**Дж. Арлоу**

**Некоторые технические проблемы контрпереноса**

© Перевод на русский язык: [Дурас С.Г.](http://www.duras.org/sduras.html), 2004

*В процессе психоаналитического взаимодействия существуют определенные моменты, способствующие возникновению контрпереноса. Один из таких моментов - устойчивая идентификация аналитика с пациентом, возникающая как результат общности бессознательных фантазий. Следует упомянуть также латентные и недостаточно проработанные личные конфликты аналитика, из-за которых рабочий материал активно стимулирует возникновение у него собственных воспоминаний. И, наконец, аналитический сеттинг как таковой обладает способностью провоцировать широкий диапазон контрпереносных реакций. Особого внимания заслуживают интервенции аналитика, по сути являющиеся попытками скрыть от себя самого и от пациента последствия подобного конфликта. Имеется множество признаков, по которым аналитик способен догадаться о том, что в его работу вмешивается контрперенос...*

Существуют серьезные разногласия по вопросу о том, какие именно явления следует объединять под рубрикой **контрперенос**. Моя собственная точка зрения наиболее близка к той, которая в свое время была выражена [Анни Райх](http://www.psychoanalysis.duras.org/reich.html):

"***Контрперенос ... - это влияние личных бессознательных конфликтов и потребностей аналитика на его понимание или технику. В подобных случаях пациент олицетворяет для аналитика объект из прошлого, на который вновь проецируются давние чувства и желания, подобно тому как это происходит в ситуации переноса у пациента. Провоцирующим фактором здесь может оказаться отдельная особенность личности или рабочего материала пациента либо что-то в аналитической ситуации как таковой***" (Reich, 1951, р. 26).

Данное определение описывает контрперенос в узком смысле этого понятия. В другой своей работе Анни Райх отмечала:

"***Одним из наиболее распространенных заблуждений является попытка уравнять контрперенос и общий, тотальный отклик аналитика на пациента, иначе говоря, попытка включить в понятие контрперенос все сознательные реакции аналитика, его отклики и способы поведения. Было бы ошибкой называть "переносом" все, что возникает у пациента в отношении его аналитика во время терапии, не проводя различия между проявлениями бессознательных стремлений, с одной стороны, и подчиненным принципу реальности сознательным поведением или наблюдениями, с другой. Аналитик для пациента, равно как и пациент для аналитика, есть совершенно реальный объект, а не только объект переноса или контрпереноса. Аналитик должен испытывать определенный (заторможенный в отношении цели) объектно-либидинозный интерес к пациенту, являющийся предпосылкой эмпатии. Сознательные реакции следует рассматривать как контрперенос лишь в том случае, когда они характеризуются необычайной интенсивностью либо тесно связаны с неуместными сексуальными или агрессивными чувствами, что указывает на связь с бессознательными инфантильными влечениями***" (Reich, 1960, р. 389-390).

Поскольку в данной дискуссии основное внимание уделено обсуждению клинического материала, я постараюсь сократить общие рассуждения до небольшого числа утверждений, которые кому-то могут показаться догматическими. В психоаналитическом взаимодействии существует несколько ситуаций, способствующих возникновению контрпереноса у индивидов, к этому предрасположенных. Первая из вышеупомянутых ситуаций возникает в случае, когда аналитик идентифицируется с пациентом, т. е. устойчивые бессознательные фантазии и желания аналитика совпадают с бессознательными фантазиями и желаниями пациента. Необходимо тонко различать эмпатию и контрперенос (Beres, Arlow, 1974). Как эмпатия, так и контрперенос связаны с пациентом. В случае эмпатии идентификация является преходящей и заключается в том, что аналитик временно разделяет с пациентом производные (derivative) выражения бессознательных фантазий и желаний последнего. В случае нормального развития событий за этим следует разрушение идентификации и сепарация от пациента. Опыт приобщения к дериватам бессознательных фантазий пациента является ключом к пониманию его конфликтов (Arlow, 1979). В слу чае контрпереноса, однако, аналитик остается фиксированным на стадии идентификации с пациентом. Вследствие этого у него обнаруживается тенденция втягиваться в конфликт, подобный тому, который переживает пациент. Аналитик, поглощенный конфликтом и всеми его превратностями, склонен либо к отыгрыванию, либо к защитному отклику. Многим не удается увидеть различие между преходящей идентификацией, характерной для эмпатии, и устойчивой идентификацией, приводящей к контрпереносу. Осознав факт существования подобного смешения понятий, я однажды сказал: эмпатия одного человека - это контрперенос другого.

