и неврозом в зрелом возрасте.

Живейший научный интерес вызывало у Фрейда именно психическое расстройство мальчика, а не его лечение, поскольку аналитик встретился с пациентом лишь один раз для короткой консультации. Терапия, которую проводил отец Ганса, получавший устные и письменные рекомендации Фрейда, изучавшего его отчеты, завершилась успешно. На фоне открытий, сделанных Фрейдом в области инфантильных влечений в процессе анализа взрослых пациентов, новой теории развития, основанной на представлении об эрогенных зонах, и теории бессознательной душевной деятельности ощущалась настоятельная потребность в ревизии тогдашней педагогической системы. Последователи Фрейда пришли к заключению, что открытый подход к воспитанию ребенка, рассчитанный на просвещение, позволяет свести к минимуму риск появления невротических расстройств в зрелом возрасте. На первом Международном психоаналитическом конгрессе, который состоялся в Зальцбурге в 1908 году, Сандор Ференчи сделал доклад на тему «Психоанализ и воспитание»; эта же тема привлекла внимание цюрихского психиатра Юнга в связи с наблюдениями за собственными детьми; в 1909 году американский педагог и психолог Стенли Г. Холл предложил Фрейду и Юнгу посетить Соединенные Штаты; швейцарский пастор Оскар Пфистер разрабатывал методы «педагогического анализа», предназначенного для лечения подростков; эту работу продолжил его ученик Ганс Цуллигер, практиковавший детскую игровую терапию. Альфред Адлер открыл в Вене несколько педагогических консультационных кабинетов. Зигфрид Бернфельд, работник детского дома Баумгартен, и Август Айхорн, сотрудник учебно-воспитательного заведения для беспризорников и активист Общества управления детскими приютами, пытались внедрить новейшие психоаналитические концепции в педагогику.

Материальным проявлением тесной взаимосвязи между психоанализом и педагогикой стали сочинения Германы Гут-Гельмут, которая, будучи первым детским и подростковым психоаналитиком, практиковала амбулаторную игровую терапию, совершая визиты к пациентам. Начиная с 1919 года она выполняла обязанности аналитика на отделении Лечебной педагогики венской педиатрической клиники и была автором «цикла лекций для педагогов», а в 1923 году возглавила педагогический консультативный центр в психоаналитической амбулатории. Гермина Гут-Гельмут считалась ведущим специалистом в области детского психоанализа (Graf-Mold, 1988), и в 1920 году, спустя месяц после того, как Карл Абрахам, Макс Эйтингон и Эрнст Зиммель основали в Берлине Поликлинику для психоаналитического лечения нервных расстройств с учебным институтом, ей доверили вести педагогический курс.

Начиная с 1918 года собрания психоаналитического общества стала посещать Анна Фрейд, которая работала учительницей младших классов и приступила к личному анализу под началом Фрейда. В 1922 году ее приняли в общество, и она провела анализ первых маленьких пациентов. В том же году под эгидой Венского психоаналитического общества была создана амбулатория, а в 1925 году, благодаря стараниям Хелен Дейч, Зигфрида Бернфельда и Анны Фрейд, к амбулатории присоединился устроенный по берлинскому образцу учебный институт. Ключевые произведения Анны Фрейд, в частности «Введение в методику психоанализа», опубликованное в 1927 году, и «Эго и защитные механизмы», увидевшее свет в 1936 году, были созданы на основе лекций, прочитанных перед учащимися этого института. Кроме того, она издавала в сотрудничестве с Августом Айхорном, Зигфридом Бернфельдом и Вилли Хофером «Журнал психоаналитической педагогики», который прекратил свое существование в 1938 году и воскрес после войны в облике The Psychoanalytic Study of the Child<sup>1</sup>.

Мелани Клейн, завершив в Будапеште курс анализа под началом Ференчи,

---

<sup>1</sup> [англ.] «Психоаналитическое исследование ребенка». — Прим. переводчика.

приступила к детскому психоанализу. Свои занятия она продолжила в Берлине, где в период между 1921 и 1926 гг., наряду с Бертой Борнштейн и Адой Мюллер-Брауншвейг, работала под руководством Карла Абрахама, а начиная с 1926 года вплоть до кончины практиковала детский психоанализ в Лондоне. Первым пациентом Мелани Клейн стал ее пятилетний сын Эрик, фигурирующий под псевдонимом Фриц в отчете, который она представила в 1919 году членам Венгерского психоаналитического объединения.

«Знания, приобретенные в ходе этого анализа, определили направление всей моей дальнейшей деятельности», — писала Мелани Клейн (Klein, 1972, S. 14). Клейн проводила лечение сына в детской, используя его игрушки: «Ребенок с самого начала делился со мной своими фантазиями и тревогой преимущественно во время игры, между тем как я их неизменно истолковывала... Этот метод соответствует основному принципу свободных ассоциаций» (ibid.). На основе опыта, приобретенного благодаря первой попытке психоаналитического лечения ребенка, Мелани Клейн разработала собственную психоаналитическую теорию, вступив в соперничество с Анной Фрейд.

