Эра **контрпереноса**

Антология
психоаналитических
исследований
(1949–1999 гг.)

Игорь Романов
Дональд Винникотт
Паула Хайманн
Хайнрих Ракер
Маргарет Литтл
Роджер Мани-Кёрл
Анни Райх
Отто Кернберг
Джозеф Сандлер
Горацио Этчегоен
Роберт Хиншелвуд
Теодор Джекобз
Джейк Арлоу
Чарльз Бреннер
Михаэль Мёллер
Михаэль Ротманн

Составление,
научная редакция
и предисловие
И.Ю. Романова

Академический Проект
Москва
2005

УДК 159.9
ББК 88
Э 74

Э 74 **Эра контрпереноса:** Антология психоаналитических исследований (1949–1999 гг.) / Составление, научная редакция и предисловие И.Ю. Романова. — М.: Академический Проект, 2005. — 576 с. — («Концепции»)

ISBN 5-8291-0239-0

В антологии «Эра контрпереноса» собраны основные работы по одной из наиболее актуальных проблем современного психоанализа. В классических статьях П. Хайманн, Х. Ракера, Д. Винникотта и других авторов, в трудах таких современных исследователей, как Г. Этчегоен, О. Кернберг, Дж. Сандлер, Р. Хиншелвуд и многих других, представлены различные подходы к пониманию и использованию субъективного опыта аналитика в психоаналитическом процессе. Несмотря на различие школ и убеждений, все авторы сходятся во мнении, что переоткрытие контрпереноса изменило лицо психоанализа и в части теории, и в области терапевтической техники.

Книга адресована психоаналитикам, психотерапевтам, психологам, всем тем, кто изучает психоанализ, интересуется его историей и современным состоянием.

УДК 159.9
ББК 88

© Karnac Books, International Journal of Psycho-Analysis, Psychoanalytic Quarterly
© Права на издание на русском языке, составление, научная редакция и предисловие — И.Ю. Романов, 2004
© Перевод С. Дураса, А. Дышлевого, З. Баблояна, Е. Пчельниковой, Э. Зиминой, А. Донской, О. Матузок, А. Ускова, К. Куркиной, В. Старовойтова, В. Крук, 2004
© Академический Проект, оригинал-макет, оформление, 2005

ISBN 5-8291-0239-0

Благодарности

Мне бы хотелось выразить свою признательность тем, кто помог подготовить данное издание и сделать его доступным русскоязычному читателю. Это прежде всего авторы, которые разрешили использовать их работы: Горацио Этчегоен, Роберт Хиншелвуд, Теодор Джекобз, Джейк Арлоу, Чарльз Бреннер, Михаэль Ротманн. Кроме того, я благодарен издательствам и журналам, предоставившим право на публикацию этих текстов: *Karnac Books*, *International Journal of Psycho-Analysis*, *Psychoanalytic Quarterly*, *Московский психотерапевтический журнал*. Большую и неоценимую помощь на разных этапах работы над сборником оказал Гари Голдсмит, чьи лингвистические, аналитические и деловые способности уже давно служат делу возрождения психоанализа в России и Украине. В работе над рядом статей Завен Баблоян помог добиться наибольшей точности и аккуратности перевода. Я хочу выразить особую признательность литературному редактору Елене Донской, усилиями которой наш сборник переводов был превращен в факт русской речи.

Я благодарен Андрею Поршенко за его вклад в наши совместные издательские проекты. Без его организаторского таланта этот сборник вряд ли увидел бы свет.

Игорь Романов

Содержание

И.Ю. Романов. О принципах перевода 7
И.Ю. Романов. На стыке психоаналитических традиций 20

I. Обзор концепций

Г. Этчегоен. Контрперенос 71
I. Контрперенос: открытие и переоткрытие 71
II. Контрперенос и объектные отношения 105
III. Контрперенос и психоаналитический процесс 123
Р. Хиншелвуд. Контрперенос: кляйнианская перспектива 148
Т. Джекобз. Прошлое и будущее контрпереноса: обзор концепций 196

II. Переоткрытие контрпереноса

П. Хайманн. О контрпереносе 239
П. Хайманн. Контрперенос 248
Х. Ракер. К проблеме контрпереноса 262
Х. Ракер. Значение и использование контрпереноса 292
Д. Винникотт. Ненависть в контрпереносе 351
Д. Винникотт. Контрперенос 366
М. Литтл. Контрперенос и отклик пациента на него 376
Р. Мани-Кёрл. Нормальный контрперенос и некоторые его отклонения 399
А. Райх. К вопросу о контрпереносе 416
А. Райх. Дальнейшие замечания о контрпереносе 432
А. Райх. Эмпатия и контрперенос 449

III. Развитие теории и техники

О. Кернберг. Заметки о контрпереносе 467
Дж. Сандлер. Контрперенос и ролевая откликаемость 490
Дж. Арлоу. Некоторые технические проблемы контрпереноса 501
Ч. Бреннер. Контрперенос как компромиссное образование 512
М. Л. Мёллер. Самость и объект в контрпереносе 524
Й. М. Ротманн. К вопросу об инструментах, процессе и «гештальте» аналитического часа 547

Именной указатель 568

О принципах перевода

Романов И.Ю.

К сожалению, в современной русскоязычной психоаналитической литературе не существует устоявшихся терминологических и стилистических канонов (см. обсуждение этой темы, в частности, в [1; 2; 7; 12; 13; 15]). Различные авторы, переводчики и редакторы ориентируются на немецкий, английский или французский стандарты, на русские переводы 10-х—20-х годов, на собственные вкусовые предпочтения и т. д. Результатом подобной разноголосицы становятся бросающиеся в глаза искажения: как в каждом сновидении, по мысли Фрейда, имеется место, где оно остается непонятным, так и в каждом переводе психоаналитического текста есть фрагменты, в которых произвол переводчика побеждает внимание к оригиналу и здравый смысл. Нам бы не хотелось ссылаться на заведомо плохие переводы, изменяющие оригинал порой до неузнаваемости[1]. Но даже в очень хороших переводах, выполненных думающими, компетентными переводчика-

[1] Хотя за такими примерами далеко ходить не приходится, достаточно указать на недавно вышедший сборник «Эдипов комплекс и эротические сны» издательства «NOTA BENE» [3], являющийся переводом английского издания «Oedipus Complex Today» издательства «Karnac Books» [17]. Сравнение русского текста книги с английским чрезвычайно увлекательно хотя бы потому, что на протяжении довольно больших периодов между оригиналом и переводом не удается установить никакой — ни положительной, ни отрицательной — связи.

ми, встречаются моменты, которые не могут не изумлять. Один пример нам уже доводилось приводить — это использование слов *отождествление* и *самоотождествление* вместо привычного слова *идентификация* в переводе Н.С. Автономовой «Словаря по психоанализу» Ж. Лапланша и Ж.-Б. Понталиса [9, с. 431]. Все бы ничего, если бы невообразимое сочетание *проективное (само)отождествление* (неясно, почему тенденцию к русификации нельзя провести и далее, заменив слово *проекция* чем-нибудь вроде *отображения*?) осталось на совести переводчика и взгляд читателя спотыкался об него лишь в собственных текстах и переводах Н.С. Автономовой. Но ведь нельзя забывать, что перевод такого текста, как «Словарь», задает некую норму, канон, и вот уже мы встречаем это монструозное словосочетание в упомянутом «Эдиповом комплексе» наряду с другими ссылками на Н.С. Автономову [3, с. 187, 151].

Тенденция к русификации не единственный пример свободного самовыражения переводчиков. Недавно читатели психоаналитической литературы могли порадоваться еще одной новации. Оказывается, псевдонимы фрейдовских пациентов следует переводить так, как если бы они были фамилиями: *Вольфсманн*, а никакой там не *Человек-Волк* или *Человек с волками*, *Раттенманн*, а не *Человек-Крыса* или *Человек с крысами* [2, с. 326–327]. Почему? Здесь автор этой идеи, прекрасный переводчик и редактор А.М. Боковиков, ссылается на немецкое написание этих имен (*Wolfsmann*, а не *Wolf-Mann*), а также на уничижительное звучание их русских эквивалентов. На наш взгляд, в данном случае мы рискуем попасть в другую ловушку — буквализм. Элементарный здравый смысл подсказывает, что фрейдовские псевдонимы являются прозвищами, недвусмысленно отсылающими к историям конкретных пациентов, а вовсе не фамилиями, хотя бы и вымышленными. Поэтому в данном случае следует постараться передать на русском языке их смысл, а не стремиться к весьма условной формальной точности.

Проблемы с переводом психоаналитической лексики существуют во всех языках [5; 11]. Но они должны решаться не произвольным выбором того или иного переводчика или редактора, а в ходе серьезного обсуждения в профессиональном сообществе, через подготовку стандартных изданий основополагающих текстов, словарей и т. д. Можно вспомнить такие примеры, как издание трудов Фрейда на испанском языке под редакцией Х. Ортеги-и-Гассета и продолжающийся проект их французского издания под редакцией Ж. Лапланша. Кроме всего прочего они напоминают нам, какое значение для культурной судьбы психоанализа — испанского, латиноамериканского или французского — имело его языковое оформление.

Пока подобных изданий на русском языке приходится только ожидать, единственной защитой от произвола остается, на наш взгляд, осознанная и ясно артикулированная позиция создателей того или иного переводческого проекта. Это не спасает от ошибок, но по крайней мере открывает возможность для профессиональной дискуссии и продуктивной критики. Хорошими примерами такого рода рефлексивного подхода могут служить уже упомянутые издания под редакций Н.С. Автономовой и А.М. Боковикова, превосходные работы А.В. Казанской, а также недавно увидевшая свет «Антология современного психоанализа» под редакцией А.В. Рассохина. По мере сил мы пытаемся поддержать эту традицию открытости.

Итак, в данном издании были приняты следующие правила перевода.

Фрейдовское именование инстанций психического аппарата было передано терминами *Ид*, *Эго* и *Супер-Эго*. Несмотря на то, что в переводах с немецкого и французского языков считается вполне уместным употребление терминов *Оно*, *Я* и *Сверх-Я*, в англоязычных психоаналитических текстах устоялась другая традиция. Возможно, традиция эта основана на некой благословленной самим Фрейдом неточности английских переводчиков, однако именно в таком виде она пришла к нам и потому должна быть сохранена. Сходная ситуация имеет место со словом *ин-*

стинкт. Фрейдовские *Trieb'ы* изначально — и правильно — переводились на русский язык как *влечения*. В английском же языке они чаще всего именовались *инстинктами*. Прошло довольно много времени, прежде чем англоязычные авторы и переводчики стали использовать слово *drive*, отличая его от *instinct*. Однако к тому времени лексикон некоторых научных школ и традиций уже устоялся, и менять его было довольно сложно. Поэтому, например, в кляйнианских текстах мы встречаем выражение «инстинкты жизни и смерти», отсылающие не только и даже не столько к Фрейду, сколько к концепциям Мелани Кляйн. Должны ли мы переводить его как «влечения (к) жизни и смерти»? Ответ на этот вопрос не очевиден, однако мы предпочитаем в данном случае доверять авторам и оставлять *instinct инстинктом*, а *drive — влечением*. История фрейдовского понятия *Deutung* подобна этой: в ранних русских переводах мы можем встретить перевод *толкование*, сегодня же его место заняла пришедшая из английского языка *интерпретация*.

Мы используем заглавные буквы в написании слов *Эго*, *Супер-Эго* и *Ид*, руководствуясь очень простым резоном: слово *эго*, написанное со строчной буквы, выглядит очень похожим на слово *это*, а слово *я* (при переводе с немецкого или французского) трудно отличить от местоимения *я*. Заглавные буквы позволяют избежать этих трудностей, превращая местоимения в термины.

Понятием, соотносимым с инстанциями психического аппарата, является *self*, что в данном сборнике переводится как *самость*. В некоторых изданиях можно также встретить переводы *Я*, *собственное (мое) Я*, *селф* и т.д. В первом случае мы неизбежно впадаем в путаницу между *Я* как *Эго* и *Я* как *самостью*, в последнем — используем иноязычный термин в отношении понятия, смысл введения которого заключался как раз в том, чтобы избежать далеких от обыденного языка наукообразных терминов [8]. Русское слово *самость* звучит несколько архаично, однако обладает гораздо более широким семантическим ореолом. Оно встречается в словаре В. Даля[1] и во многих современных психологических текстах. Единственный недостаток его использования заключаемся в том, что не всегда удается передать игру смысла английских высказываний, в которых *self* используется то в роли существительного, то местоимения.

Везде и систематично термин *transference* передан словом *перенос*, а *countertransference — контрперенос*. Это кажется почти общепринятым за исключением старых русских переводов, где иногда использовались слова *перенесение* и *обратное перенесение*. Сегодня в переводах специальных текстов довольно часто встречаются слова *трансфер* и *контртрансфер*. Аргументом в пользу *переноса* может служить то, что в данном случае мы не видим никакой необходимости менять норму перевода, устоявшуюся при переводе фрейдовских текстов с немецкого языка (в отличие от ситуации с *Я — Эго*). Русское слово совершенно адекватно передает смысл как немецкого, так и английского терминов, которые к тому же оба являются не латинизированными терминами, а вполне обычными словами. Недавно один из переводчиков (А.Ф. Усков) продолжил тенденцию русификации психоаналитической лексики, явно в экспериментальных целях использовав слово *противоперенос* [10]. Думается, подобные новации вряд ли получат широкое хождение, в противном случае нам предстоит серьезная работа по реформе словаря русского языка, начиная, конечно же, со слов с префиксом *контр-*: контрреволюция, контратака и т. д.

Возникают сложности с прилагательными, образованными от слов *перенос* и *контрперенос*. Здесь трудно добиться единообразия, существующего в английских текстах. Например, выражения, звучащие по-русски как *невроз переноса* (соответственно — *контрпереноса*), *переносные мысли* (*позиции*, *реакции*, *предрасположенность*, *агрессия* и т. д.) и *тревога в переносе*, по-английски построены одинаково — *transference neurosis*

[1] «Самость ж. личность, самоличность, одноличность, подлинность; истость, и самостоятельность, стойкость. ... Индивидуальность» [4, с. 132].

(*positions*, *reactions*, *anxiety* и т. д.). Иногда это единообразие подразумевает некое двойное значение: *transference resistance* можно перевести (и понять) и как *сопротивление в переносе*, и как *сопротивление переноса*, *перенос как сопротивление*. (Особенно многочисленны подобные многозначные выражения в статьях Х. Ракера.) Исходя из этих трудностей, мы стремились к однозначности перевода в тех местах, где это кажется очевидным, оставляя в других несколько неуклюжие определения *переносный — контрпереносный*.

Еще один психоаналитический концепт, вызывающий грамматические затруднения, — *эдипов комплекс*. В русском языке принято правописание с большой буквы тех прилагательных, которые образованы от имен собственных при помощи суффиксов *-ов* или *-ин*: *Фрейдов*, *Танин*. Если же в качестве определения используется прилагательное с суффиксом *-ск*, оно пишется с маленькой буквы: *фрейдовский*, *кляйнианский*. Однако и в том, и в другом случае речь идет о чем-то, принадлежащем субъекту по имени Фрейд или Кляйн. Психоаналитическое же определение *эдипов* чаще всего отсылает нас не к царю Эдипу, а к комплексу, конфликту, отношениям, стадиям развития и т. п., названным его именем (так же, например, как *садизм* и *мазохизм* названы по именам маркиза де Сада и Леопольда фон Захер-Мазоха). Поэтому мы предлагаем писать подобные определения с маленькой буквы, несмотря на то, что в английских текстах можно встретить различные варианты написания. Так же в оригинальных текстах нет единообразия в использование прилагательных *Oedipus*, *oedipal*, *oedipic*. Мы предпочли в данном издании использовать единый термин *эдипов*, хотя вполне возможно, что определение *эдипальный* могло бы сослужить свою службу в передаче таких понятий, как *эдипальные/преэдипальные расстройства*, *эдипальные/доэдипальные стадии развития* и т. п., связанных уже не столько с историей мифического Эдипа, сколько с открытым Фрейдом эдиповым комплексом.

Целый кластер терминов связан с различными образованиями от английского слова *act*: *acting out*, *abreaction*, *enactment*. Опираясь на некоторые предыдущие издания, мы избрали следующие варианты переводов: *отыгрывание*, иногда *отыгрывание вовне* для *acting out* (иногда от него отличают *acting in — отыгрывание внутри*, однако в представленных работах этот термин не используется), *отреагирование* для *abreaction* (синоним фрейдовского термина *катарсис*), *разыгрывание* для *enactment*. Последний термин появился не так давно. Так, Дж. Сандлер, К. Дэр и А. Холдер пишут: «Представляется неудачным ... , что в литературе не используется такой, например, термин, как «разыгрывание» (enactment), для того чтобы различать общую тенденцию к импульсивным или нерациональным действиям и отреагирование как таковое в контексте лечебного процесса» [14, с. 125]. Со времени первого издания книги термин *enactment* получил достаточно широкое распространение, в чем не последнюю роль сыграла концепция Дж. Сандлера (см. его статью в данном сборнике). Иногда некоторые авторы используют довольно близкие по смыслу и звучанию слова, типа *play out*, чтобы передать не столько аспект действия, поведенческого акта, сколько театрального *представления*, *постановки*. Мы старались в подобных случаях подбирать соответствующие эквиваленты, в особо трудных местах указывая в скобках английское слово.

В некоторых местах мы сознательно руководствовались исключительно соображениями благозвучия. Например, как переводить английское слово *analysand — анализант*, *анализанд* или *анализируемый*? Мы избрали последнее, довольно-таки произвольно (хотя можно указать и на то, что слово *интервьюируемый* довольно широко используется в профессиональной и обыденной речи). Так же *indirect countertransference* переведен нами как *косвенный контрперенос*, хотя вполне допустимо и *непрямой*. В других случаях, где нам казалось, что вариант перевода не столь принципиален, мы оставляли последнее слово за переводчиками. Так, в одних статьях читатель может встретить выражение *психоаналитический сеанс*, в других же речь идет о *психоаналитической сессии*. Так же взаимоза-

меняемы слова *дериваты влечений* и *производные влечений*.

Руководствуясь похожими соображениями, мы переводим выражение *free floating attention* как *свободно парящее*, а не *свободно плавающее* внимание. Глагол *плавать* в русском языке не позволяет различить активное и пассивное состояния. Мы легко можем представить себе пассивное состояние нахождения в воде, однако у нас нет для этого подходящего слова (за исключением специального термина *дрейфовать*), аналогичного словам в парах *идти/стоять*, *лететь/парить*[1]. Поэтому выражение *парящее внимание*, на наш взгляд, точнее передает смысл фрейдовской рекомендации аналитику.

Как уже указывалось выше, псевдонимы фрейдовских пациентов мы предлагаем переводить так же «по смыслу»: *Человек с волками*, *Человек с крысами*, *Маленький Ганс*.

Следует указать один принципиально важный момент, в котором нам пришлось пожертвовать благозвучием ради концептуальной точности. Это касается выражений *проецироваться в*, восходящих к пониманию механизма проекции К. Абрахамом и М. Кляйн. В концепциях этих авторов и их последователей проекция понимается не столько как «волновой», сколько как «корпускулярный» процесс: нечто проецируется *в* кого-то, в значении *перемещается*, *помещается*, *переносится*. В частности, аналогом данного психического процесса выступают физиологические процессы испражнения. Другие авторы пишут о проекции скорее как о некоем «световом» процессе: нечто проецируется *на* кого-то, как изображение на экран. Это принципиальное различие мы постарались сохранить в наших переводах. Хотя выдержать этот принцип до конца вряд ли возможно: так, многие авторы используют выражение *инсайт в*, имея в виду не только *понимание*, *открытие*, но и некое косвенное значение *проникновения*.

[1] Ю.С. Степанов приводит этот пример, иллюстрируя тезис о том, что в структуре языка может существовать место, соответствующее реально существующему явлению, но не заполненное определенным словом [16, с. 384].

Многие английские слова, относящиеся к описанию психического мира человека, почти непереводимы на русский язык. Это прежде всего относится к такому слову как *mind*, означающему *ум*, *разум*, *сознание*, — а по сути, все, что не есть тело. Переводить *unconscious mind* как *бессознательный ум* странно, *бессознательное сознание* — более чем странно. Тем не менее, в большинстве случаев речь идет о некоем *mind*, который может быть как сознательным, так и бессознательным. Поэтому наилучшими русскими эквивалентами являются слова *психика* и *душа*. Следует признать, что русский язык в данном случае просто-напросто обладает меньшим запасом синонимов.

Зато мы имеем два разных слова для передачи английского *experience*: *опыт* и *переживание*. Опираться при переводе приходится только на контекст, всякий раз рискуя потерять присущую оригиналу двузначность.

Некая сложность присутствует с переводом часто встречающегося слова *response* и образований от него, например, *responsiveness* (см. в особенности статью Дж. Сандлера в данном томе). В разных контекстах оно может быть переведено как *ответ*, *реакция* или *отклик*. Слово *ответ* используется чаще всего, однако оно может ввести в заблуждение, т. к. речь идет не о сознательном *ответе*, и уж тем более не об *ответственности*, отсылающей скорее к функции Супер-Эго, а о некой бессознательной, непроизвольной реакции аналитика. Тем не менее слово *реакция* также не кажется нам подходящим, поскольку в большей степени подходит для описания событий в мире неодушевленной природы. Исходя из этого слово *отклик* наиболее точно передает оттенки бессознательного и непроизвольного эмоционального ответа аналитика на поведение и высказывания пациента. Единственной трудностью оказывается то, что приходится вводить неологизм «откликаемость». В некоторый текстах и контекстах использовалось также выражение *ответная реакция*. Кроме того, мы старались сохранить авторскую стилистику везде, где это было возможно: так, если П. Хайманн с самого начала использует слово *response*, то А. Райх чаще всего пишет именно о *реакциях* (*reaction*) аналитика.

Во многих случаях одни и те же слова выступают то в роли терминов, то в своем обыденном значении. Мы уже указывали, что слово *self* в одной и той же фразе может использоваться для описания *образа себя* и *репрезентации самости*. Это же относится к таким словам, как *insight* — понимание, инсайт; *contain* — сдерживать, содержать, вмещать, контейнировать, и т. д. Иногда авторы позволяют себе довольно свободно использовать термины, которые то ли еще не устоялись, то ли устоялись настолько, что автору важно подчеркнуть отличие собственного понимания. Так, Х. Ракер пишет о *paranoiac* проекциях, защитах и т. д., а не, как принято в кляйнианских текстах, о *paranoid*. Мы попытались передать данное различие словами *паранойяльный* и *параноидный*, хотя это не совсем соответствует значению данных понятий в отечественной психиатрии. Тем более, что никакого третьего термина не удается придумать, в частности, для прилагательного *paranoic*, используемого П. Хайманн (чтобы отличить его от *параноидного* мы также использовали слово *параноиялъный*). Во всяком случае, мы старались отметить все случаи нестандартного использования авторами привычной терминологии.

Отдельная и большая проблема — транскрибирование фамилий. Связана она прежде всего с тем, что собственные имена очень часто не подчиняются общим правилам транслитерации. Например, фамилия известного английского психоаналитика *Уилфреда Биона* должна бы читаться как *Байон — Bion*. Однако известно, что сам он произносил ее как *Бион*, и того же правила придерживаются другие англоязычные аналитики[1]. Еще одна сложность связана с тем, что многие аналитики меняли страну своего проживания и работы, и это сказывалось на произношении их имен. Так, *Melanie Klein* осталась *Кляйн*, несмотря на переезд в Англию. То же можно сказать об *Отто Фенихеле* или *Шандоре Ференци* (последний никуда не переезжал, однако фамилия его почему-то регулярно англизируется). А вот *Edith Jacobson* стала в США *Джекобсон*. К сожалению, редко когда есть возможность задать прямой вопрос автору, как его зовут, поэтому неточностей здесь пока не избежать. Например, нам не удалось выяснить происхождение и предпочтения американского аналитика *Otto Isakower'a*. Мы выбрали американский вариант произношения его фамилии *Айсакауэр*, хотя в некоторых изданиях можно найти, по-видимому, немецкую транскрипцию *Исаковер* или *Изаковер*.

Интересно отметить, что данная проблема затрагивает и «святая святых» психоанализа — имя его основателя. Традиционно имя *Freud'a* передавалось по-русски как *Фрейд*. Однако сегодня некоторые переводчики настаивают на более точной передаче звучания немецкого слова — *Фройд*. Стремление вернуться к «подлинному» Фрейду выглядит вполне понятным, но, на наш взгляд, здесь следует придерживаться устоявшейся традиции. Имя Фрейда вошло в русские словари и энциклопедии, художественные и научные тексты, стало частью русского языка (так же, как имена Гете и Гейне), а потому его следует оставить таким, каким его знают читатели. Несколько иначе выглядит ситуация, например, в украинском языке, где первые переводы работ Фрейда появляются только сейчас.

Следует отметить, что во всем остальном, за исключением терминологии, мы старались сохранить стилистику авторских текстов, которая зачастую говорит об их взглядах не меньше, чем концептуальное содержание. В этом мы доверились переводчикам и литературному редактору данного сборника.

[1] Можно предположить, что по своему происхождению фамилия эта греческая. Диоген Лаэртский упоминает аж десять известных ему философов-Бионов [6, кн. 4, 58, с. 201].

Литература

1. АВТОНОМОВА Н.С. От переводчика // Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. Н.С. Автономовой. М.: Высшая школа, 1996. С. 5–20.

2. БОКОВИКОВ А.М. Послесловие научного редактора // Роут Ш. Психотерапия: Искусство постигать природу / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2002. С. 323–327.
3. БРИТТОН Р., ФЕЛЬДМАН М., О'ШОНЕССИ Э., АБРАХАМ К. Эдипов комплекс и эротические сны. Клиническое применение: Пер с англ. В.А. Гришечкин, Т.Я. Казавчинская, В.С. Кулагина-Ярцева. М.: NOTA BENE, 2002. 368 с.
4. ДАЛЬ В. Толковый словарь живого великорусского языка. Т. 4: Р. v. М.: Русский язык, 1991. 683 с.
5. ДИАТКИН Ж.Как читать Фрейда? // Рабочий альянс: Базовое доверие и недоверие. Материалы 10-й Восточноевропейской психоаналитической летней школы (Киев, Украина, 23–30 августа 2003 г.). (Репринт.) Харьков, 2003.
6. ДИОГЕН ЛАЭРТСКИЙ. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. М.: Мысль, 1979.
7. КАЗАНСКАЯ А. От редактора русского перевода // Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 1. Теория: Пер. с англ. / Общая ред. А.В. Казанской. М.: Прогресс: Литера: Яхтсмен, 1996. С. 20–24.
8. КОХУТ Х. Анализ самости: Системный подход к лечению нарциссических нарушений личности. М.: Когито-Центр, 2003. 368 с.
9. ЛАПЛАНШ Ж., ПОНТАЛИС Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. Н.С. Автономовой. М.: Высшая школа, 1996. 623 с.
10. ОГДЕН Т. Мечты и интерпретации: Пер. с англ. А.Ф. Ускова. М.: Класс, 2001. 160 с.
11. РАЙКРОФТ Ч. Введение // Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа: Пер. с англ. / Под ред. С.М. Черкасова. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. С. VI–XXVIII.
12. РОМАНОВ И.Ю. От редактора // Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. Развитие в психоанализе: Пер. с англ. / Научная редакция И.Ю. Романова. М.: Академический проект, 2001. С. 28–34.
13. РОМАНОВ И.Ю. Анализ прерванный и непрерывный // Психоанализ в развитии: Сборник переводов / Сост. А.П. Поршенко, И.Ю. Романов. Екатеринбург: Деловая книга, 1998. С. 148–169.
14. САНДЛЕР ДЖ., ДЭР К., ХОЛДЕР А. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса / Пер. с англ. под ред. В.В. Зеленского. М.: Смысл, 1993. 194 с.
15. СМИРНОВА Е.А., СМИРНОВ Е.В. Предисловие переводчиков // Антология современного психоанализа. Т.1. / Под ред. А.В. Рассохина. М.: Институт психологии РАН, 2002. С. 24–17.
16. СТЕПАНОВ Ю.С. Понятие // Лингвистический энциклопедический словарь / Гл. ред. В.Н. Ярцева. М.: Советская энциклопедия, 1990. С. 383–385.
17. BRITTON, R., FELDMAN, M., O'SHAUGHNESSY, E. The Oedipal Complex Today. Karnac Books, London.
18. Glossary: Vocabulary of Psychoanalysis. The EPF Bulletin Psychoanalysis in Europe, 1997.

На стыке психоаналитических традиций

Романов И.Ю.

Мне уже приходилось писать о том, что переоткрытие контрпереноса в качестве инструмента понимания стало одной из главных новаций в психоаналитической технике со времен ее изобретения Зигмундом Фрейдом (Романов, 2000; 2003). Это нововведение находилось в русле той смены парадигм, которую переживал психоанализ начиная с 50-х годов прошлого века. Коротко говоря, ее сутью было выявление определяющей роли *отношений* в психическом функционировании, нормальном и патологическом развитии и психоаналитической практике. Хотя главные баталии этой научной революции сегодня уже позади, по целому ряду причин мы не можем сказать, что процесс смены парадигм в психоанализе завершился. Новые актеры, выходящие на психоаналитическую сцену, зачастую почти буквально воспроизводят те споры, что казались навеки разрешенными их великим предшественникам. Достаточно упомянуть дискуссии последних лет вокруг идей так называемого «интерсубъективного подхода», чтобы стало понятным: не только в бессознательном, но и в истории психоанализа ничто не уходит в прошлое безвозвратно (Стафкенс, 2002; Louw, Pitman, 2001). Кажется очевидным, что многочисленные и довольно изощренные исследования клинического взаимодействия так и не воплотились в оригинальную, собственно психоаналитическую теорию интерсубъективности. Как раз наоборот: в том случае, когда исследователям аналитического процесса необходимо опереться на какую-то модель коммуникации, чаще всего они обращаются за помощью к смежным дисциплинам: лингвистике, социальной теории, семиотике, герменевтике (Томэ, Кэхеле, 1996). Еще одна трудность связана с тем, что мы все еще не очень хорошо понимаем, как новые психоаналитические концепции отношений могут быть интегрированы или хотя бы соотнесены с более традиционными теориями влечений, защитных механизмов, психических структур (Green, 2000). В подобной ситуации неизбежно возникает вопрос, выразительно и кратко сформулированный Р. Валлерстайном: «Один психоанализ или много?» (Wallerstein, 1988).

Однако «методологический кризис» возник в психоанализе не вчера: он коренится в той концептуальной мозаичности, что была присуща психоаналитическому знанию изначально. Классическим примером тому может служить совмещение топической и структурной моделей психики в поздних работах Фрейда. Последующие попытки полной «структурализации» психоанализа, т. е. реформирования всех ответвлений психоаналитической метапсихологии и техники в русле структурной модели (например, в работах Дж. Арлоу и Ч. Бреннера, а также многих других представителей эго-психологии), явно расходились с этой фрейдовской установкой, за что и подверглись обоснованной критике (Сандлер, Дэр, Холдер, 1995, с. 13–15; Гринсон, 1999). Вряд ли мы очень погрешим против истины, если скажем, что заклейменный Анной Фрейд «теоретический анархизм» является родовой чертой психоаналитического дискурса. Причина этого довольно проста, и на нее ясно указывал сам Фрейд: в своей основе психоанализ является психотерапевтической практикой, а теоретические построения, т. е. метапсихология, — самая «легкозаменяемая» его часть. Похоже, эту истину гораздо лучше усвоили философы, чем некоторые психоаналитики: «... Всякое аналитическое знание, — писал Мишель Фуко, — неразрывно связано с практикой, с узким каналом отношений между двумя индивидами... Именно поэтому для психоанализа нет ничего более чуждого, чем об-

щая теория человека или антропология» (Фуко, 1977, с. 475).

Сразу же хочу пояснить, что предыдущее рассуждение ни в коем случае не отвергает значимости теоретических конструкций (или «спекуляций», в терминологии Фрейда) для психоанализа в целом и психоаналитической практики в частности. Они, конечно же, совершенно необходимы, и можно привести достаточно примеров того, как значительные прорывы в психоаналитической работе совершались с опорой на новые теории, новые способы концептуализации клинического материала и т. д. Однако поставив во главу угла практику — именно как «отношение между двумя индивидами», а вовсе не в качестве некоего «технического приложения» научного метода[1], — мы начинаем по-иному относиться к ситуации теоретического многообразия. Теперь мы можем оценивать психоаналитические парадигмы не столько с точки зрения их внутренней логической непротиворечивости или соответствия некой исследуемой реальности, сколько в перспективе *взаимной согласованности теоретических положений и практических рекомендаций* внутри того или иного подхода. Это позволяет прояснить сложное и зачастую весьма специфическое отношение определенной системы психоаналитических понятий к *психической реальности, ре-конструируемой в клинической практике*, и таким путем выйти к границам другой парадигмы, другой практики и, возможно, другой реальности. Примером подобного рода герменевтического анализа психоаналитических концепций (которые многие авторы сегодня предпочитают называть «психоаналитическими культурами») может служить фундаментальный труд Горацио Этчегоена «Основания психоаналитической техники» (Etchegoen, 1991). Сходные принципы «психоаналитической компаративистики» были использованы Роем Шафером в цикле работ, посвященных систематическому сравнению подходов «традиционных» и «кляйнианских» фрейдистов (Schafer, 1994).

На мой взгляд, сложное и многозначное понятие *контрпереноса* требует именно такого рассмотрения. С одной стороны, оно формировалось на сломе классической психоаналитической традиции, как бы маркируя ее границу с новым, «неклассическим» психоанализом. С другой же, дискуссии о контрпереносе в 50-х годах прошлого века четко обозначили противоречия и разнонаправленность активных в то время психоаналитических школ. Во многом различия эти сохраняются и теперь. В данном *введении* мне бы хотелось затронуть именно этот аспект проблемы. Не углубляясь специально в историю вопроса, тем более, что она детально и с разнообразными нюансировками освещается авторами сборника, я постараюсь более подробно остановиться на его «теоретической географии» — определить местоположение понятия контрпереноса в многомерном пространстве современного психоанализа. С помощью такого исследования мне кажется возможным не только взглянуть на данный феномен с нескольких точек зрения, но и проверить сами эти «точки зрения» — концепции, школы, традиции — пробным камнем контрпереноса.

Двойное начало

Принято считать, что Зигмунд Фрейд не испытывал большого интереса к теме контрпереноса или, по крайней мере, не считал ее достойным предметом публичного научного обсуждения. В примечании к английскому изданию работы «Замечания о любви в переносе» (1915) сказано, что помимо этой статьи контрперенос упоминается Фрейдом лишь в одном месте — в докладе на Нюрнбергском конгрессе 1910 года[1] (Эротический,

[1] Как пишет Х.-Г. Гадамер в послесловии к работе «Истина и метод», «... рефлексия по поводу практики не есть техника» (Гадамер, 1988, с.620). Эта идея, восходящая к пониманию «праксиса» в античной философии, на мой взгляд, вполне корректно может быть соотнесена с фрейдовским рассуждением о переплетении этики и техники в психоаналитической работе (Фрейд, 1915). Ср. (Etchegoen, 1991, с.11–13; Vassalli, 2001).

[1] Русский перевод доклада под названием «Что ждет в будущем психоаналитическую терапию?» опубликован в (Фрейд, 1910, с.63–72).

2002, с. 33). При этом фрейдовская оценка явления была по преимуществу негативной: контрперенос описывался им как препятствие аналитическому процессу и пониманию, устранить которое призваны строгие правила психоаналитической техники (нейтральность и абстиненция аналитика) и практика обучающего анализа[1].

Столь же незначительный интерес вызывала данная проблема у первых последователей Фрейда. По данным Роберта Хиншелвуда (см. его статью в данном сборнике) до 1950 года было опубликовано всего 90 статей с упоминанием понятия «контрперенос» (для сравнения: с 1950 по 1999 год таких статей появилось 3685). Те немногие авторы, которые все же касались темы контрпереноса в ту пору, не предлагали сколь бы то ни было систематической его теории и согласованной с ней практики использования контрпереноса. Достойны упоминания краткие, но глубокие замечания Фрейда о *бессознательной коммуникации* и *«равномерно распределенном»* или *«свободно парящем» внимании аналитика*, ранние исследования Ш. Ференци, посвященные *эмпатии*, идеи Т. Рейка о *психоаналитической интуиции* и *«слушании третьим ухом»* (см. обзор этих концепций в работе Г. Этчегоена в данном сборнике). Однако ни один из упомянутых авторов на связывал воедино контрперенос и феномены эмпатии, интуиции и бессознательной коммуникации, и, соответственно, не рассматривал контрперенос как инструмент психоаналитической работы.

Ситуация кардинальным образом изменилась в начале 50-х годов с выходом в свет работ Паулы Хайманн в Лондоне и Хайнриха Ракера в Буэнос-Айресе. Приблизительно в одно и то же время эти исследователи провозгласили, что контрперенос является ценным источником информации о пациенте, что он принадлежит пациенту в не меньшей мере, чем аналитику, что использование контрпереноса в клинической работе требует пересмотра (но не отмены!) классических правил нейтральности и абстиненции, а также многих других постулатов психоаналитической техники. «Мой тезис заключается в том, что эмоциональный отклик аналитика на пациента в аналитической ситуации представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы. Контрперенос аналитика — это инструмент исследования бессознательного пациента», — писала П. Хайманн в 1950 году. И далее: «Придерживаясь этой точки зрения, я подчеркиваю, что контрперенос аналитика является не только составной частью аналитических отношений, но и творением пациента, это часть личности пациента» (см. статью Хайманн в данном сборнике).

Не менее выразительными были высказывания Х. Ракера. Если Хайманн принадлежит приоритет в декларации новых принципов понимания контрпереноса, то Ракер, без сомнения, был первым аналитиком, предложившим развернутую, внутренне связную его теорию. В ранней статье 1948 года (опубликованной на английском языке в 1953 г.) Ракер еще был сосредоточен на негативных, невротических аспектах контрпереноса. Однако уже здесь он утверждает, что контрперенос столь же вездесущ, сколь и перенос, а значит, отношение к нему аналитика ни в коем случае не может быть только «подчинением» или «исключением». Более того, уже в этой работе Ракер предлагает сам перенос рассматривать как функцию контрпереноса. В 1953 году он выскажется еще более определенно: «Перенос — это выражение отношений пациента с воображаемым и реальным контрпереносом аналитика» (см. статьи Ракера в данном сборнике). Как следовало это понимать? В пер-

[1] В 1910 году на Нюрнбергском конгрессе в качестве средства «овладения» контрпереносом, преодоления собственных «комплексов» и «внутренних сопротивлений» Фрейд все еще называл самоанализ аналитика (Фрейд, 1910, с.66). Идея обучающего анализа как некой формы «психоаналитического очищения» была впервые выдвинута им в 1912 году в работе «Советы врачу при психоаналитическом лечении» (Фрейд, 1912б, с.136). Считается, что сделано это было по предложению Цюрихской школы. В 1918 году Х. Нунберг предложил считать обучающий анализ основной психоаналитического обучения и главной предпосылкой последующей психоаналитической практики (Томэ, 2003). Однако только в 1925 году Международная психоаналитическая ассоциация по предложению М. Айтингона приняла решения сделать трехчастную модель психоаналитического образования — обучающий анализ, контрольный анализ (который впоследствии был заменен супервизией психоаналитических случаев), теоретическая подготовка — повсеместной.

вом приближении, утверждает Ракер, контрперенос — это отклик на перенос пациента. И чем глубже самопонимание аналитика, тем точнее будет его «настройка» на пациента, а значит, тем более специфичным будет его контрпереносный отклик. Однако пациент, со своей стороны, также имеет некие фантазии о том, что происходит в душе аналитика, и потому его переживания в переносе часто развиваются как бы в ответ на этот, воображаемый им, контрперенос[1]. Последний вполне может стать и реальным, если аналитик будет бессознательно идентифицироваться с ожиданиями пациента.

Впоследствии концепция Ракера была уточнена и дополнена теми психоаналитиками, которые использовали в описании феноменов контрпереноса кляйнианскую концепцию *проективной идентификации* (см. работы Мани-Кёрла, Этчегоена и Хиншелвуда в данном сборнике). Но несмотря на все уточнения, остался незыблемым открытый Ракером принцип: анализ переноса невозможен без анализа контрпереноса, эти явления взаимосвязаны и перетекают друг в друга. Так, Михаэль Мёллер в связи с этим говорит о «переносно-контрпереносных уравнениях», а Томас Огден — о «фигурах переноса-контрпереноса» (Огден, 2001; см. статью Мёллера в данном сборнике).

С момента публикации работ Хайманн и Ракера тема контрпереноса заняла почетное место в психоаналитических дискуссиях. За первыми выступлениями последовали статьи М. Литтл, М. Гительсона, Р. Мани-Кёрла и многих, многих других. Но нельзя сказать, что смена парадигм проходила безболезненно. Скорее наоборот. Тема контрпереноса спровоцировала целую серию личных, групповых и «школьных» столкновений. Публикация доклада Хайманн стала толчком к разрыву ее отношений с Мелани Кляйн. Ракеру в ходе обсуждения своих докладов неоднократно приходилось выслушивать упреки в том, что аналитику с подобными контрпереносными чувствами не мешало бы пройти повторный анализ. В Соединенных Штатах новые теории контрпереноса подверглись дисквалифицирующей критике А. Райх, на долгие годы затормозившей их восприятие американскими аналитиками (см. об этом в статье Т. Джекобза в данном сборнике). Во Франции сходную роль сыграла как всегда беспощадная критика Ж. Лакана (Duparc, 2001). В конце концов многие пионеры исследования контрпереноса сами отказывались от своих первоначальных взглядов: Паула Хайманн со временем отошла от темы контрпереноса к исследованию «когнитивных процессов аналитика» (Томэ, Кэхеле, 1996, с. 135–136), Дональд Винникотт, опубликовавший в 1947 году важнейшую статью «Ненависть в контрпереносе», в 1960 предложил вернуться к фрейдовскому пониманию контрпереноса как помехи (см. его статьи в данном сборнике).