Последствия устойчивой контрпереносной идентификации могут быть различными. Классическое ***"слепое пятно"***, т. е. несогласие либо неспособность понимать рабочий материал, является лишь одной из форм контрпереносного отклика и, судя по моему опыту, далеко не самой типичной. В действительности здесь происходит следующее: аналитик не желает, чтобы материал пациента напоминал ему о собственных бессознательных конфликтах. Вследствие этого рабочие интерпретации оказываются неудачными или несвоевременными, а нежелание работать подвергается рационализации. Вдобавок существует тенденция уводить пациента от работы с дериватами его бессознательного конфликта путем особого рода вмешательств, направляющих внимание к другим элементам в материале. Характерны также морализаторская позиция и осуждение в пациенте того, что не способен принять сам аналитик.

Вторая форма контрпереносных нарушений связана с природой материала, принесенного пациентом в анализ. Материал может спровоцировать в аналитике фантазии и желания, которые не обязательно будут тождественны бессознательным желаниям пациента. Они могут быть дополнительными, как, например, в случае, когда пациент жаждет быть исцеленным, а аналитик желает исцелять. В случае, если в психике аналитика действует сильный неразрешенный конфликт, даже материал, который второстепенен по отношению к центральному конфликту пациента, может оказывать стимулирующее влияние на контрперенос аналитика.

И наконец, существует третья разновидность, в которой какая-то деталь психоаналитической ситуации как таковой оказывается непосредственно связанной с конфликтом аналитика. Ранее упомянутое желание исцелять может быть хорошей иллюстрацией для такого рода случаев. Аналитическая ситуация тогда превращается в театр, где аналитик, не осознавая того, может разыгрывать особую роль перед глазами восторженных зрителей, используя работу как возможность продемонстрировать свою эрудицию или испытать свои способности. С другой стороны, аналитик может играть и роль восторженного зрителя, бессознательно идентифицируясь с пациентом. Физические условия аналитической ситуации, лежащий пациент, пассивность аналитика и/или пациента могут стимулировать бессознательные желания, связанные с пассивностью, мазохизмом и т. д.

Исходя из своего опыта, я могу сделать вывод, что ситуации первого типа (т. е. устойчивая контрпереносная идентификация) являются наиболее распространенными. Для того чтобы проиллюстрировать этот процесс, приведу один из ранее опубликованных мною примеров (Arlow, 1963). Материал был получен в ходе супервизии аналитического кандидата, чьим пациентом был молодой гомосексуальный мужчина-алкоголик. Характерной особенностью поведения пациента были попытки путем демонстрации покорности снискать расположение сильного мужчины, которым пациент восхищался и чью мощь он желал обрести в акте фелляции. Он принадлежал к типу гомосексуальных пациентов, описанному Нунбергом и Анной Фрейд (Nunberg, 1938; Freud, A., 1952). Личности этого типа позволяют сосать свой пенис, однако на уровне фантазий идентифицируются с сосущим, фантазируя о кастрации могущественного мужчины. В данном случае конфликт желаний привел к множеству вредных торможений. Механизм, лежавший в основании перверсивных стремлений, проявился в сновидении пациента, о котором его терапевт доложил в рамках супервизионной сессии.

В сновидении пациент лежит на кушетке. Вдруг он оборачивается, чтобы предложить терапевту сигарету. Аналитик испытывал определенные затруднения в работе с пациентом, и данное сновидение привело его в замешательство. Рассказывая мне о том, что пациент обернулся, чтобы предложить ему сигарету, кандидат сам достал сигарету и, отлично зная, что я не курю, протянул мне распечатанную пачку со словами: ***"Хотите сигарету?"***.

Суть затруднений, возникших у кандидата в работе с конкретным сновидением, в частности, и с этим пациентом в целом, может быть понята благодаря этому небольшому эпизоду отыгрывания. Аналитик идентифицировался с пациентом и вследствие идентификации обнаружил наиболее вероятный источник контрпереносных затруднений - возможность того, что его собственные проблемы аналогичны проблемам пациента.