## 2. Различия между приемами лечения, разработанными Анной Фрейд и Мелани Клейн

Исходя из того, что грубое обращение пациентов в возрасте от 2 до 3 лет со своими игрушками свидетельствует в рамках переноса о характере ранних объектных отношений, Мелани Клейн пришла к выводу о существовании исходного конфликта между любовью и ненавистью, между нежными и деструктивными порывами, символическим выражением которого являются фрагментарные объекты, в частности любимая «добрая» и «злая» материнская грудь, подвергающаяся настоящим нападкам со стороны грудного ребенка.

По мнению Клейн, младенец воспринимает мать как «протопреследовательницу, которая извне и изнутри атакует тело ребенка», угрожая кастрировать младенца мужского пола или выпотрошить младенцев обоих полов (S. 26). Клейн была «убеждена в том, что в основе инфантильных невротозов лежит психотическая (т. е. параноидная и шизоидная) тревога, которая в известной степени является элементом нормального развития в младенчестве...» (а.а. О., S. 26). Она подразделяла оральную стадию развития на две субфазы — параноидно-шизоидную и депрессивную, — полагая, что переживания, характерные для этого этапа психологической эволюции, сохраняются на всю жизнь и доступны для реактивации в любом возрасте. Судя по результатам наблюдений Мелани Клейн, по мере развития процесса интеграции приятных и неприятных для эго ребенка элементов объекта возникает депрессивная тревога, поэтому она и назвала субфазу, датированную второй половиной первого года жизни, «депрессивной».

Камнем преткновения между Анной Фрейд и Мелани Клейн явилось мнение последней о том, что эдипов комплекс и супер-эго формируются в возрасте, соответствующем депрессивной субфазе развития. Разрешающим фактором этого процесса Клейн считала фрустрации орального характера, обусловленные внешними обстоятельствами или «неспособностью» ребенка «получать удовлетворение от кормления грудью» (Klein, 1973, S. 158).

Различные представления Мелани Клейн и Анны Фрейд о процессе развития ребенка и происхождении невротозов, разумеется, не могли послужить основой для аналогичных приемов лечения.

Если Анна Фрейд тяготела к «модификации классических приемов лечения», то Клейн усматривала значительные различия между интерпретацией детских переживаний и анализом состояния взрослого человека, хотя и допускала, что при изучении эго взрослого человека учитывать уровень психологического развития было бы не менее целесообразно, чем при исследовании эго ребенка. Она рекомендовала без промедления обращать внимание на позитивные и негативные проявления переноса и осуществлять «глубокое» толкование. При этом сначала происходит реактивация, а затем ликвидация агрессивных и садистических импульсов орального характера, которые не в последнюю очередь обусловлены завистью и ненавистью, возникающими в связи с «бессознательным знанием» того, что родители вступают в коитус, рассматриваемый сквозь призму фантазий орального толка (Klein, 1973, S. 166).

Анна Фрейд придерживалась иного мнения, хотя впоследствии произвела ревизию некоторых своих представлений о модификации приемов лечения с учетом условий детского психоанализа, в частности концепции «неаналитической прелюдии» терапии. Она полагала, что дети хуже поддаются анализу, чем взрослые люди, поскольку зачастую

не испытывают страдания, под давлением которых возникает потребность в аналитическом лечении, и не проявляют склонности к самосозерцанию, рефлексии и озарению. Чем моложе пациент, тем скромнее его способность к восприятию правды, ниже порог восприятия тревоги и фрустрации, уязвимее представления о неизменности объекта, и поэтому выше степень риска возникновения переноса. Серьезным препятствием на пути развития процесса психоаналитического лечения Анна Фрейд считала и то обстоятельство, что дети предпочитают выражать свои чувства действиями, а не словами. Кроме того, она полагала, что «щекотливая ситуация может сложиться в связи с неизбежным вмешательством родителей в процесс анализа ребенка». «В этих обстоятельствах довольно трудно разработать приемы лечения в соответствии с канонами психоанализа, то есть осуществить интерпретацию феноменов, связанных с переносом и контрпереносом, устранить смещение и регрессию, заменить примитивные патогенные защитные механизмы резонными, адаптивными реакциями, усилить общий потенциал эго и создать условия, при которых эго сможет контролировать большее пространство психики» (A. Freud in Sandier et al., 1980, S. 9).