Причины столь эмоциональных реакций, по-видимому, лежали в двух областях. Во-первых, тема контрпереноса все еще вызывала в сообществе психоаналитиков те тревожные отклики, что были так точно описаны Ракером, Хайманн и Литтл. Последняя писала: «... Наиболее важным фактором, по моему мнению, является характер существующего отношения к контрпереносу (т. е. к своим собственным чувствам и идеям), нередко имеющий реальные параноидные или фобические черты. Это становится особенно очевидно в тех случаях, когда чувства субъективны или могут оказаться таковыми» (см. статью Литтл в данном сборнике). Так же, как пациенты в отношении переноса, аналитики склонны защищаться от своих контрпереносных чувств. С углублением личного анализа и совершенствованием других элементов психоаналитического обучения конфликт этот переносится легче, однако окончательно он не исчезает никогда. А значит, никогда не исчезает искушение принять ту странную теорию, что аналитическое взаимоотношение отличается наличием чувств в одном партнере и отсутствием их в другом (см. критику этой идеи в статье Хайманн 1950 г.). Во-вторых, и авторы новых подходов к контрпереносу, и их критики всерьез

[1] Сегодня близкую идею развивает британский психоаналитик Дж. Стайнер, выделяющий особый тип интерпретаций — т. н. *интерпретации, центрированные на аналитике*, — предметом которых становятся фантазии пациента о чувствах и мыслях аналитика (Steiner, 1993). Очевидно, что контрперенос аналитика — это хороший, хотя и непрямой путь к построению таких интерпретаций. См. об этом также в статье Р. Хиншелвуда в данном сборнике.

опасались последствий сделанных открытий. Не станут ли теории контрпереноса хорошей рационализацией для произвольных и субъективистских интерпретаций? Не подтолкнут ли они аналитиков к бездумному отыгрыванию собственных проблем? Не превратятся ли они в способ переложить ответственность за переживания аналитика на плечи пациента? Не будут ли тем самым открыты шлюзы для терапевтической некомпетентности и «дикого контрпереносного анализа», как назвали подобные злоупотребления Сандлер, Дэр и Холдер (Сандлер, Дэр, Холдер, 1995, с. 48)?

Как видим, проблемы, возникшие перед исследователями контрпереноса, их критиками и последователями, мало чем отличались от тех, с которыми столкнулись в свое время первые психоаналитики. (И, добавлю, забегая вперед, с которыми встречаемся мы в специфической ситуации пере-открытия психоанализа в странах бывшего СССР.) Как и Фрейд в характеристике Роя Шафера, они испытывали некий «контрперенос к контрпереносу» (Шафер, 2002, с. 134). Но все же в 50-е годы аналитики были лучше подготовлены к такому столкновению. Подготовлены теоретически, поскольку в их арсенале имелись идеи недавно возникших и уже довольно хорошо разработанных концепций объектных отношений. Подготовлены практически, т. к. хорошая школа личного обучающего анализа позволяла аналитикам нового поколения с меньшей настороженностью относиться к своему внутреннему миру, чем это было возможно для пионеров психоанализа.

Итак, краткая научная история интересующего нас понятия может быть описана следующим образом: *от оценки контрпереноса как препятствия психоаналитическому процессу к признанию его ценным инструментом познания пациента и одним из основополагающих элементов психоаналитической техники.* Начиная с Х. Ракера и М. Литтл, многие аналитики отмечали, что путь этот напоминает изменение фрейдовских взглядов на такие явления, как сопротивление и перенос. Исходно они воспринимались Фрейдом как препятствия, и лишь со временем основатель психоанализа научился видеть в них важнейшие элементы психоаналитического метода, новую «царскую дорогу» в бессознательное. Новому поколению психоаналитиков досталась задача проделать подобную работу в отношении контрпереноса. Предвосхитив многие современные открытия (например, в идее о бессознательной коммуникации), Фрейд, тем не менее, относился к контрпереносу с опасением, что существенно ограничивало его исследовательский горизонт. Должны были пройти десятилетия, прежде чем на смену идеям «овладения», «подчинения» и «взятия под контроль» пришла мысль об «использовании» контрпереноса, а идеал холодной объективности и отстраненной нейтральности аналитика был потеснен более гибкими и реалистическими представлениями об аналитической позиции. Х. Ракер писал об этом: «Невротический (обсессивный) идеал объективности ведет к подавлению и блокированию субъективности и к обманчивому воплощению мифа об «аналитике без тревоги и гнева». Другая невротическая крайность — «затопление» контрпереносом. Объективность базируется на форме внутреннего разделения, которое дает возможность аналитику сделать себя самого (свой собственный контрперенос и субъективность) объектом постоянного наблюдения и анализа» (цит. по (Britton, 2003)).

Контрперенос у Фрейда

И все же можно сказать, что данная версия развития событий является лишь «официальной историей». При более внимательном взгляде за ней можно разглядеть «другую сцену», на которой размышления о контрпереносе сопровождали аналитиков на всем протяжении научной истории психоанализа. В докладе «Эротический контрперенос — тогда и сейчас» Рональд Бриттон пишет: «Еще на заре своей психоаналитической карьеры, а возможно, и изначально, Фрейд обладал большой информацией о контрпереносе, намного больше той, что мы ему приписываем» (Britton, 2003). Бриттон детально анализирует исторический фон, на котором появлялись первые суждения Фрейда о контрпереносе. Чтобы полнее понять их, необходимо

отвлечься от очевидных данных — в нашем случае, научных работ Фрейда и его ближайших последователей — и перейти к исследованию более тонких свидетельств: переписки, биографических документов, воспоминаний современников. В таком освещении интересующий нас предмет поворачивается новыми гранями. Так, мы узнаем, что впервые понятие контрпереноса упоминается Фрейдом в 1909 году в переписке с К.-Г. Юнгом. Фрейд пишет своему ученику, в то время горячо любимому: «Таких переживаний, хоть они и болезненны, избежать невозможно. Без них мы не будем знать реальную жизнь и то, с чем нам приходится иметь дело. Сам я никогда так не попадался, но был близок к этому множество раз и выбирался с трудом. Думаю, меня спасала только беспощадная необходимость, двигавшая моей работой, да еще то, что я был на 10 лет старше Вас, когда пришел к психоанализу. Они [эти переживания] лишь помогают выработать толстую кожу, которая нам необходима, и управлять «контрпереносом», который в конечном итоге является постоянной проблемой любого из нас. Они учат нас направлять собственные аффекты к наилучшей цели» (письмо от 7 июня 1909 года, цитируется по (Britton, 2003); ср. также (Эткинд, 1993, с. 173)).

Письмо это было написано в разгар сложных и мучительных любовных отношений Юнга с его первой психоаналитической пациенткой, а впоследствии ученицей Сабиной Шпильрейн (см. об истории этих отношений в работе А. Эткинда (Эткинд, 1993, с. 159–212)). Именно в этом контексте Фрейд впервые использует термин *контрперенос*, и это проясняет, почему последний рассматривался им как проблема, трудность, которую необходимо взять под контроль (буквально: «стать хозяином» контрпереноса). В ситуации с Юнгом и Шпильрейн Фрейд столкнулся с *нарушением границ* терапевтических отношений под воздействием контрпереноса (Gabbard, Lester, 1995). Возможно, он был напуган разрушительной силой контрпереносных чувств и пытался одновременно успокоить и предостеречь неопытного ученика. Вместе с тем уже в этом письме Фрейд подчеркивает, что «проблема постоянна» и избежать контрпереноса невозможно. Фактически, эти слова полностью подтверждают интерпретацию его идей, даннную Паулой Хайманн в 1950 году: «... Требование Фрейда «осознавать и подчинять себе» свой контрперенос не приводит к выводу о том, что ... аналитик должен быть бесчувственным и отстраненным. Скорее, из него следует, что аналитик должен использовать свой эмоциональный отклик как ключ к бессознательному пациента. Это защитит его от вовлечения в качестве со-артиста в сцене, которую пациент заново разыгрывает в аналитических отношениях, и от эксплуатации их для удовлетворения собственных потребностей» (см. статью Хайманн в данном сборнике).

Спустя год после процитированного письма на Нюрнбергском конгрессе Фрейд впервые высказался о контрпереносе публично: «мы обратили внимание на «контрперенос», появляющийся у врача благодаря влиянию пациента на его бессознательные чувства, и недалеки от того, чтобы предъявить врачу требование распознавать и преодолевать в себе этот контрперенос» (цитируется по (Britton, 2003), см. также (Фрейд, 1910, с. 66)). Однако еще через год, 31 декабря 1911 года, Фрейд снова пишет Юнгу: «Конечно, мы не можем отдать в печать статью о «контрпереносе», ее необходимо распространять только среди наших» (Britton, 2003).

Как пишет Бриттон, «произошло слишком много такого, что заставило Фрейда считать статью о контрпереносе необходимой». Помимо истории с Юнгом и Шпильрейн, Фрейд стал свидетелем запутанных взаимоотношений Шандора Ференци с его возлюбленной, бывшей пациенткой и будущей женой Гизеллой Палос и ее дочерью, также его пациенткой, Эльмой. В этот треугольник в качестве «со-артиста» вовлекся и сам Фрейд, приняв Эльму в анализ и пытаясь активно влиять на всех участников событий (Britton, 2003; Gabbard, Lester, 1995). Конечно, Фрейд не был свободен от контрпереноса и не понаслышке знал о его опасных последствиях. Особенно остро он ощущал его, когда дело касалось отношений с коллегами и его детища — психоанализа. Проведенный Фрейдом анализ Ш. Ференци привел в итоге к открытому конфликту: ученик обвинял

учителя в пренебрежении негативным переносом (Фрейд, 1937; Джонс, 1996). Учитывая озабоченность Фрейда будущим психоаналитического движения, его заинтересованность в судьбах учеников и последователей, можно предположить, какого рода контрперенос помешал ему рассмотреть противоречивые чувства Ференци. Так уже было задолго до ситуации с Ференци в случае Доры, когда Фрейд, по собственным словам, «не внял этому первому предостережению» — первым проявлениям негативного переноса, — будучи увлечен своими идеями. Рассматривая этот случай сквозь призму современных знаний, немецкий аналитик Клаудиа Франк показывает, как, выдвигая идею об «устранении» негативного переноса, основатель психоанализа отвечает «контруничтожением» на уничтожающие чувства пациентки (Франк, 2001). По-видимому, идея устранения контрпереноса имела сходные контрпереносные истоки.

То, что понятие контрпереноса возникает в контексте нарушений границ в работе первых аналитиков и в отношениях с ними самого Фрейда, накладывает глубокий отпечаток на данную тему. На долгие годы она становится неотличимой от проблемы *отыгрываний контрпереноса*. В письмах Фрейд подчеркивает вездесущесть, неизбежность и необходимость ответных чувств аналитика, признание которых позволяет «знать то, с чем приходится иметь дело». Но «необходимая» работа о контрпереносе так и не была им написана.

Нужно учитывать, что основатель психоанализа боялся дискредитации своего метода в глазах не только широкой публики, но и научной общественности. И если мнением публики еще можно было как-то пренебречь, то наука обладала для Фрейда незыблемым авторитетом. К сожалению, его представления о научности были довольно узкими и ориентировались на классический естественнонаучный идеал *беспристрастного* исследования (Шафер, 2002). Парадоксальным образом гений, разрушивший философскую иллюзию чистого самосознающего Я, придерживался родственной ей картезианской гносеологии. Очевидно, что подобное «сциентистское самонепонимание» Фрейда (Ю. Хабермас) мешало ему дать развернутое описание той бессознательной коммуникации, на которую он интуитивно точно указал.

Тем не менее, как пишет Бриттон, мы можем попытаться реконструировать взгляды Фрейда на контрперенос — отчасти не высказанные, а отчасти не сформулированные. Хорошим руководством к этому может послужить статья «Замечания о любви в переносе», вышедшая в свет в 1915 году и вызванная к жизни теми же обстоятельствами, что и высказывания о контрпереносе в письмах Фрейда (Фрейд, 1915). Как уже отмечалось, именно в ней Фрейд во второй раз публично упоминает понятие контрпереноса. Но в данном случае нас интересует другое. Если бы Фрейд действительно попытался дать развернутую картину контрпереноса и если, как можно предположить, его размышления о переносе содержат в себе указания на эту тему, — что бы он мог написать? Возможно, как и в отношении переноса, Фрейд указал бы на противоречие *реальности* переживаемых чувств и их *производности* от аналитической ситуации. Он мог бы сказать, что вместо избегания контрпереноса его необходимо сделать предметом анализа, хотя вряд ли Фрейд отказался бы от идеи «контроля и овладения», поскольку не отказывался от нее и в отношении переноса. Возможно, он выдвинул бы идею, что *невроз контрпереноса* является сопротивлением анализу (так же, как и невроз переноса). Но вполне вероятно, Фрейд смог бы предположить и то, что эротический и негативный контрперенос далеко не исчерпывают всех его разновидностей. Как формы отыгрывания, они скорее заслоняют собой тот позитивный контрперенос, который — как и позитивный перенос — служит необходимым фоном и условием всякого успешного анализа (Britton, 2003).

Должно было пройти довольно много времени, прежде чем аналитики научились не противопоставлять эмоции познанию, субъекта — объекту и контрперенос — пониманию. Но, как это часто бывает в анализе и истории, оглядываясь назад, мы можем увидеть в прошлом многое из казавшегося новым и многое, еще не открытое. Указания Фрейда на важность позитивного

переноса и современные призывы аналитиков к открытости своим контрпереносным чувствам, что подразумевает уверенность в их «хорошести», звучат вполне согласованно. Как выразительно пишет современный британский психоаналитик Ирма Бренман Пик, «если мы изолируем эмоции, мы рискуем ... позволить ненависти управлять так называемым поиском истины. То, что выглядит бесстрастным, может содержать в себе убийство любви и заботы» (Pick, 1985). В конце концов, как бы ни высокопарно это звучало, только любовь и уверенность в ней позволяют выдерживать тот заряд боли и страха, что несет нам знание о самих себе.

Концепции контрпереноса: эго-психология и кляйнианская теория объектных отношений

В работах разных авторов мы находим различные классификации концепций контрпереноса. Так, Отто Кернберг в статье 1965 года (см. данный сборник) разделяет все подобные теории на два класса: *классический* подход, определяющий контрперенос как бессознательную реакцию аналитика на перенос пациента, и *тоталистический*, включающий в это понятие все эмоциональные реакции аналитика на пациента. В рамках классического, восходящего к Фрейду, подхода, по мнению Кернберга, существует тенденция оценивать контрперенос как помеху работе аналитика и находить его истоки в невротических конфликтах аналитика. С другой стороны, сторонники тоталистического подхода, к которым прежде всего относятся представители различных школ объектных отношений, в большей степени склоняются к позитивной оценке контрпереноса, видят в нем неизбежный и необходимый элемент психоаналитического процесса и стремятся использовать его в качестве инструмента понимания пациента.

Можно заметить, что в этом разграничении неявно используются два разных критерия: «все реакции *на пациента* или только реакции *на его перенос*» и «все реакции *аналитика* или только его отдельные, *невротические реакции*». Поэтому логически более последовательной выглядит тройственная классификация Михаэля Мёллера: контрперенос — это либо (1) все реакции аналитика *на пациента*, либо (2) все реакции аналитика на перенос пациента, либо (3) только *невротические реакции аналитика*, т. е. его перенос (см. статью Мёллера в данном сборнике)[1]. Очевидно также, что последнее определение может быть преобразовано в свою противоположность. В таком случае мы будем иметь дело с теорией, противопоставляющей (полезный) контрперенос (невротическому) *переносу аналитика*[2].

Горацио Этчегоен в работе 1991 года (см. данный сборник) указывает, что определение контрпереноса всегда будет зависеть от того, как мы понимаем его отношение к переносу. Сандлер, Дэр и Холдер, на которых ссылается Этчегоен, пишут, что в слове *контрперенос* приставка *контр-* может иметь два значения: она может указывать на нечто, противоположное переносу, или же на нечто, параллельное ему (Сандлер, Дэр, Холдер, 1995, с. 77). «Оба эти смысла одновременно присутствуют в наших определениях, а иногда и вступают в противоречие друг с другом, — отмечает Этчегоен. — Когда мы говорим о контрпереносе в первом смысле, то имеем в виду, что у аналитика, так же, как и у анализируемого, возникает перенос. Контрперенос определяется в соответствии с его направлением (отсюда — туда), но также мы устанавливаем некий баланс, контрапункт, возникающий из осознания того, что наши собственные реакции не могут быть независимыми от реакций другого человека». Из этого рассуждения непосредственно следует вывод, который и делает Этчегоен, что различия между переносом и контрпереносом в конечном счете устанавливаются достаточно условными рамками аналитического сеттинга. Именно сеттинг определяет, что есть перенос, а что — контрперенос, и в итоге кто является пациентом, а кто — аналитиком. Исходя из этого,

[1] Несколько странным кажется то, что Мёллер считает «классической» вторую из этих концепций.

[2] В частности, такого разделения придерживался М. Гительсон. О его идеях см. ниже в данной статье, а также в работе Г. Этчегоена в данном сборнике.

контрперенос, на мой взгляд, можно определить как *все отклики аналитика на пациента, возникающие в рамках аналитического сеттинга или же вне этих рамок, но в контексте аналитических отношений*. Можно сказать, что контрперенос — это перенос аналитика в аналитической ситуации[1]. В той мере, в которой аналитик остается в своей роли и в своей позиции, контрперенос работает как инструмент понимания, в первую очередь — понимания переноса пациента. Если же эта роль аналитиком теряется, происходит уплощение аналитической ситуации и мы можем наблюдать уже не «полезный» контрперенос, а то, что иногда называют «обратным переносом» аналитика.

Это различие позволяет лучше понять столь частое у ранних аналитиков (и некоторых представителей современных не-аналитических школ психотерапии) стремление к инверсии ролей, обратимости аналитических отношений. Начиная с экспериментов Ш. Ференци с «обоюдным анализом» и заканчивая не столь давними «отступлениями» М. Хана, мы снова и снова встречаемся с иррациональным стремлением аналитиков «демократизировать» аналитическую ситуацию, сделать ее более «открытой», «равноправной» и т.п. В уже упоминавшейся выше статье Р. Бриттон рассматривает ситуации отыгрывания эротического контрпереноса как утрату аналитиком «третьей позиции», роли наблюдателя отношений, истоком которой является наблюдение ребенком отношений родительской пары (Britton, 2003). Бриттон рассуждает в терминах *триангулярного аналитического пространства* и говорит о его коллапсе в ситуации отыгрывания эдиповых фантазий, актуализирующихся в контрпереносе[2]. Я думаю, это можно

[1] Интересно, что к такому же определению приходит и Чарльз Бреннер, основывающийся на совершенно ином, чем Этчегоен — эго-психологическом — фундаменте (см. его статью в данном сборнике). Здесь, как и во многих других случаях, можно видеть, что различные «психоаналитические культуры» встречаются друг с другом в совершенно неожиданных пунктах.

[2] Ср. близкую идею М. Литтл об интервалах времени и расстояния, необходимых, чтобы контрперенос работал как инструмент (см. статью в данном сборнике).

отнести не только к эротическим чувствам аналитика, но и к любым другим попыткам достичь «взаимности» в аналитических отношениях, отказаться от наблюдения в пользу одного лишь участия. В таких случаях пациент и аналитик переходят в некое мифическое, иллюзорное измерение, где не только инвертированы роли, но и перемешаны фантазия и реальность. Удивительно, что никакие свидетельства пациентов, воспринимающих такие трансформации аналитических отношений как прямое и травматическое нарушение границ (Gabbard, Lester, 1995), не мешают психотерапевтам определенного склада идеализировать их в терминах «реальности», «подлинности» или «равенства». Как сказал по этому поводу Мартин Бубер в дискуссии с Карлом Роджерсом, «у меня здесь нет никаких возражений. Но возражения есть у ситуации. Вы неизбежно имеете другое отношение к ситуации, чем он [пациент]. Вы способны делать то, чего он не может. Вы не равны и не можете быть равными» (Диалог Мартина Бубера и Карла Роджерса, 1994, с. 78).

Примечательно, что, дискутируя с основателем клиент-центрированной психотерапии, немецкий философ руководствуется аргументами, давно известными психоаналитикам. Так, в своей знаменитой статье 1934 года о природе терапевтического действия психоанализа Дж. Стрэчи писал: «Аналитическая ситуация постоянно находится под угрозой вырождения в «реальную» ситуацию. На самом деле, характер происходящего совершенно противоположен по смыслу тому, что мы обозначаем словом «реальный». Это значит, что пациент все время рискует превратить реальный внешний объект (аналитика) в архаический, то есть спроецировать на него свои примитивные интроецированные образы» (Стрэчи, 2002, с. 95). И далее: «Парадокс состоит в том, что лучший способ научить Эго отличать фантазию от реальности заключается в максимальном ограничении влияния на него этой реальности» (там же, с. 96). Если мы признаем, что контрперенос аналитика также является для пациента частью внешней реальности, мы должны будем распространить этот принцип и на него (Pick, 1985; Milton, 2001). А это означает, что,

хотя для нас будут чрезвычайно важны представления пациента об этой части реальности, а также сама эта реальность как источник понимания, мы, тем не менее, будем считать ошибкой *прямое* воздействие контрпереноса на пациента.

На мой взгляд, главной заслугой «классического» понимания контрпереноса стало как раз внимательное исследование тех случаев, когда контрперенос становится помехой анализу. В работах представителей *эго-психологии*, таких, как А. Райх, Дж. Арлоу, Ч. Бреннер (см. их статьи в данном сборнике) и многие другие, контрперенос по преимуществу рассматривался как невротическая реакция аналитика и в таком виде противопоставлялся более зрелым формам психического функционирования: эмпатии и интуиции (А. Райх), нормальным компромиссным образованиям (Ч. Бреннер) и т. д. Подобные разграничения имели не столько теоретическое, сколько практическое значение, так как могли служить основой для последующего выявления маркеров или индикаторов невротического контрпереноса (см. об этом в статьях Райх и Арлоу в данном сборнике). Они заостряли внимание аналитиков на опасностях чрезмерной эмоциональной вовлеченности в конфликты пациента или наоборот, «эмоциональной слепоты» в отношении тех или иных его переживаний. Как писала А. Райх в 1966 году, «сам по себе контрперенос ничем не помогает, но готовность признать его существование и способность преодолеть его — действительно помогают» (см. статью в данном сборнике). Можно сказать, что работы эго-психологов в первую очередь были подчинены цели предотвращения злоупотреблений контрпереносом. Другая же задача — разработка теории контрпереноса, позволяющей использовать его в качестве рабочего инструмента анализа, — в рамках данной парадигмы решена быть не могла, да в общем-то и не ставилась.

Как отмечают многие авторы и как уже приходилось писать мне, понимание контрпереноса в качестве инструмента анализа стало заслугой кляйнианской теории объектных отношений и могло появиться только в ее концептуальном пространстве (см. статью Т. Джекобза в данном сборнике, а также (Schafer, 1994; Романов, 2000)). И П. Хайманн, и Д. Винникотт, и Х. Ракер, и М. Литтл находились под сильным влиянием идей Мелани Кляйн[1]. Конечно, не все они были «настоящими» кляйнианцами, т. е. активными членами кляйнианской группы, работавшей в рамках Британского психоаналитического общества (таковой на момент написания своей статьи была только П. Хайманн)[2]. Но вне всякого сомнения можно утверждать, что переосмысление контрпереноса происходило в интеллектуальном поле кляйнианской теории, так же как несколько ранее обстояло дело с понятием *переноса*.

Чтобы прояснить различия подходов к контрпереносу, нам придется предпринять небольшой экскурс в область эго-психологической и кляйнианской теорий психического функционирования и психоаналитической техники, в особенности той ее части, которая касается работы с переносом.

С точки зрения эго-психологической модели психики каждый психический феномен является сложным единством, *компромиссным образованием*, включающем в себя дериваты инфантильных влечений, аффективные реакции на них (тревожные, депрессивные), защитные

[1] Так же, как и упомянутые выше представители «тоталистического» подхода: аргентинский психоаналитик Горацио Этчегоен, яркий представитель лондонской кляйнианской группы Рональд Бриттон, американский аналитик Отто Кернберг, много сделавший для распространения кляйнианских идей в США и для их интеграции с основными теориями эго-психологии.

[2] Как я уже отметил выше, новое понимание контрпереноса было неоднозначно воспринято самой Мелани Кляйн. Кроме личных симпатий и антипатий в этом были замешаны и теоретические расхождения. В пятидесятые годы внимание Кляйн все больше сосредотачивалось на наиболее примитивном, параноидно-шизоидном уровне функционирования психики, соответствующих ему тревогах, объектных отношениях и защитных механизмах. Ее ближайшие последователи У. Бион, Р. Мани-Кёрл и Ханна Сигал углубленно исследуют один из таких примитивных механизмов — проективную идентификацию. Из этого направления исследований со временем и образуется новое, собственно кляйнианское понимание контрпереноса, заметно отличающееся от подходов Хайманн и Ракера (см. об этом в статье Р. Хиншелвуда в данном сборнике).

механизмы, устраняющие неудовольствие и модифицирующие проявления влечений, а также воздействия функций Супер-Эго. Контрперенос не является исключением из этого правила (см. статью Бреннера в данном сборнике). Однако существуют важные различия между болезненными, патологическими компромиссными образованиями (например невротическими симптомами) и теми, которые могут быть признаны нормальными и адаптивными (например творческой фантазией). Суть этих различий многими авторами понимается в контексте классической концепции *автономных* или *свободных от конфликта сфер Эго* Х. Хартманна, выдвинутой им в работе 1939 года (Хартманн, 2002, с. 21; Вальдхорн, 2002). Несмотря на то, что психический конфликт невозможно полностью устранить из человеческой жизни, можно смягчить его проявления и сделать психику менее зависимой от первичных инстинктивных влечений. Хартманн считал, что Эго изначально осуществляет ряд функций, которые автономны по отношению к влечениям и восходящим к ним конфликтам. Эти функции в большей мере связаны с адаптацией к внешнему миру, к ним относятся мышление, восприятие, управление движениями и ряд других. Кроме того, первично включенные в конфликт функции, такие, как защитные механизмы, могут приобретать *вторичную автономию* и служить адаптивным целям (Вальдхорн, 2002, с. 63). Например, механизм интеллектуализации может служить не только цели избегания болезненных аффектов, но и познанию реальности. Эта структурная концепция включала в себя и энергетический компонент: Хартманн предполагал, что Эго (или его ранние предшественники) с самого начала жизни обладает некой энергией, не связанной с влечениями. Впоследствии *нейтрализация* или *деинстинктуализация* энергии влечений, сексуальных и агрессивных, становится одной из важнейших задач Эго (Вальдхорн, с. 69). Процесс психотерапевтической переработки психического конфликта во многом связан именно с этим процессом нейтрализации, который может быть противопоставлен сексуализации или «агрессивизации» функций Эго, происходящих при патологическом — невротическом или психотическом — решении конфликта. Применение этой «экономической» идеи к пониманию контрпереноса можно найти в работах А. Райх (см. данный сборник).

Эго-психологические теории получили дальнейшее развитие в работах таких последователей Хартманна, как Р. Левенштайн, Э. Крис, Д. Рапапорт, М. Гилл и другие. Многие авторы — в частности, Дж. Арлоу, Ч. Бреннер, М. Штайн, М. Гилл в своих поздних работах и ряд других — пытались скорректировать идею об изначальной автономии некоторых сфер Эго, предпочитая хартмановский термин «относительная автономия» и близкие к нему определения (Эротический, 2002, с. 198, с. 113). Их несогласие вызывала некоторая реификация, овеществление, введенного Хартманном понятия, однако, похоже, никто не оспаривал саму необходимость противопоставлять две принципиально различные области психического функционирования.

Одновременно с теоретическими дискуссиями происходила эго-психологическая разработка техники психоанализа. Начиная с работы Рихарда Штербы 1934 года, аналитики стали говорить о *расщеплении* или *диссоциации Эго* в аналитическом процессе как основе *терапевтического* (или *рабочего*, по Р. Гринсону) *альянса*. По мнению Штербы, подобный альянс зиждется на способности Эго пациента расщепляться на *наблюдающую* и *переживающую* части. В ходе этого процесса более зрелая, наблюдающая, часть может временно идентифицироваться с аналитиком и его точкой зрения на происходящее в аналитической ситуации. Таким образом, терапевтический альянс позволяет пациенту стать союзником аналитика в исследовании перипетий аналитического процесса и в первую очередь — отношений переноса.

Нельзя не заметить явного параллелизма между теоретическими идеями Хартманна и техническими рекомендациями Штербы. Позднее, в 1950-х годах, в работах Элизабет Зетцель концепция терапевтического альянса была прямо обоснована через теорию автономных сфер Эго (Etchegoen, 1991, p. 235–240). Правда, Зетцель говорит уже не о противопоставлении переноса и терапевтического альянса, а о противоположности двух ви-

дов переноса: *переноса как терапевтического альянса* и *невроза переноса*. Это нововведение сделало теорию более строгой, однако не изменило ее принципиально. Терапевтический альянс стал рассматриваться как некий «реалистический» или «рациональный» перенос, коренящийся в опыте позитивных ранних отношений и в таком виде являющийся необходимым условием аналитической работы. Очевидно, что явная или неявная отсылка к автономному, способному к тестированию реальности Эго присутствует в данной теории при любом ее прочтении.

Но не приводит ли такой подход с неизбежностью к той идее, что не все составляющие переноса пациента должны быть проанализированы? А это, в свою очередь, не оставляет ли открытой лазейку для многообразных форм анти-аналитического сговора, бессознательных соглашений, псевдо-сотрудничества и тому подобных способов сохранить нетронутыми, удержать вне анализа какие-то области конфликтов и патологических объектных отношений? На мой взгляд, данная проблема является главной трудностью и опасностью эго-психологической концепции терапевтического альянса. И разрешить ее не так-то просто, ибо восходит она к тому, несколько пренебрежительному, отношению к переносу, которым остается пропитанной теория Фрейда. Как отмечал в своих поздних работах М. Гилл, несмотря на то, что Фрейд проделал путь от оценки переноса как препятствия до его понимания в качестве основного предмета аналитической работы, тень негативной оценки все еще витает над переносом (Etchegoen, 1991, p. 431). Именно это, утверждал Гилл, является причиной незаконченности анализа переноса в практике многих современных аналитиков.

Фрейд предлагал считать перенос одной из форм *сопротивления* –повторением в противоположность воспоминанию—и, в соответствии с этим, рекомендовал начинать анализ переноса лишь тогда, когда он становится сопротивлением аналитическому лечению (Фрейд, 1912). То есть, Фрейд считал необходимым анализировать прежде всего негативный перенос, оставляя «не вызывающий возражений позитивный перенос» нетронутым, если только он не становится переносом эротическим (т. е. снова-таки сопротивлением). Между тем в теории Фрейд рассуждает главным образом о либидинозных составляющих переноса. Понимание же негативной его версии заменено концепцией «сопротивления — преодоления сопротивлений». Технический подход, уделяющий преимущественное внимание сопротивлениям и анализирующий перенос лишь в той мере, в которой тот связан с сопротивлениями, был продолжен и, пожалуй, впервые четко сформулирован в работах Вильгельма Райха, а впоследствии нашел воплощение в классических руководствах по психоаналитической технике Отто Фенихеля (1941) и Ральфа Гринсона (1967)[1]. Именно здесь были разработаны взаимосвязанные принципы *«анализа сопротивлений, начиная с поверхности»* (т. е. с проявлений, наиболее близких к Эго) и *«анализа переноса с опорой на рабочий альянс»*. Тем не менее, как отмечали некоторые авторы, сегодня в самой концепции сопротивления можно увидеть след драматических и агрессивно окрашенных отношений переноса-контрпереноса (см. статью Хайманн 1951 года в данном сборнике; блестящий разбор технических рекомендаций Ш. Ференци в статье Ракера 1957 года; а также статью К. Франк (Франк, 2001)).

Конечно, нас не должно удивлять, что, обращаясь к теме контрпереноса, представители эго-психологии используют те же подходы и те же диспозиции, что и в отношении переноса. Здесь мы также найдем попытки четко дифференцировать невротические и относительно нормальные, «реалистичные» реакции аналитика на пациента, противопоставить контрперенос как не-

[1] Следует также отметить, что подход этот тесно связан с экономической и структурной моделями психики. Из теории «влечений — защит — структур» естественно следует техника анализа сопротивлений, в свою очередь подразумевающая идею терапевтического расщепления Эго (Hinshelwood, 1991, p. 418). Неслучайно Анна Фрейд была удивлена полемичности выступлений Гринсона и Векслера по проблеме рабочего или терапевтического альянса, указав, что эти понятия предлагают всего лишь новое описание классической фрейдовской техники (Etchegoen, 1991, p. 251).

кий вид «контрсопротивления» аналитика — рабочим функциям его Эго: наблюдению и эмпатии (как способности к временной идентификации с пациентом).

В этом отношении весьма показательна представленная в данном сборнике статья Ч. Бреннера, в которой предпринята попытка более целостного понимания контрпереноса с довольно радикальной эго-психологической точки зрения. С одной стороны, Бреннер делает шаг в сторону сближения с тоталистическим подходом, говоря о контрпереносе как вездесущем феномене, компромиссном образовании, имеющем иногда негативные, а иногда позитивные последствия для аналитической работы. С другой же, «полезность» контрпереноса исчерпывается его мотивирующим компонентом: например, любопытство аналитика может быть мотивировано его инфантильными вуайеристскими импульсами, однако в сублимированной форме оно является частью его рабочего контрпереноса. Между тем контрпереносу отказано в праве служить источником информации о пациенте и аналитических отношениях, поскольку эта возможность зарезервирована за некими более зрелыми функциями Эго (хотя автор и не придерживается концепции автономных сфер). Поэтому лучший способ обращения с контрпереносом, по мнению Бреннера, это личный анализ, позволяющий свести его воздействие на аналитическую ситуацию к минимуму.

Интересно сравнить этот подход с размышлениями Маргарет Литтл, задолго до Бреннера предложившей считать, что «контрперенос является одним из тех компромиссных образований, в создании которых Эго оказывается столь искусным. В этом отношении контрперенос, по сути, явление того же порядка, что и невротический симптом, перверсия или сублимация» (см. ее статью в данном сборнике). Однако вслед за этим Литтл переходит к анализу примитивных механизмов проекции, интроекции и идентификации, участвующих в интерсубъективном взаимодействии, в то время как Бреннер остается в рамках исследования внутрипсихических межсистемных конфликтов и соответствующих им зрелых механизмов защиты. Возможно, в этом заключается одно из главных противоречий двух подходов: ориентированные на теорию М. Кляйн аналитики склонны отслеживать влияние примитивных механизмов как в психике пациента, так и во внутреннем мире аналитика, тогда как эго-психологи предпочитают оставаться в роли «зрелых наблюдателей» аналитического процесса (Schafer, 1994, p. 466). В конце концов это приводит к совершенно различным пониманиям аналитического взаимодействия и различным языкам его описания.

Как отмечает Р. Хиншелвуд, с развитием эго-психологии клинические описания, принадлежащие перу ее адептов, становились все более механистическими и все дальше отстоящими от субъективного мира переживаний пациентов (см. статью Хиншелвуда в данном сборнике). Реакцией на это стало широкое распространение в США — второй родине эго-психологии — *психологии самости* Хейнца Кохута и так называемых *интерсубъективистских подходов* (О. Реника и других авторов). Если последователи Кохута проповедует возвращение к субъективности пациента и предлагают превратить психоанализ в разновидность «понимающей», интроспективно-эмпатической психологии, то представители нового интерсубъективизма предлагают проделать сходную операцию по отношению к субъективности аналитика (Стафкенс, 2002). Поскольку она является в принципе «нередуцируемой» (Реник), необходимо отвести ей подобающее место в аналитических отношениях. Фактически, главной новацией этого подхода является призыв к избирательному, но более активному, чем в классическом психоанализе, самораскрытию аналитика перед пациентом. В теоретическом же плане примечательно, что понятие контрпереноса становится здесь просто избыточным — равно как и филигранные техники обращения с ним, разработанные поколениями предыдущих аналитиков.

Я не буду специально останавливаться на работах представителей психологии самости и интерсубъективистских подходов, поскольку их работы не представлены в этом сборнике. В данном контексте они были упомянуты лишь как пример реакции на пренебрежение темой контрпереноса и несколько схематизирован-

ное описание аналитических взаимоотношений в работах эго-психологов.

Главной особенностью кляйнианского взгляда на контрперенос, как мне кажется, стало не столько признание его полезности, сколько целостное или т. н. *тоталистическое* понимания феномена. Его можно проследить уже в пионерской статье Хайманн, а в работах Ракера и Мани-Кёрла оно заявлено четко и определенно. Представление о контрпереносе как целостном явлении, охватывающем и позитивные, полезные, и негативные, невротические, реакции аналитика (связанные с личностью и переносом пациента, так же, как и с бессознательным аналитика), вполне естественно вытекало из кляйнианской концепции переноса как целостной или *тотальной* ситуации. Давая такое определение в 1952 году в работе «Происхождение переноса», Кляйн подчеркивала вездесущесть и многообразие проявлений переноса, который не противопоставлялся каким-либо вне-переносным — реальным или рабочим — отношениям. Скорее, их взаимодействие понималось по аналогии с переплетением фантазии и реальности в психической жизни младенца и в контексте такого переплетения. «...В психике маленького ребенка каждый внешний опыт переплетен с его фантазиями и, с другой стороны, каждая фантазия содержит элементы актуального опыта, и только предприняв глубокий анализ ситуации переноса, мы оказываемся в состоянии раскрыть прошлое как в реалистическом, так и в фантастическом его аспектах», — писала Кляйн (Klein, 1952, p. 54). Точно так же, по ее мнению, каждая отдельная аналитическая ситуация содержит в себе и элементы фантазии, и элементы реальности, аспекты переноса и вне-переносных отношений, — и каждый раз аналитику предстоит заново устанавливать и переформулировать их динамическое взаимодействие. Именно потому, что такая констелляция не может быть известна заранее, из практических соображений *удобнее* пользоваться тоталистическим пониманием. «В течение многих лет — и это остается верным до сего дня — перенос понимался в терминах прямых указаний на аналитика в материале пациента. Моя концепция переноса как укорененного в наиболее ранних стадиях развития и глубоких уровнях бессознательного более широка и влечет за собой технику, посредством которой из всего материала, представленного пациентом, выводятся бессознательные элементы переноса» (Klein, 1952, p. 55).

Таким образом, важным достоинством тоталистического взгляда на перенос стало отсутствие четкого определения того, что переносом *не является*. Поскольку мы имеем дело с бессознательным, мы действительно не можем знать заранее, где кончается перенос и где начинаются более реалистические или рациональные отношения. А значит, аналитику лучше воздержаться от установок и предубеждений в отношении того, что должно быть проанализировано, а что нет. Возможно, отвергая теорию свободных от конфликта сфер Эго, кляйнианские аналитики отказались вместе с ней и от ясного представления о реальных отношениях, и от связанного с ней понятия терапевтического альянса (Etchegoen, 1991, p. 254). Но свою задачу они видели в другом: сфокусировать внимание аналитика на многообразии форм проявления бессознательных фантазий и внутренних объектных отношений в аналитической ситуации. Полем, или, как говорит Бетти Джозеф, «рамкой», такого исследования для психоаналитиков был и остается перенос, тоталистическое же понимание позволило это исследовательское поле расширить (Joseph, 1985). Как выразил это Г. Этчегоен, «благодаря гению Мелани Кляйн перенос наконец начал формировать стратегию аналитической работы» (Etchegoen, 1991, p. 432).

Вместе с тем, концепция переноса как целостной ситуации выглядит не только практически приемлемой, но и теоретически убедительной. Фрейд определял перенос как общепсихологическое явление, встречающееся повсеместно и лишь выявляемое в специально организованной аналитической ситуации[1]. С разработкой

[1] Например, в работе «Замечания о любви в переносе» Фрейд утверждает, что повторение прошлых паттернов отношений вовсе не является отличительной чертой «переносной любви», поскольку с теми же процессами мы встречаемся в любой нормальной влюбленности (Фрейд, 1915).

структурной теории становилось все более очевидным, что «переноситься» могут не только чувства и желания по отношению к объекту, некие целостные отношения, но и более частные психические содержания и функции, например защиты. Кляйн дополнила фрейдовскую теорию лишь одной идеей: перенос понимался ею не только и не столько как повторение прошлых отношений, сколько как *проекция* или *экстернализация* внутренних объектов и объектных отношений[1]. Несмотря на постоянные ссылки Кляйн на самые ранние этапы развития, очевидно, что наиболее фундаментальным предположением ее подхода является идея о повсеместности и изначальности объектных отношений как таковых. «Не существует ни инстинктивного импульса, ни ситуации тревоги, ни ментального процесса, которые не вовлекали бы объекты, внешние или внутренние», — писала она (Klein, 1952, с. 53).