В качестве второй иллюстрации я использую случай из практики терапевта-женщины. Ее пациенткой была молодая деловая женщина, имевшая чрезвычайно несчастливый опыт отношений с мужчинами. Она выходила замуж и была разведена, имела множество бурных садомазохистических связей с мужчинами, некоторые из них были явно криминального типа. В период терапии пациентка упорно пыталась выйти замуж за мужчину, с самого начала давшего ей понять, что брак не входит в его планы.

На данном этапе лечения пациентки на передний план вышел конфликт, связанный с ее младшим братом. Аналитик интерпретировал главным образом в ключе сиблинговой ревности, возникшей из соревнования за любовь и внимание матери. Однако материал указывал, что помимо мыслей об утрате любви и внимания матери, существовали и другие измерения гнева пациентки. Ассоциации указывали на зависть к брату, поскольку он был мальчиком и напоминал ей о том, что она не обладает пенисом. В этом контексте возникли ранее скрытые воспоминания о том, как пациентка пыталась причинить брату вред, когда он был в ее власти. В те моменты, когда никого из взрослых не было рядом, она часто щипала брата. Позже она стала заламывать брату руку, угрожая наказать его, если он пожалуется родителям. Она сообщила о нескольких сновидениях, одно из них было типичным. В этом сновидении пациентка гуляла с братом, оставленным под ее присмотром, по линии прибоя. Неожиданно появлялась акула и кусала брата за ногу, а пациентку - за руку. Среди прочих симптомов она жаловалась на страх перед мышами и насекомыми. Пациентка боялась быть укушенной. Этот материал, вместе с дополнительными ассоциациями, дал возможность проинтерпретировать враждебные импульсы, направленные против гениталий брата. Пациентка откликнулась воспоминанием о том, как в детстве пыталась залезть в пеленки брата в попытке ощутить его гениталии, однако женщина-аналитик не дала никакой интерпретации этому материалу. Она не заметила желания схватить гениталии и съесть их, хотя вполне осознавала природу бессознательных желаний пациентки (Arlow, 1963).

Немного ранее терапевт позволила пациентке рационализировать гнев и зависть к брату в рассуждениях о зависимости, фрустрации и сиблинговом соперничестве за материнскую заботу. Собственную отчужденность она рационализировала при помощи ***"глубинной"*** интерпретации, отметив, что она ожидает, когда пациентка самостоятельно сформулирует желание в более явственной форме. Обсуждая эту ситуацию в ходе супервизии, терапевт отметила, что имела сходную проблему со своим младшим братом и, по всей видимости, не полностью успела проработать ее в ходе личного анализа. Она была очень благодарна инсайту, полученному в контрпереносе, и приняла решение непосредственно разобраться с проблемной ситуацией.

Произошедшее вслед за этим было поразительно. Терапевт действительно коснулась существовавшей проблемы, но сделала это в агрессивной, обличительной манере. Ее не удовлетворило то, что пациентка смогла принять интерпретацию желания кастрировать брата. Терапевт безотчетно настаивала на том, что пациентка действительно пытается воспроизвести желание кусать и есть гениталии. Она лечила пациентку как грешницу, которая не получит прощения до тех пор, пока полностью не исповедуется в своих преступлениях. На первом этапе эта женщина-терапевт защищалась от материала своей пациентки, который напоминал об испытанной ею самой ранее вине и раскаянии за подобные желания. Обсуждение второй фазы контрпереносного отклика оказалось очень эффективным. Как только она отказалась от обличительной манеры (не ускользнувшей от внимания пациентки), начал появляться новый и очень важный материал. Это были воспоминания о пребывании пациентки в родительской спальне и о наблюдении за первичной сценой. Материал указывал на то, что пациентка желала находиться на месте отца и иметь сексуальные отношения с матерью. Она фантазировала о том, что, поедая фаллос отца, она сможет обладать им, и это позволит ей занять место отца в сексуальной связи с матерью.