### 3. Мотивация ребенка и задачи психотерапевта

Анна Фрейд неустанно подчеркивала значение основательного психодиагностического исследования, которое проводится с учетом метапсихологических критериев перед началом лечения. Например, симптомы инфантильной тревоги можно рассматривать сквозь призму динамики защитных механизмов и с учетом затрат психической энергии как свидетельство более или менее успешной адаптации, между тем как в контексте генеза они свидетельствуют о принадлежности к определенной стадии развития. Не в последнюю очередь следует ответить на вопрос о психологическом значении связанных с тревогой конфликтов в рамках структуры психики ребенка. Речь идет об определении степени психосексуальной зрелости, оценке характера организации эго и получении сведений об уровне объектных отношений.

На практике прелюдия детского анализа отличается от предварительной стадии анализа взрослого человека. Как правило, ребенок оказывается на приеме у психотерапевта из-за того, что на него жалуются родители или у него возникают проблемы социального характера либо в детском саду, либо в школе, поэтому уровень его личной мотивации поначалу невысок. На предварительном этапе терапии ребенок создает в процессе игры своеобразный «автопортрет», что позволяет ему определить свое душевное состояние, повысить уровень мотивации, необходимой для лечения с помощью аналитических методов и формирования лечебного альянса.

Даже при благоприятных условиях мотивация и лечебный альянс периодически подвергаются опасности в процессе аналитического лечения, поэтому следует время от времени проводить мероприятия, способствующие восстановлению необходимой эмоциональной атмосферы. Нельзя забывать и о том, что ребенок оказался в приемной аналитика по воле родителей, который могут в любой момент прервать курс лечения. В связи с этим следует подвергать психологической переработке сопротивление и негативный перенос не только в рамках отношений между аналитиком и анализандом, но и в контексте взаимоотношений аналитика и родителей. Даже позитивный перенос при наличии конфликтов, подрывающих лояльное отношение ребенка к родителям или связанных с ревностью родителей к терапевту, может способствовать развитию деструктивных тенденций. Как правило, опасность возникает в том случае, если терапевт под воздействием типичного контрпереноса начинает играть роль примерного родителя и бессознательно обращается с истинными родителями как с детьми. Между тем привлечение родителей к терапии способствует достижению цели анализа, которая заключается в «предотвращении задержек психологического развития, устранении ограничений, связанных с регрессией и вынужденными уступками, и высвобождении произвольной энергии, стимулирующей дальнейшее развитие ребенка» (Freud, 1987, Bd. 9, S. 2410).

В условиях детской и подростковой психоаналитической терапии остаются в силе основополагающие правила, регулирующие процесс свободных ассоциаций, толкования сновидений и переживаний, связанных с переносом, защитной реакцией и сопротивлением. Стоит ли указывать на то, что повторение и реконструкция прежних (травматических) переживаний являются неотъемлемыми элементами анализа, который осуществляется с целью осознания, понимания и адаптации.

Однако в связи с тем, что ребенок мыслит конкретно и упрощенно, принимая во

внимание прежде всего текущие обстоятельства, эмоциональный опыт приобретает в процессе детского анализа большее значение, чем разъяснение. К этому располагает и обстановка сеанса, ибо и без того незначительная дистанция между аналитиком и пациентом может сокращаться в том случае, если ребенок отличается эмоциональностью и склонностью к бурной жестикуляции.

Аналитик должен проникнуться мыслями и чувствами ребенка, а также ознакомиться с его манерой отыгрывания, поскольку в противном случае он рискует упустить из вида бессознательные переживания пациента, которые заявляют о себе в играх, фантазиях, сновидениях и творчестве ребенка (Anthony, 1982). Маленький пациент рассчитывает на то, что аналитик не только поможет ему разобраться в своих чувствах, но и откликнется на них, поскольку дистанция, разделяющая сознательную и бессознательную области, в детском возрасте еще довольно незначительна, и ребенок, которого пугает перспектива разрушения бессознательных структур под натиском эго, должен знать наверняка, что аналитик — это живой человек, способный помочь ему отличить фантазии от реальности и распутать клубок противоречивых чувств и влечений.

#### 4. Три уровня психотерапевтических отношений

Реальные терапевтические отношения, которые ребенок периодически подвергает испытанию на прочность, сравнивая аналитика с близкими людьми, сохраняют актуальность в течение всего аналитического процесса. На начальном этапе терапии маленький пациент отдает предпочтение привычной манере общения со взрослыми людьми, проявляя недоверие или занимая выжидательное положение, высказывая равнодушие или принимая активное участие в диалоге. В зависимости от намерений и степени зрелости психики ребенок пытается освоиться в непривычной терапевтической ситуации, которая может поначалу вызывать у него страх, и старается получить представление об аналитике, оказывающее решающее влияние на лечебный альянс.