В качестве основополагающей единицы психической жизни кляйнианцы предложили рассматривать *бессознательную фантазию*. Это восходящее к Фрейду понятие было переосмыслено в работах Кляйн и подробно теоретически разработано ее последовательницей и соавтором С. Айзекс (Кляйн и др., 2001). Бессознательная фантазия была понята ими как первичная репрезентация влечений, включающая в себя объекты и отношения с ними[2]. С эго-психологической точки зрения любой психический феномен, включая, конечно же, и бессознательную фантазию, представляет собой компромиссное образование, и, следовательно, анализ этого феномена считается завершенным лишь тогда, когда его удается разложить на составляющие влечений, защит, тревог и т. д. Для Кляйн и ее последователей, напротив, любой психический феномен, включая защиты, аффекты и влечения, может быть представлен (и реально представлен в психике) в форме бессознательной фантазии. «Нет влечения, нет инстинктивной

[1] Дж. Сандлер предпочитал называть этот процесс «актуализацией» (Сандлер, Дэр, Холдер, 1995, с.51).

[2] Последнее соотносится с понятием «целей влечений» в терминологии Фрейда.

потребности или реакции, которые бы не переживались в виде бессознательной фантазии. ... Все импульсы, все чувства, все модели защит переживаются в фантазии, которая дает им *психическую* жизнь и показывает их направленность и цель», — пишет Айзекс (Кляйн и др., 2001, с. 141). В разделе о фантазии и механизмах защиты она приводит следующий пример: «*Фантазия является связью между импульсом Ид и механизмом Эго*, средством, которое одно преобразует в другое. «Я хочу съесть это, следовательно, я уже съел это» — является фантазией, которая представляет импульс Ид в психической жизни. В то же время это субъективное переживание механизма (или функции) интроекции» (там же, с. 168 — выделено автором. И.Р.).

Здесь мы можем отчетливо наблюдать разнонаправленность двух психоаналитических подходов. В одном — эго-психологическом — предлагается некий вариант «атомистического» анализа (по Л.С. Выготскому), в другом — кляйнианском — конечной единицей анализа выступает целостное психическое явление, «молекула», объединяющая абстрактные элементы в живое целое (Выготский, 1982). Соответственно, в одном подходе ударение ставится на влечениях и защитах, в другом — на содержании тревог (и, шире, аффектов) и объектных отношениях[1]. В клинической практике это приводит к различным исследовательским установкам и интерпретативным стилям. Типичный эго-психолог будет стремится к сотрудничеству с наблюдающим Эго анализируемого в неком «объективном» изучении хитросплетений инстинктивных влечений и защит, будет откладывать интерпретации переноса и анализировать, «начиная с поверхности» (т. е. на языке Эго). Кляйнианец попытается понять любое высказывание или действие пациента «на языке бессозна-

[1] Несмотря на частые теоретические отсылки к инстинктам, импульсам, структурам и механизмам, сама Кляйн подчеркивала, что в первую очередь ее интересовало *содержание тревог*. Многие современные кляйнианцы отходят от этой установки, в частности, в направлении исследования ригидных защитных структур личности, т. н. *патологических организаций* (Steiner, 1993; Hinshelwood, 1991; Spillius, 1994).

тельных фантазий» (Сегал, 2001), будет ждать проявлений переноса с самого начала аналитического процесса и интерпретировать их по мере проявления. Вместе с тем кляйнианский аналитик будет стремиться как можно полнее учитывать свою роль как объекта переноса и субъекта контрпереноса и будет ожидать изменения этой роли в процессе аналитической работы.

Как и в случае с эго-психологической теорией свободных от конфликта сфер Эго и соответствующими ей техниками анализа сопротивлений и переноса, мы можем видеть, что в кляйнианском подходе развитие теории и техники происходило параллельно, а часто и в обратном порядке. Теория бессознательных фантазий была подробно разработана в 40-х—50-х годах. Несколько ранее, в 30-е—40-е годы, Кляйн предложила концепцию *депрессивной позиции*, а затем, в 40-е—50-е годы, *параноидно-шизоидной позиции* и соответствующих ей примитивных механизмов защиты, включая *проективную идентификацию*. Разработку теории проективной идентификации продолжили такие последователи Кляйн, как У. Бион, Х. Сигал, Д. Розенфельд, Д. Мельтцер. Роджер Мани-Кёрл (см. его статью в данном сборнике) и Уилфред Бион применили ее для понимания контрпереносных явлений. С другой стороны, работы Бетти Джозеф прекрасно демонстрируют плодотворность теории проективной идентификации в интерпретации целостной ситуации переноса (Joseph, 1975; 1985).

Однако расширенное понимание переноса можно обнаружить уже в классической статье Джеймса Стрэчи 1934 года, тесно сотрудничавшего в это время с Кляйн (Стрэчи, 2002). Стрэчи предложил рассматривать перенос как результат действия в аналитической ситуации механизмов *проекции* и *интроекции*. Проекция плохого внутреннего объекта[1] на аналитика и его реинтроекция образуют порочный невротический круг; интерпретация же этого процесса, которую Стрэчи называет *мутационной* (изменяющей), приводит к разры-

[1] Стрэчи говорит только об одном таком внутреннем объекте — жестком Супер-Эго.

ву этого круга и образованию нового, доброкачественного витка. Аналитик, являющийся в одно и то же время объектом переноса и субъектом интерпретации, посредством такой интерпретации помогает пациенту различить фантазийный и реальный объекты. Эта мысль Стрэчи очень важна, поскольку утверждает, что ни в какой момент времени аналитик не является *только лишь* наблюдателем отношений переноса, для пациента он всегда их участник. Более того, в заключении статьи Стрэчи, со ссылкой на личный разговор с Мелани Кляйн, пишет, что интерпретация переноса в момент его активности чаще всего является для аналитика самой трудной. Не указывает ли он тем самым на то, что и для самого себя — в своем контрпереносе — аналитик также выступает прежде всего участником отношений (Pick, 1985)?

Итак, можно видеть, что в одно время с Р. Штербой Стрэчи предлагает некую модель работы с переносом, которая обходится без концепции рабочего альянса. В его работе намечен переход от понимания аналитической работы как сфокусированной на сопротивлениях к ее центрированной на переносе версии. Вместо «анализа, начиная с поверхности» здесь предлагается «анализ переноса, начиная с ведущей тревоги» (что также отсылает нас к рекомендациям Фрейда). Исходным пунктом для интерпретации должна служить наиболее катектированная, аффективно насыщенная часть переноса[1]. Фактически, *сопротивление понимается здесь как одно из проявлений негативного переноса*. Эта линия будет продолжена в работах кляйнианских аналитиков, все дальше уходящих от классического понимания сопротивления в духе топической модели психики и все реже использующих это понятие (Hinshelwood, 1991, p. 418). Как я уже отмечал выше, впоследствии это новое понимание сопротивления было дополнено его рассмотрением в рамках теории контрпереноса.

[1] В каком-то смысле можно сказать, что этот экономический критерий также свидетельствует о «близости к поверхности». Разве активные аффекты не являются наиболее доступным для Эго переживанием здесь и сейчас? См. обсуждение этой темы в (Etchegoen, 1991, p.378 и далее; Сегал, 2001).

Возвращаясь к теме контрпереноса, нужно отметить, что его рассмотрение кляйнианскими и близкими к кляйнианским идеям авторами развивалось аналогично пониманию переноса. С самого начала это было целостное, тоталистическое понимание феномена, с попыткой провести в нем некие внутренние дифференциации[1]. Так, Ракер проводит целую серию различений внутри широко определяемого контрпереноса: контрпереносные *мысли* и контрпереносные *позиции*, *прямой* и *косвенный* контрперенос и, главное его нововведение — *согласующийся* контрперенос (идентификация аналитика с Эго пациента) и *дополнительный* (идентификация с внутренними объектами пациента, в частности, с его Супер-Эго)[2]. Последняя оппозиция позволяет Ракеру теоретически обосновать значимость не только узко понимаемой эмпатии — согласующегося контрпереноса, — но и дополнительной идентификации как источника информации о внутреннем мире пациента.

Приблизительно в то же время британский психоаналитик Р. Мани-Кёрл пишет работу, в которой противопоставляет *нормальный* контрперенос и его *отклонения* — не столько по типам происходящей идентификации, сколько по скорости и беспрепятственности проекции и интроекции аналитиком материала пациента (см. статью в данном сборнике). Так же, как и Ракер, Мани-Кёрл классифицирует контрпереносные реакции в зависимости от типа идентификации аналитика с пациентом, однако основополагающим он считает различие *проективной* и *интроективной* идентификаций. Работа Мани-Кёрла открыла важную для кляйнианских аналитиков дискуссию о роли проективной идентификации пациента в формировании контрпереноса аналитика, а также о способах проработки контрпереносных

[1] На то, что подобный стиль мышления — обобщенное определение того или иного понятия с последующей дифференциацией его форм — характерен для кляйнианских теоретиков, показывает на примере понятия проективная идентификация Э. Ботт Спиллиус (Spillius, 1994).

[2] Вводя это различение Ракер основывается на описании двух типов идентификации, сделанном Хелен Дойч.

чувств (Pick, 1985). Само понятие «нормального контрпереноса» предполагало, что аналитик может и должен оставаться открытым для вызываемых пациентом чувств, не прибегая к их отыгрыванию.

Еще одну важную проблему поставили представители не-кляйнианской школы объектных отношений, т. н. Независимой группы Британского психоаналитического общества Дональд Винникотт и Маргарет Литтл. В их работах речь идет о необходимости для аналитика в определенных ситуациях раскрывать свои контрпереносные чувства перед пациентами. Винникотт говорит о *реальных* откликах, в которых нуждаются психотические и антисоциальные пациенты. Литтл же в большей мере интересуется ситуациями, когда сам пациент верно распознает контрпереносные чувства аналитика, и она предполагает, что признание аналитиком этих чувств является важным инструментом поддержки способности Эго пациента к восприятию реальности (особенно на продвинутых стадиях анализа). Данная тема обсуждается в работах Г. Этчегоена и Р. Хиншелвуда (см. данный сборник). Интересно также, что, несмотря на отрицание ценности раскрытия контрпереноса перед пациентом, П. Хайманн приводит в работе 1960 года пример именно такой техники (см. данный сборник).

В целом можно сказать, что кляйнианские аналитики придерживаются в отношении контрпереноса стратегии «не отрицать и не признавать, а использовать для понимания». Хотя можно заметить, что со времен Кляйн техника ее последователей эволюционировала в сторону не только большего внимания к контрпереносу, но и признания его участия в любом — в том числе, интерпретативном — поведении аналитика. Такое участие, иногда обозначаемое термином *разыгрывание* (enactment), часто и, по-видимому, неизбежно предшествует пониманию[1]. Иногда оно полезно, а иногда — является ловушкой, в которую попадается аналитик. В первом случае предполагается, что проработанный и интегрированный аналитиком контрперенос внятным

[1] А с теоретической точки зрения — предшествует всегда. См. статью Д. Стерна в (Эротический, 2002).

для пациента образом выражается в интерпретации (Pick, 1985; Steiner, 1993). Во втором речь идет о бессознательных манипуляциях со стороны пациента и о способности аналитика также бессознательно играть роль в чужих фантазиях. Опасности этого очевидны: помимо непонимания, аналитик рискует поддержать фантазию пациента о собственном всемогуществе, подкрепив тем самым «невротический круг». Учитывая это, кляйнианские аналитики сегодня уделяют особое внимание тем ситуациям, в которых контрпереносные отклики или действия аналитика кажутся каким-либо образом предопределенными, или «соответствующими реальности», поскольку такие реакции могут возникать в ответ на проективные маневры пациентов (см. о введенном Л. Гринбергом понятии *проективная контридентификация* в работе Этчегоена в данном сборнике, а также работы Бетти Джозеф (Joseph, 1975)). Как писал Бион: «Переживание контрпереноса ... обладает совершенно особым качеством, которое должно позволить аналитику отделить случаи, когда он является объектом проективной идентификации, от случаев, когда он таковым не является. Аналитик чувствует, что им манипулируют таким образом, чтобы он играл некую роль ... в чужой фантазии. Или он чувствовал бы это, если бы не то, что по собственному воспоминанию я могу назвать только временной потерей инсайта — то есть переживание сильных чувств и одновременно вера, что их наличие вполне оправдано сложившейся объективной ситуацией. ... Я думаю, что способность стряхнуть с себя парализующее ощущение реальности, сопутствующее этому состоянию, является первостепенной необходимостью» (Bion, 1961).

Подводя итог сравнению двух основных психоаналитических традиций понимания контрпереноса, отмечу, что, несмотря на разительные отличия, их взаимодействие и взаимовлияние очевидны. Существуют и вновь возникают эклектичные подходы, каждая школа эволюционирует в ответ на вызовы другой. Безусловно, кляйнианский и более широкий объектно-ориентированный подходы обладают большими достижениями в исследовании контрпереноса, что и вызывает сегодня повышенный интерес к ним в среде более традиционно мыслящих аналитиков (Schafer, 1994). Тоталистическое рассмотрение контрпереноса, динамическое исследование его нормальных и патологических форм, использование контрпереноса для понимания, призыв к открытости контрпереносным откликам, как и к постоянному их соотнесению со спонтанно проявляющейся реальностью переноса, — эти идеи стали новым этапом психоаналитического познания. Однако вопросы, возникающие изнутри этого нового подхода, вновь отсылают нас к классическим дебатам. Как различать нормальные и патологические, зрелые и примитивные контрпереносные отклики? Как оценивать и можно ли использовать влияние контрпереноса на пациента? Существует ли граница между реалистическими/рабочими и просто позитивными отношениями переноса-контрпереноса? Возможно, традиционные решения этих проблем не удовлетворяют нас полностью, но мы не можем их обойти хотя бы потому, что пока не знаем других ответов.

По ту сторону этого сборника

Исследования психоаналитиков кляйнианской и эго-психологической школ представлены в данном сборнике почти исчерпывающим образом. За его границами остались лишь несколько статей, дополняющих и развивающих основные позиции. В числе ранних эго-психологических работ следует упомянуть цикл статей Моисея Гительсона, взгляды которого были близки А. Райх. В частности, Гительсону принадлежит противопоставление двух видов откликов аналитика на пациента: реакций *на пациента в целом*, которые он считает переносом аналитика, и реакций *на перенос пациента* (или отдельные аспекты его личности и материала), составляющих контрперенос в собственном смысле слова. При этом ставилась задача, скорее, опознания и ограничения контрпереноса, чем его использования (см. статьи Хайманн (1960), Джекобза и Этчегоена в данном сбор-

нике). Нужно отметить, что многие современные аналитики воспитанные в традициях эго-психологии, в работах о контрпереносе активно используют идеи кляйнианцев и других ориентированных на объектные отношения школ. В качестве примеров можно упомянуть работы представителя британской группы Современных фрейдистов Дж. Сандлера и исследования американского аналитика Т. Джекобза (только по одной статье каждого из этих авторов вошло в данный сборник).

Из упущенных работ кляйнианской школы следует упомянуть классические исследования Леона Гринберга, посвященные феномену *проективной контридентификации* — реакции аналитика на проективную идентификацию пациента. Так же как У. Бион и Р. Мани-Кёрл, Гринберг сделал шаг в сторону понимания проективной идентификации не только как фантазии и защитного механизма, но и как примитивного способа коммуникации (см. статьи Этчегоена и Хиншелвуда в данном сборнике). В то же время Гринберг, как и абсолютное большинство авторов-кляйнианцев, четко разделяет проективную идентификацию и ответ на нее. Это отличает его подход от некоторых американских авторов, фактически включающих такой ответ в само определение проективной идентификации (например, Т. Огдена и О. Кернберга, см. (Hinshelwood, 1991, p. 179 и далее). Из более современных работ следует упомянуть статью британского психоаналитика Ирмы Бренман Пик «Проработка в контрпереносе» (Pick 1985), продолжающую и развивающую подход Р. Мани-Кёрла, а также цикл работ Р. Бриттона, одна из которых упоминалась выше.

Кроме кляйнианской и эго-психологической школ, в данном сборнике представлены работы аналитиков, которые пытаются так или иначе интегрировать эти подходы. Некоторые из них принадлежат к более эклектичной Независимой группе Британского психоаналитического общества, другие представляют свои собственные взгляды. К первым относятся Д. Винникотт, М. Литтл, а в последние годы жизни к ним присоединилась и П. Хайманн. Основные работы этих авторов присутствуют в этом сборнике. Некоторым упущением следует признать отсутствие еще одной важной статьи М. Литтл и поздних работ П. Хайманн, в которых она обращается к исследованию когнитивных процессов аналитика и изменяет свои ранние взгляды на контрперенос (Little, 1957; Heimann, 1977). Последний недостаток частично восполняется работой М. Ротманна, в которой подход Хайманн освещается довольно подробно. Эта тема также освещается в специальном разделе учебника Х. Томэ и Х. Кэхеле «Современный психоанализ» (Томэ, Кэхеле, 1996). Классическая статья О. Кернберга посвящена сопоставлению и попыткам частичной интеграции эго-психологического и объектно-ориентированного, в частности кляйнианского, взглядов на контрперенос. К сожалению, более современные работы автора, посвященные той же теме, в сборник не вошли. Попытки синтеза разных подходов прослеживаются также в статье немецкого психоаналитика М. Мёллера.

Только отдельными — хотя и чрезвычайно существенными для данной темы — работами представлен вклад в исследования контрпереноса латиноамериканских психоаналитиков. Многие из них находились под сильным влиянием кляйнианской школы, воспринимая эту традицию опосредованно, как Х. Ракер, или, как Г. Этчегоен, непосредственно, через обучение в Британском психоаналитическом обществе. Однако все эти исследователи, как и многие другие, тем или иным образом пытались интегрировать идеи Кляйн с эго-психологией, структурным психоанализом Ж. Лакана и другими психоаналитическими и психологическими парадигмами. Так, в частности, чрезвычайно интересный синтез кляйнианских концепций бессознательной фантазии и проективной идентификации, бионовской теории базовых групповых допущений и гештальт-психологической теории поля был предложен в работах Мадлен и Вилли Барангер (Baranger, 1993; De Bernardi, 2000). Результатом стала оригинальная концепция биперсональных бессознательных фантазий, развивающая понимание аналитического процесса как протекающего между аналитиком и пациентом (а не только в пациенте, что предполагается классической эго-психологической точкой зрения).

Однако следует заметить, что все перечисленные выше работы — как включенные в сборник, так и просто упомянутые — принадлежат к тому обобщенному направлению, которое О. Кернберг назвал «психоаналитическим мэйнстримом» (Кернберг, 2000). По мнению американского исследователя, это основное психоаналитическое течение образовано тремя школами, границы которых были очерчены в ходе знаменитых лондонских *Дискуссий о противоречиях* между представителями Кляйнианской, Фрейдистской и Независимой групп в 40-е годы прошлого века (Романов, Дурас, 2001). Со временем между этими традициями происходил все более интенсивный обмен идеями, сглаживались противоречия, возникали синтетические концепции. Поэтому, несмотря на сохранение некоторых «схоластических» различий, на техническом и клиническом уровне мы можем говорить если не о единстве подходов, то по крайней мере о хорошем взаимопонимании между ними[1]. Однако множество психоаналитических парадигм находятся за пределами этого течения — то ли потому, что они сравнительно новы, то ли потому, что исторически развивались вне его влияния или же в оппозиции ему. Хотя их вклад в интересующую нас тему контрпереноса не был определяющим, он, тем не менее, довольно значителен.

Вслед за Кернбергом можно указать на две «психоаналитические культуры», оставшиеся за пределами мэйнстрима (и нашего сборника). Во-первых, это

[1] Отмечу, что точка зрения Кернберга отличается от позиции Р. Шафера, который считает различия кляйнианской и эго-психологической школ непреодолимыми, а их синтез невозможным (Schafer, 1994). Такую разность оценок можно объяснить тем, что, во-первых, сам Кернберг является автором некой синтетической концепции, которую он называет «концепцией эго-психологии — теории объектных отношений». Во-вторых, более широкой перспективой рассмотрения: если Шафер сравнивает только две школы, то Кернберг противопоставляет весь англоязычный «мэйнстрим», с одной стороны, французскому психоанализу, а с другой — новым интерсубъективистским подходам. Между тем на то, что между классическими психоаналитическими школами существует сегодня хорошее взаимопонимание и интенсивный обмен идеями указывает и сам Р. Шафер. Его собственные работы служат прекрасной тому иллюстрацией.

французский психоанализ. Испытавший большое влияние идей Ж. Лакана и полемического стиля его мышления, французский психоанализ долгое время оставался невосприимчив к новым теориям контрпереноса (Duparc, 2001). Позднее эти идеи нашли отклик в среде французских психоаналитиков, однако их рецепция и сегодня остается довольно специфической. Такие теоретики французского психоанализа, как А. Грин, Дж. МакДугалл, Ж. Шоссгет-Смиржель и многие другие, приложили большие усилия для объединения новых теорий объектных отношений с более традиционной ветвью психоаналитической мысли — *теорией влечений*. С другой стороны, С. Видерман, Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис и другие пытались восстановить в правах *историческую* и *травматическую реальность* в психоаналитическом дискурсе. Эти авторы и их работы заслуживает отдельного исследования, выходящего за рамки данного предисловия.

Что касается интерсубъективистского подхода к контрпереносу, к которому можно отнести работы О. Реника, Г. Левина, Р. Фридмана, Дж. Этвуда, Дж. Столороу, с известной долей условности Т. Огдена и некоторых других авторов, то в общих словах он уже был охарактеризован выше. Создается впечатление, что в концептуальном пространстве этой, только лишь формирующейся, парадигмы понятие контрпереноса становится избыточным. С одной стороны, оно растворяется в широко понимаемой эмпатии, с другой же, его теснит «нередуцируемая субъективность аналитика». В техническом отношении работы этих авторов содержат весьма интересные описания совместного с пациентом исследования взаимных разыгрываний в аналитических сессиях, утраты аналитиком своей позиции и попыток ее восстановления (Стафкенс, 2002). Возможно ли вывести из этих наблюдений новую теорию, или они вполне объяснимы в рамках уже существующих концепций — на этот вопрос сегодня вряд ли можно ответить однозначно. Перечисленные выше авторы образуют довольно разнородную группу: кто-то, как Огден, находится под сильным влиянием британских теорий объектных от-

ношений, кто-то, как Этвуд и Столороу, воспитан в школе психологии самости, кто-то принял эстафету американской интерперсональной теории. В противопоставлении другим школам в этих работах можно найти много общих черт, однако они еще не обладают внутренним единством (ср. попытки систематизации интерсубъектвистских взглядов на контрперенос в работе Р. Хиншелвуд в данном сборнике и его целостного описания в работе О. Кернберга (Кернберг, 2000)).

Мы и контрперенос

Наблюдая общую панораму исследований контрпереноса — как тех, что уже стали классическими, так и более современных, — трудно, на мой взгляд, отделаться от ощущения некоего декаданса, нарастания в психоанализе субъективистских тенденций. Наверное, это показатель зрелости, когда ученые начинают задумываться, как они познают, а писатели — как они пишут. Эта зрелость переходит в увядание, если такая рефлексия заменяет творческое действие. За последние несколько десятилетий психоаналитическая теория и техника пережили серьезную трансформацию. Из ориентированной на естествознание научной дисциплины и соответствующей естественнонаучному этосу техники психоанализ превратился в практику интерсубъективного взаимодействия и анализа этого взаимодействия. Основная трудность этого перехода заключается в том, что новые формы психоаналитического знания и практики являются весьма неустойчивыми: им постоянно грозит впадение в субъективистский регистр «эмпатии и интроспекции». Взаимодействие и взаимоотношение двух субъектов довольно легко превращается в «коллективный монолог» (по Пиаже) двух равно одиноких сознаний и бессознательных. Тем самым оказывается под угрозой изначально присущее психоаналитическому диалогу, хотя и неустойчивое равновесие между *познанием* и *пониманием* (Рикер, 1995). Противостоять этой регрессии к «субъективизму на двоих» может лишь осознание психоанализом своего статуса как подлинно интерсубъективной науки[1].

На мой взгляд, по крайней мере две тенденции в современных дискуссиях о контрпереносе способствуют такому осознанию. Во-первых, на уровне теории, это признание определяющего значения *внутренних объектных отношений*. Многоуровневый анализ отношений между самостью и внутренними объектами, между различными частями самости, между частичными объектами и т. д. образует особый раздел современной психоаналитической теории, достаточно далеко отходящий от неаналитических теорий интерсубъективности (которые имеют дело с объектами внешними и целостными). Довольно близка к этому подходу и концепция *репрезентаций самости и объектов*, разработанная Дж. Сандлером, О. Кернбергом и другими авторами. Во-вторых, на уровне практики, можно указать на признание неизбежности не только самого контрпереноса, но и тех процессов, которые подпадают под довольно расплывчатое определение *разыгрывания*. Идет ли речь о словах или интерпретациях аналитика, они могут выглядеть таковыми для него, но иметь совершенно иное значение — действий — для пациента. Таким же образом они могут быть представлены и в бессознательном аналитика, например, предлагающего пациенту лучшие в мире интерпретации нарциссизма или подавляющие интерпретации мазохистического подчинения. Признание повсеместности разыгрываний означает, что задачей аналитика становится не столько контроль ситуации, который невозможен, сколько постоянные усилия по превращению действий в понимание.

Вместе с тем нельзя не учитывать, что наш взгляд на происходящие в психоаналитическом мире дебаты и революции все еще остается взглядом извне. Каково значение проблемы контрпереноса для нас, начинаю-

[1] Не развивая этой темы, отмечу, что мое понимание слова «интерсубъективность» ближе к философской традиции — от Гуссерля до Хабермаса и Апеля, — чем к психоаналитическому подходу «интерсубъектвистов».

щих психоаналитиков из постсоветских и постсоциалистических стран? И здесь открывается весьма интересный взгляд на казалось бы хорошо изученные проблемы.

Прежде всего, кажется очевидным, что обучаясь практике психоанализа вне существующих в мире институций, мы обречены на повторение тех ошибок, лекарства от которых давно стали общим достоянием. Наибольшие сложности вызывает отсутствие двух обязательных составляющих психоаналитического обучения: личного обучающего анализа и систематического супервизирования клинической практики. Еще одним важным условием ответственной психоаналитической работы является наличие организованного профессионального сообщества, способного осуществлять функции наблюдения и оценки работы психоаналитика на всем ее протяжении, а не только в ходе психоаналитического образования. В современном психоанализе стало общепризнанным, что без постоянного контакта с такой «третьей стороной», в роли которой последовательно выступают обучающий аналитик, супервизор, психоаналитический институт и профессиональное сообщество, психоаналитическая практика имеет тенденцию вырождаться в «дикий анализ». Все эти инстанции позволяют организовать триангулярное пространство — пространство рефлексии, а не отыгрываний.

Что же касается контрпереноса, то он оказывается тем местом, где начинающего психоаналитика подстерегают главные опасности. Мой собственный опыт изучения психоанализа, клинической работы и обучения начинающих психотерапевтов убеждает меня в том, что опасности эти мало чем отличаются от тех, с которыми сталкивались западные психоаналитики до фундаментальных открытий в области теории контрпереноса и разработки соответствующей им техники. *Фобическая*, а в пределе *параноидная* установка по отношению к своим чувствам заставляет начинающих психотерапевтов отгораживаться не только от них, но и от эмоциональной реальности пациентов. В этих целях может использоваться и психоаналитическая теория, и медицинская этика, и гротескно преувеличенное правило нейтральности. Другой крайностью является *утопание* в контрпереносе, соблазн все большего участия в аналитических отношениях в ущерб их пониманию. На практике это может приводить к интерпретациям, построенным по принципу «я так чувствую» (если такая работа вообще приводит к каким-либо интерпретациям). И та, и другая крайности означают конец анализа.

Наблюдения за подобными ошибками — своими и моих коллег — пробудили мой интерес к теме контрпереноса. Итогом его и стал этот том. Конечно, я далек от мысли, что сборники научных трудов могут научить кого-то «хорошему» или «правильному» психоанализу. В конце концов, как с долей пессимизма замечает Рональд Бриттон, чернобыльская трагедия произошла много позднее Хиросимы, когда все уже хорошо знали, как использовать атомную энергию и чего стоит бояться (Britton, 2003). Теория — не лучший советчик, особенно, если она построена на чужом опыте. Она лишь может показать, что мы не одиноки в своих заблуждениях и что решения существуют. Как и хороший психоанализ.

Что еще требуется от доброжелательного взгляда со стороны?

Литература

ВАЛЬДХОРН Г.Ф. Хайнц Гартманн и современный психоанализ // Энциклопедия глубинной психологии. Том 3. Последователи Фрейда. М.: Когито-Центр: МГМ, 2002. С. 55–83.

ВЫГОТСКИЙ Л.С. Мышление и речь // Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т. 2. М.: Педагогика, 1982.

ГАДАМЕР Х.-Г. Истина и метод: Основы философской герменевтики. М.: Прогресс, 1988.

ГРИНСОН Р. Исключительное положение сновидения в психоаналитической практике // Современная теория сновидений / Пред. и общ. ред. С. Фландерс. М.: АСТ: Рефл-Бук, 1999. С. 93–127.

ГРИНСОН Р. Техника и практика психоанализа. М.: Когито-Центр, 2003.

Контрперенос*

Горацио Этчегоен (1991)

I. Контрперенос: открытие и переоткрытие

I.1. Истоки возникновения концепции

Именно Фрейду мы обязаны существованием определения аналитических отношений, фиксирующего перспективу не только пациента, но и аналитика. «Аналитическими» Фрейд назвал дву-персональные и обоюдные отношения переноса и *контрпереноса*. Создатель психоанализа достаточно рано заметил удивительное явление контрпереноса и дал ему четкое концептуальное определение.

Как мы знаем, термин *контрперенос* впервые встречается в прекрасной статье «Пути психоаналитической терапии», которая была представлена на Втором Международном конгрессе в Нюрнберге в 1910 году. Вероятно, Фрейд изложил ее содержание в виде доклада, который участники конгресса заслушали 30 марта.

В докладе Фрейд (Freud, 1910) отмечал, что перспективы психоаналитической терапии связаны с тремя основными факторами: внутренним прогрессом, ростом авторитета, общим влиянием работы аналитика. Под внутренним прогрессом Фрейд подразумевал развитие и усовершенствование психоаналитической тео-

* Перевод выполнен по изданию: Etchegoen G.R. (1991) *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London, New York, Karnac Books. Chapters 21–23.

рии и практики; рост авторитета предполагал, что со временем аналитику удастся заслужить уважение и расположение той части публики, которая на данный момент еще не доверяет психоанализу; и, наконец, прогресс психоанализа в значительной мере зависел от того, удастся ли ему приобрести качества важного социального и культурного фактора. Сегодня, более чем 80 лет спустя, мы можем с уверенностью сказать, что все три фрейдовских предположения оправдались. Несмотря на то, что имели место неоднократные попытки обесценить психоанализ, историю двадцатого века все же нельзя написать, не упомянув Зигмунда Фрейда и его творение.

Рассуждая о внутреннем прогрессе, Фрейд в числе теоретических моментов упомянул символизм, а на уровне техники — контрперенос. Он сказал, что за последние несколько лет пришел к четкому пониманию того, что *контрперенос* является одним из препятствий на пути прогресса психоанализа. Фрейд определил контрперенос как эмоциональную ответную реакцию аналитика на пациента, возникающую в результате воздействий, которые анализируемый оказывает на бессознательные чувства врача. Из этого можно сделать логический вывод, что Фрейд определял контрперенос как функцию анализируемого.

Традиционно принято подчеркивать, что Фрейд видел в контрпереносе только препятствие. Но поскольку контрперенос упоминается в связи с перспективами, Фрейд предполагает, что познание этого явления будет означать значительный прогресс психоаналитической техники.

Однако нельзя отрицать, что Фрейд рассматривал контрперенос как препятствие, которое по определению своему должно быть устранено. Всякий аналитик может продвинуться настолько, насколько допускают его собственные «слепые пятна», — говорил Фрейд. Он ввел общее правило, согласно которому каждый аналитик должен знать о собственном контрпереносе и преодолеть его. Фрейд считал это требование обязательным для любого, стремящегося стать психоаналитиком. Интересен тот факт, что в 1910 году он видел решение проблемы контрпереноса в *самоанализе*. Однако уже в 1912 году, уступив давлению К. Юнга и цюрихской аналитической группы, он стал настойчиво рекомендовать обучающий анализ. Новая позиция четко отразилась в работе «Советы врачу, практикующему психоаналитическую терапию» (Freud, 1912).

Мы знаем, что тема контрпереноса занимала Фрейда, поскольку он неоднократно возвращался к ней. В письме к Шандору Ференци от 6 октября (see Jones, 1955–57, Vol.2) Фрейд снова упоминает контрперенос, на этот раз *свой собственный*. В тот год Фрейд и Ференци вместе проводили отпуск в Италии. Ференци был чрезвычайно взволнован этим, вел себя капризно и утомил Фрейда огромным количеством разнообразных вопросов и требований. Он явно ревновал. Ему хотелось занять положение любимого ученика (которое фактически он и занимал, проводя отпуск вместе со своим учителем), и поэтому он требовал, чтобы Фрейд постоянно уделял ему внимание. Некоторое время спустя Ференци написал Фрейду длинное письмо, имевшее характер самоанализа. В письме он выражал опасения в связи с раздражением Фрейда и сожалел о том, что учитель не сделал своевременного замечания, которое могло бы помочь сохранению хороших отношений. В безмятежном ответном письме от 6 октября Фрейд пишет, что его поведение в той ситуации действительно было проявлением слабости. Он оказался не тем психоаналитическим сверхчеловеком, которого создал в своем воображении Ференци, и не смог справиться с контрпереносом. Фрейд пишет, что не сумел вовремя сделать выговор, как не способен иногда сделать замечание трем своим любимым детям. Фрейд явно говорит о контрпереносе, в данном случае о позитивном и отеческом контрпереносе, по вине которого он оказался «слаб», не смог вести себя соответственно ситуации и совершил ошибку.

Неограниченная свобода, с которой аналитические знания в то время переносились на личные отношения, просто шокирует. Сегодня мы стали значительно ос-

торожнее, поскольку хорошо знаем, как сложны такие взаимосвязи. Хотелось бы напомнить, что в работе «Конечный и бесконечный анализ» (Freud, 1937) Фрейд упоминает пациента, упрекавшего своего аналитика в отсутствии интерпретаций негативного переноса (на что тот ответил, что если такие интерпретации и отсутствовали, то лишь по причине отсутствия в то время самого негативного переноса). В данном случае Фрейд, как утверждают, писал именно о Ференци (Балинт прямо заявил об этом во время симпозиума, носившего название «Проблемы психоаналитического обучения» и проходившего в рамках Лондонского Международного конгресса). То, что в 1910 году было игрой в сердечное отношение и сочувствие, со временем приобрело совершенно иные очертания. (Более детально отношения между пионерами психоанализа описаны в работе Этчегоена и Кэтри (Etchegoyen, Catri, 1978).)

За исключением двух вышеприведенных случаев и нескольких случайных упоминаний контрпереноса, Фрейд никогда больше не возвращался к этой теме и не предпринял никаких попыток усовершенствовать и развить его теорию. Другие аналитики тоже не проявили особого интереса к проблеме контрпереноса, и ситуация достаточно долго сохранялась неизменной. Если не считать случайных и незначительных дополнений к сформулированному Фрейдом правилу, можно сказать, что до середины двадцатого столетия тема контрпереноса оставалась неизученной.

1.2. Контрперенос в первой половине столетия

Сорок лет, разделяющие момент открытия контрпереноса Фрейдом и время, когда тема вновь стала предметом рассмотрения, не прошли напрасно, хотя в этот период теория контрпереноса не обогатилась практически ни одним существенным тезисом.

Общеизвестно, что в работе «Новые пути в психоаналитической технике» Теодор Рейк обрисовал контуры базировавшейся на понятии интуиции теории контрпереноса (Reik, 1933). Рейк не потрудился сформулировать ее, не сделал он этого и в своей знаменитой работе, посвященной молчанию и удивлению (Reik, 1937). Его сочинения являются важными разработками в области теории техники, по сути базирующимися на систематизации аналитической интуиции. Рейк попытался также найти обоснование правилу свободно плавающего внимания. Однако в конечном итоге его работы нельзя назвать посвященными теме контрпереноса.

Рейк сформулировал следующее положение: аналитик, настроенный на восприятие и больше доверяющий интуиции, нежели рациональным суждениям, вернее улавливает суть происходящего в бессознательном пациента. По мнению Рейка, подобная техника способствует тому, что аналитик «схватывает» своим бессознательным бессознательное пациента, как писал об этом Фрейд в работе «Бессознательное» (Freud, 1915). Мы знаем о созданной Рейком теории аналитического инсайта, основанной на понятии *удивление*. Рейк убедительно доказал, что психоаналитику следует позволять своему бессознательному удивлять его. Этот автор практически не использовал понятие *контрперенос*, хотя его концепция предполагает существование контрпереносных мыслей (Racker, 1953). Назвать созданную Рейком модель вкладом в теорию контрпереноса было бы несправедливо. Рейк неоднократно подчеркивал, что доверие интуитивным предположениям, возникающим из бессознательного, является наилучшим способом понять анализируемый материал. Однако он никогда не упоминал о том, что источниками подобной интуиции являются конфликты аналитика, которые, в свою очередь, спровоцированы конфликтами в переносе пациента. Рейк не сказал бы этого: подобное допущение принципиально противоречит его пониманию аналитического процесса. В работе «Некоторые замечания относительно исследования сопротивлений» Рейк отмечал, что контрперенос является сопротивлением аналитика и должен быть проработан в ходе самоанализа (Reik, 1924). Из этого ясно следует, что контрперенос не рассматривался им как непосредственный источник интуиции аналитика.

Несколько замечаний об интуиции и чувствительности аналитика встречается в учебнике по психоаналитической технике, написанном Фенихелем в 1941 году. Замечания Фенихеля касаются главным образом спора, происходившего между Рейком (развивавшим идею интуиции) и Райхом (который защищал идею систематизации), однако контрперенос как инструмент аналитического понимания в них не упоминается (Fenichel, 1941).

Наша тема присутствует во всех этих работах, но ни в одной из них контрперенос не определяется как рабочий инструмент аналитика. Теория контрпереноса остро нуждалась в синтезе идеи Фрейда (который идентифицировал феномен и увидел в нем препятствие) и идеи Рейка (утверждавшего, что интуиция является основным рабочим инструментом аналитика). Однако подобный синтез был осуществлен значительно позже и в других обстоятельствах.

Некоторое отношение к концепции контрпереноса имеют замечания, сделанные Вильгельмом Райхом по поводу собственных аффективных реакций, в которых он увидел воплощение аналитической интуиции (Reich, 1933). Скорее не сам Райх, а Ракер (Racker, 1953), заново изучивший эти наблюдения, увидел в них продукт контрпереноса. Столкнувшись с навязчивыми заявлениями пассивно-фемининного пациента о своей неизлечимости, бесполезности анализа, непоправимости ситуации и т. п., Райх неожиданно интуитивно догадался, что таким образом пациент разыгрывает в переносе конфликт неудачи и бессилия, кастрируя аналитика и вынуждая его признать поражение. Внезапно озарившее Райха понимание, говорит Ракер, возникло из контрпереносного переживания неудачи, которое пациент спровоцировал у аналитика. Факты те же — теории существенно разнятся. Райх был убежден, что интуиция (профессионализм, опыт) позволила ему понять перенос пациента, однако не допускал, что здесь сыграл свою роль контрперенос. Не согласился бы Райх и с тем, что начальную стадию его работы с пациентом, когда контрперенос не проявлялся, можно назвать периодом торможения или «контрпереносной импотенции»[1].

Опираясь на такие понятия, как клинический взгляд, опыт и *métier*[2] (ремесло), теория интуиции освобождает себя от контрпереноса, т. е. от страданий, которые аналитику причиняют собственные конфликты. В свою очередь теория контрпереноса, сформулированная Паулой Хайманн и Ракером, сделала особый акцент на том, что *métier* аналитика заключается в умении слышать и исследовать свой контрперенос, *который* и является его интуицией. Устанавливая столь непосредственную связь между интуицией и контрпереносом, эти авторы не утверждали, что в основе каждой интерпретации должен лежать контрперенос. Если аналитик в полной мере осознает суть происходящего, его контрперенос не вмешивается в работу с пациентом. Феноменологически можно отметить, что интуиция возникает лишь тогда, когда мы не достаточно полно расшифровываем информацию, поскольку в противном случае речь идет не об интуиции. Проблесками интуиции называются те моменты, в которые нечто ранее скрытое вдруг неожиданно открывается нашему пониманию. В работе Лопеса, посвященной анализу процесса построения интерпретации, выделяется три уровня — невротический, характеропатический и психотический, — на которых может происходить кодификация (Lopez, 1972). В соответствии с такой моделью условно выделяются три степени, в которых контрперенос участвует в построении интерпретации. Следовательно, контрперенос (происходящий из конфликта) и интуиция неразделимы. Данное правило применимо и к другим областям знания, поскольку интуитивные открытия в области, например, физики или химии совершаются абсолютно аналогично.

[1] См. работу «Значение и использование контрпереноса» (Racker, 1953, section 5), где упоминается этот случай. Райх описал его в докладе, представленном на конгрессе в Инсбруке в 1927 г. и включенном впоследствии в книгу «Анализ характера», гл.4 (Reich, 1933).

[2] Métier — профессионализм (фр.). Прим. перев.

Подводя краткий итог, можно сказать, что в первой половине века концепция контрпереноса не стала частью общей психоаналитической теории и, как мы видели, не представлена даже в знаменитой полемике Райха и Рейка.