В качестве третьего примера я использую материал, полученный в ходе супервизии случая одного молодого врача, который не мог определиться со своей половой ролью. Пациент имел мощные и осознаваемые гомосексуальные стремления, которые, однако, не мог принять. В то же время он чрезвычайно страшился женщин и опасался быть пойманным, вступив в отношения с ними. Описываемая мною супервизия состоялась через пять месяцев после того, как пациент пришел в анализ, хотя знакомство с представленным материалом создало у меня впечатление, что лечение начато совсем недавно. Предварительный материал дал несколько инсайтов относительно природы затруднений пациента. Пациент говорил главным образом о своей матери, которую описывал как холодную, заторможенную и пугающую женщину. Метафоры обнаруживали фантазию пациента о том, что он всасывается и проглатывается машиной, и это позволило сделать некоторые догадки относительно природы его бессознательных страхов. Стало очевидным, что пациент очень боится быть пойманным и остро нуждается в мазохистическом подчинении мужчине.

Перенос впервые обнаружил себя в форме поведения, связанного с сеттингом. Пациент постоянно пытался контролировать терапию, создавая ситуации, вынуждавшие его отменять заранее назначенные сессии. Некоторые из ситуаций он рационализировал в понятиях профессиональной ответственности, другие оправдывал тривиальными вещами: например, пациент отменял сессию, поскольку в это время он собирал вечеринку, где вместе со своими друзьями смотрел какую-то особую телепередачу, брал небольшой перерыв, сообщал аналитику, что едет в отпуск в сроки, не совпадающие со сроками отпуска аналитика (не обсуждая это предварительно и не согласовав возможности изменения графика). Кандидат не видел в подобном поведении проблемы, и даже когда оно привлекало его внимание, он оказывался совершенно неспособным указать на это пациенту. Вместо этого терапевт занимал смущенную и беспомощную позицию, как если бы он боялся контролировать пациента. Пациент отвечал тем, что отменял все больше сессий по самым различным поводам, пока не наступил этап, на котором аналитическая работа стала почти невозможна. Я указал кандидату на то, что подобное поведение пациента несовместимо с аналитическими задачами и противоречит терапевтическому договору. Необходимо было сказать об этом пациенту. Запоздалая интерпретация быстро вскрыла глубинную мотивацию пациента. Своим поведением он стремился спровоцировать аналитика, и это было связано с его глубоко укорененными мазохисти-ческими проблемами. В течение последующих недель пациент продолжал вести себя провокативно. Теперь он был ***"озадачен"*** и говорил, что не совсем ясно представляет себе суть терапевтического договора, обращаясь к аналитику с просьбой о повторных разъяснениях. Он обвинял терапевта в нечестном лечении, хотя реальных оснований для таких обвинений не было. Пациент по-прежнему не понимал замечаний кандидата. Например, терапевт высказал предположение, что пациент мог бы немного изменить свое расписание, что дало бы возможность им обоим уйти в отпуск одновременно. Реакция пациента выразилась в мысли о том, что когда он вернется из отпуска, аналитик прервет терапию. Так или иначе, в глазах пациента аналитик оставался угрожающим, обвиняющим, унижающим и непонимающим. Вместо того чтобы интерпретировать недоразумения во взаимоотношениях с пациентом в понятиях ма-зохистических проблем последнего, кандидат упорно отстаивал ***"реальность"*** своих действий и суждений, однако избегал прямых объяснений на тему терапевтического договора.

Я попытался прояснить, почему в ходе анализа не становится предметом обсуждения фантазия пациента об обвинении и унижении. Эта тема обсуждалась на очередной супервизии. Кандидат ответил, что пациент не совсем четко осознает свои обязательства относительно времени и что он как терапевт пытается объяснить это пациенту. Поскольку я мало знал о ранних этапах этого анализа, я задал вопрос, как именно был заключен договор с пациентом и почему время не обговаривалось в самом начале. Вслед за моим вопросом последовало драматическое повторное разыгрывание в супервизионной ситуации событий, происходивших в анализе. Кандидат настойчиво просил меня пояснить, чего именно я хочу. Он желал детальных технических рекомендаций и т. п., я чувствовал, что снова и снова на разный лад повторяю ему одно и то же. Так продолжалось до тех пор, пока в конце концов я не понял, что сейчас в рамках супервизии кандидат делает со мной то, что пациент делал с ним в ходе анализа. Кандидат тоже осознал это. Я высказал предположение, что он идентифицировался с пациентом и с мазо-хистической, провокативной манерой поведения последнего. Кандидат пытался разозлить меня и добиться наказания, подобно тому как пациент пытался обвинить его и вынудить прервать терапию. Как только терапевт перестал реагировать на провокации со стороны пациента, природа рабочего материала резко изменилась. Впервые появились ассоциации, связанные с пассивными сексуальными желаниями пациента, первоначально смещенными на замещающий переносный объект, а затем и явственно направленными на терапевта.