Впрочем, напряженная атмосфера, в которой протекает терапевтический диалог в рамках детского анализа, возникает не только в результате взаимодействия реальных отношений и отношений, связанных с переносом, но и вследствие того, что ребенок создает еще одно реляционное пространство, облекая в конкретную форму свои внутренние образы (Нааг, 1983). По мнению Хаара, наряду с реальным отношением ребенка к текущим обстоятельствам и терапевту, возникают особые отношения с участием воображаемых персонажей (ковбоев, шерифов, гангстеров), и ребенок, словно режиссер, дает указания терапевту, ожидая от него определенных слов и действий. Подобная проекция собственных представлений и влечений скорее всего обусловлена переносом прежних объектных переживаний, хотя речь идет прежде всего о том, что фрагменты эго, ид и супер-эго ребенка приобретают материальную форму в рамках проективной идентификации, а затем под влиянием корректирующего эмоционального переживания в ходе общения с аналитиком сливаются воедино в самости ребенка. В соответствии с принципами психоанализа ребенок идет на поводу у ассоциаций. Вместе с тем он превращает их в игру, рассчитывая на то, что в ней примет участие и аналитик, который «чередует диагностические наблюдения и эмпатические сопереживания, должен наделить ребенка этой способностью» (Нааг, 1983, S. 19). Отмечая малейшие невербальные сигналы, принимая во внимание собственные переживания в рамках переноса и фантазии, которые возникли, быть может, еще в детстве, психотерапевт стремится понять значение этих образов, расшифровать закодированные сигналы в ходе игры и способствовать тому, чтобы ребенок их осознал (Anthony, 1982).

Перенос в рамках детского психоанализа тоже во многом отличается от переноса, возникающего в процессе анализа взрослого человека. В связи с тем, что первичные участники отношений оказывают решающее влияние на душевные переживания ребенка, а процесс консолидации внутренних объектов далек от завершения, на аналитика проецируются преимущественно текущие эмоциональные переживания, поэтому невротический конфликт можно выявить *in statu nascendi*<sup>2</sup>. Вместе с тем в ходе детского психоанализа наблюдаются реакции переноса, обусловленные ранними объектными переживаниями и провоцирующие посредством бессознательных инсценировок, осуществляемых пациентом, соответствующие реакции контрпереноса со стороны терапевта, которые можно использовать в качестве инструмента диагностики. Подход к анализу феноменов переноса в рамках детской психотерапии не отличается от

---

<sup>2</sup> [лат.] В состоянии зарождения. — Прим. переводчика.

соответствующей методики, применяемой при психотерапии взрослых пациентов. Для того чтобы внести изменения в невротические стереотипы отношений и создать условия для переживаний иного характера, необходимо подвергнуть психологической переработке и интерпретации тревогу, сопротивление и инфантильные желания анализанда.

Степень влияния внутренних образов на отношения и характер этих представлений зависит от возраста и уровня развития ребенка. Для детей четырехлетнего возраста игра является основным средством выражения своих переживаний, между тем как подростки четырнадцати лет обращаются к фантазиям и отыгрыванию лишь в период регрессии. В этом смысле детский психоанализ отличается от подросткового психоанализа. До недавнего времени считалось, что в подростковом возрасте происходит «повторное оживление эдипова комплекса», и для успешной адаптации в мире взрослых подростку необходимо окончательно устранить прежние конфликты. Ныне этот период развития рассматривается сквозь призму процесса укрепления социальной, индивидуальной и половой идентичности, который может спровоцировать характерные расстройства.

В подростковом возрасте «на критической стадии развития ощущается настоящая потребность в утолении страстей сексуального и нравственного характера, которая и приводит к закономерной разрядке. На исходе этого периода подросток выходит за пределы семьи и входит в общество» (Kaplan, 1988, S. 11). Речь идет о драматическом этапе развития, который служит связующим звеном между детством и зрелостью. Предпосылкой достижения сексуальной зрелости являются отделение от близких родственников, отношения с партнером противоположного пола и отказ от идеализации родителей, который позволяет в том числе устранить опасность инцеста.

Этим и объясняются трудности, с которыми приходится сталкиваться специалистам по подростковому психоанализу. На данной стадии прогрессивное развитие сопровождается регрессивными процессами. Отделение от родителей, которые воспринимаются в контексте эдиповых отношений как объекты соблазнения, оборачивается привязанностью к индивидам, олицетворяющим мать или отца в рамках переноса и в известной степени наделенным аналогичными чертами совершенства и инцестуозной привлекательности. В этих условиях терапевту следует действовать с особой осторожностью (Bios, 1962, 1985; Laufer & Laufer, 1984).

Вне зависимости от специализации психоаналитика в области лечения детей или подростков, он становится свидетелем психологического и физического созревания, становления и развития юных пациентов. Это ощущение превращает тяжелую работу с детьми и подростками в творческое предприятие.