С другой стороны, в те годы некоторые авторы совершили достаточно важные теоретические открытия, однако их идеи остались практически незамеченными. К числу таких авторов я отношу Эллу Шарп. Мне хотелось бы более подробно остановиться на материале доклада, сделанного ею во время Симпозиума по детскому психоанализу в 1927 году. Доклад Шарп представляет собой теоретические рассуждения о (контрпереносных) реакциях, возникших у нее в процессе работы с пятилетней пациенткой. Шарп (по понятным причинам) отказалась рассматривать контрперенос в качестве аналитического инструмента и пыталась истолковать ситуацию в свете кляйнианской концепции сопротивлений аналитика. Осуществленный ею самоанализ являет собой отличный образец психоаналитического исследования контрпереносной тревоги аналитика и его конфликтов со своим Супер-Эго. Шарп попыталась осмыслить проявившийся в терапевтической ситуации механизм проекции Супер-Эго в пациентку и ее родителей и свою попытку совладать с виной посредством механизмов отрицания и проекции. В своем докладе Элла Шарп особо подчеркнула, что возникающие в аналогичных случаях реакции аналитика имеют огромное значение (Sharpe, 1927, p. 384).

Я задержался на работе Шарп не только потому, что она является олицетворением определенного периода в развитии психоанализа. На мой взгляд, этот случай иллюстрирует, как самые яркие и оригинальные мыслители способны не замечать проблему, если обстоятельства вынуждают их к этому. Для того чтобы контрперенос получил теоретическое обоснование и статус практической проблемы, потребовалась эволюция психоаналитической техники. Постановке проблемы контрпереноса предшествовало глубокое осмысление сложности и комплексности феномена переноса, функций и пределов интерпретации, трансцендентности сеттинга. Сегодня мы готовы обсуждать эту проблему лишь благодаря многочисленным разработкам общей теории психоанализа, сделанным в свое время Мелани Кляйн и Анной Фрейд, благодаря исследованиям Ференци, Райха, Рейка, Штербы, Стрэчи и многих других.

Как психоаналитики мы не можем не отметить те бессознательные факторы, которые содействовали задержке развития теории контрпереноса. Любому терапевту неприятно осознавать свою идентичность с пациентом, которого он лечит, отказываясь при этом от удобной иллюзии превосходства. Пионерам психоаналитического движения подобное превосходство было особенно необходимо и удобно, поскольку в случае утраты этой иллюзии реальное разнообразие факторов сокрушило бы их. Однако, как я уже говорил, бессознательный фактор являлся хотя и важным, но не единственным. Необходимо было дождаться момента, когда сама психоаналитическая техника прогрессирует до уровня, на котором стали бы возможны повторное открытие контрпереноса и пересмотр положения о том, что психоаналитическая работа всегда происходит между здоровым и невротиком.

Развитие науки, говорил Кун, предполагает кризисы (Kuhn, 1962). Существуют периоды, когда ученые спокойно используют свои теории, углубляя и расширяя знание. Но бывают и такие времена, когда в научном сообществе растет чувство неловкости из-за того, что применение теорий на практике все чаще приводит к обнаружению скандальных аномалий. В конечном итоге революционный всплеск привносит изменения в устоявшуюся парадигму. Я глубоко убежден, что в середине двадцатого столетия нечто подобное происходило с признанием контрпереноса.

1.3. Контрперенос как инструмент

В 50-е годы неожиданно вышла в свет целая серия работ, непосредственно затрагивавших тему контрпереноса. В этих публикациях контрперенос рассматри-

вался не только как техническая, но и как теоретическая проблема, т. е. осуществлялось переосмысление самого факта существования контрпереноса и его значения для аналитического процесса.

Вне всяких сомнений, наиболее значительный вклад в теорию контрпереноса в те годы внесли Хайнрих Ракер (который жил в Буэнос-Айресе) и Паула Хайманн (жившая в Лондоне). Они практически одновременно совершили свои открытия, и, как принято считать, не заимствовали идеи друг у друга[1]. Пионерская работа Паулы Хайманн была опубликована в *International Journal of Psycho-Analysis* в 1950 году. Тремя годами позже Ракер опубликовал в том же журнале статью «Размышления о проблеме контрпереноса». Эта статья была опубликована в 1955 году в *Revista de Psicoanálisis* под названием «Aportaciyn al problema de la contratransferencia», а затем включена в сборник *Estudios sobre técnica psicoanalitica* (1960) под названием «La neurosis de contratransferencia». Однако фактически впервые она была представлена в виде доклада на заседании Аргентинской психоаналитической ассоциации в сентябре 1948 года — то есть раньше выхода в свет работ Хайманн. Считается, что Хайманн в то время уже занялась подготовкой своей статьи, неоднократно упоминая о ней в частных беседах. Если попытаться по-соломоновски справедливо разделить честь открытия (или переоткрытия) контрпереноса между Ракером и Хайманн, следует признать, что исследования Ракера все же более целостны и имеют завершенную форму. За исключением знаменитой статьи, написанной в 1950 году, и еще одной блестящей работы, вышедшей в свет десятью годами позже, Паула Хайманн практически никогда больше не возвращалась к этой теме. Ракер же опубликовал целую серию работ, в которых исследовал важнейшие аспекты контрпереноса. Свои размышления ему удалось обобщить в итоговой работе «*Estudios*», которая увидела свет в декабре 1961 года, за месяц до смерти автора (на английском языке «*Estudios*» опубликованы в 1968 году под названием «*Transference and Countertransference*»).

[1] Я часто слышал, как Ракер комментировал совпадение своих идей с идеями Хайманн, подчеркивая их независимость друг от друга.

Я связал открытие с именами Паулы Хайманн и Ракера, поскольку считаю, что именно они впервые увидели в контрпереносе рабочий аналитический *инструмент,* а не потому, что игнорирую работы других аналитиков тех лет (которые, безусловно, тоже важны). Заслуживает упоминания работа Винникотта, впервые обнародованная в 1947 году, а также статьи Анни Райх и Маргарет Литтл, опубликованные в *International Journal of Psycho-Analysis* в 1951 г.

Благодаря усилиям вышеперечисленных авторов и множества других психоаналитиков, тема контрпереноса неожиданно резко заявила о себе, спровоцировав своеобразную революцию, которая не могла обойтись без битв. Доклад Ракера, прозвучавший на заседании Аргентинской психоаналитической ассоциации в 1948 году, вызвал у слушателей неловкость и смутную тревогу, а один из наиболее уважаемых аналитиков публично заявил, что психотерапевту, испытывающему во время работы со своими пациентами подобные чувства, следовало бы пройти повторный индивидуальный анализ! Без преувеличения можно утверждать, что в те годы публикация посвященных теме контрпереноса работ спровоцировала смену парадигмы: работу аналитика стали оценивать значительно критичнее, она превратилась в предмет отдельного рассмотрения. Не могу не упомянуть Лакана, который в своей работе «*Intervention sur le transfert*» (Lacan, 1951) четко указал на участие контрпереноса в возникновении и развитии переноса. Он, однако, тоже не увидел в контрпереносе аналитического инструмента. Лакан построил концепцию *désir du psychanalyste* (желания психоаналитика), а не теорию контрпереноса.

В работах Ракера и Хайманн контрперенос рассматривался не только как препятствие — в нем увидели *еще* и тонкий инструмент, который может быть очень полезен в аналитических отношениях. Ракер также подчеркивал, что контрперенос определенным образом изменяет конфигурацию поля, в котором психика пациента модифицируется (изменяется).

Сравнив эти факты с тем, что нам уже известно об истории развития психоаналитической концепции переноса, легко увидеть много общего. Первоначально перенос был воспринят как (серьезное) препятствие, затем он стал (полезным) инструментом и, наконец, полем, в котором пациент получает возможность пережить реальные изменения. Перенос стал театром действий. В лекции № 27 «Введения в психоанализ» (Freud, 1916–1917), посвященной теме переноса, Фрейд четко формулирует следующую идею: перенос не только препятствие, стоящее на пути аналитического лечения, и не только инструмент этого лечения — он еще и обеспечивает возможность нового результата старых объектных отношений, стремящихся к повторению. Фрейд говорит, что в тот момент, когда перенос «разрешен», пациент обретает способность посмотреть на свою проблему по-новому, сохраняя эту способность даже после исчезновения фигуры аналитика.

Основываясь на тройной фрейдовской модели, Ракер выдвинул предположение, согласно которому контрперенос также действует в трех плоскостях: как *препятствие* (опасные слепые пятна аналитика), как *инструмент*, позволяющий отследить, что же реально происходит с пациентом, как особое *поле*, в котором анализируемый может реально приобрести опыт, отличный от первоначального, точнее, «отличный от опыта, который, как *думал* пациент, у него есть». Лично я склонен считать, что «новый» опыт всегда возникает на основе более раннего позитивного опыта, точнее говоря, — на основе позитивных аспектов всей совокупности первичного опыта. Подобное предположение полностью согласуется с идеей множественной детерминации психических актов, которую сформулировал Уэлдер (Welder, 1936).

В конечном счете анализ ставит перед собой задачу вернуть пациенту его прошлое, включая все (даже неверно оцениваемые и искажаемые им) позитивные моменты первичного опыта. Это очень серьезная теоретическая проблема, и я обязательно обращусь к ней позже (в моем докладе в Хельсинки в 1981 году я уже затрагивал эту тему)[1]. В данной работе я хотел бы лишь указать на то, что проблема имеет технический аспект (например, когда мы говорим, что новый *хороший* опыт является оригинальным, или пытаемся соотнести его с прошлым пациента) и эпистемологический аспект, который, в силу своей специфики, требует отдельного рассмотрения.

Используя предложенную Ракером трехфакторную модель, можно переформулировать концепцию контрпереноса в согласии с теорией переноса, где аналитик рассматривается не только как *интерпретатор*, но и как *объект* переноса. Это очевидный факт, но о нем часто забывают. Концепция интуиции, например, отсылает к интерпретирующему аналитику. Тем не менее, аналитик, ограничивающий свои функции исключительно интерпретацией, не может полноценно участвовать в процессе, он не способен страдать и не испытывает страстей. Возможно, наиболее важная задача для терапевта — научиться умению интерпретировать, будучи объектом. Стрэчи в своей знаменитой статье писал, что именно в этом заключается высочайшее искусство психоаналитика (Strachey, 1934).

1.4. Понятие контрпереноса

Давайте сейчас попытаемся придать понятию контрпереноса более четкие очертания. Типы контрпереноса, которые мы будем обсуждать, напрямую связаны с тем или иным концептуальным пониманием и, *vice-versa*[2], степень различения отдельных типов контрпереноса непосредственно влияет на конфигурацию самой концепции.

Джозеф Сандлер, Кристофер Дэр и Алекс Холдер справедливо отметили, что в слове *контрперенос* приставка *контр-* может нести два различных значения. Говоря о контрпереносе, мы можем иметь в виду либо

[1] См. также раздел 28 книги «Основания психоаналитической техники» (Etchegoen, 1991).

[2] Vice-versa — наоборот (лат.). Прим. перев.

нечто противоположное, либо — параллельное переносу. В первом случае значение приставки *контр-* в слове *контрперенос* аналогично ее значению в паре *действие — противодействие, атака — контратака*. Во втором случае она указывает на значение балансирования, поиска равновесия, как в паре *пункт — контрапункт* (Sandler et al., 1973, chapter 6).

Оба эти смысла одновременно присутствуют в наших определениях, а иногда и вступают в противоречие друг с другом. Когда мы говорим о контрпереносе в первом смысле, то имеем в виду, что у аналитика, так же, как и у анализируемого, возникает перенос. Контрперенос определяется в соответствии с его направлением (отсюда — туда), но также мы устанавливаем некий баланс, контрапункт, возникающий из осознания того, что наши собственные реакции не могут быть независимыми от реакций другого человека.

Эти два способа понимания процесса привели к возникновению ожесточенных споров относительно определения понятия *контрперенос* и его отличий от переноса. Большинство аналитиков, как и сам Фрейд, были убеждены, что контрпереносные чувства и инстинкты возникают из бессознательного аналитика в результате воздействия переноса пациента. Однако Лакан, строгий и принципиальный исследователь, придерживался противоположной точки зрения[1]. Задаваясь вопросом, что такое перенос, он отвечал, что этим понятием обозначается некоторая целостность, возникшая в результате суммирования предубеждений, страстей, недоумения и даже недостаточной информированности со стороны аналитика на определенном этапе диалектического процесса (ibid., p. 225). Я неоднократно критиковал это радикальное положение, которое и сам Лакан вынужден был пересмотреть в новой теории переноса — теории предположительно знающего субъекта (the subject supposed to know).

[1] Я неоднократно указывал на это, когда рассматривал его работу «Intervention sur le transfert» (Lacan, 1951).

Единственное, что мы можем сделать, чтобы разрешить данную дилемму, — это установить произвольное направление для процесса, что, фактически, и сделал Фрейд (и что сделал Лакан, зафиксировав противоположное направление). Однако это решение прекращает быть произвольным, поскольку оно полностью основано на константах сеттинга. Сеттинг и аналитические условия внутри него оправдывают наше определение переноса как того, что идет от пациента, и контрпереноса как отклика аналитика. Не существует другого, обходного пути. Если бы имело место обращение этого положения, аналитическая ситуация не была бы конституирована. Точка зрения Лакана не расходится с этим мнением. Я убежден, что феномен контрпереноса возникает тогда, когда прерывается диалектический процесс, который, согласно Лакану, является сущностью анализа.

Подобное решение очерчивает сферу, пространство аналитической работы. Обозначение одного феномена как *перенос*, а другого как *контрперенос* предполагает, что аналитический процесс начинается с переноса — подобно тому, как в музыкальном контрапункте движение первого голоса (*canto*) влечет за собой ответное движение второго (*contracanto*). Понятие контрпереноса предполагает наличие переноса как некоторой исходной точки. Как я уже говорил, на заре психоанализа существовало убеждение, что существует лишь перенос, а аналитик был обязан реагировать рационально — либо признать, что он не справляется со своей работой. Лишь позднее аналитики заметили, что так бывает не всегда, вернее — всегда бывает не так. Анализ, в котором аналитик не принимает участия, практически невозможен и не имеет смысла — реакция психоаналитика необходима. Такая формулировка действенна и неавторитарна, хотя на первый взгляд может показаться, что верно обратное. Скорее авторитарно было бы верить, что аналитик всегда реагирует рационально, или забывать, что, определяя участие психоаналитика в процессе, мы указываем лишь на роль и исключаем суждения о его психическом здоровье.

1.5. Контрперенос и сеттинг

Различия между переносом и контрпереносом, в конечном итоге, определяются сеттингом. Сеттинг детерминирует феномен: там, где это не так, мы можем говорить не о контрпереносе, а лишь о переносе или обратном переносе[1].

Это не просто игра словами или очередная попытка закрепить за сеттингом значение основополагающего элемента — психоаналитический сеттинг принципиально сконструирован именно таким образом, чтобы позволить феноменам переноса и контрпереноса проявить себя. Сеттинг дает пациенту возможность развить перенос, а аналитику — дополнить этот перенос (в смысле музыкального контрапункта), резонируя с тем, что первоначально исходит от пациента. Если условия не позволяют сделать этого, аналитическое лечение не происходит. Сеттинг действует как контекстуальная основа, позволяющий переносу и контрпереносу вступить в игру; он выступает в роли синтаксической структуры, в которой понятия *перенос* и *контрперенос* приобретают свое значение.

Сеттинг детерминирует специфику отношений, существующих между пациентом и аналитиком, отношений нековенциональных и *асимметричных*. Пациент сообщает аналитику все свои переживания (по крайней мере, пытается делать это), аналитик же откликается лишь тогда, когда считает, что наступил нужный момент для этого. Только таким образом возможно построение взаимоотношений, в которых определены роли анализируемого и аналитика. Если мы станем рассматривать контрперенос как автономный процесс, во всех отношениях равный переносу, растворятся очертания самой аналитической ситуации. На мой взгляд, совершенно не случайно, что «смягчение» сеттинга, к которому прибегнул Лакан, сочеталось с теоретическими объяснениями, искажавшими понятие аналитического процесса.

[1] Л. Баллестерос и де Сторес использовал термин *обратный перенос* (reciprocal transference) для перевода фрейдовского понятия *Gegenubertragung*.

Хотя роли аналитика и анализируемого определяются на договорной основе (как в конечном итоге и во всех типах человеческих отношений), мы должны помнить о том, что контракт, заключение которого предшествует выполнению задачи, в значительной мере опирается на сеттинг. Сеттинг дает аналитику возможность играть свою роль и самому удерживать равновесие значительно лучше, чем это делает пациент. Опыт обучающего анализа и общая подготовка помогают терапевту сохранять выгодное положение. Таким образом, «асимметричность отношений» прежде всего зависит от сеттинга и лишь вторично — от психического здоровья психоаналитика. Как мы все знаем, аналитик, который сам находится в анализе, по-разному функционирует в личном анализе и в работе с пациентом.

Аналитик мог бы отвечать на перенос пациента абсолютно рационально, всегда оставаясь на уровне рабочего альянса. Но клинические факты доказывают, что из-за мобилизации инфантильных конфликтов аналитик первоначально реагирует на перенос иррационально. В этом смысле мы наблюдаем отчетливые проявления переноса с его стороны. Однако при условии сохранности сеттинга аналитической ситуации подобный эмоциональный ответ должен оказаться *откликом* на пациента. Если это не так, значит, остается лишь признать, что ситуация не является аналитической, а воспроизводит в себе конфликты, происходящие между двумя людьми в повседневной жизни.

1.6. Согласующийся и дополнительный контрперенос

Ракер, исследуя феноменологию и динамику контрпереноса, выделил два различных его типа. Прежде всего он разделил типы контрпереноса в соответствии с формой идентификации (Racker, 1953, Study 6, section 2). В случае *согласующегося* (*concordant*) контрпереноса аналитик идентифицирует свои Эго, Ид и Супер-Эго с Эго, Ид и Супер-Эго пациента. Ситуацию, в которой аналитик идентифицируется с внутренними объектами пациента, Ракер назвал *дополнительным* (*complementary*) контрпереносом, употребив термин, который Хелен Дойч использовала для

описания идентификации аналитика с объектом переноса пациента (Deutsch, 1926).

Ракер считал, что согласующиеся идентификации, в общем, являются эмпатическими и обнаруживают понимание аналитика, его позитивно сублимированный контрперенос. С другой стороны, дополнительный контрперенос предполагает более серьезный уровень конфликта. Чем менее успешен аналитик в установлении согласующейся идентификации, тем интенсивнее его дополнительный контрперенос. Ракер указывал, что значение, в котором сегодня используется термин *контрперенос*, тесно связано именно с содержанием понятия *дополнительная идентификация*. Он настаивал на том, что полное различение понятий *контрперенос* и *дополнительная идентификация* невозможно, поскольку и в первом, и во втором случае в игру вступают бессознательные процессы и прошлое аналитика. (Очевидно, что Ракер предпочитал включать понимание аналитика — эмпатию и интуицию — в контрперенос.)

Подобная классификация заслуживает тщательной проверки. С академической точки зрения, согласующаяся идентификация с Супер-Эго анализируемого, по сути, является идентификацией с внутренним объектом. Ракер, безусловно, учитывал этот момент, поэтому напрашивается вывод, что идентификация аналитика с Супер-Эго анализируемого является согласующейся в том случае, когда имеет место совпадение в оценке вины, и дополнительной, когда аналитик функционирует как цензор. Значительно сложнее аргументировать точку зрения Ракера в случае, когда мы имеем дело с самоупреками пациента, поскольку здесь согласующаяся идентификация аналитика вряд ли окажется наиболее эмпатичной.

Возможно, модель психического аппарата, на которой Ракер основал свою классификацию (структурная теория) плохо подходит для классификации контрпереноса. Ракеровская модель, безусловно, страдает и от того, что пытается объяснить динамику идентификации на основе проекции и интроекции, избегая использования понятия *проективная идентификация*. Этот момент, как мы увидим в следующем разделе, учли и использовали в своих разработках Л. Гринберг и Р.Э. Мани-Кёрл.

Понятие проективной идентификации ведет нас к еще одной важной теме, которой Ракер в своей теории коснулся очень бегло. Это тема различия между частичными и целостными объектами. Ракер писал: «Чем более глубок конфликт между частями личности аналитика, тем большие сложности он испытывает в попытках достичь согласующейся идентификации, которой свойственна целостность» (Racker, 1968, p. 135). Из приведенного отрывка становится ясно, что под идентификацией Ракер *имел в виду* только согласованность с цельным объектом, но в таком случае речь идет скорее об интеграции, чем о согласованности.

Лично я убежден, что понятливость или эмпатичность аналитика зависят не от того, идентифицируется ли он согласующимся или дополнительным образом, а скорее от степени осознанности этих процессов, от пластичности идентификаций и объектной природы связей.

Здесь мы подходим к еще одному моменту, где классификация Ракера становится спорной. Дело в том, что согласующийся контрперенос в своей основе имеет нарциссический тип связи. Ракер и сам понимал это, соглашаясь, что он в определенном смысле упраздняет объектное отношение, тогда как в случае дополнительного контрпереноса этого не происходит (ibid., p. 136). Фактически, согласующиеся (нарциссические) идентификации изначально предполагают более высокий уровень контрпереносного участия.

1.7. Эмпатия

Мы увидели, что Ракер, как и многие другие аналитики, попытался отнести *эмпатию* к числу разновидностей контрпереноса. Противники такого подхода настаивают на необходимости четкого разграничения контрпереноса и эмпатии. Предмет разногласий довольно сложен и заслуживает отдельного рассмотрения. Следует учесть, что значительная часть споров, идущих вокруг данной проблемы, связана с тем, насколько широкое содержание вкладывается в понятие *эмпатия*. Те, кто подобно Фрейду (Freud, 1915) или Ракеру видят истоки любой мысли в бессознательном, ут-

верждают, что эмпатия не является исключением: как бы ни были сложны конечные психические продукты, они всегда соотнесены с первичными процессами психической жизни.

Вильгельм Дильтей (1833–1911), вводя классическое различие между *естественными науками* (*Naturwissenscaften*) и науками *о человеке* (*Geisteswissenschaften*) и утверждая, что природа может быть объяснена, а человеческий дух *понят*, заложил философское основание для психологии и психоанализа, которое продолжают использовать мыслящие исследователи. Первоначально в качестве базового метода наук о духе Дильтей предлагал использовать *эмпатию* (*Einfühlung*); позже для исследований исторического процесса, который составлял основной предмет его интереса, он отдал предпочтение *переживанию* (*Erlebnis*) (Guarigilia, 1989, personal communication).

Развивая эту идею, Карл Ясперс в своей монументальной «Общей психопатологии» (Jaspers, 1913) ввел различие между объясняющей (*erklärende, explicative*) и понимающей психологией (*verstehende Psychologie, comprehensive psychology*), найдя концептуальному инструменту активное практическое применение. Ясперс тонко различил два типа психиатрических сущностей: *события* (*developments*), которые доступны нашему пониманию, и *процессы*, которые могут быть объяснены, хотя и не доступны пониманию. Например, идиотия и фенилкетонурия могут быть объяснены следующим образом: генетическая ошибка приводит к нарушению в передаче информации, необходимой для формирования фермента гидроксилазы, вследствие чего фенилаланин не может превращаться в тирозин. Эти процессы оказывают серьезное влияние на развитие центральной нервной системы. С другой стороны, реактивная депрессия, например, может быть *понята (understood)*, поскольку мы способны поставить себя на место страдающего.

В рамках понимающей психологии Ясперс усматривал два базовых типа понимания (comprehension): статическое и генетическое. *Статическое* понимание касается состояний сознания, которые могут быть поняты наблюдающим их человеком благодаря переживанию (феноменология). *Генетическое* понимание через связь мотивов уясняет, как одно состояние сознания возникает из другого (*понимающая психология*). Генетическое понимание имеет две разновидности. *Рациональное понимание* означает, что мы улавливаем смысл чего-либо в согласии с правилами логики: так мы понимаем произнесенное слово. *Эмпатическое* (или психологическое) *понимание* позволяет нам понять самого говорящего человека, вводя нас в область психологических взаимоотношений и психологии как таковой (ibid.). Концепция Ясперса признает за эмпатией роль основного инструмента понимающей психологии и, следовательно, психотерапии.

Отталкиваясь от предложенных Ясперсом определений, я в дальнейшем буду определять *эмпатию* главным образом как способность одного человека почувствовать и понять то, что чувствует другой.

***

Фрейд никогда не уделял проблеме эмпатии особого внимания и не посвятил ей отдельного исследования. Однако, как подчеркивают Лернер и Немировски, Фрейд вполне осознавал важность роли, которую эмпатия играет в процессе психоаналитического лечения (Lerner, Nemirovsky, 1989). Например, когда в работе «О введении в лечение» (Freud, 1913) возникает вопрос о том, с какого момента должна начинаться интерпретация, Фрейд особо подчеркивает, что аналитику никогда не следует прибегать к истолкованию до того, как пациент разовьет перенос и установится *раппорт*. Далее Фрейд говорит, что установившаяся связь может ослабевать: «Можно, понятно, лишиться этого первого успеха, если с самого начала вместо позиции сочувствующего понимания аналитик займет какую-то другую, например морализаторскую...» (ibid., p. 140). Стрэчи, переводя статью на английский язык, предпочел использовать понятие *sympathetic understanding* (сочувствующего понимания), и чтобы терминологическая путаница не исказила смысла самой концепции, еще раз подчеркну: Фрейд здесь говорит именно о *Einfühlung*, то есть об *эмпатии*.

Стоит вспомнить и о том, что в работе «Остроумие и его отношение к бессознательному» Фрейд достаточно часто использует слово *эмпатия* для обозначения понимания, возникающего у двух людей, обменивающихся шуткой (Freud, 1905). Фрейд говорит, что «желающий понять» человек ставит себя на место другого и таким образом происходит реализация психической энергии, ее разрядка в смехе.

В своих вводных замечаниях к англоязычному изданию этой книги Стрэчи упоминает Теодора Липпса (1851–1914), говоря, что именно этот автор ввел в обращение понятие *Einfühlung* (Strachey, 1960). Очевидно, добавляет Стрэчи, что концепция бессознательного, изложенная Липпсом в работе «Комизм и юмор» (Lipps, 1898), оказала серьезное влияние на становление фрейдовской теории. Тем не менее, понятие *эмпатия* сформулировал вовсе не Липпс, а Вильгельм Дильтей, в философской системе которого оно сыграло ключевую роль.

В работе «Остроумие и его отношение к бессознательному» Фрейд часто подчеркивает, что комичным нам кажется человек, одолеваемый противоречием между высоко духовными интересами и телесными отправлениями. Этот эффект, говорит Фрейд (Freud, 1905, p. 181–199), связан с эмпатией, поскольку ситуация кажется нам комичной только до тех пор, пока в ней находимся не мы сами, а другой человек. В случае, когда подобная ситуация затрагивает нас непосредственно, она создает не комический, а удручающий эффект. В данном случае Фрейд использовал понятие *эмпатия* для обозначения меры различия между собственным Эго человека и Эго другого, а *не* понимания или разделения его чувств.

В 7 разделе работы «Психология масс и анализ Я», озаглавленном «Идентификация», Фрейд указывает на особое значение эмпатии, говоря, что она «...играет важнейшую роль в понимании того в других людях, что изначально чуждо нашему Я» (Freud, 1921, p. 108).

После Фрейда многие аналитики предпринимали попытки разработать понятие *эмпатия*, однако мало кто проникался к этой теме столь глубоким интересом, как Ференци. Его знаменитое эссе «Гибкость психоаналитической техники» (Ferenczi, 1928) можно назвать наиболее оригинальным и глубоким исследованием в данной области.

Ференци в зените своего гения продемонстрировал потрясающий баланс артистичности и научности в психоанализе. В то время он был в середине пути от активной техники к нео-катарсису, в точке равновесия двух страстей, которые позднее совершенно сбили его с верного пути. Это был Ференци, который только что опубликовал статью, посвященную проблеме завершения анализа (Ferenczi, 1927), где отстаивал право аналитика на желание быть действительно глубоко проанализированным; Ференци, глубоко понимавший и успешно применявший на практике психоаналитический метод и технику; Ференци, которому, по мнению Фрейда, не было равных (см. его письмо от 4 января 1928 г. (Grubrich-Simitis, 1986)).

Исходным пунктом размышлений, изложенных в работе «Гибкость психоаналитической техники», является научная природа психоанализа, представляющего собой доступное передаче знание. Каждый человек, подвергшийся достаточно глубокому анализу и ознакомившийся с принципами психоаналитической техники, способен успешно практиковать психоанализ, — писал Ференци. Однако в этой схеме всегда имеется некоторый личный компонент, заключающийся в том, что психоаналитик должен работать *тактично*, то есть эмпатично. *Эмпатия* указывает нам, что мы можем и должны сказать пациенту. Это помогает нам не причинять пациенту ненужной боли и не допускать усиления сопротивлений. Ференци всегда придерживался мнения, которое Бион много лет спустя сформулировал так: психоанализ не может быть проведен без боли, и одна из его целей заключается в том, чтобы научить пациента переносить боль.

«Эмпатичным» Ференци считал того аналитика, который способен замечать и даже предвидеть реакции своего пациента, что позволяет молчать и говорить тогда, когда это действительно необходимо. Психоаналитик не имеет права быть наивным или сентиментальным. Он должен держать глаза открытыми, в то время как «его сознание колеблется между сочувствием, самонаблюдением и принятием решений» (Ferenczi, 1955,

р. 96). В этих замечательных словах выражена идея, которая актуальна и сегодня. Как говорил сам Ференци (см. письмо к Фрейду от 15 января 1928 года (Grubrich-Simitis, 1986)), эмпатия не означает уступок произволу субъективного и требует от аналитика строгого контроля над собственными конфликтами (к сожалению, сегодня многие забывают об этом).

Взаимосвязь такта и эмпатии, на которую Ференци просто указал, не потрудившись прояснить этот вопрос, позднее была исследована Поландом и Карлони (Poland, 1975; Carloni, 1984). Эмпатия помогает нам понять нечто, а такт — интерпретировать это; понимание связано с сенсорной функцией психического аппарата, интерпретация — с двигательной.

Долгое время усилия Ференци оставались практически единственной попыткой разработки проблемы эмпатии, и лишь после выхода в свет работ Кохута эта тема стала объектом пристального внимания аналитиков.

В 1960 году Гринсон написал эссе, посвященное эмпатии и ее превратностям (Greenson, 1960). Согласно Гринсону, эмпатия является эмоциональным знанием о чувствах другого, предсознательным феноменом, помогающим нам понять пациента, разделить его чувства. Эмпатия предполагает тонкое равновесие, возможность проникнуться чувствами другого человека, не будучи при этом вовлеченным (по выражению Салливана), т. е. играть роль участвующего наблюдателя. Гринсон также указал на то, что аналитик становится неэмпатичным либо вследствие избытка, либо — недостатка. Боязнь вовлечься в чувства пациента приводит к подавлению эмпатии и установлению слишком большой дистанции. Однако если эмпатия бесконтрольна, вовлеченность в чувства пациента становится слишком интенсивной, что приводит к нарушению идеальной дистанции и лишает аналитика объективности.

Гринсон отличает эмпатию от *симпатии*, в которой присутствует элемент согласия с тем, что чувствует другой человек, и, следовательно, большая мера эмоциональной вовлеченности. Он также отличает эмпатию от интуиции, поскольку первая связана с чувствами, а последняя — с интеллектом.

Развивая идеи Мелани Кляйн, Нора Баругел, как и Гринсон, различила симпатию и эмпатию, но дала им другие определения (Barugel, 1984). *Симпатия* заключается в способности переживать или страдать вместе с другим человеком (*syn-pathos*), которая основана на ощущении схожести каких-либо собственных аспектов с объектом. *Эмпатия* является переживанием или страданием внутри объекта (*em-pathos*): в этом случае идентификация осуществляется на основании собственных качеств, помещенных внутрь объекта (проективная идентификация). Баругел рассматривает оба процесса в свете идентификации и видит в них две разновидности идентификации: интроективную и проективную.

Ямпей называет эмпатию важнейшим условием психоаналитического понимания и определяет ее как способность поставить себя на место другого, разделить и пережить его мысли и желания (Yampey, 1985). Однако Ямпей предостерегает нас от опасности, которую представляет собой подчинение эмпатии магии, нарциссизму или инфантилизму.

***

В последние годы над осмыслением проблемы эмпатии более других работал Хайнц Кохут. Научную траекторию его сочинений можно визуально представить в виде дуги большого круга, начинающейся работой «Интроспекция, эмпатия и психоанализ» (1959) и завершающейся «Интроспекцией, эмпатией и полукругом психического здоровья» (1982), дуги, которая проходит через последний раздел книги «Анализ самости» (1971) и достигает статьи «Как излечивает анализ?» (1984), опубликованной после смерти Кохута (Kohut, 1959; 1982; 1971; 1984).

Уже в первых своих работах Кохут утверждал, что психологические факты собираются только путем интроспекции или эмпатии (которая, по его мнению, является викарной формой интроспекции) (Kohut, 1959). Он также утверждал и обратное: факты, полученные методами эмпатии и интроспекции, являются психологическими, а все остальные — нет. Хайнц Кохут называл психоанализом лишь то, что происходит во время сессии между аналитиком и пациентом. Знания, которые про-

исхождением своим обязаны другим сферам (например, этология и нейробиология) могут быть полезны, но никогда не станут частью нашей дисциплины. Кохут говорил, что эмпатию следует рассматривать как существенный компонент психоаналитического метода: «Мы определяем феномен как ментальный, психический или психологический, если способ наблюдения, открывающий его нам, включает интроспекцию и эмпатию *как существенные составляющие*» (ibid., p. 462; курсив Кохута). В этом и заключалось революционное нововведение: эмпатия была признана не только обязательным условием аналитической работы (о чем мы знали уже со времен Ференци), но самой сутью метода. Кохут предоставил эмпатии методологический карт-бланш.

Сформулированное в 1959 году положение повторяется и усиливается в 1971, когда Кохут признает эмпатию «способом познания, специально приспособленным для восприятия сложных психологических конфигураций» (Kohut, 1971, p. 300).

В этой главе он рассматривает границы эмпатии и варианты ее неправильного использования. Применение эмпатии для наблюдения за непсихологическими процессами может приводить к пре-рациональному и анимистическому восприятию реальности. С другой стороны, отказ от использования эмпатии в исследовании сложных психических феноменов тоже является ошибкой, приводящей к диаметрально противоположном результату — к построению механистического и инертного образа психической реальности.

Исходя из того, что Кохут рассматривал эмпатию как особый тип знания и как существенный элемент психологической практики, можно предположить, что он считал себя приверженцем понимающей психологии в духе Дильтея, Ясперса или представленной сравнительно недавно версии Альфреда Лоренцера (Lorenzer, 1970). Кохут, однако, решительно отрицал такую возможность, указывая, что если эмпатию используют не как инструмент для сбора психологических данных или способ наблюдения, то ею пытаются заместить объяснительную составляющую научной психологии. «Таким образом, — подчеркивал Кохут, — мы получаем понимающую психологию в духе Дильтея и Ясперса, но не объясняющую (explanatory) психологию. Здесь начинается снижение научного стандарта и сентиментальная регрессия к субъективности» (Kohut, 1971, p. 300–301).

Немного далее в том же разделе мы можем найти следующие строки: «Ученые-психологи, в частности психоаналитики, должны быть способны не только на эмпатическое понимание, но и на отказ от эмпатической установки. Если они не будут эмпатичными, им не удастся наблюдать и собирать факты. Если они не сумеют сделать шаг за пределы эмпатии, им не удастся создать новые гипотезы и теории, и в конечном итоге объяснить наблюдаемые факты» (Ibid., p. 303).

На мой взгляд, в этой идее заключено некоторое противоречие. В случае, если эмпатия служит только задаче сбора подлежащих объяснению фактов, вряд ли можно утверждать, что она является самой сутью метода, а не просто отправной точкой. Следует отметить, что со временем Кохут переформулировал данное положение, сделав его более ясным.

Последняя работа Кохута «Как излечивает анализ?», опубликованная уже после его смерти, помогает разобраться в упомянутом противоречии (Kohut, 1984). В Разделе 6 Кохут снова определяет эмпатию как викарную интроспекцию, способность проникнуть в чувства и внутреннюю жизнь другого человека, пережить, хотя и в меньшей степени, то, что переживает другой.

В Разделе 9, озаглавленном «Роль эмпатии в психоаналитическом лечении», он однозначно заявляет, что эмпатия аналитика заключается в способности безусловно принимать нарциссический перенос пациента, проявлять терпимость к зеркальному переносу и сопутствующим ему эксгибиционизму и контролю, не реагировать на идеализированный перенос постоянными обращениями к реальности или интерпретациями, предполагающими отвержение. Кохут считал, что благодаря эмпатии аналитику удается верно уловить восприятие пациентом собственной психической реальности и принять его в качестве достоверного. Для того чтобы проиллюстрировать и разъяснить это ключевое положение, Кохут приводит крайне неудачный пример. Он говорит:

если пациент признается, что его ранило мое минутное опоздание, я (Кохут) вряд ли отвечу, что его восприятие реальности искажено или что он смешивает меня (Кохута) с образом своего отца или матери. Скорее такому пациенту следует сказать, что все мы очень чувствительны к поступкам тех, кто значим для нас, как, например, в детстве значимы родители. Затем можно добавить, что непредсказуемый характер матери и безразличие отца пациента закономерно обусловили его восприятие поведения аналитика и реакцию на него.

Отталкиваясь от этого простого, но наглядного примера, можно уверенно утверждать, что в понимании Кохута *эмпатия* заключается в безоговорочном принятии чувств пациента, вызванных минутным опозданием аналитика. Именно здесь содержится момент эмпатии (хотя она, по сути, и не служит сбору данных). Истолкование плохого поведения родителей (как объектов самости), безусловно, следует понимать как объясняющую часть предложенной Кохутом интерпретации. Справедливости ради следует отметить, что в вышеизложенном случае гораздо лучше просматривается сам Кохут с его теоретическими установками, чем пациент, о котором идет речь. Мы не располагаем даже сведениями о том, что именно говорил пациент: аналитик не фиксировал его высказывания, не испытывая в этом необходимости.

При всем уважении к эмпатическому моменту интерпретации хочу все же отметить, что Кохут действительно полностью проникся психической реальностью уязвленного вынужденным ожиданием пациента. Выдуманную и отвергнутую им интерпретацию («искажение реальности» и «смешение фигуры аналитика с образом отца или матери») нельзя даже в строгом смысле назвать интерпретацией. Это выглядит скорее как попытка дисквалифицировать чувства и суждения пациента, предпринятая аналитиком, который стремится разрядить свою агрессию и избавиться от чувства вины. Подобную интерпретацию мог сформулировать либо малоопытный, либо идентифицирующийся с чрезвычайно сильным Супер-Эго аналитик.

В отношении второго момента интерпретации мы должны понять, что же именно пытался объяснить пациенту Кохут. Суть объяснения, по-видимому, сводится к следующему: переносные чувства, спровоцированные ожиданием (очень непродолжительным), являются закономерной реакцией на беспорядочное поведение родительских объектов самости в детстве пациента. В таком случае что именно проясняет подобная интерпретация? Определенно не качества родителей, фигурирующих в прошлом пациента: в них Кохут не сомневается. Благодаря эмпатии он знает, что родители пациента были людьми неэмпатичными. Не подтверждает интерпретация и теорию объектов самости: это создало бы замкнутый круг, где сливаются вопрос и ответ. Остается предположить, что Кохут проверял, объясняются ли переносные реакции пациента влиянием, которое оказали на становление его личности родители как дефицитарные объекты самости. Если я прав, то Кохут прояснял далеко не самые значимые обстоятельства. Пациент не мог не подтвердить интерпретацию, поскольку благодаря своей эмпатии Кохут ранее неоднократно соглашался с тем, что мать пациента в его детские годы была непредсказуемой, а отец — безучастным. Сложно однозначно сказать, в какой мере соучастие аналитика и пациента способствовало конвертации актуального конфликта в прошлый, снявшей напряжения обоих протагонистов. Приходится принимать во внимание некоторые соображения, не укладывающиеся в рамки традиционных представлений психологии самости. Можно, например, предположить, что в течении очень короткого интервала времени пациент сместил серьезную обиду на аналитика, которую так и не решился признать.

В любом случае, решительно осуждая мать и отца чувствительного пациента, Кохут полностью отказывается от исследования того обстоятельства, что крайне требовательная установка ребенка могла — хотя бы частично — обусловить подобную реакцию родителей. Подобная возможность остается совершенно вне поля зрения Кохута.

Настоящая объясняющая психология должна прояснять содержание речевой продукции пациента, обнаруживать в его переносе инфантильные конфликты, а не принимать слова на веру. Как утверждал сам Кохут,

рассказы пациента заслуживают доверия, но далеко не всегда являются бесспорной исторической истиной.

В своих работах Кохут неоднократно подчеркивал, что основным его вкладом в теорию психоанализа является новое понимание феномена эмпатии, подобно тому, как в начале Ренессанса для искусства новой была теория перспективы Брунеллески. Поэтому я думаю, что психология самости (несмотря на то, что говорил ее основатель) все же должна рассматриваться как понимающая психология, в которой эмпатия занимает центральное место в качестве принципиального метода обретения знания.

Косвенным образом Кохут допускал это, когда подчеркивал, что объяснительный аспект интервенций аналитика основывается в конце концов на эмпатии, а предел возможностей правильной генетической реконструкции заключается в том, чтобы показать пациенту, что он понят.

В своей посмертно опубликованной работе (Kohut, 1984, chapter 9) Кохут заявляет: опираясь на теорию психологии самости, аналитик способен достичь столь высокой эмпатии к переживаниям анализируемого, что тот ощущает себя его частью, и наоборот. Он действительно считал, что сущность эмпатии может быть схвачена лишь в контексте психологии самости. В определенной степени он прав, поскольку в теории объектов самости понятие эмпатии подверглось серьезному пересмотру, да и сами объекты самости могут быть определены как такие, которые достигаются посредством эмпатии.