В заключение я хотел бы привести несколько наблюдений. Во-первых, наши пациенты наблюдают за нами точно так же, как мы наблюдаем за ними. Они отслеживают наши реакции, зачастую с целью обнаружить вероятные пути удовлетворения своих инфантильных стремлений. Репертуар поведения, используемого пациентами в таких случаях, практически безграничен. Однако я хотел бы подчеркнуть в этой связи роль молчания (Arlow, 1961). Перекладывая груз интервенций на плечи аналитика, пациент получает достаточно полное представление о том, какое влияние оказывает на терапевта молчание. Молчание - один из наиболее эффективных инструментов провокации контрпереносного ответа в аналитике.

Во-вторых, контрпереносные реакции и защиты аналитика очень часто заимствованы у пациента. Таким образом, возможно не только совпадение бессознательных желаний аналитика и пациента, но и общность защит от этих желаний. Когда в ходе супервизии предметом обсуждения становится контрпереносное взаимодействие, зачастую можно наблюдать, как аналитик защищается от наблюдений супервизора точно таким же образом, как это делал пациент, защищаясь от его собственных интерпретаций.

И еще, я хотел бы обратить внимание на важность выявления индикаторов контрпереносных реакций. Проявления последних чрезвычайно многообразны. В общем их можно назвать утратой аналитической позиции. Наиболее часто обсуждалось так называемое ***"слепое пятно"***. Обычно эта проблема открывается в процессе супервизии и обнаруживается в чувстве замешательства. Аналитик утрачивает способность следить за потоком ассоциаций, ощущает нарушение эмпатического контакта с пациентом. Достаточно часто обсуждаются и случаи избыточной эмоциональности, утраты контроля, раздражительности, сонливости или скуки аналитика. В равной мере важны и многочисленные индикаторы вне аналитической ситуации, которые могут служить доказательствами существования контрпереносной вовлеченности. Повторяющиеся мысли о пациенте за рамками рабочей ситуации, особенно те мысли, которые вызывают резкую смену настроения, например, депрессию, обычно указывают на возможное беспокойство в контрпереносе. То же самое верно в отношении ситуаций, когда образ пациента появляется в явном содержании сновидений аналитика или когда у аналитика возникают навязчивые фантазии, центрированные на пациенте. Более тонкой, но возможно не менее значимой является тенденция рассказывать о событиях анализа или обсуждать проблемы пациента, даже если профессиональная конфиденциальность при этом не нарушается. И конечно же следует упомянуть хорошо известные оговорки и ошибочные действия, связанные с пациентом, в частности, путаница в расписании, опоздания, забывание о назначенных сеансах. В общем, диапазон контрпереносных реакций почти так же широк, как и диапазон переносных реакций пациента. Различие между ними заключается в том, что последним уделяется намного больше внимания.

**Литература**

 ARLOW, J.A. (1961) Silence and the theory of technique. /. Am. Psychoanal. Assoc. 9: 44-55.

 ARLOW, J.A. (1963) The supervisory situation. /. Am. Psychoanal. Assoc. 11: 576-594.

 ARLOW, J.A. (1979) The genesis of interpretation. Bull. Am. Psychoanal. Assoc, 27: 193-206.

 BERES, D. & ARLOW, J.A. (1974) Fantasy and identification in empathy. Psychoanal. Q. 43: 26-50.

 FREUD, A. (1952) Studies in passivity. In: The Writings of Anna Freud Vol. 4. Indications for Child Analysis and Other Papers, 1945-1956. New York: Int. Univ. Press, 1968, p. 245-259

 NUNBERG, H. (1938) Homosexuality, magic and aggression. Int. f. Psychoanal. 19: 1-16.

 REICH, A. (1951) [On counter-transference](http://www.psychoanalysis.duras.org/reich.html). Int. J. Psychoanal. 32: 25-31.

 REICH, A. (1960) Further remarks on counter-transference. Int. J. Psychoanal. 41: 389-395.

Все права защищены. Копирование материалов со ссылкой на [страницу](http://www.psychoanalysis.duras.org/) разрешено.