Ради сохранения эмпатической связи Кохут отказывался от тех интерпретаций, в которых анализируемый мог бы «почувствовать» враждебность или угрозу. Еще Ференци указал на то, что аналитик всегда должен стремиться к тактичной интерпретации. Однако не следует забывать, что аналитика никоим образом не должны связывать чувства и переживания анализируемого, поскольку последний волен чувствовать то, что доставляет ему удовольствие. Задача аналитика заключается в том, чтобы анализировать подобный опыт, а не избегать его. На мой взгляд, своеобразная забота Кохута о пациентах противоречила базовым принципам психоаналитического метода и тому духу поиска истины, который нам передал Фрейд.

Следует прояснить концептуальные различия теории конфликта и построенной Кохутом теории задержек развития. Кохут подчеркивал, что, поскольку в его доктрине сексуальные импульсы объектных отношений рассматриваются как вторичные по отношению к организации самости, они превращаются в прикрытие от коннотаций вины. По его мнению акцент, который делается сторонниками интерпретативного подхода на конфликте, вынуждает анализируемого *ощущать* интерпретацию как цензуру, тогда как интерпретация переноса в ключе объектов самости будет восприниматься как часть закономерного процесса взросления. По всей видимости, стремление *à outrance*[1] поддерживать эмпатический климат оказало серьезное влияние на взгляды Кохута, вынудив его практически полностью отказаться от теории конфликта и импульса.

Когда эмпатия понимается главным образом как способ защиты пациента от болезненной правды о нем самом, рамки этого понятия становятся чрезвычайно узкими. Я полностью согласен с Кернбергом в том, что «аналитику очень легко посчитать свою интервенцию «эмпатичной», когда она совпадает и с его собственными теориями, и с бессознательными ожиданиями или потребностями пациента» (Kernberg, 1984, p. 187).

***

В конце нашей долгой дискуссии я хотел бы подчеркнуть, что эмпатия (как говорил еще Ференци) должна рассматриваться как ценное, но не безукоризненное средство, помогающее понять чувства пациента (и людей вообще), разделить боль другого, ослабить ее, насколько это возможно. Однако не следует забывать, что полностью устранить боль из жизни человека не в наших силах. Эмпатия представляется мне *необходимым* компонентом аналитической работы: без нее мы никогда бы не смогли «настроиться на

[1] À outrance — строго, при любых обстоятельствах (фр.). — Прим. пер.

общую волну» с пациентами. Тем не менее, эмпатия сама по себе не является достаточным условием аналитической работы, поскольку зависит от огромного множества факторов, действующих скорее в контексте «аналоговой» чем цифровой коммуникации. Учитывая множественность факторов и стимулов, мы не можем однозначно утверждать, что наш отклик никогда не окажется двусмысленным или ошибочным. Он всегда зависит от нашего душевного состояния, нашей восприимчивости и наших конфликтов — иначе говоря, от присутствующих в контрпереносе процессов проекции и интроекции (в самом широком смысле).

Ясперс считал эмпатическое понимание (являющееся по его мнению разновидностью генетического понимания) последним доказательством, которое не может быть оспорено[1]. Впоследствии он несколько смягчил это радикальное утверждение, указав, что понимаемое отношение (comprehensible relationship) не доказывает *per se*[2] свою реальность и может быть ошибочным в том случае, если объективный материал, на котором основывается понимание данного отношения, был воспринят неточно. Поправка на объективность материала, к которой прибегает Ясперс, показывает, что даже этот автор не был полностью уверен в непогрешимости своей эмпатии. Вслед за Лоренцером можно добавить, что психоанализ отвергает возможность сбора объективных фактов и, по техническим и этическим мотивам, закрывает себе доступ к любой информации, которая не привнесена в аналитическую ситуацию анализируемым (Lorenzer, 1970, chapter 2).

Лоренцер, развивая идеи Дильтея и Ясперса, утверждал, что именно понимание (а не объяснение) является типичным действующим фактором в психоанализе. Будучи более последовательным мыслителем, чем Кохут, Лоренцер объявил себя сторонником радикального герменевтического психоанализа, в котором благодаря *сценическому пониманию* (scenic comprehension) открывается возможность обнаружить символический уровень языка и деструктивные процессы, по вине которых символ превращается в клише.

Идеи Лоренцера, безусловно, заслуживают отдельного исследования. Ограничусь лишь упоминанием о том, что его рассуждения основаны на *опыте очевидного*, который достигается посредством психических актов в самом аналитике и верифицируется в этих актах (Lorenzer, 1970, chapter 2, section 1), — что, на мой взгляд, является простым отрицанием бесконечных ловушек, создаваемых контрпереносом.

Обращаясь к проблеме эмпатии, большинство психоаналитиков предпочитают рассматривать ее как комплексный феномен (или аффект), связанный с процессом идентификации, — специфическую форму идентификации, которая в большинстве случаев транзиторна и предсознательна, не является регрессивной и обратима по своей природе (Levy, 1985, p. 355; Yampey, 1985, p. 353).

Взаимоотношения между эмпатией и контрпереносом можно понимать по-разному, в зависимости от того, какое содержание мы вкладываем в эти понятия. Анни Райх, и вслед за ней практически все те, кто склонен видеть в контрпереносе препятствие, предпочитают разграничивать эмпатию и контрперенос. Ракер и его единомышленники рассматривали эмпатию как зрелую, сублимированную форму контрпереноса. Однако ни те, ни другие не воспринимали эмпатию в качестве единственного метода, позволяющего собирать факты. Когда Леви (Levy, 1985) попытался рассмотреть эмпатию в рамках теории психологии самости, он отметил, что Кохут вкладывал в это понятие слишком широкое и противоречивое содержание. В теории психологии самости эмпатия выступает то как инструмент для сбора данных, то как воплощение умения осуществлять аналитические интервенции таким образом, чтобы пациент пережил их как созвучные своим желаниям и потребностям (ibid., p. 368). Хотя сам Кохут и не отмечал этого, упомянутые противоречия создают две различные концепции эмпатии. По вине одной из них у многих ученых и возникает опасение, что психоаналитическая нейтральность мо-

[1] См. параграф 26.2 в Etchegoen, 1991.
[2] Per se — само по себе (лат.). — Прим. пер.

жет быть скомпрометирована корригирующим эмоциональным опытом — аналогичным тому, который описали Александер и Френч (Alexander, French, 1948).

Малдавски (Maldavsky, 1986, 1988), стремясь построить всеобъемлющую метапсихологию эмоций, изучал эмпатию в связи со специфическими механизмами, характерными для неврозов (вытеснение — repression, *Verdrõngung*), перверзий и психопатий как видов нарушений (отрицание — denial, *Verleugnung*) и психозов (отклонение — rejection, *Verwerfung*), выделяя в каждом из случаев специфическую эмпатическую установку. В соответствии с логикой своего исследования, Малдавски дал определение различиям между эмпатией, контрпереносом и аффективным заражением, указав, что последние служат препятствием для аналитической работы, а эмпатия, наоборот, чрезвычайно ценна и помогает ориентироваться в клинических ситуациях. Эмпатия, контрперенос и аффективное заражение не отличаются друг от друга ни в плане аффектов, ни по интенсивности, но существенно разнятся по своему происхождению и способам проявления. Согласно Малдавски, корни контрпереноса находятся в вытесненных желаниях аналитика, аффективное влияние связано с идентификацией (тоже вытесненной), тогда как истоки эмпатических аффектов обнаруживаются в идентификации с пациентом, которая может быть осознана и активно использована в метаклинической работе, направленной на изменение защит пациента.

***

Подводя краткий итог, следует признать, что эмпатия действительно помогает нам понять своих пациентов (и вообще других людей). Однако мы должны признать, что она все же имеет границы и способна сбить нас с пути. Мы вправе верить, что психоанализ является естественной или герменевтической наукой, но никто не может утверждать, что путь к истине бывает прямым и безопасным.

II. Контрперенос и объектные отношения

В предыдущем разделе мы рассмотрели понятие контрпереноса в его развитии, начиная с того момента, когда оно было введено Зигмундом Фрейдом в 1910 году, и заканчивая второй половиной двадцатого столетия, когда контрперенос стал рассматриваться как рабочий инструмент терапевта, а не только как препятствие в аналитической работе.

Мы обсудили концепцию Ракера, исследовавшего контрперенос в свете феномена идентификации и выделявшего две его разновидности: согласующийся и дополнительный контрперенос. Мы убедились в том, что подобная классификация создает целый ряд проблем, и указали на эти проблемы. Классификация Ракера основана на теории идентификации, которую мы и изучим более детально, используя подходы таких авторов, как Гринберг и Мани-Кёрл.

2.1. Проективная контридентификация

Принадлежащая Леону Гринбергу концепция *проективной контридентификации* стала значительным вкладом в общую теорию контрпереноса или, как любил говорить сам Гринберг, выходом за пределы традиционной теории контрпереноса, поскольку она затрагивает «реальные эффекты, возникающие в объекте под воздействием интенсивной проективной идентификации, используемой регрессивными личностями» (Grinberg, 1974, p. 179).

Концепция Гринберга основывается на идеях Ракера и последовательно развивает их. Однако наиболее принципиальным моментом этой концепции является то, что Гринберг, в отличие от Ракера, принимает в расчет проективную идентификацию. Гринберг создает определенную градацию от согласующегося и затем дополнительного контрпереноса к проективной контридентификации. Он постулирует существенное различие между дополнительным контрпереносом (когда, сталкиваясь с определенной конфигурацией переноса, ана-

литик реагирует, идентифицируясь с объектами пациента) и ситуацией, в которой аналитик обнаруживает, что *вынужден* играть какую-то совершенно необычную для себя роль. Не собственные бессознательные конфликты, а насильственность проективной идентификации становится причиной того, что аналитик принимает эту навязываемую роль. Гринберг уверенно и категорично заявляет, что контрперенос аналитика в подобной ситуации не играет никакой роли. Он утверждает, что такая ситуация неизменно будет возникать даже в том случае, если подобного типа регрессивный пациент будет анализироваться несколькими различными терапевтами (например, во время супервизии).

Концепция Гринберга указывает нам на особый тип отклика аналитика, обусловленный главным образом воздействием проективной идентификации и качественно отличающийся от других ответных реакций. И хотя этот тип располагается на шкале возрастающих нарушений, локализован он именно в той точке, где количественные показатели превращаются в качественные.

Идеи Леона Гринберга основываются на легко наблюдаемых клинических фактах, которые ясно и четко зафиксированы автором. Концепция проективной контридентификации полезна и легко применима в работе. Тем не менее, соглашаясь с целесообразностью данного концепта, мы не должны полностью соглашаться с мнением Гринберга о том, что в подобных ситуациях все объясняется лишь особенностями анализируемого (а не аналитика). Я убежден, что последнее утверждение является спорным и его нетрудно опровергнуть. С клинической точки зрения, достаточно просто зафиксировать разницу между дополнительным контрпереносом и проективной контридентификацией в том случае, если имеются выраженные количественные различия. Если же мы захотим разграничить эти феномены как два различных процесса, то сделать это будет значительно сложнее. И хотя Гринберг пытался указать на индикаторы таких различий, я не могу с уверенностью сказать, что они существуют. Поскольку его метод не обеспечивает нас инструментами, позволяющими осуществлять клиническую дифференциацию, на уровне теории мы также можем оспорить идею о том, что иногда аналитик не может не уступить чрезвычайно сильной проекции пациента. Если происходит нечто подобное, могли бы мы сказать, это означает, что в аналитике присутствует нечто, не позволяющее ему понять процесс и вернуть проекции.

2.2. Развитие исследований Гринберга

Концепция проективной контридентификации важна как в теоретическом, так и в практическом планах. Она непосредственно затрагивает важнейшую тему — проблему невербальной или превербальной коммуникации. На мой взгляд, было бы очень полезно глубже разобраться в этой неоднозначной проблеме, проследив за развитием мысли самого Гринберга.

Первая его работа, посвященная данной теме, называлась «Магические аспекты переноса и контрпереноса». Впервые она была представлена на встрече Аргентинской психоаналитической ассоциации 27 марта 1956 года и вышла в свет в 1958 году. Работа была посвящена исследованию магии в свете феномена идентификации. Сами механизмы идентификации описывались Гринбергом следующим образом: «... Проективная контридентификация возникает особым образом как результат чрезмерной проективной идентификации со стороны анализируемого, бессознательно воздействующей на аналитика. Аналитик в подобной ситуации испытывает ощущение пассивного «подведения» к разыгрыванию (to enact) той роли, которая активно — хотя и бессознательно — «навязывается» ему анализируемым» (Grinberg, 1958). Месяц спустя после этой презентации в апреле 1956 года Аргентинская психоаналитическая ассоциация проводила под председательством Хайнриха Ракера *Симпозиум по психоаналитической технике*. На этом симпозиуме Леон Гринберг представил свою новую работу, носившую название «Искажения в интерпретации, вызываемые проективной контридентификацией» (Grinberg, 1957). Новая работа стала итогом глубокого исследования влияний, которые оказы-

вает проективная контридентификация на интерпретацию — наиболее важную функцию психоаналитика.

До этого Гринберг уже опубликовал работу «О некоторых проблемах психоаналитической техники, обусловленных проективной идентификацией и проективной контридентификацией» (Grinberg, 1956). Затем появилась вторая часть этой работы, вышедшая в свет под названием «Магические аспекты параноидных и депрессивных тревог» (Grinberg, 1959), в которой Гринберг анализировал случай пациентки, сумевшей уже на первой сессии заставить аналитика ощущать, что он анализирует труп. Истоки ситуации обнаружились в произошедшем в раннем детстве самоубийстве сестры этой пациентки. Воспользовавшись упомянутым случаем, Гринберг вернулся к теме, которая уже давно занимала его внимание. Он попытался глубже разобраться в процессе пассивного и бессознательного принятия аналитиком определенной роли, которая навязывалась ему пациенткой. Именно этот процесс и послужил причиной специфического отклика аналитика. Данный случай очевидно представлял собой какой-то совершенно особый тип контрпереноса. Контрперенос обычно характеризуется тем, что аналитик вполне осознает тип своей ответной реакции и пользуется ею как рабочим инструментом. В случае проективной контридентификации аналитик реагирует так, как если бы он реально и конкретно ассимилировал те аспекты, которые пациент проецирует в него. Это выглядит так, как будто бы аналитик перестает быть самим собой и превращается в того, кем бессознательно желает его видеть пациент, не будучи способным избежать этого (Ид, Эго или другими внутренними объектами) (Grinberg, 1957, p. 24).

В одном клиническом примере из материалов симпозиума описывался пациент, который был глубоко удивлен тем, что интерпретация, услышанная им от аналитика, смогла остановить приступ диареи. Пациент был настолько поражен этим эффектом, что начал вдруг говорить о музыке в технических терминах, тем самым спровоцировав у своего аналитика восхищение и зависть — чувства, которые сам пациент испытал после прекращения приступа.

Основываясь на подобных свидетельствах, Гринберг продолжил изучать эффекты, оказываемые проективной контридентификацией на технику и развитие аналитического процесса. В своей работе «Психопатология проективной идентификации и проективной контридентификации, и контрперенос», написанной в 1963 году, Гринберг уделил особое внимание коммуникативной ценности проективной контридентификации, придавая этому моменту центральное значение: В определенных ситуациях «... проективная идентификация очень активно участвует в передаче экстравербальных сообщений, оказывая чрезвычайно сильное влияние на рецептора, в нашем случае — на аналитика» (Grinberg, 1963, p. 114).

В попытке выявить принципиальные различия между проективной контридентификацией и дополнительным контрпереносом по Ракеру, Гринберг выдвинул идею о том, что в последнем случае аналитик, идентифицируясь с объектом пациента, переживает его как свой собственный. Иначе говоря, в данном случае объект пациента репрезентируют собственный внутренний объект аналитика. Особенность ситуации заключается в том, что в случае дополнительного контрпереноса аналитик пассивно реагирует на проекцию пациента, однако делает он это на основе своих собственных тревог и конфликтов. В случае же проективной контридентификации «реакция аналитика оказывается в значительной мере *независимой от его собственных конфликтов и соответствует, преимущественно или исключительно, интенсивности и качеству проективной идентификации со стороны анализируемого*» (ibid, p.117, курсив в оригинале).

Наиболее оригинальный (и в то же время наиболее спорный) аспект теории проективной контридентификации заключается в том, что Гринберг исключает вмешательство в подобные ситуации специфических конфликтов самого аналитика. Аналитик оказывается вынужден пассивно разыграть ту роль, которая навязывается ему пациентом. Мелани Кляйн, описывая проективную идентификацию, говорила, что она представляет собой окрашенную всемогуществом фантазию, в которой субъект вкладывает в объект части себя, с которыми затем идентифицируется (Klein, 1946). Более поздние исследования подтвердили, что проективная идентификация действительно играет важную роль в процессе коммуникации. Таким образом идея о воздейст-

вии проективной идентификации на объект получила надежную почву. Гринберг, который откровенно симпатизировал этой идее, в 1973 году писал: «Одна из наиболее важных составляющих теории патологической проективной идентификации заключается в положении о том, что она продуцирует реальные эффекты в рецепторе и, следовательно, является чем-то большим, нежели просто всемогущей фантазией (как определяла проективную идентификацию Мелани Кляйн)» (Grinberg, 1976, p. 277).

Бион, введя концепцию *бета-экрана* и убедительно доказав, что при помощи этого экрана психотик провоцирует возникновение определенных эмоций в аналитике, представил еще одно доказательство в пользу истинности идей Гринберга (Bion, 1962, chapter 10). В одной из своих поздних работ Гринберг упоминает концепцию Биона, используя ее для того, чтобы охарактеризовать особую модальность описываемой им проективной идентификации (Grinberg, 1974). Мы можем предположить, что согласно этой логике, возникновение описанных эмоций не зависит от контрпереноса аналитика.

Положение о том, что в случае проективной контридентификации аналитик не зависит от собственных конфликтов, а подчинен проективным процессам пациента, является одной из наиболее фундаментальных идей Гринберга.

С практической точки зрения, концепция Гринберга помогает аналитику справиться с множеством ситуаций, в которых он чувствует, что скорее захвачен аналитической ситуацией, чем участвует в ней. Что до теории аналитического процесса, то Гринберг предложил нам очень ценную и важную гипотезу, помогающую уловить совершенно новые моменты в коммуникации, происходящей между аналитиком и анализируемым. Как я уже сказал ранее, теоретическое разграничение между дополнительным контрпереносом и проективной контридентификацией провести не так-то легко. Вполне возможно утверждать, что и в последнем случае аналитик участвует в ситуации, хотя и ощущает на себе давление и принуждение со стороны проективной идентификации пациента. Как бы последняя ни была сильна и патологична, аналитик должен быть способен активно интроецировать ее и дать адекватный ответ. Следовательно, в случае, когда аналитик позволяет себе подчиниться проецируемому на него воздействию, мы не можем исключить вероятности того, что подобная ситуация обусловлена неврозом контрпереноса. Иначе говоря, пассивность аналитика может оказаться «активным» способом непонимания или выражением предпочтения подчиниться вторгающимся акциям пациента. С этой точки зрения, концепция Гринберга трудно доказуема при помощи клинических методов, которыми мы располагаем.

Когда рассматриваются конкретные клинические случаи (например супервизионный материал), в которых очень явно прослеживается влияние концепции Гринберга, то временами можно обнаружить ахиллесову пяту этого подхода, а временами — нет.

В клиническом случае, принадлежащем самому Гринбергу (и одном из первых, в которых он зафиксировал феномен проективной контридентификации), пациентка пыталась поместить в аналитика свою мертвую часть — сестру, совершившую самоубийство (Grinberg, 1959). Первоначально, приступая к работе с этой пациенткой, Гринберг юмористически отметил для себя, что пациентка хочет «нагрузить его трупом».

Данный случай показателен тем, что здесь со стороны пациентки отмечается тотальная и чрезвычайно интенсивная проекция чего-то мертвого в аналитика, а сам аналитик реагирует на это пассивно. Контрпереносный конфликт аналитика не может быть полностью снят со счетов в этой ситуации хотя бы потому, что *каждый* аналитик ощущает ответственность за пациента, особенно на первых сессиях. Эта огромная ответственность, тяжелый груз на аргентинском сленге обозначается как «уход за трупом». Со своей обычной проницательностью Гринберг сразу уловил «трупную» установку пациентки, даже мысленно пошутил по этому поводу, однако вскоре понял, что ситуация значительно драматичнее, чем ему показалось вначале. Затем Гринберг проанализировал собственную фантазию, заключавшуюся в том, что он работает не с пациенткой, а с мертвым телом, и от юмористического настроя не осталось и следа. Я не думаю, что в этом превосходном примере контрпереносное участие аналитика (в прямом смысле слова) может быть отвергнуто.

2.3. Нормальный контрперенос

В 1956 году Мани-Кёрл написал посвященную контрпереносу работу, в которой предложил концепцию *нормального контрпереноса*, т. е. контрпереноса, закономерно и регулярно возникающего в аналитическом процессе (Money-Kyrle, 1956). Он обозначил как *нормальную* ту разновидность контрпереноса, в которой аналитик принимает на себя родительскую роль, что служит адекватным дополнением к роли, которую принимает на себя пациент. Поскольку контрперенос по определению предполагает реактивацию инфантильных конфликтов, ситуация «родительства» является наиболее подходящей для его возникновения. Нормальный, согласно Мани-Кёрлу, означает «нормальный», а не является прямым указанием на то, что процесс является полностью сублимированным и свободен от конфликтов. Аналитик развивает контрпереносную установку на основе бессознательных переживаний, в которых ощущает себя матерью или отцом анализируемого. Рискну добавить от себя лично, что подобная установка помогает аналитику, защищая его от развития *folie a deux* (безумия на двоих). Асимметричная ситуация, предполагаемая и создаваемая сеттингом, позволяет аналитику давать адекватный ответ на перенос пациента. Однако внутренняя бессознательная реакция аналитика заключается все же в переживании воздействия переноса, в ощущении, что тебя помещают в роль родителя.

Вполне очевидно, что используемые Мани-Кёрлом критерии противоречат модели Ракера, поскольку здесь более высокий уровень эмпатии приписывается контрпереносу дополнительного типа.

Отталкиваясь от этой простой и четкой модели, Мани-Кёрл сделал следующий шаг и заявил, что контрперенос может быть использован в качестве аналитического инструмента на основе двойной идентификации — с анализируемым и с его объектами. Для того чтобы удачно справляться со своей задачей, аналитик должен уметь почувствовать себя как минимум в *двух* местах одновременно. Подобный двойной механизм реализуется через проективную идентификацию инфантильного Эго аналитика в пациента и через интроективную идентификацию с родительской фигурой. В нормальном контрпереносе аналитик принимает на себя проецируемую ребенком роль родителя. С другой стороны, он может понять роль ребенка не только благодаря своей родительской позиции, но и на основании проективной идентификации своего инфантильного Эго в пациента, мобилизующейся под воздействием стремления осуществить репарацию.

Теперь мы отчетливо видим, что слабым местом классификации Ракера является его способ понимания процесса идентификации. Ракер совершенно не разделяет для себя механизмы идентификации, которые могут быть как проективными, так и интроективными. Мани-Кёрл, заявляя о том, что аналитику необходимо осуществить двойную идентификацию, на мой взгляд, как и Ракер, говорит о дополнительной и согласующейся идентификациях. Если согласующаяся идентификация со страдающим инфантильным Эго пациента осуществляется без учета родительского объекта, то аналитик вероятнее всего использует проективную идентификацию не для того, чтобы понять инфантильное Эго анализируемого. В таком случае он пользуется проективной идентификацией не для эмпатии, а для того чтобы избавиться от собственных непереносимых инфантильных аспектов, которые больше не может удержать внутри себя.

Мани-Кёрл особо подчеркивает, что контрпереносный конфликт аналитика происходит не только из его собственного бессознательного, но и от того, что делает с ним (или проецирует в него) пациент. Эти факторы составляют своего рода дополнительные ряды. Здесь Мани-Кёрл единодушен с Ракером, несмотря на то, что, по всей видимости, никогда не читал его работ (поскольку никогда не ссылался на них). Развивая идеи Маргарет Литтл (Little, 1951), Мани-Кёрл указывал, что анализируемый не только ответственен (частично) за контрперенос аналитика, но также и испытывает его влияние. Единственным верным решением, которое может в подобной ситуации принять аналитик, является следующее: в первую очередь обратить внимание на собственные конфликты; затем посмотреть, что смог добавить

к этим конфликтам конкретный пациент; и в конце концов отследить влияние этих конфликтов на пациента. Только тогда, когда подобный процесс самоанализа полностью завершен, аналитик обретает способность интерпретировать. Теперь уже не нужно говорить с пациентом о своем контрпереносе, и аналитик говорит главным образом о том, что происходит с пациентом (мы вернемся к этому моменту в конце следующего раздела).

Шпиц и Гительсон также разделяли идею нормального контрпереноса (или «диатрофического» контрпереноса, как они его называли), который, по их мнению, соответствует начальной стадии аналитического процесса (Spitz, 1956; Gitelson, 1952)[1].

2.4. Клинический случай

Вышеизложенные соображения показывают: успешное разрешение проблемы, представленной нам в переносе пациента, требует от нас понимания того, что в данный момент происходит с пациентом (согласующейся идентификации), а также с его объектами (дополнительной идентификации). Мы поставили под сомнение гипотезу Ракера о том, что достижение аналитиком понимания в первую очередь связано с процессом согласующейся идентификации. На наш взгляд, в данном вопросе позиция Ракера в общем напоминает установку человека, лишь начинающего свою психоаналитическую практику и любой ценой стремящегося к достижению согласующейся идентификации. Такой новичок, подобно любому другому начинающему работнику в сфере услуг, может быть совершенно искренне убежден, что клиент всегда прав. Реальная психоаналитическая работа достаточно сильно отличается от подобного идеалистической картины. Аналитику часто приходится занимать позицию, сильно отличающуюся от точки зрения его пациентов, видеть все в совершенно иной перспективе. Он должен быть равно удален и от своего пациента, и от его объектов.

[1] Я рассматриваю их взгляды в разделе «Начальные стадии аналитического процесса» (Etchegoen, 1991).

Женщина средних лет, имевшая конфликтные отношения со своей матерью, смогла работать с этой проблемой лишь на завершающем этапе анализа. На одной из сессий в этот период она заговорила о своей дочери-подростке, которая «сводила ее с ума», в то время как сын пациентки был болен и страдал от язвы в ротовой полости.

Ранее мы заключили с госпожой А. принципиальное соглашение, согласно которому курс анализа должен был завершиться в этом или следующем году. Внешне госпожа А. очень обрадовалась тому, что обозначился конечный срок ее лечения. Однако, хотя я, как мне кажется, ясно объяснил пациентке, что не имел в виду скорого завершения, с этого момента между нами возник глубокий раскол, что для пациентки означало катастрофу.

Госпожа А. никак не прореагировала на мои осторожные комментарии о том, что в ближайшие два года анализ может завершиться, не изменила глубочайшей убежденности в том, что аналитик будет вместе с ней на протяжении всей ее жизни, и пришла на упомянутую сессию с проблемой двух своих детей. Я, на основании нескольких характерных ассоциаций, истолковал произошедший между нами раскол (трещину) как повторение ситуации рождения сестры госпожи А., произошедшее в то время, когда мать еще кормила грудью первого ребенка. Я сказал, что, возможно, в той ситуации соски ее матери тоже растрескались. Такая интерпретация тронула госпожу А., и она неохотно призналась, что действительно очень рада перспективе завершения анализа, но просто не может себе представить, как кто-то другой займет ее место на моей кушетке.

Эта мысль не давала ей покоя и плохо сказывалась на самочувствии. Сразу после этого признания госпожа А. попыталась резко дистанцироваться от инфантильной ревности и вернулась к разговорам о болезни своего сына и пубертате дочери. Я интерпретировал вновь возникшую тему как выражение определенных оттенков отношения пациентки ко мне. Конфликт госпожи А. с собственной дочерью я истолковал как выражение мятежности и бунтарства, а язвы во рту ее сына — как коррелят предполагаемых трещин в материнском соске.

Возможно, продолжил я, в то время, когда мать кормила ее грудью, у самой госпожи А. во рту была какая-нибудь рана или язва. Поэтому ей так сложно понять, что именно растрескалось и причиняло боль — ее собственный рот или сосок матери. Госпожа А. согласилась с моим истолкованием и снова заговорила о (небольшой) трещине в стене моего кабинета (эта ассоциация уже возникала у нее в начале сессии, и еще тогда я расценил ее как четкий индикатор атмосферы переноса). Однако вскоре после этого пациентка пришла в себя и высокомерно заявила, что все, о чем мы говорили в течение сессии, — это психоаналитические интерпретации, относящиеся только ко мне самому. Я снова интерпретировал ее высказывание на двух уровнях: ее подросткового отношения к матери и перспективы прямого эдипова соперничества, с одной стороны, и орального отношения к исчезающей груди, с другой. Я подчеркнул, что «*кусающий*» тон ее замечаний способен расколоть грудь аналитика.

Затем на поверхность вышло одно очень важное покрывающее воспоминание. «Что Вы можете знать о моей матери», — довольно резко сказала мне госпожа А. Далее она заговорила о том, что я пытаюсь разобраться с проблемой, которая просто не имеет решения. «Для того чтобы Вы не питали иллюзий, — сказала она, — я расскажу Вам об одном эпизоде из моего детства. Я никогда раньше не говорила об этом, и только сейчас этот случай вспомнился мне». Госпожа А. сообщила, что в латентный период своего развития (естественно, не употребляя таких терминов в своем рассказе) во время частых ссор с матерью она привыкла бросаться на пол. В таких случаях мать госпожи А. совершенно теряла контроль над собой и начинала бить ее ногами. (Пациентка употребила значительно более грубое выражение для обозначения этого действия, придававшее всей описываемой ситуации анально-садистическую окраску.) Я не собирался, конечно же, говорить госпоже А., что в той ситуации она была права, поэтому промолчал. Некоторое время спустя я сделал две или три интерпретации «подросткового» поведения пациентки, однако тон ее ответных реплик по-прежнему был вызывающим. Справившись с растерянностью и немного ободрившись, я озвучил очередную интерпретацию, которая казалась мне верной. Я сказал, что, как мне кажется, в данный момент госпожа А. бросается на пол. Ее ротовая полость полна язв, причиняющих боль, а ее душа переполнена гневом и негодованием. Сейчас с госпожой А. невозможно говорить, ей нельзя как-то помочь. Она брыкается на полу в надежде на то, что я, как мать, смогу понять ее боль. В то же время она активно пытается лишить меня самообладания, чтобы я действительно ударил ее. Эта интерпретация достигла пациентки. Естественно, мой контрперенос был разрешен и я успокоился.

Данный пример показывает нам, что правильное понимание было связано в первую очередь с дополнительным контрпереносом. Вспомним, что все мои предыдущие интерпретации, согласующиеся с болью (язвы во рту) и бунтом пациентки (сепарация от матери и завершение анализа) были встречены с упорством и враждебностью. Я припоминаю, что, когда напряжение спало и стал очевиден глубокий эффект моей последней интерпретации, я сказал пациентке (поскольку она всегда обладала чувством юмора): «Я думаю, что Ваша мать была права, когда награждала Вас пинками за Ваши выходки!» Услышав это, госпожа А. испытала инсайт и рассказала: перед тем как отправиться ко мне на сессию, она сказала дочери будто чувствует, что «сегодня крепко надает ему [аналитику] по заду».

Мне кажется, что вышеизложенный материал интересен тем, что конфликт в нем возникает на всех уровнях: в переносе, в настоящем времени и в детстве. Я уверен, что достижение верного понимания ситуации в описанном случае было связано главным образом с осознанием и интерпретацией действий пациентки в отношении объекта, имевших своей целью лишить аналитика самообладания и способности помогать. При этом у пациентки все же сохранялась надежда (слабая, но живая) быть понятой.

Я не знаю, согласился ли бы сам Леон Гринберг назвать этот клинический случай иллюстрацией к понятию *проективная контридентификация*. Существует, на мой взгляд, множество оснований, позволяющих ду-

мать именно так: желание пациентки поместить в аналитика-объект образ раздражительной и нетерпеливой (чтобы не сказать — садистической) матери в этом случае было чрезвычайно интенсивным и насильственным. Стоит отметить, что феноменологически данный клинический случай очень напоминает один из случаев, опубликованных в материалах Симпозиума 1956 года. Он был представлен д-ром Аледжо Деллароза, описавшем сильнейшее напряжение, которое у него вызывал один из пациентов, постоянно (и мазохистически) провоцировавший терапевта. Рабочая ситуация постоянно казалась настолько напряженной, что аналитик готов был ударом ноги вышвырнуть пациента из консультационной комнаты (Grinberg, 1957, p. 26–27).

Как бы то ни было, я глубоко убежден, что описанный процесс в целом был связан с контрпереносом. Любой из конфликтов в этой ситуации не был чужд моему собственному неврозу и представлял для меня возможности ощутить себя на месте бунтующей девочки-подростка, вскармливаемого грудью младенца, атакуемого и растрескавшегося соска, девочки, провоцирующей свою мать (выводя мать из равновесия и мстя ей), и, в конце концов, на месте матери, которая не знает, что делать со своей мятежной дочерью. Хотя мать и понимает, как мы увидели на последнем примере, что она права, ей не следует отвечать на провокацию дочери ударом. На основе контрпереноса произошла целая серия проективных и интроективных идентификаций. Произошло это не по осознанному решению, поскольку моя способность понимать суть происходящего с пациенткой на тот момент была сильно заторможена переживанием боли, раздражения и упадка духа.

Материал, возникший на сессии после интерпретации негативного переноса, убедительно продемонстрировал, что пациентка в переносном конфликте (как в ролевой игре) увидела мою модель поведения с бунтующей дочерью и научилась лучше справляться с собственным ребенком. После удачной интерпретации негативного переноса остались сохранными хорошее имаго матери, позитивный перенос и, смею добавить, надежный терапевтический альянс.

2.5. Невроз контрпереноса

Однако клинический случай, задачей которого было проиллюстрировать концепции Гринберга и Мани-Кёрла, снова возвращает нас к Ракеру и его идее — одновременно дерзкой и ригористичной — концепции *невроза контрпереноса*. Ракер был глубоко уверен, что аналитический процесс — это функция двух участников.

Фрейд в 1914 году указал на то, что переносы анализируемого кристаллизуются на протяжении всего анализа в неврозе переноса (Freud, 1914). Ракер в 1948 году применил то же правило к аналитику, не упуская, однако, из виду различий, существующих между первым и вторым случаем: «Точно так же, как вся личность пациента, ее здоровая и невротическая части, его прошлое и настоящее, реальность и фантазия проявляют себя в отношении к аналитику, это происходит и с аналитиком (несмотря на количественные и качественные отличия) в его отношениях с пациентом» (Racker, 1948; 1968, p. 105).

В упомянутых ранее работах, а также в более позднем сочинении «Значение и использование контрпереноса» Ракер характеризует невроз контрпереноса на основе трех параметров: согласующийся и дополнительный контрперенос; прямой (direct) и косвенный (indirect) контрперенос; контрпереносные мысли и позиции (Racker, 1953). В предыдущих разделах мы детально рассмотрели концепцию согласующегося и дополнительного контрпереноса. В следующем мы поговорим о прямой и косвенной его формах, зависящих от того, переносит ли аналитик объект своего конфликта на пациента или же на другую фигуру, имеющую определенное значение в процессе анализа, — например, для аналитика-кандидата такой фигурой может выступать его супервизор.

Остановимся более детально на третьем выделенном Ракером параметре контрпереноса. Изредка у аналитика могут возникать контрпереносные мысли в тех случаях, когда контрпереносный конфликт отличается определенной подвижностью и текучестью. Неожиданно аналитик замечает, что размышляет о чем-то, никак рационально не согласующемся с контекстом или по-видимости не имеющим никакого отношения к анализируемому.

Однако ассоциации пациента, его ошибочные действия, сновидения или оговорки впоследствии указывают на то, что определенное отношение все же существует. Например, такие контрпереносные мысли проявляются тогда, когда Ракер оставляет на несколько минут свой кабинет, чтобы разменять банкноту в 1000 песо, данную ему пациентом. Ракер оставляет банкноту на столе и, возвращаясь, думает, что ее не окажется на месте, а пациент скажет, что аналитик уже забрал деньги. Ведь анализируемый, как считает аналитик, остается наедине со своими возлюбленными 1000 песо, думает об их сохранении или дарит им прощальный поцелуй (Racker, 1953; 1968, p. 142).

Контрпереносные мысли, в общем, не предполагают наличия глубокого конфликта. Они неожиданно возникают в сознании аналитика и столь же легко проявляются в материале пациента. Опасность заключается в том, говорит Ракер, что аналитик склонен не придавать таким мыслям значения, игнорировать их, вместо того чтобы принять их во внимание и сохранить в памяти до того момента, пока материал пациента не даст им подтверждения или опровержения. Если возникновение этих мыслей было не случайным, аналитик сможет дать материалу пациента более точную и глубокую интерпретацию. Если же контрпереносные мысли не будут подтверждены материалом, то не следует стремиться интерпретировать их по двум основным причинам: они могут действительно не иметь никакого прямого отношения к пациенту, либо они могут быть серьезно дистанцированы от его сознания.

Контрпереносные позиции — в противоположность мыслям — практически всегда указывают на серьезный конфликт. В этом случае чувства и фантазии аналитика глубже, продолжительнее и могут очень долго оставаться совершенно незамеченными. Это, например, относится к аналитикам, у которых определенные пациенты вызывают гнев, тревогу или возбуждение. Достаточно часто этот аспект невроза контрпереноса бывает синтонным, оставаясь совершенно незаметным для самого аналитика. Я помню, что в самом начале моей психоаналитической практики я без особых сомнений мог отменить или переназначить сессию. Так было до тех пор, пока один из моих пациентов (мужчина с пассивно-феминным характером, бывший невероятно покорным и кротким человеком) не сказал мне, что ему кажется, я изменяю время сессии в тех случаях, когда чувствую себя таким же беззащитным, как он. Он был прав.

Отто Ф. Кернберг, соглашаясь с общей идеей Ракера, описал особый тип контрпереносной позиции, характеризующийся бóльшим участием аналитика и встречающийся в работе с более нарушенными пациентами (Kernberg, 1965). Он называл этот тип *хронической контрпереносной фиксацией* и утверждал, что такая фиксация отмечается в тех случаях, когда патология глубоко регрессивного пациента реактивирует архаические невротические паттерны аналитика. Таким образом анализируемый и аналитик начинают стабильно дополнять друг друга, как если бы межу ними существовала прочная связь. Кернберг связывал эти трудно устранимые осложнения с интенсивностью прегенитальной агрессии. Возникновение этой агрессии как у пациента, так и у аналитика провоцируется проективной идентификацией, которая все больше размывает границы между субъектом и объектом. Хроническая контрпереносная фиксация часто возникает в процессе лечения пограничных пациентов, однако встречается и в регрессивных периодах лечения пациентов с менее серьезной патологией.

2.6. По ту сторону проективной контридентификации

Я хотел-бы закончить этот раздел несколькими замечаниями относительно исследований Леона Гринберга. В своих последних работах этот автор попытался осуществить ревизию концепции проективной контридентификации с целью достичь более широкого понимания, «трехмерного видения» динамического взаимодействия, являющегося основой аналитических отношений.

Свои размышления Гринберг со свойственной ему ясностью и четкостью обобщил в работе «Аффекты в контрпереносе», которую представил на Четырнадцатом Латиноамериканском психоаналитическом конгрессе (Grinberg, 1982). В этой работе он подчеркнул, что первоначально понятие *проективная контридентификация* указывало на то, что фантазия проективной идентифика-

ции провоцирует возникновение определенных эффектов в рецепторе (аналитике), который, реагируя реально и конкретно, инкорпорирует проецировавшиеся внутрь него содержания. Однако в работе «Аффекты в контрпереносе» Гринберг говорит, что проективная контридентификация, в конечном итоге, не обязательно должна быть связана с цепью сложных событий, происходящих в процессе бессознательной коммуникации аналитика с пациентами, которые в моменты регрессии функционируют, используя патологическую проективную идентификацию (ibid., p. 205–206).

Следовательно, проективная контридентификация предоставляет аналитику «возможность пережить широкий спектр эмоциональных состояний, которые, будучи верно поняты и сублимированы, могут стать очень полезным техническим инструментом, помогающим выйти на самые глубокие уровни материала пациента. Осуществляется этот процесс тем же способом, который разработан Паулой Хайманн и Ракером для контрпереноса» (ibid.). Для того чтобы это произошло, добавляет Гринберг, аналитик должен быть готов воспринять и вместить (contain) проекции пациента.

После таких уточнений и переформулировок позиция аналитика по отношению к проективной контридентификации перестает быть слишком пассивной, а само понятие гармонично вписывается в общую теорию контрпереноса. Диспозиция, необходимая для восприятия проективной контридентификации и верного ее истолкования, теперь становится одной из основных задач нашей профессиональной активности.

Я убежден, что внесенные Гринбергом оговорки и поправки проясняют и уточняют его концепцию, удачно исправляя те ошибки, которые мы проанализировали ранее. Эти дополнения особо подчеркивают основной и принципиальный момент его теории, рассматривая коммуникативную сторону проективной идентификации в качестве наиболее архаического уровня функционирования психики человека.

III. Контрперенос и психоаналитический процесс

В предыдущем разделе мы увидели, что исследование реальности контрпереноса начинается с того момента, когда он перестает «суперэгоистически» расцениваться как препятствие на пути аналитического процесса и превращается в неустранимый и значимый компонент нашей практики. Ракер сказал о том, что контрперенос гомологичен переносу: он одновременно представляет собой помеху, рабочий инструмент и поле взаимодействия.

Одной из наиболее сложных тем, неизбежно возникающих в ходе изучения контрпереноса, является вопрос о том, насколько этот процесс зависит от пациента, т. е. от переноса, и в какой мере — от иных факторов. Эта проблема часто обсуждается, и мы рассмотрим ее, опираясь на классификационное разделение контрпереноса на прямой и косвенный.

3.1. Прямой и косвенный контрперенос

Когда объектом, мобилизующим контрперенос аналитика, является не сам анализируемый, а другое лицо, мы говорим о *косвенном (indirect)* контрпереносе. Когда же таким объектом непосредственно выступает пациент, мы называем контрперенос *прямым (direct)*. Типичным примером косвенного контрпереноса является волнение обучающего аналитика, вызванное ожиданием того, как будет оценен Ассоциацией первый обученный им кандидат, и волнение кандидата в психоаналитики, связанное с тем, что скажут по поводу представляемого им клинического случая Институт, супервизоры или обучающий аналитик. Все мы прекрасно знаем, какое влияние на контрперенос оказывает пациент, которым по каким-либо причинам начинают интересоваться наши друзья, коллеги или вся Ассоциация. Эти обычные и часто возникающие ситуации могут даже приводить к тому, что работа с пациентом становится совершенно невозможной с точки зрения сеттинга.

Ракер ввел различение между прямым и косвенным контрпереносом в пятой из серии своих работ, посвященных данной теме, носившей название «Невроз контрпереноса» (Racker, 1948). Следующая, шестая, работа была озаглавлена «Значение и использование контрпереноса» и посвящалась анализу подхода Анни Райх, предложившей различать контрперенос в собственном смысле слова и использование контрпереноса для отыгрывания вовне (Racker, 1953; Reich, 1951). В таком разделении «контрперенос в собственном смысле слова» соответствовал прямому контрпереносу по классификации Ракера, а «использование контрпереноса для отыгрывания вовне» совпадало с косвенным контрпереносом. Если я хочу, чтобы мой пациент любил меня, это прямой контрперенос. Но если мое отношение к пациенту подчинено желанию ощущать любовь со стороны супервизора, тогда контрперенос является косвенным, поскольку я использую пациента как инструмент налаживания отношений со своим супервизором.

Разделение контрпереноса на прямой и косвенный феноменологически валидно, однако спорно с точки зрения метапсихологии. В вышеприведенном примере, когда кандидат больше интересуется супервизором, чем своими пациентами, закономерно возникает вопрос: несмотря на все тонкости этой ситуации, не скрывает ли она более глубокий конфликт аналитического кандидата с его пациентом, который просто смещается на фигуру супервизора? Вполне может оказаться, что, например, ревность заставляет кандидата ставить своего пациента в позицию «третьего лишнего». Ситуация приобретает совершенно иные очертания в свете экстернализации эдипова конфликта кандидата в аналитики или его сиблингового соперничества. Даже в этом последнем случае, когда пациент является соперником, а супервизор воплощает родительское имаго, всегда можно предположить, что супервизор кажется более значимым, чем пациент, потому что молодой аналитик просто смещает свой основной конфликт с одного уровня на другой.

В любом случае, мы лишь вскользь касаемся разделения контрпереноса на прямой и косвенный, анализируя связи между отыгрыванием (со стороны аналитика) и контрпереносом, особенно в том виде, в котором они представлены в размышлениях Анни Райх.

Однако не все случаи косвенного контрпереноса следует расценивать как отыгрывание вовне. Как мы увидим в дальнейшем, отыгрывание аналитика — это значительно более сложный процесс, чем простое смещение с одного объекта на другой. Смещение является необходимым, но не самым существенным компонентом отыгрывания.

Из вышесказанного ясно, что мы определяем контротыгрывание вовне (counter-acting out), отыгрывание аналитика, как особый тип контрпереноса, связанный с помехами в выполнении аналитической работы. Здесь уместно будет вспомнить определение контрпереноса, данное нами вначале и утверждающее, что, когда контрперенос не является *откликом* на перенос анализируемого, он превращается в отыгрывание со стороны аналитика. В этом случае анализируемый становится только инструментом, который аналитик использует для развития собственного конфликта, не имеющего непосредственного отношения к данному пациенту. Эту идею мы подробнее рассмотрим в следующих разделах.

3.2. Гительсон и две позиции аналитика

Гительсон попытался разделить две позиции аналитика в аналитической ситуации и одну из них назвал контрпереносом (Gitelson, 1952)[1].

Гительсон говорил, что в тех случаях, когда аналитик реагирует в целом на пациента, можно предположить, что он переживает серьезную вовлеченность, определенным образом его дисквалифицирующую. В остальных случаях реакции аналитика обычно касаются частичных аспектов личности пациента.

[1] См. раздел 12 «Формы переноса» книги «*Основания психоаналитической техники*» (Etchegoen, 1991).

3.3. Реакция на пациента в целом

В некоторых случаях аналитику необходимо «утратить» свою установку на нейтральность и эмпатию, и если он не способен ее преодолеть, значит, пациенту удалось реактивировать его невротический переносный потенциал. Это сделает аналитика неадекватным в данном конкретном случае.

Гительсон ссылается на пример из собственной практики, описывая случай молодой женщины, которую к мысли о необходимости аналитической терапии привели сложности в супружеской жизни. В начале пробного анализа пациентка постоянно жаловалась на несправедливость своей жизни, оказавшейся очень сложной. В конце восьмой недели анализа пациентка сообщила аналитику о своем сновидении, которое он и использует как иллюстрацию.

В сновидении[1] Гительсон имел близкие отношения с персонажем, который отчетливо репрезентировал коллегу (женщину), передавшую ему эту пациентку. Сама пациентка в сновидении видела себя ребенком, однако у нее было отчетливое ощущение, что это именно она. В этом сне двое взрослых людей лежали в постели и каким-то образом постоянно задевали ребенка своими ногами. Гительсон, проанализировав материал, пришел к выводу, что в данном случае он как аналитик представляет собой фактор, вносящий помехи в аналитическую ситуацию. Для пациентки эти помехи вновь репрезентировали типичную межличностную ситуацию из ее детства — борьбу разводившихся родителей за право опеки над ребенком. Гительсон добавляет, что его собственный невротический переносный потенциал, который на тот момент не был в достаточной мере подвергнут анализу, оказал *тотальное* влияние на восприятие им образа пациентки. Гительсон особо подчеркивает, что с его стороны это была не эпизодическая реакция, а реакция на пациентку как на целостную личность.

Гительсон утверждает, что реакцию подобного типа нельзя назвать контрпереносом, поскольку здесь пациентка полностью, в целом, становится для аналитика объектом переноса. Более того, и сама пациентка понимает это (вспомним образы из вышеприведенного сновидения). Гительсон добавляет, что пациентка смогла успешно пройти лечение у аналитика, которому он передал ее.

Во втором примере, приводимом Гительсоном, молодой аналитик на протяжении первой сессии терпеливо выслушивал свою пациентку — молодую женщину, которая уничижительно говорила о себе и старалась доказать, что она никому не нравится и не может понравиться. Аналитик попытаться утешить пациентку, сказав, что на него она произвела хорошее впечатление. На следующую сессию эта пациентка принесла сновидение, в котором аналитик демонстрировал ей свой неэрегированный пенис. После завершения периода пробного анализа пациентка ушла из терапии. (Гительсон убежденно настаивал на периоде пробного анализа, позволяющем, с его точки зрения, не только убедиться в анализируемости пациента, но и проверить данную пару «пациент-аналитик» на личностную совместимость)[1].

Гительсон утверждал, что подобные реакции на пациента «в целом» следует рассматривать как перенос аналитика, связанный с реактивацией потенциальных переносов. Такие реакции могут распространяться как на целый тип людей, так и на отдельных пациентов и быть как позитивными, так и негативными. Их отличает главным образом то, что почти всегда реакции такого плана тотальны и возникают на ранних этапах анализа. (Именно поэтому такое большое значение некоторые психоаналитики придают первому сновидению пациента в анализе.)

3.4. Реакция на частичные аспекты личности пациента

В этом случае участие аналитика не носит тотального характера. Такие реакции возникают позднее

[1] См. также раздел 12 (Etchegoen, 1991).

[1] Дополнительные рассуждения, касающиеся этой теории, представлены в разделе 6 *«Оснований психоаналитической техники»* (Etchegoen, 1991).

остальных и обнаруживаются в контексте уже устоявшихся аналитических отношений, тогда как в предыдущем случае аналитические отношения еще не сформированы. Гительсон относит эти реакции к контрпереносным в прямом смысле слова. Он понимает их как ответную реакцию аналитика на перенос пациента, на его материал или на отношение пациента к личности аналитика.

Контрперенос, определенный и описанный таким образом, доказывает, что у аналитика всегда имеются непроанализированные области. Конфликты должны быть замечены и разрешены, и они не только не дисквалифицируют аналитика, но и не затрудняют продолжение аналитической работы. Согласно Гительсону, всегда очень легко доказать, что нет безупречно проанализированных людей, и по этой причине анализ бесконечен.

Мы видим, что классификация Гительсона пытается разделить две сферы эмоциональных проблем аналитика, обозначая как *контрперенос* лишь одну из них. Хотелось бы подчеркнуть, что концепция Гительсона не предусматривает использования контрпереноса в качестве аналитического инструмента. Контрперенос упоминается только с целью более четкого установления границ этого понятия и устранения его как помехи. Гительсон четко и откровенно выражает идею предпочтительности пробного анализа, который рассматривается им не только как проверка анализируемости пациента, но и как тест аналитической ситуации в целом, включающей в качестве составляющих и пациента, и аналитика. В ходе пробного анализа терапевт получает возможность понять, сможет ли он «включиться» в тот материал, который предлагается ему пациентом.

На странице 4 своего сочинения Гительсон утверждает, что преобладание одних качеств над другими создает конечный образ аналитика как личности и как терапевта. Согласно Гительсону, разобравшись в иерархии этих качеств, легко понять, почему аналитик может чрезвычайно успешно работать с одним типом пациентов и терпеть полное фиаско с другими.

Различение, сделанное Гительсоном в отношении того, что он называет переносом и контрпереносом, активно критиковал Ракер и другие авторы, усомнившиеся в возможности проведения столь жестких границ. С другой стороны, не возникает сомнений в том, что здесь существует два различных типа реакций, предполагающих разную вовлеченность аналитика (и/или пациента), и отличать эти реакции друг от друга полезно в диагностическом и прогностическом плане[1]. И хотя верно, что существуют различные степени контрпереносных проявлений, в конечном счете именно способность аналитика отмечать такие проявления и его попытки разрешить эту проблему определяют исход отношений «пациент-аналитик». Все здесь зависит от того, способен ли аналитик, не теряя самообладания, встретиться с проблемой лицом к лицу и попытаться разрешить ее. По мнению Ракера, то, что Гительсон расценил как качественные различия, на самом деле является лишь различием между *экспозицией* и *диспозицией* феномена контрпереноса (в том смысле, который придавал этим понятиям Фрейд). По моему мнению, эта схема должна также включать описанную Гринбергом контрпроективную идентификацию как особый случай, в котором диспозиция стремится к нулю, а экспозиция — к бесконечности.

Для того чтобы продемонстрировать несовершенство модели, предлагаемой Гительсоном, можно отметить, что в первом из приведенных им примеров он сам подспудно осознавал, какую роль играет пациентка в его реакции, как олицетворении поля битвы между разводящимися родителями. «Тотальной» же была реакция аналитика на попытку пациентки как-то изменить сложившуюся ситуацию.

3.5. Контрперенос согласно Лакану

Жак Лакан, в противоположность другим авторам, подчеркивал, что перенос начинается тогда, когда контрперенос прекращает развитие диалектического

[1] В разделе 12 (Etchegoen, 1991) я затрагивал эту тему, обсуждая проблему эротизированного переноса.

процесса[1]. В тот момент, когда Фрейд не смог принять гомосексуальной связи, соединявшей Дору и госпожу К., поскольку в своем контрпереносе он (идентифицировавшись с господином К.) ощущал, что для него непереносимо быть исключенным, Фрейд и прервал этот процесс. С этого момента он стал утверждать, что Дора осознала свою любовь к господину К. и что даже имелись какие-то причины считать, что господин К. тоже любит ее. Вне сомнений, Фрейд в данном случае изменил своему собственному методу, поскольку довольствовался одними лишь мнениями и предположениями, однако здесь важно отметить тезис Лакана о том, что перенос является коррелятом контрпереноса. Это предположение нашло отчетливое выражение во всех ключевых постулатах сформулированной Лаканом теории желания, а также его оригинального понимания строения Эго и субъекта. Подобно тому как ребенок является желанием желания, как желание больного истерией является желанием другого, отца, так и желание аналитика, в понимании Лакана, приобретает новое содержание.

В этом плане утверждение Лакана грешит односторонностью, и процесс выглядит значительно более сложным. Контрперенос Фрейда не являлся чем-то, произошедшим исключительно от желаний Фрейда, однако нельзя утверждать и то, что Дора заставила Фрейда испытывать подобные чувства. Помня о существовании эдипова комплекса, а также о любви, ревности и негодовании, сопутствующих ему, разве можем мы утверждать, что гомосексуальные отношения Доры с госпожой К. никак не были связаны с фигурой отца? Отношение Доры к госпоже К. было, среди прочего, объективной фрустрацией для Фрейда-отца, требовало отмщения и заставляло его испытывать ревность. Контрпереносный конфликт Фрейда своими корнями уходит не только в пуританские предрассудки жителя Вены прошлого века, каковым Фрейд был, но отчасти является и следствием манипуляций Доры, которая была истерической (а также психопатической) девушкой. У Фрейда не было понимания, необходимого для того чтобы совершить третий диалектический поворот, которого — со страстностью и не без изобретательности — требует от него Лакан. В *случае Доры* все, о чем мы знаем, произошло не только потому, что этого желал Фрейд, но и потому, что этого желала Дора, — и не только по желанию Доры, а из-за желаний вообще (во всем их множестве). Ее желания в этом случае могут быть рассмотрены независимо. Если Фрейд и был «пойман на крючок», капитулировав перед контрпереносом, то произошло это и потому, что «отвергавшая» Дора сильно фрустрировала его. Дора была отвергающей не *только* по причине существования у нее прегенитального (зеркального, диадического, нарциссического) отношения к госпоже К. (матери), но и из-за того, что она переживала интенсивное чувство ревности в прямом эдиповом комплексе. Фрейд никогда не сомневался в том, что прерывая лечение, Дора делает его, посредством отыгрывания, объектом своей мести, что сопоставимо с ответом ударом на удар.

Я хочу рассмотреть этот эпизод в более простом и понятном контексте, сопоставив его с ситуацией, возникшей у меня в ходе работы с одной из моих пациенток (этот случай я описал выше). Я думаю, что в ситуации, когда пациентка вызывающим тоном рассказала мне о том, что в детстве она истерично бросалась на пол, а мать била ее ногами, было бы не совсем верно, оперируя диалектической инверсией, пояснять ей, какую роль она сама играла в подобных эпизодах. Она хорошо знала о том, что именно такие истерики полностью выводили мать из равновесия. Я убежден, что такая ситуация может быть разрешена только в том случае, если *hic et nunc* (здесь и сейчас) аспект переноса будет полностью принят. Недостаточно было просто соотнести его с прошлым, необходимо было показать пациентке, что происходит в настоящем. Я думаю, что если бы в той ситуации я ограничился простым пояснением, что у матери имелись определенные причины для того, чтобы бить дочь ногами, и предположением, почему сама дочь бросалась на пол, то пациентка бы просто

[1] См. раздел 10 (Etchegoen, 1991), я рассматривал основные положения работы «Intervention sur le transfert» (Lacan, 1951).

не поняла, о чем я говорю. Она бы восприняла меня как карающую мать или как отца, защищающего мать, — но только не как аналитика, который стремится разрушить «очарование мгновения» и помочь ей по-новому посмотреть на свое прошлое.

3.6. К вопросу о сообщении контрпереноса

Завершая рассмотрение круга вопросов, связанных с контрпереносом, мы обратимся к часто обсуждаемой проблеме признаний аналитика или, используя более нейтральное понятие, *сообщения* контрпереноса.

В общем, существует понимание, что аналитик *не должен* сообщать свой контрперенос, и что теория контрпереноса не противоречит сохранению основной аналитической установки. Когда мы исследовали терапевтический альянс, мы говорили, что аналитический процесс требует строгой асимметрии в том, что касается невроза переноса, однако относительного равенства в том, что связано с рабочим альянсом (Etchegoen, 1991). Сеттинг вынуждает нас говорить только о пациенте, однако это не означает, что мы должны отрицать ошибки или скрывать свои конфликты. Тем не менее, осознать свою ошибку или конфликт — не значит сделать их явными. Никто из нас, даже те, кто решительно отстаивает установку искренности аналитика перед пациентом, не станет утверждать, что следует раскрывать перед анализируемым источники наших конфликтов и ошибок. Поступая так, мы нагружали бы пациента чем-то, что не имеет к нему никакого отношения.

Если внимательно читать работу Маргарет Литтл (Little, 1951), можно увидеть, что сама она не вполне одобряет обнаружение контрпереноса перед пациентом, хотя требует именно этого. Литтл особо подчеркивает, что важно не просто сообщить о контрпереносе, а признать его и интегрировать в интерпретацию.

+ Анализ пытается вернуть пациенту способность мыслить, восстановить его доверие к собственной мысли. Эта цель достигается путем возвращения вытесненного и устранения диссоциаций, а не уверениями в том, что пациент прав и верно думает о нас. Прояснять следует не то, что чувствует аналитик, а то, что чувствует и думает пациент в отношении аналитика. Когда в порыве откровения мы подтверждаем истинность представления, сложившегося у пациента о нас, мы тем самым наносим ему вред, поскольку, в конечном счете пациент решит, что последнее слово всегда остается за аналитиком. Пациент должен доверять своим мыслям, помня, однако, что и собственные мысли могут иногда оказаться такими же ложными, как и представления других людей.

С этой точки зрения, тема контрпереноса обнаруживает много общего с темой интерпретации. Содержание и, прежде всего, форма интерпретации, часто становится выражением контрпереносных чувств, поскольку большинство наших контрпереносных реакций (если мы не умеем превратить их в аналитический инструмент) проглядывают сквозь плохие и/или плохо сформулированные интерпретации. Говоря в общем, конфликт проникает в формулировку.

Проблема признаний аналитика или сообщения контрпереноса затрагивает вопрос о *реальных* чувствах в контрпереносе, поднятый в 1947 году Винникоттом. В частности, Винникотт говорил о ненависти, которую провоцируют в аналитике психотические пациенты, и о том, что эта ненависть является реальной. Эта тема заслуживает обсуждения хотя бы потому, что таким образом перенос и контрперенос по определению становятся *«нереальными»*.

3.7. Идеи Винникотта о контрпереносе

5 февраля 1947 года, незадолго до выхода в свет работ Ракера и Паулы Хайманн, Винникотт изложил свои размышления относительно контрпереноса на собрании Британского психоаналитического общества (Winnicott, 1947). Идеи Винникотта представляют большой интерес, особенно в отношении технической стороны аналитической работы с психотиками и психопатами. Тем не менее, Винникотт не рассматривал контрперенос, в собственном смысле этого слова, как рабочий аналитический инструмент, а скорее акцентировал внимание

на определенных *реальных* чувствах — в частности, ненависти, — которые возникают у аналитика.

В классификации, предлагаемой Винникоттом, контрпереносные феномены разделяются на три основных типа: (1) ненормальные контрпереносные чувства, указывающие на то, что аналитик нуждается в более глубоком личном анализе; (2) контрпереносные чувства, связанные с личным опытом и развитием, от которых зависит каждый аналитик; (3) по-настоящему объективный контрперенос аналитика, т. е. любовь и ненависть, испытываемые аналитиком в ответ на реальное поведение и личность пациента и основанные на объективном наблюдении.

Выстраивая подобную классификацию, Винникотт попытался создать очень широкую концепцию контрпереноса, охватывающую неразрешенные конфликты аналитика, его личность и уникальный опыт, а также его рациональные, объективные реакции.

Винникотт говорит: «Я считаю, что если терапевт берет в анализ психотиков или социопатов, он обязан настолько полно осознавать свой контрперенос, чтобы всегда иметь возможность отделить и изучить свои *объективные* реакции на пациента» (Winnicott, 1947, p. 70).

В анализе психотических пациентов постоянно происходит стирание границ между любовью и ненавистью, из-за чего аналитику чрезвычайно сложно контролировать ситуацию и он часто ощущает, что работа с таким пациентом совершенно лишает его сил. Винникотт говорит, что такое переплетение любви и ненависти следует отличать от агрессивного компонента примитивных любовных импульсов, поскольку в первом случае вероятнее всего в личной истории пациента имеется ошибка окружения (environmental failure), которая пришлась на момент, когда его влечения искали свой первый объект (ibid., p. 70).

Оставив в стороне аподиктические рассуждения Винникотта о развитии, отметим, что конфигурация любви и ненависти постоянно находится в фокусе внимания аналитика, который распознает эти чувства в себе и сохраняет до тех пор, пока они не получат истолкования. Винникотт говорит о том, что главная работа аналитика заключается в сохранении объективности по отношению ко всему, что пациент приносит в анализ. Особым условием успешной аналитической работы, согласно этой концепции, является необходимая аналитику способность объективно ненавидеть своего пациента (ibid., p. 70).

Приводимый Винникоттом пример, возможно, является не лучшим для обсуждения его техники, поскольку он описывает девятилетнего мальчика с серьезными поведенческими проблемами, который в течение трех месяцев гостил в доме Винникотта. В любом случае, на этом примере аналитик сумел убедительно продемонстрировать, что возможность сказать ребенку о своей ненависти в ответ на его провокации позволила ему успешно (для обеих сторон) справиться с ситуацией.

Подобно тому как мать ненавидит своего ребенка — по самым разным причинам, и аналитик испытывает ненависть к своему психотическому пациенту. А если это так, было бы нелогично считать, что психотик в ходе анализа сможет переносить свою собственную ненависть к аналитику, если аналитик не будет ненавидеть его (ibid., p. 74).

Винникотт писал, что если логика его рассуждений верна и пациент действительно пробуждает в аналитике объективную ненависть, тогда перед нами встает сложнейшая проблема интерпретации этой ненависти. Это чрезвычайно сложный вопрос, требующий тщательной и осторожной оценки. Однако анализ всегда остается незавершенным до тех пор, пока аналитик все еще не способен сказать анализируемому о ненависти, которую он испытывал к пациенту в период, когда тот был болен. Только после того как подобная интерпретация будет сформулирована и предложена пациенту, он сможет освободиться от роли ребенка — т. е. того, кто не понимает, чем обязан своей матери.

3.8. Комментарии и замечания

Подход Винникотта к проблеме контрпереноса выделяется оригинальностью и существенно отличается от других концепций. Распространяя понятие *контрпе-*

ренос на объективные и рассудочные переживания аналитика, мы вносим изменения в само определение терминов *перенос* и *контрперенос*. Объективные переживания можно отнести к контрпереносу только путем серьезного расширения рамок этого понятия. Считая, что не существует абсолютно объективных чувств, мы предполагаем, что всегда присутствует какая-то необъективная их часть, происхождение которой связано не с фактом, а с фантазией и прошлым. Но это замечание имеет скорее академический характер. Кроме того, общепринятые определения не всегда оказываются наилучшими.

Однако рассмотренные нами идеи можно подвергнуть критической проверке и по-другому: спросив себя, в какой мере суждения аналитика (даже такого великого, как Винникотт) могут быть действительно объективными. Можно ли допустить, что аналитик иногда склонен искать оправдания своим реакциям? Где гарантия того, что аналитик всегда надежно защищен от склонности к рационализации? Это проблемы, которые очень нелегко решить с помощью имеющихся в нашем распоряжении средств. Но даже если бы нам удалось ответить на все эти вопросы, мы столкнулись бы с новым: как много артефактов в технике Винникотта? Если ненависть, которую он испытывал по отношению к своему неуправляемому девятилетнему пациенту, была объективной и разумной, естественно, возникает вопрос, рационально ли поступал Винникотт, приводя такого ребенка к себе домой? Сам Винникотт описывает, как великодушно его жена приняла мальчика в своем доме. Данное описание имеет целью показать, что благородное самопожертвование четы Винникоттов было совершенно свободно от *любой* невротической вовлеченности. В реальности это маловероятно. Совсем не обязательно близко знать конкретную семейную пару, чтобы предположить, что супруги, принимающие решение ввести в свою семью третьего, либо хотят осложнений, либо надеются решить таким образом уже имеющиеся проблемы. Кроме того, мотивация Винникотта в данном случае не ограничивалась лишь альтруистическими побуждениями (наличие которых сложно поставить под сомнение), а включала также и желание (вполне законное) опробовать и проверить свои теории. В свете этих обстоятельств отношение Винникотта к ребенку становится в моих глазах намного более эгоистическим (или нарциссическим), а его ненависть уже не кажется мне столь объективной.

Для того чтобы придать своим рассуждениям более строгие очертания, скажу, что аргументация концепции объективной ненависти, на мой взгляд, наталкивается на три основных препятствия. Во-первых, как уже было сказано, это затруднение в доказательствах собственно объективности ненависти, поскольку принципиальным моментом в определении переноса и контрпереноса является указание на их необъективность. Во-вторых, согласно сформулированному Уэлдером принципу множественной функции (multiple function), никакое переживание не может быть ни объективным, ни совершенно субъективным, поскольку всегда является суммарным результатом действия многих причин. Это правило заставляет нас принимать во внимание множество различных факторов. Когда предоставляется возможность сказать пациенту (в самый подходящий момент) о том, что в прошлом мы испытали рассудочную ненависть по отношению к нему, это утверждение, даже звучащее из уст Винникотта, всегда оказывается не более чем упрощением. И боюсь, что это также будет рационализацией, так как даже Винникотт не свободен от ошибок. Поэтому если бы я захотел поступить как искренний аналитик (в представлении Винникотта), то должен бы был сказать своему пациенту, что «объективно» ненавидел его три года назад, и не только из-за его невыносимого поведения, но также из-за того, что тогда я плохо ладил со своей женой, меня беспокоило собственное финансовое положение, психоаналитический журнал отказался опубликовать одну из моих статей, снова подскочил курс доллара, мое отношение к проблеме контрпереноса стало причиной конфликта с Ракером, моим аналитиком, и Леоном, моим другом... и добавить к этому еще Бог знает сколько искренних и объективных признаний в том же духе.

Третье мое возражение в адрес концепции *объективной ненависти* заключается в следующем: я не считаю, что переживание ненависти по отношению к пациенту — независимо от того, насколько он является агрессивным, яростным, обременительным или плохим, — может быть строго объективной реакцией. Такие чувства могут быть рассудочны, но не могут претендовать на объективность. Объективно лишь то, что я согласился работать с этим пациентом, чтобы помочь ему в решении его проблем, и я полагаюсь на сеттинг, чтобы поддержать свое равновесие. Если это равновесие мне не удается сохранить, я теряю свою объективность — это очень понятно по-человечески, но не очень объективно. Здесь, как и во всех других случаях, объективность должна соизмеряться со своими целями. Если подобного соотнесения не происходит, объективность становится избирательной. С этой точки зрения, мерой объективности для Винникотта служила лишь его субъективность.

Если мне удалось внятно изложить свою позицию, должно стать ясно, что я не согласен с предлагаемым Винникоттом подходом к контрпереносу. Я также не согласен с характерной для этого подхода техникой управления (management technique) — с базовой гипотезой о том, что отклонения в примитивном эмоциональном развитии должны получать разрешение через действие (управление), а не через слова (интерпретацию). Именно из-за убежденности Винникотта (довольно ригидной) в том, что следует уделять внимание лишь реальным и объективным фактам, его контрпереносный отклик и ограничивался, вполне логично, «объективными чувствами». Называя свои чувства объективными, Винникотт абсолютно верно воспринимал нечто, что можно было дедуктивно вывести из его же практики.

Сформулированная Винникоттом теория развития, насколько я понимаю, также связана с этим базовым предположением, что отчетливо заметно в попытках увязать психоз с ошибкой среды. Я думаю, что великий английский аналитик в некоторых отношениях был более строг к тем, кто нес ответственность за мальчика, чем к самому себе как аналитику. Я могу лишь повторить, вслед за Мелани Кляйн, что, как бы это ни было грустно, психоз возникает как совокупный результат взаимодействия ребенка и родителей (а также множества других факторов, например биологических и социальных).

3.9. Новые идеи Винникотта

На заседании Британского психоаналитического общества, проходившем 25 ноября 1959 года и посвященном проблеме контрпереноса, Винникотт снова обратился к данному вопросу. Из выступления стало ясно, что за прошедший период его взгляды на контрперенос претерпели существенные изменения. Он начал свой доклад словами: «в использовании слова контрперенос мы должны вернуться к его исходному значению».

Винникотт считал, что «аналитическая работа очень отличается от обычной жизни» и что «аналитик *испытывает напряжение, поддерживая профессиональную установку*» (Winnicott, 1965, p. 160; курсив Винникотта). Аналитик должен оставаться гибким и восприимчивым ко всему новому и в то же время должен прочно удерживать свои профессиональные установки на протяжении рабочих часов. Пациенты видят перед собой уверенных и спокойных профессионалов-аналитиков, никогда не изменяющих своим правилам, а не тех неуравновешенных мужчин и женщин, какими мы являемся в своей личной жизни. Винникотт, таким образом, уверенно утверждает, что между пациентом и аналитиком всегда лежат «профессиональная установка» последнего, «техника, *работа, совершаемая [аналитиком] в уме*» (ibid., p. 161; курсив Винникотта). Благодаря личному анализу, терапевт способен оставаться профессионально вовлеченным в проблему пациента и не испытывать при этом чрезмерного напряжения.

Основываясь на подобных рассуждениях, Винникотт предпринял попытку жестко и четко ограничить содержание понятия контрперенос, определив его ис-

ключительно как «невротические черты, *искажающие профессиональную установку аналитика и нарушающие течение аналитического процесса, которое определяется пациентом*» (ibid., p. 162; курсив Винникотта).

В этой строгой и четко ограниченной концепции Винникотт возвращается к пониманию контрпереноса как помехи в анализе и повторно декларирует положение о существовании двух типов пациентов, по отношению к которым *роль* аналитика существенно меняется.

Подавляющее большинство людей, обращающихся за помощью к психоаналитику, можно подвергать лечению в обычной манере. Однако существует и малочисленная группа пациентов, способных полностью изменить профессиональные установки аналитика. Это асоциальные пациенты и те, что нуждаются в регрессии. Пациенты с асоциальными тенденциями пребывают в устойчивом состоянии реагирования, возникающем при любом столкновении с депривацией, вследствие чего терапевт все время ощущает, что «болезнь пациента, или та ее часть, которая не безнадежна, заставляет терапевта постоянно проводить коррекцию того дефицита в поддержке Эго, который изменил течение жизни пациента» (ibid., p. 162).

Другой тип требует регрессии, поскольку лишь пройдя через стадию инфантильной зависимости, такие пациенты могут выздороветь. «Если удается освободить скрытую истинную самость, у пациента происходит срыв как часть лечения, и тогда аналитик должен быть способен играть роль матери ребенка» (ibid., p. 163).

Примитивная потребность пациента заставляет его противостоять профессиональным установкам и технике аналитика (которые этому типу пациентов кажутся препятствиями), и строить с аналитиком прямые отношения примитивного типа, целью которых является слияние (ibid., p. 164).

В конечном итоге Винникотт четко отделил эти случаи от других, в которых анализируемый прорывается сквозь профессиональный барьер и провоцирует у аналитика непосредственную ответную реакцию. Винникотт считал, что в последнем случае о контрпереносе говорить не уместно — здесь мы видим просто *реакцию* аналитика на особые условия и обстоятельства, нарушающие привычные контуры его профессиональной среды: даже использование одного и того же слова для обозначения разных вещей неизбежно приводит к смешению понятий.

В заключение Винникотт излагает свою знаменитую идею о роли *управления* в работе с регрессивными пациентами. Однако некоторые из представлений, сформулированных им в 1947 году (и которые я здесь критически рассматривал), по мере возвращения к классической теории контрпереноса претерпели существенные изменения.

3.10. Краткий итог

Хотя присутствие контрпереноса как важного фактора в аналитическом процессе всегда отмечалось аналитиками, удивительные доказательства чего предоставила Элла Шарп, несомненно, что лишь начиная со средины столетия понятие *контрперенос* стало постепенно интегрироваться в структуру общей психоаналитической доктрины. С момента начала этого процесса контрперенос постепенно стал очень важен для нас. Окончательно разрушилось старое и не выдержавшее критики представление о том, что аналитик способен остаться «незагрязненным» в процессе работы со своими пациентами. В противовес давним традициям мы теперь настойчиво утверждаем, что контрперенос существует, будет существовать и, в принципе, не может не существовать. В своем сознании мы смирились с этим, и, как сказала Маргарет Литтл, теперь мы знаем, что безличный аналитик — это всего лишь миф (Little, 1951).

За эти годы, однако, произошли не только те изменения, о которых я упомянул. Контрперенос стал не только неотъемлемой составляющей аналитического процесса, но и рабочим инструментом. В основании этого достижения лежат усилия Паулы Хайманн и Ракера, и по этой причине именно они занимают особое место в истории развития теории контрпереноса.

Перевод С. Дураса

Контрперенос: кляйнианская перспектива*

Роберт Хиншелвуд (1999)

> ...озабоченность материалом сновидений (приводящая к исключению настойчивого повторного разыгрывания в переносе) говорит о необходимости тщательно проверить себя, потому что мнимая безличность сновидений может позволить аналитику отложить неприятное на потом — так же, как это делает пациент.
>
> *Э. Гловер (Glover, 1927, p. 505).*

Эта статья исходит из кляйнианской точки зрения, и «карта» современных школ психоанализа, представленная здесь, неизбежно отражает этот личный взгляд. Я начну с кляйнинского подхода и перейду к ближайшим направлениям — другим теориям объектных отношений, разработанным в британском психоанализе.

В психоанализе отчетливо ощущалось расстояние между двумя берегами Атлантического океана, и эго-психология на ранних этапах своего развития игнорировала достижения британских коллег. В последние годы было предпринято несколько попыток отойти от суровой критики кляйнианства со стороны эго-психологии. По моему мнению, «отошедшие» делятся на две более или менее определенные группы: психология самости, родоначальником которой был Кохут, и интерсубъективный подход (Огден, Реник и другие), испытавший влияние межличностного подхода (направления Салливана) и британской версии теории объектных отношений. Мы также можем включить в этот раздел современных лондонских фрейдистов (Сандлера, Фонаги).

Одновременно с этими разработками возникала совокупность лаканистских трактатов. С чужими школами я знаком в разной степени, причем степень эта становится все меньше по мере приближения к концу списка. Соответственно подробность и точность изложения тоже уменьшаются.

* Hinshelwood R.D. (1999) Countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80: 797-818.

История и обзор концепций

Понятие контрпереноса сохраняет то значение, которое дал ему когда-то Фрейд: невротический перенос аналитика, направленный на пациента. Фрейд не очень интересовался этим вопросом, и, согласно указателю к стандартному изданию фрейдовских работ, контрперенос упоминается всего в четырех местах. Фрейд требовал, чтобы аналитик искоренял контрперенос с помощью самоконтроля. Он часто описывал свой технический подход в безличных терминах: стальной взгляд хирурга (Freud, 1909) или даже телефонная трубка (Freud, 1912). Данное «правило абстиненции» по-прежнему остается в силе.

Однако лет пятьдесят тому назад понятие расширило свой смысл, и в него вошли не только невротические аспекты аналитика (Winnicott, 1949; Heimann, 1950; Little, 1951; Reich, 1951; Gitelson, 1952; Milner, 1952; Racker, 1953)[1]. Сегодня оно может обозначать всю совокупность его аффективных реакций (Heimann, 1950; King, 1978). Контрперенос становится все более важным техническим вопросом[2].

[1] Этот исследовательский проект на самом деле предвосхитил Фрейд: «Примечательно то, что бессознательное одного человека может реагировать на бессознательное другого, не проходя через его сознание. Это заслуживает более подробного изучения» (Freud 1915, p. 194).

[2] Согласно PEP-архива на CD-ROM, до 1950 года только 90 статей упоминали контрперенос (1,6% всех статей), тогда как с 1950 года таких статей было 3685 (16,5% всех статей).

Как же произошла эта перемена?

Беспокойство аналитика рано оформилось в отдельный предмет изучения. Например, в 1927 году Гловер посвятил контрпереносу[1] четвертую лекцию по технике психоанализа. Он рассуждал в терминах отношения аналитика к эмоциональному состоянию пациента.

> «Можно даже сказать: если вы оказались в затруднении, подумайте о своем собственном вытесненном садизме» (Glover, 1927, p. 510)[2].

Такая манера письма была характерна для того течения британского психоанализа, которое интересовалось психологией отношений в психоаналитическом сеттинге, другими словами — для психоанализа объектных отношений. Фенихель также не отказывался признать существование невротического конфликта в аналитике и был готов его исследовать:

> «О таком важном практическом предмете, как контрперенос, написано очень мало. Аналитик, как и пациент, может стремиться получать прямое удовлетворение от аналитических отношений, а также использовать пациента для каких-то «отыгрываний» (acting-out), обусловленных собственным прошлым (Fenichel, 1938, p. 182)».

Такая установка признает интерактивную природу переноса и контрпереноса. Представители многих школ — например, А. Балинт или О. Фенихель (Balint, 1936; Fenichel, 1941) — с нарастающим ожесточением критиковали понимание роли аналитика как «чистого экрана». Чувствительность к объектным отношениям аналитика и к специфическим объектным отношениям в психоаналитическом сеттинге необыкновенно обострилась в 1940-е годы.

Центральным событием стала статья Хайманн, основанная непосредственно на осознании отношенческих аспектов функционирования самого аналитика (Heimann, 1950)[1]. Возможно, дело было еще и в том, что некоторые аналитики даже после тридцати и более лет учебных анализов[2] все еще эмоционально реагировали на своих пациентов. Хайманн во всеуслышание признала (пожалуй, наиболее ясно и убедительно), что аналитик — это не просто «механический мозг», и выдвинула следующий тезис:

> «Эмоциональный отклик аналитика на своего пациента в аналитической ситуации является одним из самых важных инструментов его работы. Контрперенос аналитика — это средство исследования бессознательного пациента» (Heimann, 1950, p. 81).

Одним этим абзацем она превращает контрперенос из помехи в важнейший инструмент. Такая перемена связана с пониманием психоаналитического сеттинга, как определенных отношений. Ракер, на которого сильно повлияли Хайманн и Кляйн, заметил, что «перенос — это выражение отношений пациента с воображаемым и реальным контрпереносом аналитика» (Racker, 1957, p. 307–308). Подход объектных отношений добавил к невротическим реакциям обычный аффективный (или эмпатический) отклик.

Кляйнианский подход

Употребление Хайманн термина *контрперенос* для обозначения всех чувств, которые аналитик испытывает по отношению к пациенту» (Heimann, 1950, p. 781) резко

[1] Мы можем также найти в ранних работах Юнга упоминание контрпереноса как важнейшего органа общения.

[2] См. также его «Психологию психотерапевта» (Glover, 1928).

[1] Мелани Кляйн сделала большой шаг в сторону расширения понимания переноса, выдвинув предположение, что все аспекты ассоциаций пациента обращаются к какой-либо части переноса, пусть даже отдаленной, бессознательной или отщепленной (Klein, 1934, 1952; Joseph, 1985).

[2] Немаловажно, что изначально (в 1920-х годах) они назывались «контрольными анализами», и состояли главным образом в обсуждении трудностей анализируемого, возникающих в его учебных случаях под супервизией.

противоречит классической точке зрения, что контрперенос — это-не более чем сопротивление-аналитика, которое следует искоренить. В этом отношении Мелани Кляйн оставалась ближе к Фрейду и скептически относилась к тем инсайтам, к которым может привести контрперенос. «Кляйн думала, что такое переосмысление могло бы открыть путь заявлениям аналитиков, что их собственные недостатки вызваны пациентами» (Spillius, 1992, p. 61).

Тем не менее последователи Кляйн сыграли значительную роль в формировании нового взгляда на контрперенос и в акцентировании отношенческих аспектов переноса-контрпереноса (Bion, 1959; Segal, 1975; Rosenfeld, 1987). Их вкладом стало особое направление мысли, которому я собираюсь уделить основное внимание в этом кляйнианском разделе.

В работу аналитика входит умение определять, какую фигуру он представляет для пациента в каждый конкретный момент, не теряя в то же время знания о том, кем он является для самого себя. Бион ярко описал это, работая с группой:

> «Мне кажется, что переживание контрпереноса обладает одним весьма определенным качеством... Аналитик чувствует, что им манипулируют таким образом, чтобы он играл некую роль (несмотря на то, насколько трудно ее распознать) в чужой фантазии. Или он чувствовал бы это, если бы не то, что по собственным воспоминаниям я могу назвать только временной потерей инсайта, — то есть переживание сильных чувств и одновременно вера, что их наличие вполне оправдано сложившейся объективной ситуацией» (Bion, 1961, p. 149).

Это описание подходит для индивидуального психоаналитического сеттинга так же, как и для групп. Оно подталкивает к исследованию нескольких проблем:

- Каким образом чувства психоаналитика подвергаются влиянию?
- Как мы можем об этом узнать, если при этом ощущается временная потеря инсайта?
- Как мы можем использовать свое понимание в интерпретациях?

Распутывание этих проблем стало частью повседневной аналитической работы. Я сделаю обзор достижений в этой области под следующими заголовками: (1) проекция, интроекция; (2) контейнирование и (3) разыгрывание (enactment).

Проекция, интроекция

Вскоре после выступлений Хайманн в защиту контрпереноса широко был признан тот факт, что чувства аналитика — это нормальный элемент аналитического сеттинга. Мани-Кёрл (Money-Kyrle, 1956) высказал мнение, что обычные процессы взаимодействия между людьми происходят посредством интрапсихических процессов проекции и интроекции (Heimann, 1943)[1]. Даже повседневное общение складывается из передачи своих чувств слушателю и готовности слушателя принять этот опыт. В разговорной речи мы говорим о том, чтобы «передать что-то» или «дать кому-то свою идею»[2] и т. д. По словам Розенфельда,

> «достаточно близкий контакт с чувствами и мыслями пациента является предпосылкой психоаналитического лечения. Необходимо самому чувствовать и переживать то, что происходит внутри пациента» (Rosenfeld, 1987, p. 12).

Мани-Кёрл описал, как пациент в анализе старается передать аналитику свое страдание и беспокойство та-

[1] «Психика достигает адаптации и прогресса, используя в течение всего своего существования фундаментальные и основные процессы интроекции и проекции. Следовательно, механизмы впускания в себя и выталкивания из себя, или их психические соответствия, проекция и интроекция, — это жизненно важные процессы первостепенного значения... Из такого впускания и выталкивания состоит активное взаимодействие организма с окружающим миром. На этом важнейшем паттерне основано всякое столкновение субъекта и объекта, ... при последовательном анализе мы можем обнаружить его в подоплеке всех наших сложных взаимодействий друг с другом» (Heimann, 1943, p. 507).

[2] «Putting something across» и «giving so-and-so piece of my mind». Последнее в английском языке буквально означает: «дать такому-то кусочек моего разума». — Прим. пер.

ким образом, чтобы аналитик действительно воспринял это беспокойство. Необходимо, чтобы аналитик почувствовал беспокойство и чтобы его самого можно было назвать обеспокоенным. Это может быть просто названо эмпатией, но исследования в данном направлении выявили механизмы, на которых такая эмпатия основана: проекция (со стороны пациента) и интроекция (со стороны аналитика). Циклическое повторение этих механизмов образует нормальный процесс. Мани-Кёрл описал «то, что, по-видимому, происходит в случае, когда анализ развивается хорошо»:

> «Мне кажется, это довольно быстрые колебания между интроекцией и проекцией. Когда пациент говорит, аналитик, так сказать, интроективно идентифицирует себя с ним и, поняв его изнутри, репроецирует его и дает интерпретацию» (Money-Kyrle, 1956, p. 23).

Такая передача личного опыта заключается не только в словах. «Я зол», — это может быть сказано энергично и угрожающе, или шутя, или с явной неуверенностью в голосе. Эта фраза может иметь несколько различных эмоциональных оттенков. Мы воспринимаем эти эмоциональные компоненты интуитивно и непосредственно, а не в виде вербальных утверждений.

Я опоздал на две-три минуты в начале сеанса, в восемь часов утра. Моя пациентка сказала, едва очутившись на кушетке: «Сегодня вы не хотите меня видеть». Это можно было понять по-разному: то ли она рассердилась, то ли обижена моим невниманием, то ли выражает свое привычное одиночество... Но я почувствовал насмешливый оттенок, как будто она пожурила друга. С этого момента общение было приятным, немного даже интимным, несмотря на мою оплошность. Я сказал, что она, кажется, отнеслась к моему опозданию с юмором. Она стала отрицать это, сказав, что ей было горько.

В этот момент я получил вербальное выражение ее эмоционального состояния — горечь, но, с другой стороны, я не мог отделаться от ощущения некой шутливой близости — не в словах, а в невербальных знаках. Я стоял перед выбором: отогнать мои чувства по поводу этой коммуникации как простое заблуждение или зафиксировать их как потенциальный, возможно, бессознательный смысл сообщения.

Вскоре после этого в ходе сеанса она рассказала мне сон, который я не буду повторять, но ее ассоциации были связаны с описаниями счастливых семей за завтраком; такие картинки часто показывают в телевизионных рекламах. Она выразила некоторое недоверие и презрение к такому изображению семейной жизни.

Я сумел угадать, что с помощью этих ассоциаций она боролась со своими фантазиями о том, что моя семья задержала меня за нашим счастливым завтраком, куда ей не было доступа. Она презирала нас и вместо этого бессознательно заменила мою семью своим шутливо-интимным обращением.

Когда я все это ей изложил, она мрачно ответила: «Я и не сомневалась, что вы скажете что-нибудь подобное». Эта фраза была сказана намного более обидным тоном, чем ее первое замечание по поводу моего опоздания. Последующая интерпретация ее эдипального исключения дала ей понять, что ее соблазнение отвергнуто, и заставила острее почувствовать беспощадное одиночество, позволяя ей (пожалуй, более честно) выразить свое мрачное неприятие меня.

Итак, благодаря моим ощущениям, благодаря насмешливому оттенку в первых словах пациентки, я задумался о ее собственной оценке своего эмоционального состояния. Это была не совсем эмпатическая реакция с моей стороны. Или, скорее, даже будучи эмпатической, она указала путь к тому, что было вначале недоступно. В этом смысле мой аффективный отклик значительно дополнил услышанное мною в тот момент. Он открыл доступ к возможной бессознательной ситуации, которая заключалась в формировании организованных защит от эдипальных проблем.

Это типичный пример коммуникации, возникающей при непосредственном воздействии одного человека на другого. Аналитическая ситуация позволяет нам по-

нять этот процесс, так сказать, в замедленном темпе и руководствуясь чувствами аналитика.

Начав с такого «нормального» развития чувств аналитика, Мани-Кёрл затем переходит к отклонениям от нормы. К сожалению, говорит он, аналитик

> «не всемогущ. В частности, понимание отказывает ему, когда проблемы пациента слишком тесно соотносятся с теми сторонами аналитика, которые он еще не научился понимать... Когда взаимодействие интроекции и проекции, характеризующее аналитический процесс, нарушается, аналитик может застревать в одном из этих двух положений» (Money-Kyrle, 1956, p. 361-362).

В первой из этих позиций плохо понятые аспекты пациента остаются внутри аналитика и обременяют его.

Кроме того, риск заключается в том, что эти аспекты переживаний пациента вместе с непонятыми аспектами аналитика проецируются в пациента. Тогда аналитик застревает во второй, проективной позиции. Он переживает истощение, «которое часто воспринимается как потеря интеллектуальной потенции» (p. 362), он может прийти в замешательство и чувствовать себя глупо.

Мани-Кёрл описал ход сеанса, в начале которого пациент чувствовал свою бесполезность и презирал за это самого себя. В течение всего сеанса аналитик был немного растерян, и пациент встречал его интерпретации все возрастающим отторжением и презрением. К концу сеанса пациент ощущал уже не собственную бесполезность, а гнев. «Свою бесполезность и смущение теперь ощущал я», — сообщает аналитик (Money-Kyrle, 1956, p. 363). Аналитик был настолько выбит из колеи грубым обращением пациента, что только после окончания сеанса осознал, что его состояние в конце было так похоже на состояние пациента в начале сеанса (p. 27). На этом примере ясно видны проекция пациента и интроекция аналитика. Но в результате аналитик не мог осознать, что происходит, до тех пор пока не оказался один, без проецирующего пациента. Его собственное сознание было слишком расстроено, чтобы в этот момент нормально функционировать.

Бренман Пик развила эту идею. Она описала, как аспекты переживаний пациента проецируются в какие-то *специфические* аспекты аналитика. Она называет это «сочетанием душ» (mating of mind). Например:

> «пациент проецирует [нечто] в желание аналитика быть матерью, ... пациенты затрагивают глубокие проблемы и тревоги аналитика, связанные с потребностью быть любимым и страхом катастрофических последствий перед лицом дефектов, т. е. первичную персекуторную тревогу или тревогу Супер-Эго» (Brenman Pick, 1985, p. 161).

Это явление связано не только с пациентами, которые нарушены. Как утверждает Бренман Пик, «кажется, существует такое психологическое соответствие: как рот ищет грудь — что заложено от рождения, — так одно состояние души ищет другое» (p. 157). Она приводит следующий пример.

> «Представьте себе, что ваш пациент приносит очень хорошую или очень плохую новость: к примеру, рождение ребенка или смерть близкого человека. Такое событие может всколыхнуть сложные проблемы, требующие тщательного анализа, однако в первый момент пациент, наверно, ждет не интерпретации, а просто отклика — чтобы вы разделили его радость или горе. Аналитик тоже, может быть, интуитивно хочет именно этого. Интерпретация сама по себе будет тогда холодным отторжением, если только вы не оправдаете это содержанием интерпретации, или же ее придется отбросить, и тогда вы будете вынуждены перестать интерпретировать и вести себя просто «по-человечески»» (p. 160).

Это предостережение против двух проблем, идущих в паре, Сциллы и Харибды контрпереноса: эмоциональной холодности (хирург со стальным взглядом)[1] или чрезмерной человечности и соблазна выйти из своей роли (может быть, вплоть до неэтичных отношений).

[1] Замороженная реакция сродни «чистому экрану», который в результате может оказаться рационализированной защитой от эмоциональных реакций.

Аналитик обязан внимательно следить за этой тесной связью, за этим «сочетанием» («mating») психики пациента и своей собственной. Распутывание этого клубка и есть то, что Бренман Пик называет «проработкой в контрпереносе»[1]. Мани-Кёрл отметил, что в этой проработке

> «необходимо учесть три фактора: во-первых, нарушение эмоционального состояния аналитика, так как ему, возможно, придется молча разбираться с этим самому, прежде чем он достаточно отстранится, чтобы понять два других фактора; во-вторых, роль пациента в создании этого нарушения и, наконец, то, как оно воздействует на пациента. Конечно, со всеми тремя факторами можно разделаться в считанные секунды, и тогда контрперенос действительно заработает как чувствительное воспринимающее устройство» (Money-Kyrle, 1956, p. 361).

Немаловажно различать нормальный контрперенос, когда аналитик способен отличить свое беспокойство от беспокойства пациента, и те случаи, когда аналитик оказывается в затруднении.

Контейнирование

Бион предложил другой способ, позволяющий описывать природу и развитие беспокойства аналитика; преимущество этого подхода в том, что он использует такую модель, которая уже известна в психоанализе — модель взаимоотношений матери и младенца. Эта система была названа «контейнер и контейнируемое».

> «Аналитическая ситуация вызвала у меня ощущение, что я участвую в сцене из очень раннего детства. Я чувствовал, что пациент в младенчестве видел мать, которая отвечала на все эмоциональные проявления ребенка из чувства долга. В этом отклике из чувства долга было что-то от беспокойного «Я не знаю, в чем дело с этим ребенком». Из этого я сделал вывод: чтобы понять, чего же хочет ребенок, матери надо было услышать в его крике нечто большее, чем требование ее присутствия» (Bion, 1956, p. 312–313).

Младенцу нужно от матери вовсе не исполнение долга. Ему нужна мать, которая почувствует его беспокойство и до некоторой степени будет обеспокоена сама.

> «С точки зрения младенца, она должна была принять в себя и пережить страх, что ребенок умирает. Именно этот страх младенец не мог удержать (contain) для себя... Понимающая мать способна пережить чувство ужаса, с которым изо всех сил борется ребенок, с помощью проективной идентификации, при этом сохраняя уравновешенность» (Bion, 1959, p. 313).

Это эмоциональное, невербальное взаимодействие, характерное для матери и младенца, стало моделью основных аналитических отношений. Фокус в том, чтобы *почувствовать* ужас и при этом сохранить душевное равновесие. Сигал согласна с этой функцией.

> «Мать отвечает тем, что признает тревогу ребенка и делает все возможное, чтобы облегчить его страдания. Ребенок воспринимает это так: он спроецировал нечто невыносимое в свой объект, но объект был способен контейнировать (containing) это нечто и обращаться с ним. Тогда ребенок может реинтроецировать не просто свою первоначальную тревогу, а тревогу, модифицированную этим контейнированием. Он также интроецирует объект, способный контейнировать тревогу и обращаться с ней» (Segal, 1975, p. 134–135).

Функцию принятия в себя, преодоления страдания и сообщения ребенку знания о нем сегодня обычно называют «контейнированием». При описании контейнирования подчеркивается происходящее внутри того, в кого страдание проецируется. Иногда называемая

[1] В своей ранней работе о контрпереносе Маргарет Литтл раскрыла *воздействие* на пациента контрпереносных чувств аналитика. Она подчеркивала значение фобических реакций аналитика для чувств пациента — чувств, которые, следуя Бренман Пик, можно назвать «замороженными» (Little, 1951).

«перевариванием» (или метаболизацией), эта важная функция заключается в том, чтобы преобразовывать страдание в опыт преодоленного страдания.

Но дела не всегда идут гладко. Описанная Бионом конкретная мать не могла

> «выдержать такие чувства и реагировала или тем, что не впускала их в себя, или поддавалась тревоге, вызванной интроекцией чувств ребенка» (Bion, 1959, p. 103).

Эти два варианта поведения соответствуют ранее описанным проблемам психоаналитика: или скованность, или выход из своей роли. В результате младенец «ре-интроецирует не страх смерти, ставший переносимым, а безымянный ужас» (Bion, 1962, p. 116). Следуя данной модели, подобный контейнер присутствует и в аналитическом сеттинге, где происходит *интроекция страданий пациента, «переваривание» их и превращение в вербальный контейнер*, который затем передается как речь в форме интерпретации.

В следующей виньетке пациент пробует себя в отношении к некоему объекту, который «не впускает его в себя», и в анализе, и внутренне («мать» в его воспоминаниях). Объект отворачивается от его нужд, и затем пациент, чувствуя свою вину, считает эти нужды невыносимым бременем для объекта.

35-летний мужчина начал анализ с почти параноидным страхом преследования. В анализе это быстро приняло форму тревоги, что мои мысли, попав в его душу, уничтожат его мысли и его самого.

Однажды в самом начале сеанса он рассказал мне, что не выписал чек по счету, который я дал ему на предыдущем сеансе. В это утро он пришел ко мне сразу после ночной смены, на которую его временно поставили. Он чувствовал себя не так, как когда приходил из дому. После пятиминутного молчания он сказал, что один родственник рассказал ему историю о том, как его мать прошла мимо бездомного на улице и отказалась дать ему милостыню. Подразумевалось, что с ее стороны это было очень грубо.

Этот образ матери был мне уже знаком: человек, которого отвлекают другие мысли и проблемы.

Я сказал, что это сложная ситуация: очевидно, что его работа отвлекла его от моей потребности, выраженной в счете, но потом это вызвало у него чувство вины, как будто он вел себя так, как его мать, отказавшись подать милостыню бездомному бедняку в моем лице. Но я понял, что поторопился с интерпретацией этой связи.

Он ответил немного высокомерно, что как раз думал, в каком роскошном районе Лондона я живу. Это могло быть простым отрицанием, но я подумал, что в этом было что-то еще. Мне было интересно, не уловил ли он, что я, будучи столь увлечен интерпретацией, хотел перехватить инициативу, и не почувствовал ли он опасность уничтожения. Возможно, я и вправду поторопился, и мне стало ясно, что это могло быть вызвано мыслью, что в его замечании по поводу чека не было даже попытки оправдаться.

Пока я пытался поймать эту мысль, он перешел к другой. Он сказал, что сегодня по пути ко мне видел нищего на улице. На самом деле он сказал это так, словно ждал, что я увижу связь с предыдущей историей о бездомном. Через минуту он сказал, что скорее обеспокоен тем, что он сам оказывается в нужде.

Затем я дал интерпретацию, исходя из предпосылки, которая оказалась неверной. Я предположил, что конфликт заключается в том, чтобы согласиться с открытием, что и он — в нужде. Поэтому я поговорил с ним о существовании различных нужд у него, у нищего, у меня и у людей, о которых он заботился на ночной смене. Я вполне сознавал, что эта интерпретация доставляет мне некоторое удовлетворение.

Его ответ был очень характерным. Общаться со мной, сказал он, это все равно что бить кулаком в стену.

Я решил, что мое предположение неправильно. Его конфликт в тот момент был не особенно связан с его нуждами. Наоборот, это была скорее борьба с объектом в моем лице: с матерью, чья каменная душа игнорировала его, и со мной, кто довольствовался впихиванием в него своих собственных мыслей.

Я сказал, что он почувствовал в тот момент, что меня отвлекли мои собственные идеи и что, судя по его словам, я напоминаю ему его мать, у которой в мыслях не находилось для него места.

Поразительно, но его недолгая обида улетучилась. Эта интерпретация явно дала ему понять, что о нем вспомнили, и он заговорил о своем страхе нападения. Это касалось не просто его нужд, а его ощущения, что, когда он оказывается в нужде, его атакует душа, которая его уничтожает.

Этот пациент был очень чувствителен к тому, насколько человек, находящийся рядом с ним, открыт его страданиям. Описанные моменты, по-моему, демонстрируют взаимодействие, в котором у меня были некие собственные чувства, и я на них отреагировал. В этом смысле я смог разыграть с ним раздражающее вмешательство в его душу.

Когда мой пациент пытался использовать мою психику в качестве места для хранения разных аспектов собственного опыта, он понял, как и пациент Биона, что она отказывается принимать его переживания и нужды. Этим пациентом завладел объект, который отворачивался от его нужд и вызывал в нем чувство вины за то, что он обременяет мать в моем лице.

Впрочем, в какой-то момент я показался ему достаточно понявшим эту проблему, чтобы он почувствовал, что его страхи на самом деле поняты. Его поведение изменилось, когда он открыл в себе способность думать об этом. В моем словесном построении в данном случае содержался непосредственный момент страдания, и к нему на время вернулась способность об этом думать и понимать самого себя.

Если, как в данном случае, что-то «не ладится», то пациент сталкивается с аналитиком, который не может контейнировать страдание. Тогда зачастую пациента волнует, что происходит в душе аналитика, когда пациент проецирует в него невыносимые переживания (Hinshelwood, 1985). Такую ситуацию можно проинтерпретировать двумя способами. Аналитик может прямо показать пациенту его проекции в аналитика, или же он может описать *фантазии* пациента об угрозе и разрушении аналитика[1].

Последний способ подчеркивает то, как пациент воспринимает вклад аналитика. Стейнер заметил по этому поводу:

> «В такие моменты пациента больше всего заботит его восприятие аналитика (experience of the analyst)... Я бы назвал такие интерпретации *центрированными на аналитике* и отличал бы их от интерпретаций, *центрованных на пациенте*... Вообще говоря, интерпретации, центрованные на пациенте, больше подходят для достижения пациентом понимания, а интерпретации, центрованные на аналитике, в большей мере дают пациенту ощущение, что его понимают» (Steiner, 1993, p. 133).

Если пациент озабочен состоянием души аналитика, то это немедленно выливается на сеансе в тревогу, и о ней надо по возможности говорить в интерпретациях. Так происходит даже в том случае, если фантазия пациента по поводу аналитика ошибочна, потому что она верна в отношении самого пациента.

Такие интерпретации фантазий пациента можно снабжать придаточным с «потому что», показывая, что данное состояние аналитика вызвано определенным воздействием пациента. Однако последнее может привести к трудностям, по крайней мере вначале, когда пациент еще не готов принять интерпретацию. Тогда он может почувствовать, что в его жизнь вторгаются и его не понимают. Для одной из пациенток Стейнера это выглядело следующим образом:

> «когда интерпретации, *центрованные на пациентке*, подразумевали ее ответственность за то, что происходило между нами, она чувствовала себя затравленной и замыкалась в себе. В частности, когда речь шла о ее ответствен-

[1] Существует тенденция постепенного изменения кляйнианских интерпретаций от первого типа ко второму. Спиллиус (1988) также подчеркивает значение изменений в современной кляйнианской технике за последние два десятилетия.

ности, ей казалось, что я говорю с такой уверенностью в своей правоте, как будто отказываюсь рассматривать свое собственное участие в проблеме и не хочу брать ответственность на себя» (Steiner, 1993, p. 144).

Ответственность — главный пусковой механизм депрессивной тревоги, и прежде чем интерпретировать роль пациента в фантазии, нужно до некоторой степени проработать эту позицию[1]. То есть ответственность за состояние души аналитика вызывает у пациента чувство вины, и ему может показаться, что он заслуживает наказания[2]. Ключевой технический вопрос: стоит ли интерпретировать эту ответственность или следует избавить пациента от ощущения вины и ответственности, как предлагает Стейнер. Скорее всего, мы сами должны судить, какую степень ответственности выдержит пациент, так чтобы она не мешала ему продолжать рефлексию в рамках аналитического процесса.

Разыгрывание

Один из аспектов контейнирования — это то, что оно вынуждает аналитика действительно играть роль фигуры переноса пациента[3]. Джозеф начинает со следующей задачи:

> «нужно понаблюдать за тем, как пациенты используют нас, аналитиков, чтобы справиться с тревогой. В конце концов, по сути пациенты приходят в анализ, потому что не могут справиться с тревогой. Хотя это вовсе не означает, что они отдают себе в этом отчет» (Joseph, 1978, p. 223).

Пациент может представлять какое лекарство ему нужно совсем не так, как мы. На самом деле это распространенный конфликт, особенно если пациент в глубине души верит, что с его страданием не справиться никому. Тогда он ожидает (обычно бессознательно), что мы будем действовать согласно его ожиданиям совместного избегания (Feldman, 1997).

Тут мы действительно часто оказываемся вынуждены разыгрывать роли. Только размышляя над тем, в какую переделку мы попали, мы можем понять ситуацию и со стороны пациента, и со своей стороны и таким образом точно выяснить, чего стоит избегать и каким удовлетворяющим и волнующим переживаниям пациента мы собираемся, по его мнению, предаваться вместе. Комментируя работу Джозеф, Фельдман и Спиллиус пишут:

> «Побуждение аналитика облегчить боль, часто каким-нибудь действием (например, ответом на вопросы, утешением, объяснением), негласно означает для пациента, что аналитик тоже не выдерживает боли» (Feldman, Spillius, 1989, p. 50).

Тогда аналитика толкают к защитным движениям, которые равноценны действиям — сделать что-нибудь для изменения взаимоотношений, вместо того чтобы ясно выразить их болезненность. Джозеф приводит пример, описывающий ее чувства, когда пациент потребовал от нее играть роль в одной из его фантазий.

> «Пациент А начинает сеанс с рассказа о том, как накануне он опять ужасно обращался со своей женой, и перечисляет свои явно жестокие, нетерпимые действия и реакции жены. Судя по этому рассказу, он испытывает то, что мы бы назвали «тревогой Супер-Эго»... Или же, возможно, он говорит о своей тревоге по поводу жены, ее безжалостности к нему и плохого положения в семье... Или же он го-

---

1 Это так, вне зависимости от того, является ли фантазия ошибочной, может ли быть она соотнесена с реальностью аналитика или же сам пациент может стать причиной реализации своей фантазии.

2 Иногда кляйнианская техника выглядела *действительно* порицающей пациента за вторжение через проективную идентификацию. На самом деле здесь также находят выход такие чувства аналитика, как обремененность упреками и виной, и это может заставлять аналитика защищаться или приводить его к использованию пациента для исповеди. Ощущение, что его порицают, является для аналитика важным, но мало обсуждаемым аспектом контрпереноса и может вести к напряженным отношениям между самими аналитиками.

3 Сандлер использовал термин «ролевая актуализация» или «ролевая откликаемость» («role-responsiveness») для ситуаций, в которых аналитик принимает навязываемую роль (Sandler, 1976).

ворит мне о том, что моя работа никуда не годится... Или же это надо понимать, как отыгрывание (acting out) отношений с аналитиком?» (Joseph, 1978, p. 223).

В коммуникации могут присутствовать самые разные значения или оттенки значений. Далее Джозеф описывает, как ее собственный опыт помогает на сеансе выбрать одно из этих значений:

> «На самом деле, судя по тому, что происходило, по манере разговора и по обстановке, которая складывалась на этом сеансе, мне показалось, что главным было желание пациента втянуть меня в какое-то ... избиение его... Это была попытка заставить аналитика отыграться на пациенте, раздражиться, осудить его, выйти из равновесия» (p. 223).

Аналитик узнает об этой возбуждающей фантазии избиения, осмысливая свои чувства особым образом[1]. Она, как и Бион, говорит, что ее (бессознательно) завербовали исполнять определенную роль. Особая задача аналитика — понять, к какой роли пациент бессознательно его подталкивает. Это совместные *разыгрывания* (enactments) в процессе сеанса. Они могут доставлять сильное беспокойство аналитику, но могут и соответствовать его фантазиям.

Пациент попытался вовлечь Джозеф в разыгрывание роли садистического преследователя, которая была ей несвойственна. Эго-дистонный характер этой роли позволил аналитику довольно быстро осознать, к чему ее вынуждают.

Однако встречаются и намного более синтонные попытки (Feldman, 1997). Аналитик обычно расположен к одному виду близкой связи — исполнять роль хорошей матери. Заботу аналитика часто сравнивают с материнской заботой. Бренман Пик описывает пациента, который рассказал, как его мать бросила телефонную

[1] Конечно, аналитику необходимо подтверждение со стороны содержания материала, *что* именно его чувства означают в терминах пациента. Возможно, так же истинно и противоположное.

трубку, потому что не могла слышать, что ее сын попал в автокатастрофу. Пациент

> «тоскует по человеку, который не бросит трубку, а возьмет трубку и поймет, ... это предполагает перенос на личность аналитика более понимающей материнской фигуры. Впрочем, я думаю, где-то это желание «сочетается» с какой-то частью аналитика, который в такой ситуации хотел бы стать «матерью» для пациента. Если мы не принимаем и не понимаем такой реакции в себе, мы или отыгрываем ее, предоставляя пациенту настоящую материнскую заботу (это выражается в словесных или других проявлениях симпатии), или же мы так пугаемся этого, что становимся скованными и не осознаем стремления пациента к материнской заботе» (Brenman Pick, 1985, p. 159).

Действительно, желание быть кем-то вроде матери — для многих важный мотив, заставляющий становится психоаналитиками или психотерапевтами. Некоторые пациенты это правильно ухватывают. Тогда, развивая данный пример, плохие стороны материнства связываются с семьей, с партнером, с вещами из прошлого и т. д., отодвигаются подальше от сеансов и от личности аналитика. В то же время аналитик становится хорошей матерью, дающей удовлетворение, и эта мать лучше всех остальных. Если эта выдумка эго-синтонна, она может доставлять удовольствие обоим.

Когда аналитик оказывается в одной упряжке с анализируемым из-за подобных перипетий контрпереноса и когда начинается совместное разыгрывание[1], пациент может остро сознавать, что происходит в данный момент с аналитиком[2]. Тогда появляются три возможности: а) пациент *неверно* видит свои фантазии в аналитике; б) пациент *верно* распознает свои фантазии в поведении и состоянии души аналитика; в) пациент в некотором роде достигает своей цели при создании

[1] Разыгрывание таким образом является частью защитной системы пациента, или, в терминах Фрейда, лечением переносом.

[2] И это происходит, например, с пациентом, описанным Мани-Кёрлом (Money-Kyrle, 1956).

фантазий о состоянии души аналитика (ролевая откликаемость по Сандлеру (Sandler, 1976)). В любом из этих случаев, с точки зрения пациента, он имеет дело с психикой аналитика, в каких-то отношениях выведенной из равновесия.

Существует тенденция к тому, что чем более пациент нарушен, тем более настороженно он воспринимает интерпретации аналитика, оценивая, что происходит у того в душе. Для аналитика интерпретации — это щедро расточаемые инсайты, для пациента же они могут иметь совсем другой смысл. Они могут казаться ему щелями, которые приоткрывают движения души аналитика, показывают, нанес ли он аналитику какой-то вред и, возможно, делают очевидными обиду аналитика, его желание отомстить или его прощение.

«Игра» объектных отношений

В британской психоаналитической традиции вторым основным источником идей о контрпереносе стали клинические эксперименты Ференци (Ferenczi, 1988). Балинт продолжил их в Будапеште и в 1930-е годы перенес в Лондон (Balint, Balint, 1939; Balint, 1950). «Традиция Ференци» была здесь представлена Британской Независимой группой психоаналитиков (Kohon, 1986; Raynor, 1991; Stewart, 1996).

Ференци в своих опытах, смело описанных в его «Клиническом дневнике», кажется, исходил из того, что знание действует только в одном направлении. Лишь пациент является тем, кого познают. И это соответствует требованию, чтобы аналитик был «чистым экраном». Однако в интересах равенства (и для борьбы с регрессией) Ференци сделал сеттинг обратимым. Обычно аналитик в состоянии познавать пациента, но если физически поменять местами аналитика и пациента, совершенно поменяются и отношения, то есть кто кого познает. Балинт пересмотрел опыты Ференци и в конце концов посоветовал в большинстве случаев придерживаться классической техники (Balint, 1936). Однако Литтл не согласилась с этим решением и порекомендовала, чтобы аналитик иногда делился анализом своих чувств с пациентом (Little, 1951).

Балинт подчеркивал, что *и* у пациента, *и* у аналитика есть либидинозные инвестиции друг в друга и в анализ. Но он также заявил, что необходимая работа не исчерпывается пониманием переноса пациента и контрпереноса аналитика. Описания состояний обоих участников

> «остаются неполными, если пренебречь одним важнейшим свойством, а именно тем, что все эти явления происходят во взаимоотношении двух людей, в постоянно изменяющемся и развивающемся объектном отношении» (Balint, 1950, p. 123).

Это объектное отношение является «игрой переноса и контрпереноса» (p. 123) и создает нечто соподчиненное. Балинт подчеркивает важность «создания аналитиком подходящей обстановки для пациента» (p. 123) и утверждает, что каждый аналитик уникален и привносит свою атмосферу в каждый конкретный анализ.

Это перекликается с призывом Винникотта «избегать вмешательства в естественный процесс посредством интерпретаций» (Winnicott, 1969, p. 711). Перенос/контрперенос все в большей степени представлялись Винникотту особой, деликатной ареной, которую совместно строят (co-constructed) обе стороны. Интерпретации нарушают естественный процесс.

> «Я думаю, что интерпретирую в основном для того, чтобы показать пациенту пределы моего понимания. Принцип такой, что ответы на все вопросы есть у пациента и только у него» (p. 711).

Это основополагающие утверждения тенденции, характерной для британских Независимых, которые стремятся рассматривать отношения скорее целостно, чем выхватывая участников по отдельности. Винникотт теоретически подкрепил эту тенденцию прежде всего своими описаниями третьей зоны, переходного пространства, которое, по его мнению, одновременно обла-

дает свойствами как «я», так и «не-я». Это зона, где человек может по-прежнему «предаваться игре», которая удовлетворяет детское всемогущество во взрослой жизни (Winnicott, 1971). В пределе понятие контрпереноса просто растворилось в поиске личного стиля, который соответствует стилю пациента[1].

Многие представители теории объектных отношений, ведущие свою родословную от опытов Ференци, отвергают утверждение, которое разбирает довольно подробно Боллас, — о том, что аналитик может делиться своими чувствами с пациентом (Bollas, 1989). Тем не менее признание того, что стиль аналитика и создаваемая им атмосфера приводят к творческой игре аналитика и пациента, прочно укоренилась в традиции Независимых. Она, кажется, делает пациента полноправным партнером в процессе восстановления нормальных отношений взаимопомощи при «аффективном ответе» одного участника другому.

Когда кажется, что эти отношения взаимопомощи нарушились, аналитик, скорее всего, скромно предположит, что пациент почувствовал: аналитик недостаточно понимает то, что он хотел выразить. Представитель Независимой группы займется тогда внутренней супервизией (Casement, 1985).

Эти понятия творческой игры или недостаточной восприимчивости аналитика, которая требует само-супервизии (self-supervision), возможно, сравнимы с понятием нормальных и ненормальных фаз контрпереноса, введенным Мани-Кёрлом. Однако эти позиции имеют разную теоретическую базу и порождают различные технические приемы:

Сравнение Кляйнианцев и Независимой группы

Эти два главных течения традиции объектных отношений (Независимая группа и Кляйнианская группа) отличаются в первую очередь своим отношением

[1] Это, так сказать, требование спонтанности. И несомненно, оно нацелено на противодействие описанному ранее замораживающему процессу, ассоциирующемуся с белым экраном.

к «пространству» между аналитиком и пациентом. В частности, кляйнианцы считают, что интерперсональное пространство нужно анализировать в интрапсихических терминах. Независимые представители теории объектных отношений воспринимают его как отдельное промежуточное пространство, в котором оба участника могут воображать и практиковать творческие, спонтанные отношения. Это приводит также к разным точкам зрения на действие в психоаналитическом сеттинге.

Запутываясь в аффектах, аналитик пытается в то же время осознать их и признать те отношения, которых ищет пациент. Вопрос в том, стоит ли воздерживаться от предлагаемых отношений и стоит ли активно манипулировать новыми. Нужно отличать *признание* этой требуемой роли и ее *исполнение*.

В некоторой степени пациент хотел бы, чтобы эту роль признали и чтобы аналитик таким образом признал его самого. Частично пациент сам будет пытаться понять себя. Здесь нам пригодится определение отношенческих связей Биона. Он выдвинул идею особой эпистемофилической связи, основанную на работах Кляйн о любопытстве и эпистемофилическом импульсе. Он назвал ее «K»-связь (Bion, 1962). Она противостоит более известным эмоциональным связям, которые Бион охарактеризовал как «L» (любить и быть любимым) и «H» (ненавидеть и быть ненавидимым)[1]. «K»-связь — это особое отношение, предполагающее знание тобой другого и знание другим тебя, отношение, в котором представлены любопытство и интерес к душе другого человека.

Участие в «L»- и «H»-связях приводит к эмоциональному удовлетворению, запрещенному фрейдовским правилом абстиненции. В терминах Биона, фрейдовская абстиненция нужна для того, чтобы отдать предпочтение «K»-связи и создать для нее наилучшие условия (Bion, 1967). Другими словами, какого «сочетания» ни искал бы пациент с любой частью психики аналитика, тот, исходя из своей роли, ищет сочетания с пациентом в «K»-связи.

[1] От английских слов *knowledge* (знание), *love* (любовь), *hate* (ненависть). — Прим. науч. ред.

Разные школы по-разному понимают идентичность аналитика. Одна точка зрения опирается на открытия Кляйн, ведущие к попытке самоопределения на основе эпистемофилии, т. е. в «К»-связи. Другая, берущая начало в балинтовских разработках идей Ференци и заявленная тоном винникоттовского отрицания Кляйн, ищет гибкой идентичности аналитика, сотрудничающего с пациентом в создании и практике новых отношений.

Таким образом, данные теоретические соображения ведут к резким различиям в технической практике между традицией Кляйн и Британской Независимой группой, или традицией Ференци.

1) Для кляйнианцев чувства аналитика — источник материала, который можно анализировать в качестве индикатора разыгрываний (в которые вступает аналитик), т. е. как дополнение к свободным ассоциациям пациента. Для Независимых психоаналитиков их чувства — это важный (возможно, единственный) фактор в создании терапевтической атмосферы в сеттинге.
2) Различие заключается, частично, в том, что Кляйн подчеркивает эпистемическую цель анализа: знать, что происходит. Независимые аналитики, напротив, стремятся к совместному или взаимному творчеству в «промежутке» аффективных отношений. Цель Независимых аналитиков — это новые, отличные от прежних отношения, а не новый инсайт.
3) Четко определенные роли, разыгрываемые обоими партнерами, в кляйнианском анализе отражают его теоретическую предпосылку о четких границах Эго при рождении. Для многих же членов Независимой группы взаимное построение игры в аналитическом сеттинге соответствует начальной постнатальной фазе слияния, инфантильной фазе всемогущества[1].
4) Наконец, это ведет к разному пониманию разыгрывания. Для кляйнианцев бессознательное разыгрывание

[1] Однако Рафаэл-Лефф (Raphael-Leff, 1993), в частности, подчеркивает, что многие аналитики, учитывая недавние экспериментальные исследования детей и их матерей, отказываются от положения о первичном слиянии и описывают первичную форму взаимной игры между матерями и младенцами.

аналитика с пациентом может быть информативным, но только в том случае, если оно осознается. Таким образом, следовательно, оно получает негативную оценку. С другой стороны, идея совместного творчества объединенных партнеров оставляет простор для «позитивных» форм разыгрывания в теории Независимой группы.

Вообще-то в кляйнианской традиции контрперенос сохраняет некий оттенок патологии — правда, такой, которая способна превратиться в мощный источник новых знаний о конкретной патологии пациента. В традиции Независимых, «традиции Ференци», контрперенос приобретает дополнительную ценность. Он предоставляет пациенту поле для приобретения вместе с аналитиком опыта настоящего межличностного творчества.

Эго-психология

Эго-психологи вслед за Фрейдом рассматривали контрперенос просто как помеху[1] и довольно мало писали на эту тему. Например, в классических текстах Хартманна или Рапапорта этот термин даже не включен в указатель (Hartmann, 1964; Rapaport, 1967). И если обратиться к последним разработкам, в указателе Игла он тоже отсутствует (Eagle, 1984).

Хартманн и Рапапорт придают особое значение тому, как Эго управляет ослаблением (reduction) влечений, т. е. исключению либидо из системы. Их теории были результатом творческого наложения фрейдовской энергетической модели на структурную модель. Вследствие этого прямым ответом на контрперенос должен стать анализ аналитика. Последний должен быть способен отрешиться от своего опыта, пусть даже волевым решением.

> «Психическое состояние [аналитика] во время работы, его свободно парящее внимание, от которого он отталкивается

[1] Например, уже в 1994 году Энтон Крис пересмотрел в подобных терминах проблему контрпереноса в анализе Джоан Ривьер у Джонса и у Фрейда.

вначале для понимания, а затем для коммуникации, однозначно соотносится с его способностью контролировать регрессию. Он ограничивает свою аффективную реакцию уровнем аффективного сигнала, и ее использование, которое иногда путают с контрпереносом, становится важным инструментом. Способность отрешаться от собственного опыта, т. е. переход от самонаблюдения к самоанализу, остается его постоянным спутником» (Kris, 1956, p. 453).

Некое объективное, отрешенное признание «аффекта-сигнала» должно ввести в игру отвлеченную функцию самонаблюдения. В принципе, хороший анализ личности аналитика может искоренить любые его поползновения получать более непосредственное удовлетворение, ослабляющее давление влечений.

Это описание правила абстиненции вполне согласуется с понятием «чистого экрана» в аналитической технике — с предполагаемой отрешенностью от личного опыта. Эго-психологи основывают этот аргумент на выделении некоторых автономных функций внутри Эго (Hartmann, 1939). Эти функции не подвержены невротическим конфликтам эдипова комплекса. Заботой психоаналитика является расширение автономной, свободной от конфликтов сферы деятельности пациента. Так эго-психология интерпретирует фразу: «Там, где было Оно, должно стать Я». Этого аналитик также должен достичь в своей работе. Таким образом, по мнению эго-психологов, аналитическое функционирование и интерпретация исходят — или должны исходить — из бесконфликтной сферы деятельности Эго.

Критическое сравнение

Между идеями психологии объектных отношений и эго-психологии есть огромные различия.

Приложение энергетической модели к структурной модели расходится со взглядами Кляйн, которая считала, что структурная модель освобождает психоанализ от физики либидо.

1) Ослабление влечений — это первая цель психического аппарата согласно эго-психологии, в отличие от Кляйн, которая придает большее значение разрешению конфликтов.
2) В кляйнианском подходе и в психологии объектных отношений Эго подвержено потенциальным конфликтам во всех областях деятельности. Нет никаких автономных, свободных от конфликтов областей, как в эго-психологии, и это также относится к Эго аналитика. Таким образом, контрперенос оказывается неизбежным, и из него просто надо извлечь наибольшую пользу.
3) Следовательно, в эго-психологии контрперенос тормозит бесконфликтное функционирование, тогда как в кляйнианстве и во многих других теориях объектных отношений это чувствительный детектор.

Современные лондонские фрейдисты

Группу британских аналитиков, учеников Анны Фрейд, долгое время отождествляли с североамериканскими эго-психологами. Недавно они сделали несколько теоретических шагов, чтобы сблизиться с британской теорией объектных отношений, в особенности с идеями кляйнианцев.

Особенно на них повлияло понятие проективной идентификации как важнейшего элемента контрпереноса[1]. Сандлер заметил, что появление все большего количества школ психоаналитической теории повышает интерес к клинической практике, материалу и теории психоаналитической практики (Sandler, 1993). В своей статье он рассказывает об отражающей форме идентификации, при которой люди примитивно сочувствуют (или вообще подражают) эмоциям и даже несчастьям других людей. По его словам, этот феномен по-разному называется у разных авторов: *примитивная пассивная симпатия* у МакДугалла, *первичная идентификация* у Фрейда, *резонансное копирование* у Вейсса, или *рекуррентная первичная идентификация*, как предпочитает называть его сам Сандлер (McDougall, 1909; Freud, 1923; Weiss, 1960).

[1] Понятие Анны Фрейд об «идентификации с агрессором» соотносится с понятием проективной идентификации Кляйн.

Такое «эхо» чувств и поведения пациента в аналитике сильно повлияло на сандлеровское понимание переносно-контрпереносных взаимодействий. Аналитик, независимо от своей воли, вынужден отвечать на эмоциональный материал пациента. Рассматривая кляйнианское понятие разыгрывания в контрпереносе, Сандлер использовал идею «эмпатического» слушания. Он (Sandler, 1976) предпочел называть его *ролевой откликаемостью*. Сандлер описал ситуацию таким образом, что пациент ожидает от аналитика исполнения определенной роли, которая проявлялась бы в переживаниях и, возможно, поведении аналитика.

Сандлер, кажется, предпочел использовать термин «контрперенос» в его первоначальном значении, т. е. в отношении невротических реакций. Он применяет термин *ролевая откликаемость* аналитика (иногда — «ролевая актуализация») для более современных значений.

Идеи Сандлера близки кляйнианскому восприятию клинических явлений, поэтому кляйнианцы с недавних пор признали эквивалентность своих терминов терминам Сандлера (см., например, O'Shaughnessy, 1992; Feldman, 1993). Терминология Сандлера все чаще смешивается с кляйнианской и в таком виде используется североамериканскими эго-психологами и их последователями, особенно аналитиками интерсубъективистских взглядов (см., например, Renik, 1993; Ogden, 1994).

Интерсубъективисты также повлияли на лондонскую группу, особенно на теорию Фонаги (Fonagy, 1991; Target, Fonagy, 1996) о ментализации. «Я предпочитаю называть способность представлять свои и чужие сознательные или бессознательные психические состояния способностью к *ментализации*» (Fonagy, 1991, p. 641). Фонаги хочет этим сказать, что в какой-то момент психического созревания младенец приходит к открытию, что сознание есть и у других, внешних, объектов и что оно сравнимо с его собственной способностью чувствовать свои переживания. Это решающий шаг к тому, чтобы ребенок вошел в психологический мир, он отмечает начало психологической озабоченности, которую автор называет *ментализацией*. Ментализация — это уважение к внутреннему миру и субъективности объекта, который теперь не только используется в целях ослабления влечений, но и для построения отношений с другим субъектом. В этом проявляется зарождающийся интерес ребенка к другим людям, у которых тоже есть сознание, и это проблема, с которой, по мнению Фонаги, взрослые пограничные личности продолжают бороться. Эта концепция явно перекликается с кляйнианской «депрессивной позицией», которая стала очень влиятельной концепцией в британском психоанализе и повлияла на Фонаги (кляйнианское значения термина *ментализировать* см. в Mitrani, 1993). Внимание к признанию пациентом психики аналитика в качестве главного элемента своей внешней реальности прослеживается в нынешнем интересе кляйнианцев к контрпереносу и интерпретациям, центрированным на аналитике.

Кляйнианцы могут оспаривать, в какой момент происходит этот переход к ментализации, потому что, согласно кляйнианской точке зрения, потенциальная идея о существовании психики у объекта присутствует у ребенка с очень раннего возраста, возможно, с рождения (врожденная преконцепция). Но данное расхождение значимо только на теоретическом уровне. По словам Сандлера, уровень клинической работы — это новая движущая сила, вызывающая сближение во взглядах кляйнианцев с классическими лондонскими фрейдистами, а также с некоторыми эго-психологами, в частности, интерсубъективистами. Однако эти реверансы в адрес кляйнианской терминологии, в которой субъективность пациента становится частью психоанализа, в целом несколько отдаляют современных лондонских фрейдистов от эго-психологии. Этот процесс ведет прочь от положений классической эго-психологии, а также родственных им положений психологии самости и интерперсональной психологии — течений, которые мы сейчас вкратце рассмотрим.

Уход от эго-психологии

Тщательное применение энергетической модели и преобладание теоретической точности над клиничес-

ким наблюдением привело ко все более механическому ощущению от практики — или, по крайней мере, от отчетов о работе эго-психологов. Так что в последнее время в этой, по сути механической, установке, кажется, кончился пар!

Некоторые североамериканские аналитики уже давно высказали свое несогласие с моделью ослабления влечений, например Сирлз и Кернберг (Searls, 1959a, б; Kernberg, 1965). Уход от эго-психологии частично вызван давлением новых взглядов на контрперенос, появившихся вне эго-психологии (особенно в традиции объектных отношений) в 1950-е и 1960-е годы (Wolstein, 1983). Развитие эго-психологии слишком отдалило аналитика от опыта пациента (Kohut, 1982).

С середины 1970-х годов новые теоретические системы пересмотрели понятие контрпереноса (Peterfreund, 1975; Langs, 1976; Klein, G., 1976; Schafer, 1976). Эти отступления от крайних тенденций эго-психологии, как правило, подчеркивали отношенческий и коммуникативный аспекты психоаналитического сеттинга. С высоты сегодняшних достижений видны два направления: во-первых, психология самости и, во-вторых, интерсубъективный подход.

Психология самости

Умышленно отдаляясь от эго-психологии, Кохут ввел страдающую самость, как «бога из машины» (Kohut, 1971). Психология самости, целью которой было дополнить классический психоанализ концепцией отношений с самостью, продолжала считать контрперенос невротической помехой. Эта помеха[1] нарушает установку психологов самости, состоящую в основном в эмпатическом выслушивании и предоставлении опыта зеркала для нарциссизма пациента. Это контрпереносное зеркало может выполнять две функции: оно конституирует или (а) самость, выполняя для пациента функцию самонаблюдения; или (б) возможность грандиозного слияния с объектом, воспринимаемым как идеальный. Такое зеркало нужно усердно полировать и защищать от загрязнений, а психоаналитик может их внести собственным невротическим контрпереносом.

[1] Некоторые психологи самости могут впоследствии модифицировать данное «негативное» видение контрпереноса (Orange, 1993).

Таким образом, психология самости привнесла новое понимание не-переносных аспектов переживаний аналитика. В то время как пациент разрывается между переносом и терапевтическим альянсом (в свободной от конфликтов сфере Эго), противоречия аналитика — это контрперенос (невротический) и эмпатия. В частности, эмпатия аналитика конфронтирует нарциссическую самость пациента. В психологии самости такая конфронтация считается лечебной даже сама по себе. Она ведет к более открытому, интерактивному стилю работы, который меньше стремится к инсайту и больше — к корригирующему опыту, основанному на эмпатии аналитика (Bacal, 1990).

Критическое сравнение

Существуют четкие критерии сравнения эмпатии в русле психологии самости и того понимания контрпереноса, которое существует в других школах психоанализа.

1) Переживание самости возникает из *переживаний* другого человека, а не просто из его знания. Это дает контрпереносу своеобразный приоритет в лечении. Во взаимодействии переноса и контрпереноса психоанализ выражает нечто невыраженное и невыразимое — а не просто нечто определенное, но неосознанное. В этом понимании совместного творческого опыта пациента и аналитика психологи самости приближаются к воззрениям британской Независимой группы.
2) Дефициту окружения отдается предпочтение перед конфликтом, и для контрпереноса это подразумевает, что бесконфликтная эмпатия — необходимое и, возможно, достаточное условие для излечения в аналитическом сеттинге.
3) Понятие опыта зеркала также ясно выражено в психологии развития: и у Винникотта, и у Лакана. Роль аналитика как зеркала Кохут называет зеркальным

переносом. Как и Винникотт, Кохут считал его благотворным (возможно, всеблагим) опытом для развития самоидентичности пациента. С другой стороны, Лакан считает это необходимым, но пагубным положением, которое общество навязывает еще незрелому младенцу.

Интерсубъективисты

Некоторые аналитики нашли другое решение все той же проблемы эго-психологии — ее механизации. Эти недавние наследники традиций эго-психологии, как и психологи самости, выделяют прежде всего субъекта — субъективность пациента и аналитика. Предъявляемые обществом и возрастающие (наверно, вследствие демократизации) требования равенства в отношениях пациента и аналитика повлияли на концепцию взаимопомощи партнеров[1]. Некоторые аналитики были озабочены тем, что эго-психологии не удалось исследовать влияние наблюдателя на наблюдаемого в психоанализе (Atwood, Stolorow, 1984; Stolorow, Brandchaft, Atwood, 1987). Действительно, иногда кажется, что они продолжают британскую традицию Независимых; правда, иногда (или с другими пациентами) они обращаются и к примитивным механизмам, которые подчеркивают кляйнианцы (Ogden, 1994). Огденовский «интерсубъективный резонанс бессознательных процессов людей, воспринимающих друг друга как субъектов» (Ogden, 1988, p. 23), — это построение, описывающее, как пациент и аналитик — взаимозависимые субъект и объект (в переносе и контрпереносе) — вместе образуют «третий объект», общими усилиями создают аналитического третьего (Ogden, 1994). Опыт аналитика, называемый контрпереносом в самом широком смысле, предоставляет целый комплекс «интерсубъективных»

[1] В это более современное интерсубъективное направление я включил, возможно неточно и пристрастно, длинный ряд аналитиков-интерперсоналистов, таких как Гарри Сток Салливан, Эрих Фромм, Клара Томпсон. Я понимаю, что не уделяю достаточно внимания различиям (Levenson 1984; Wolstein 1983). Тем не менее из-за недостатка места я вынужден следовать по этому пути.

клинических фактов. Они могут представать в виде беспорядочных, как бы направленных на самого себя душевных порывов, телесных ощущений, которые, казалось бы, никак не связаны с анализируемым, или любых других явлений интерсубъективного происхождения внутри аналитической пары (ibid.).

Терапевтическое ударение делается на мысли, что индивидуальная субъективность входит в интерсубъективный контекст. Это возвращает нас к теории Салливана и всей длительной традиции интерперсонального психоанализа (Levenson, 1984; Cushman, 1994). Однако интерсубъективисты придают главное значение в терапии психоаналитическому контексту (контекстом пациента является взаимодействующий с ним аналитик), и в этом их отличие от интерперсонального подхода, который подчеркивает социальный контекст за пределами анализа. Их интерпретации с упором на «здесь и сейчас» также сближают этих аналитиков со всеми британскими школами.

Критическое сравнение

Интерсубъективисты сами по себе довольно неоднородны, но их подход в некоторых аспектах отличается от подходов родственных школ интерперсональной психологии и британских школ объектных отношений.

1) Многие интерсубъективисты в своих исследованиях интерперсонального пространства настаивают на кляйнианском понятии проективной идентификации, но в основном они отвергают роль деструктивности в нем.
2) Интерсубъективисты обычно отбрасывают экстрапереносный, экстра-отношенческий материал ради совместно созданного момента, что контрастирует с кляйнианским пониманием переноса как «тотальной ситуации».
3) Интерсубъективисты отходят от понятия герметического единства личности, столь характерного для индивидуальной психологии, понятия, на котором сосредоточено большая часть психоаналитической практики в большинстве школ.

4) Интерсубъективисты отличаются от интерперсонального психоанализа тем, что уделяют особое внимание терапевтическому «здесь и сейчас» (как в британском психоанализе), а не обращаются к социальному контексту, как Салливан.
5) Интерсубъективисты отходят от постулата психологов самости об отношениях по типу объекта самости.

Лакан

Техника Лакана очень оригинальна по сравнению с другими школами психоанализа. Перенос и контрперенос являются одинаково подозрительными. Отношения с другими людьми в интерперсональном поле — это навязывание личности социального. Лакан, как и многие другие, считал, что эго-психология в корне расходится с основными положениями психоанализа. Интерперсональная установка Лакана имела нечто общее с интерсубъективистами. Тем не менее теоретические построения Лакана совсем иные. Лакан занял политически радикальную позицию. Он описал социализацию ребенка как насаждение структурированного символического мира общества на вроде бы первозданную наивность. Он описывает этот процесс как столкновение воображаемого порядка и символического порядка, более всего укрепляемого языком. По мнению Лакана, все это выражается в психоанализе в виде борьбы за власть. Как и в младенчестве, аналитик (родитель) всегда «побеждает».

Лиментани в своем президентском обращении к IPA в 1986 г. привел сравнение Доннета (Donnet, 1979) психоаналитической структуры с материнским телом. Он также процитировал сноску Доннета:

> «В одной сноске он рассказывает: «Пациент Лакана ложится на кушетку и начинает: «Наконец-то...». «Хорошо», — говорит Лакан, заканчивая сеанс». Конечно, каждому ясно, что такое поведение аналитика стимулирует, провоцирует анализируемого, мобилизует в нем много энергии, но какое отношение имеет это все к психоанализу? Достойно ли это обсуждения? Хотя мы все знаем, что сами не очень-то уверены, почему назначаем сеансы длительностью по 45 или 50 минут» (Limantani, 1986, p. 236).

Лакан сослужил психоанализу хорошую службу, заставив нас задуматься о жестких доктринах, выдающих себя за психоаналитическую теорию (Spero, 1993). Как утверждает Спиро, нефиксированное и непредсказуемое окончание сеанса является таковым с одной точки зрения, но с другой — это результат вполне естественного развития. С точки зрения пациента, интерпретация дается так же непредсказуемо. Большая часть аналитиков соглашаются с прерыванием сеанса интерпретациями не задумываясь. Вопросы Лакана по поводу восприятия времени, обусловленного длительностью сеанса, указывают на необходимость теоретического обоснования сеттинга. Спиро говорит в заключение, что «временна́я схема сеанса — это интегральная функция Эго, неявно присутствующая в аналитической оболочке» (Spero, 1993, p. 139).

Младенец осознает себя, только когда начинает осознавать других, а именно осознавать то, что другие осознают его. Лакан назвал это стадией зеркала (Lacan, 1949). Поэтому младенец знает себя только таким, каким его воспринимают и структурируют другие. То же относится и к психоаналитической работе. Пациент повышает свое знание себя только с помощью структурированного знания аналитика.

Лакан старался обходиться без термина *контрперенос* (Lacan, 1966) по той причине, что он передает взаимодействие пациента в тисках переноса и аналитика в тисках контрпереноса, но в этих отношениях мало равенства (Lacan, 1977; Aslan, 1989). Лакана интересовало «желание» аналитика не меньше, чем желание пациента. Как пациент, так и аналитик испытывают желания, характерные для анализа[1]. Среди желаний пациента яв-

[1] Когда Элизабет Зетцель пришла в Приемный комитет Лондонского психоаналитического института, Эрнест Джонс сказал ей: «Что бы вы ни делали, не говорите им, что вы хотите помочь пациенту». Сообщение Зетцель на пленарном заседании Американской психоаналитической ассоциации (Zabarenko, 1993).

но есть такие, которые относятся к примитивному переносу: он хочет быть объектом желания аналитика. Но и у аналитика есть желания. По крайней мере, он желает быть хорошим аналитиком, излечить пациента и, возможно, продвинуть вперед психоанализ. По своей природе аналитик призван обществом быть «тем, кто, как полагают, знает» (le sujet-supposé-savoir) (Lacan, 1949). Это подразумевает деструктивное отрицание того, что знанием обладает и пациент. Лакан взял клинический пример контрпереноса из работы Мани-Кёрла, чтобы показать, какой бессознательный поединок может произойти между пациентом и аналитиком (Lacan, 1991; Money-Kyrle, 1956; Palomera, 1997).

В этом смысле на пациенте сосредоточено удовлетворение желаний аналитика. И аналитик находится в привилегированном положении, так как он потенциально может получить удовлетворение. Следовательно, пациент оказывается отчужден от самого себя в качестве объекта желания аналитика.

Лакан вывел это понимание контрпереноса из классической фрейдовской позиции, что контрперенос — это помеха, которая сказывается непосредственно на пациенте (Lacan, 1951; Muller, Richardson, 1982). Как писал Этчегоен, «перенос начинается в тот момент, когда контрперенос нарушает развитие диалектического процесса» (Etchegoyen, 1991, p. 297). Однако Лакан отверг классический фрейдовский принцип технической нейтральности (Evans, 1996). Как и Хайманн, он признавал, что у аналитика есть свои реакции и что важно, каким образом они вредят пациенту. Однако Лакан считал, что анализ самого аналитика только делает это желание более явным и открытым. В техническом смысле Лакан считает, что образование аналитика на символическом уровне должно заключаться в принятии нового желания, «желания аналитика». Это должно быть некое анти-желание, желание не желать исцеления и т. д., не навязываться пациенту. Этот парадокс, очевидно, проявляется в явной противоречивости ортодоксального желания Лакана избежать навязывания своей могущественной позиции как объекта переноса (желания) и в то же время навязывания аналитическому сеансу совершенно произвольной длительности, которая оказывается полностью в руках аналитика (Spero, 1993)[1].

Критическое сравнение

Несмотря на лакановский тайный язык, полный смешений и каламбуров, многие его интересы сходны с интересами большинства психоаналитиков, хотя ему часто удается их причудливо переворачивать с ног на голову.

1) Лакановское понимание модификации аналитиком несформулированных переживаний пациента напоминает рекомендацию Биона расстаться с памятью и желанием. Многие авторы заметили это соответствие (например, Aslan, 1989; Bader, 1994; Barratt, 1994)[2]. Однако у Биона идея контейнирования предполагает возможность как творческого результата, так и торжества безымянного ужаса, Лакан же предвидит только последнее.
2) Социальное присутствие личности в символическом мире языка связано только с преследованием. Таким образом, культура психоаналитически неоднозначна, цивилизация сеет раздоры, а словесные интерпретации — это орудие подчинения.
3) Винникотт принял лакановское понимание роли «другого» как определяющего зеркала для ребенка (Winnicott, 1967). Как и Лакан, Винникотт утверждает, что это необходимая фаза развития и функция объекта. Но в противоположность формулировке Лакана, Винникотт подчеркивает ее несложное и благоприятное качество.
4) Подозрительность Лакана по поводу навязанных аспектов характера и, следовательно, неверного восприятия себя (Grotstein, 1994) очень похожа на винникоттовское описание *фальшивой самости*.

[1] Лакановская подозрительность в отношении регламентирующего воздействия слов и языка делает окончательно ироничным то, что он всегда интересовался лечением разговором.

[2] В частности, это сравнение было сделано теми южноамериканцами, которые поддерживали европейские идеи задолго до их североамериканских коллег (см, например, (Baranger, 1993; Azevedo, 1994)).

5) Подчеркивание Лаканом когнитивного отличает его стиль от стиля основной массы аналитиков, у которых эмоции становятся энергетической электростанцией желаний или отношений и основным объектом интерпретаций.

Подозрение Лакана, что индивиды подвержены деформации, вызванной доминирующей позицией аналитика, практически исключает всякую профессиональную деятельность.

Заключение

Все теории контрпереноса, появившиеся в течение последних пятидесяти лет, реализуют открытие, что идентичность аналитика включает человека, способного чувствовать. У него есть как личная, так и общественная идентичности, и обе они играют роль в том, плохо или хорошо двигается его работа. Этим ростом взаимности психоанализ отвечает на настроения в обществе, требующие демократизации профессиональной жизни. Эта необходимость задевает струны контрпереноса, наиболее личного из всех профессиональных средств.

Многие школы сейчас соглашаются с открытием, что аналитик по сути своей, кроме всего прочего, — человек чувствующий. Но что это за человек?

Роль, которую аналитик исполняет в контрпереносе, связана не просто с профессиональной компетентностью, но также и с личным самоощущением: какую сознательную и бессознательную роль он берет на себя в общении с пациентом? Он стремится быть аналитиком, при этом он исполняет какую-то роль в фантазиях пациента, кроме того, у него есть свои сознательные и бессознательные фантазии, которые он разыгрывает со своими объектами.

Экстернализация душевного мира пациента в контрпереносе, усиленная терапией, приводит к разным пониманиям интрапсихической схемы контрпереноса: (а) пациент может *неверно* представлять аналитика персонажем своих фантазий; или же (б) состояние души аналитика может по самым неожиданным причинам согласовываться с фантазиями пациента; или же, наконец, (в) пациент на самом деле может заставлять аналитика реагировать «в согласии с его ролью». С точки зрения пациента, все эти варианты равны, так как он продолжает верить, что аналитик — это персонаж, существующий в виде внутреннего объекта.

Но есть и другой вариант. Отстаиваемый Независимыми аналитиками и интерсубъективистами, он имеет интерперсональную направленность. Оба партнера могут вносить вклад в совместное творение. Это переходное пространство, или аналитический третий, несет сильный оптимистический заряд. Этот заряд противоречит негативным коннотациям, которые связаны с вмешательством аналитика в это пространство и описаны Лаканом. Балинт и Лакан — оба подчеркивали, что потребности аналитика травмируются так же, как и потребности пациента.

С кляйнианской точки зрения, главная опасность — это вторжение в интрапсихический мир пациента. Для кляйнианцев действие, совершаемое над другим человеком или над его психикой, может быть приписано насильственной форме объектного отношения или мутантной (невербальной) форме общения. Освобождение заключается в их словесном исследовании или проверке. Это приводит к некоторым расхождениям с другими школами, которые ставят ударение на поддержании баланса игры и столкновения или, в психологии самости, на сохранении роли чистого, незамутненного зеркала пациента.

В этой статье я рассказал о различных подходах с точки зрения одного из них. Искажения и неточности, которые я мог внести, во многом связаны с моим ограниченным кругозором, но в какой-то мере они также указывают на особые интересы и ограничения исключительно кляйнианской позиции.

Контрперенос стал важным узловым моментом, позволяющим уловить различия психоаналитических школ. Так как речь в этом споре идет о личном самоопределении каждого психоаналитика, работающего

профессионально, эти различия выражаются в широком разнообразии технических подходов в разных школах и даже у разных индивидуальных аналитиков. Психоанализ все более признает, что личное есть профессиональное.

Благодарности:
Я благодарен моей коллеге Джоан Рафаэл-Лефф за советы и поддержку в написании некоторых частей этой статьи. Я также благодарю Ричарда Расбриджера и Боба Мичелса за их замечания по поводу предыдущих вариантов работы.

Перевод А. Донской

Литература

ATWOOD, George and STOLOROW, Robert (1984) *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

ASLAN, Carlos Mario (1989) Common ground in psychoanalysis: Aims and clinical process, as I see it. *International Journal of Psycho-Analysis* 70: 12–16.

De AZEVEDO, Ana Marna Andrade (1994) Validation of the psychoanalytic clinical process: the role of dreams. *International Journal of Psycho-Analysis* 75: 1181–1192.

BACAL, Howard (1990) Does an object relations theory exist in self psychology. *Psychoanalytic Inquiry* 9: 197–220.

BADER, Michael (1994) The tendency to neglect therapeutic aims in psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly* 63: 246–270.

BALINT, Alice (1936) Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche' *Internazionale. Zeitschrift für Psychoanalyse* 22.

BALINT, Michael (1936) The Final Goal of Psycho-Analytic Treatment. *International Journal of Psycho-Analysis* 17: 206–216.

BALINT, Michael (1950) Changing therapeutic aims and techniques in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis* 31: 117–124.

BALINT, Alice and BALINT, Michael (1939) On transference and counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis* 20: 223–230.

BARANGER, Madeleine (1993) The mind of the analyst: from listening to interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 15–23.

BARRATT, Barnaby (1994) Critical notes on the psychoanalyst's theorizing. *J. American Psychoanalytic Association* 42: 697–725.

BION, W.R. (1952) Group dynamics: a review. *International Journal of Psycho-Analysis* 33: 235–247.

BION, W.R. (1959) Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis* 40: 308–315.

— (1962) *Learning from Experience*. London: Heinemann.

— (1967) Notes on memory and desire. *Psycho-Analytic Forum* 2: 272–273.

BOLLAS, Christopher (1989) *Forces of Destiny*. London: Free Association Books.

BRENMAN-PICK, Irma (1985) Working through in the counter-transference. on memory and desire. *International Journal of Psycho-Analysis* 66: 157–166.

CASEMENT, Patrick (1985) *Learning from the Patient*. London: Tavistock.

CUSHMAN, Phillip (1994) Confronting Sullivan's spider—hermeneutics and the politics of therapy *Contemporary Psychoanalysis* 30: 800–844.

DONNET, J.-L. (1979) Sur l'Institution psychanalytique et la durue de la seance. *Nouvelle Revue Psychoanal.* 20: 242–259.

EAGLE, Morris (1984) *Recent Developments in Psychoanalysis*. New York: McGraw-Hill.

ETCHEGOYEN, Horatio (1991) *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London Karnac.

EVANS, Dylan 1996 *Dictionary of Lacanian Psychoaalysis*. London: Routledge.

FELDMAN, Michael (1993) The dynamics of reassurance. *International Journal of Psycho-Analysis.*, 74: 275–285.

Прошлое и будущее **контрпереноса**: обзор концепций*

Теодор Джекобз (1999)

Приступая к написанию данной статьи, я ставил перед собой задачу рассмотреть основные тенденции и этапы развития концепции контрпереноса. Я делал это, отталкиваясь от своей личной позиции, т. е. с точки зрения американского психоаналитика, получившего образование в классическом психоаналитическом институте и имеющего давний интерес к теме контрпереноса. Пытаясь описать противоречия, окружавшие проблему контрпереноса, и показать, насколько разные позиции занимали писавшие на эту тему авторы, я не претендую на полноту охвата и истинность собственных представлений. Моя статья — это скорее попытка представить краткий анализ концепций, которые длительное время оставались в тени, а сегодня неожиданно стали наиболее актуальными и дискуссионными.

Оглядываясь на последние десятилетия двадцатого века, можно предположить, что будущие историки психоанализа вполне обоснованно обозначат наше время как *эру контрпереноса*. Объясняется это тем, что в последние годы лишь очень немногие концепции в области психоанализа привлекали такое внимание, были столь глубоко проработаны, детально описаны и стали предметом такого количества научных дискуссий, как тема контрпереноса и его роли в аналитическом процессе.

Главным образом в Америке, но в значительной мере и по всему миру контрперенос и связанные с ним проблемы интерсубъективности, самоанализа и нейтральности оказались в центре внимания современной психоаналитической мысли. Можно сказать, что время идеи контрпереноса настало.

Обзор посвященной данному вопросу литературы со всей очевидностью показывает, что хотя в первой половине двадцатого века о контрпереносе было написано довольно мало, все же именно авторами того времени поставлены многие из вопросов, которые сегодня чрезвычайно активно обсуждаются в наших психоаналитических сообществах. Для полного и глубокого исследования проблемы контрпереноса в начале века ситуация складывалась не слишком удачно. Были необходимы серьезные изменения в интеллектуальном климате, как внутри, так и вне психоанализа. В Америке исследование темы контрпереноса стало возможно лишь после значительных перемен в структуре аналитического истэблишмента.

Писавшие о контрпереносе авторы справедливо отмечали, что хотя именно Фрейд первым идентифицировал и описал феномен контрпереноса, он очень немного сказал по этому вопросу. Комментарии Фрейда по поводу контрпереноса действительно чрезвычайно кратки. Я, однако, глубоко убежден, что эти замечания имели огромное значение. Они послужили источником двух различных течений в размышлениях о контрпереносе. В 1910 году Фрейд сделал глубокое наблюдение. «Я отметил, — писал он, — что ни один психоаналитик не продвигается дальше, чем позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления, и поэтому убежден, что аналитику следует начинать профессиональную активность с собственного анализа, углубляя этот анализ все больше, по мере того как он будет наблюдать своих пациентов» (Freud, 1910). Это замечание затрагивает фундаментальный для всех психоаналитиков вопрос: может ли наш собственный невроз, наши «слепые пятна» и ха-

* Jacobs T.J. (1999) Countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80 (3): 575–594.

рактерологические особенности ограничивать способность понимать другого человека и коммуницировать с ним? Фрейд рассматривал контрперенос как некоторую бессознательную силу, возникающую внутри аналитика и препятствующую его способности получать сообщаемую пациентом информацию и верно ее оценивать. Он понял, что пока аналитик не станет работать над собой с целью преодолеть эти «слепые пятна» и «блокировки», анализ подвергается серьезному риску и фактически окажется в тупике из-за неосознаваемых аспектов психики аналитика (как позднее отметил МакЛафлин (McLaughlin, 1988)).

Фрейд в своих ранних замечаниях делал особое ударение на значении самоанализа, что было связано прежде всего с обоснованием и утверждением обучающего анализа в качестве первого средства, помогающего аналитикам преодолеть невротические конфликты и контрпереносные реакции, бьющие ключом из их невроза. Тем не менее, та идея, что в конечном итоге каждый психоаналитик обречен на борьбу с мощными и потенциально вредными бессознательными силами, активизирующимися внутри него в процессе анализирования пациента, остается открытием фундаментальной значимости. В связи с тем, что сегодня субъективность аналитика стала использоваться более свободно и спонтанно, многие авторы подчеркивают, что осознание Фрейдом неустранимости контрпереноса и понимание, что контрперенос является постоянно присутствующим фактором в аналитической работе, в наши дни приобретает новое значение (Renik, 1993). В понимании того, что контрперенос нередко препятствует пониманию и блокирует прогресс, некоторые современные авторы близки основным фрейдовским положениям.

Еще одно из принадлежащих Фрейду наблюдений стало основой совершенно иного понимания значения контрпереноса. Речь идет о том, что контрперенос не только неизбежно присутствует в анализе, но также является и путеводной нитью в понимании бессознательного, играя значимую роль в процессе лечения. Такой взгляд на феномен контрпереноса, разделяемый сегодня многими специалистами, имеет в психоанализе свою давнюю и долгую историю, которую я постараюсь очень кратко изложить. Ее истоки можно проследить во фрейдовской идее о том, что анализ включает коммуникацию между бессознательным пациента и аналитика и что передача бессознательных сообщений, происходящая на уровнях более глубоких, чем поверхностный обмен, образует очень важную часть аналитического процесса. Это фундаментальное открытие было сформулировано Фрейдом в 1912 году. Он советовал аналитикам приводить свое бессознательное в созвучие с бессознательным пациента, подобно тому как принимающий телефонный аппарат настроен созвучно передающему аппарату. Этот инсайт проложил путь для плодотворной мысли о том, что контрперенос аналитика содержит бессознательное пациента, которая впоследствии была озвучена Паулой Хайманн (Heimann, 1950). Однако фрейдовский выбор метафоры скрыто предполагал, что бессознательная коммуникация в анализе — это улица с двусторонним движением.

В начале века Фрейд предпринимал активные попытки развить теорию бессознательного психического функционирования, которая смогла бы объяснить клинические картины, встречавшиеся аналитикам в повседневной работе. Поэтому он прежде всего фокусировался на психологии пациента. Однако Фрейд признал тот факт, что бессознательное пациента и бессознательное аналитика вступают в длительный контакт и что между двумя участниками этого процесса постоянно происходит обмен скрытыми сообщениями. Так была открыта дорога идее о том, что психоанализ неизбежно содержит взаимодействие двух психик.

Многие психоаналитики утверждают, что Фрейд рассматривал контрперенос главным образом как препятствие в ходе анализа — как проблему, которую аналитику следует преодолеть (Tyson, 1986; Slakter, 1987). Как подчеркивают эти авторы, Фрейд достаточно четко и прямо говорил, что процесс овладения собственным контрпереносом имеет огромное значение. Почти не вызывает сомнений, что такая установка

у него сформировалась в значительной мере как ответная реакция на поступки коллег, поведение которых нанесло серьезный ущерб публичному образу психоанализа. Ференци, Юнг и другие ключевые для психоаналитического движения персонажи в это время были вовлечены в проблемные связи со своими пациентками и/или членами их семей. Сам Фрейд в доверительной беседе сообщал Ференци, что и ему иногда бывает достаточно сложно устоять перед обаянием своих пациенток. Более того, Фрейд еще слишком хорошо помнил, как в ответ на спровоцированные переносом проявления чувств со стороны пациентки Анны О. его старый друг, Йозеф Брейер, впал в панику. Наличие опасности здесь не вызывало сомнений, и как лидер находящегося в стадии формирования движения, Фрейд очень хорошо понимал, что должен воспрепятствовать неприемлемому поведению своих коллег, ставящему под угрозу само существование психоанализа. Неизвестно, видел ли Фрейд нечто позитивное в контрпереносе, однако существуют достоверные доказательства в пользу того, что Фрейд допускал его потенциальную полезность. Тайсон подчеркивает, что, отвечая на письма Юнга, описывавшего свое увлечение Сабиной Шпильрейн, Фрейд особо подчеркивал, что хотя эта вовлеченность и должна быть устранена, подобные любовные и сексуальные переживания аналитика, связанные с пациентом, могут помочь сформировать «толстую кожу» и научиться тому, как смещать свои аффекты клинически полезным способом (Tayson, 1986; Freud, 1909).

Откровенно и прямо о неизбежности участия контрпереноса в анализе впервые заговорил Ш. Ференци (Ferenczi, 1919). Идея о том, что контрперенос может помочь аналитику понять своего пациента, тоже сформулирована им. Ференци, отчасти из-за бунтарства и протеста против своего старого ментора, поставил под сомнение фрейдовское замечание, что аналитик всегда должен стремиться к контролю над своим контрпереносом. Попытки всегда следовать этому совету, по Ференци, заставят аналитика сдерживать и тормозить свободное течение своих психических процессов. Свободное от ранжирования течение психических процессов аналитика является существенным элементом аналитического слушания и установки на эмпатическое понимание. Ференци, в отличие от большинства своих современников, признавал, что контрперенос играет центральную роль в процессе лечения и оказывает критически важное влияние на развитие аналитического процесса. Он указывал на то обстоятельство, что пациенты часто интуитивно осознают эмоциональный отклик аналитика. Ференци отстаивал идею целесообразности раскрытия перед пациентом некоторых переживаний аналитика (ibid.). Более того, он проводил эксперименты с взаимным анализом, когда время от времени пациент становился аналитиком собственного аналитика.

В дополнение к той неизвестной нам мотивации, которая побуждала Ференци проделывать подобные эксперименты, он искренне верил, что аналитик способен очень многому научиться у своего пациента. Пациенту, в свою очередь, тоже может быть полезно узнать, какое влияние оказывает на аналитика материал, возникающий в ходе сеанса. Идея Ференци была радикальной для того времени. Такая точка зрения на контрперенос показалась Фрейду и его ближайшему окружению опасной, результатом чего стала изоляция идей Ференци от общей теории психоанализа на долгие годы.

Работы Ференци практически игнорировались большинством традиционных аналитиков в США и упоминались главным образом как продукт творческой, но болезненной индивидуальности, чьи личностные потребности преобладали над рациональным мышлением. В классических психоаналитических институтах США его труды рассматривались очень редко. Если такое и случалось, они обычно рекомендовались студентам как произведения, представляющие чисто исторический интерес, а не как значительный вклад в теорию и технику психоанализа.

В последние годы в Америке наблюдается определенное оживление интереса к Ференци. Часто стали вспоминать его биографию, и теперь его точка зрения

нередко представлена в современных работах. Этот всплеск интереса к Ференци основывается, как мне кажется, на нескольких факторах. Некоторые современные аналитики, интересующиеся проблемой интерсубъективности, и те, кто разделяет взгляды социальных конструктивистов, нашли в Ференци родственную душу. Для них Ференци — такой же аутсайдер и нонконформист, как и они сами. По мере того как в Америке завоевывали популярность представления об интерактивной природе психоанализа и проницаемости отношений переноса-контрпереноса, аналитики-традиционалисты начинали по-другому смотреть на идеи Ференци. Еще несколько лет назад его размышления чаще всего трактовались как рационализированное отыгрывание личностно обусловленных убеждений. Сегодня многие коллеги усматривают в работах Ференци анализ метакоммуникации в терапии и исследование взаимодействия между психикой пациента и психикой аналитика.

Безусловно, не всем идеям Ференци сегодня придается серьезное значение. Фактически многие аналитики классической школы продолжают расценивать его мышление как наивное и проблемное в своей основе. Аналитики-традиционалисты, критически настроенные по отношению к так называемым «современным» фрейдистам, довольно часто подчеркивают, что идеи Ференци далеки от оригинальности и являются простым повторением и реализацией на практике старых, избитых и давно заброшенных заблуждений.

Одна из таких идей, устойчиво вызывающая серьезную критику, — определение аналитического процесса, которое Ференци сформулировал в 1920 году (Ferenczi, 1920). В этой формулировке он определяет анализ главным образом как корригирующий эмоциональный опыт, в котором чистосердечность и участие аналитика обеспечивают пациенту возможность повторно проработать и скорректировать последствия пережитых в раннем детстве эмоциональных травм. Нам хорошо известно, что идея корригирующего эмоционального опыта в различных своих формах долгое время была *bete noir* (черным зверем) для аналитиков-традиционалистов. Тот факт, что Ференци опирался на эту идею, позволял некоторым аналитикам традиционной школы не только ставить под сомнение его идеи, но и дискредитировать его работу в целом. Отмечая определенное сходство между теорией Ференци и концепциями современных аналитиков-интерсубъективистов, эти критики, игнорируя немаловажные различия, расценивают многие современные новшества в психоанализе просто как повторение старых ошибок.

Несмотря на подобное отношение к идеям Ференци, вполне очевидно, что он был пионером в исследовании интерактивной природы контрпереноса. Представления Ференци о способах, которыми перенос и контрперенос взаимодействуют в аналитическом процессе, и его идея о том, что пациенты часто интуитивно улавливают и аффективно реагируют на скрытые установки и чувства аналитика, разделяются многими современными мыслителями.

Однако не только Ференци в то время придерживался принятых сегодня взглядов на контрперенос. Многие его современники ставили вопросы, которые в наши дни оказываются на переднем плане дискуссий и дебатов. Стерн говорил о двух видах контрпереноса: контрпереносе, имеющем в своей основе личностные конфликты аналитика, и той разновидности, которая возникает в ответ на перенос пациента (Stern, 1924). Последняя форма, говорил Стерн, может быть полезна в анализе, первая образует препятствия на пути понимания. Для того чтобы работать эффективно, аналитик должен в ответ на перенос пациента реагировать собственным переносом, то есть его подход не должен быть слишком интеллектуальным, чрезмерно фокусированным на когнитивном понимании. Аналитику следует позволить свободно возникать своим чувствам и фантазиям, его бессознательное должно резонировать с бессознательным пациента, для того чтобы уловить скрытую коммуникацию. Эта перспектива охватывает и объясняет многое, что появилось значительно позже, включая замечания Айсакауэра об аналитических инструментах, замечания Райх о невротических аспектах контрпереноса и идеи

Сандлера о том, что в оптимальном варианте функцией аналитика является не только свободно парящее внимание, но и способность к свободному отклику (Isakower, 1963a; Reich, 1951; Sandler, 1976; Freud, 1912).

Х. Дойч тоже говорила о способах, которыми аналитик получает материал от пациента (Deutsch, 1926). Ассоциации пациента, говорила она, становятся для аналитика внутренними переживаниями. Режим обработки материала, приводящий аналитика к возникновению фантазий и воспоминаний, является базисом интуиции и интуитивной эмпатии. Недостаточно, однако, просто просеивать материал пациента сквозь собственное бессознательное. Для того чтобы достигнуть правильного понимания, аналитик должен обрабатывать этот материал интеллектуально. Идея Дойч предшествовала позиции Арлоу, который убежден, что точная формулировка интерпретаций возможна только тогда, когда сознательная обработка материала дополняется интуицией аналитика и его бессознательными операциями (Arlow, 1993).

Другие авторы тоже внесли свой вклад в существующие сегодня концепции контрпереноса. Гловер подчеркивал что психосексуальные конфликты пациента в процессе развития возникали аналогично тому, как они возникали в психосексуальном развитии аналитика (Glover, 1927). Тем самым Гловер затронул активно обсуждаемый сегодня вопрос о способах, которыми материал пациента провоцирует возникновение у аналитика воспоминаний и параллельных переживаний (McLaughlin, 1981; Poland, 1986; Jecobs, 1991: Levine, 1997). Эта проблема сейчас является предметом нейропсихологических исследований. Она также побуждает аналитиков учиться тому, как наилучшим образом использовать свои субъективные реакции в клинической ситуации. Гловер предпринял попытку различить собственно контрперенос и контрсопротивление аналитика. Я упоминаю об этом, поскольку и в наши дни некоторые аналитики, отталкиваясь от идей Гловера, считают подобное различение обоснованным. У Гловера такие представления сформировались в результате исследований сопротивлений пациента и аналитика. В наши дни большое внимание уделяется тем способам, которыми аналитик совместно с пациентом конструирует сопротивление (Boesky, 1990; Hoffman, 1991).

Стрэчи утверждал, что в анализе присутствует взаимность, то есть взаимодействие пациента и аналитика (Strachey, 1934). Он подчеркнул, что изменяющие (mutative) интерпретации переноса могут быть эффективны только в том случае, когда между пациентом и аналитиком существует сфера эмоциональных напряжений. Следовательно, хотя Стрэчи и не говорил непосредственно о контрпереносе, его идея помогла сделать шаг в направлении признания как интерсубъективных аспектов анализа, так и эмоционального участия аналитика, выражающегося главным образом через его контрпереносные реакции. Стрэчи указал на то, что эмоциональное участие аналитика является обязательным элементом терапевтического действия.

Барбара Лоу, предвосхищая идеи Оуэна Реника, привлекла внимание к фрейдовскому указанию, согласно которому аналитик должен овладеть своим контрпереносом (Low, 1935; Renik, 1993). Она утверждала, что это была всего лишь фантазия Фрейда, и контрпереносные реакции в анализе следует не исключать, а использовать. Лоу считала, что через свои субъективные переживания аналитик достигает верного понимания пациента. Позиция Лоу получила дальнейшее развитие в рамках Британской школы объектных отношений. Эту идею также развивали, но уже в несколько ином ракурсе, кляйнианцы и многие американские аналитики. Таким образом, мысль о том, что субъективные переживания аналитика могут служить путеводной нитью в понимании бессознательного его пациента — центральное положение, лежащее в основании современных взглядов на контрперенос, — имеет в психоанализе свою долгую историю.

Другой вопрос, занимающий сегодня умы многих мыслителей, тоже впервые был поставлен в 30–40-х годах. М. Балинт и А. Балинт обратились к проблеме са-

мораскрытия (Balint, Balint, 1939). Они отметили, что аналитики неизбежно раскрывают себя в чертах характера и способах работы. Эти авторы также указали на то, что пациент регулярно улавливает различного рода намеки и бессознательно получает значительно больше знаний о своем аналитике, чем это желательно.

В 1942 г. Флисс использовал концепцию пробной идентификации, которая и в наше время остается очень важной идеей, помогающей понять особенности течения психических процессов работающего аналитика (Fliss, 1942; Arlow, 1993). Де Форест не только подчеркивал значимость контрпереноса в формировании аналитического опыта, но, как и Ференци, отстаивал идею избирательного самораскрытия (de Forest, 1942; Ferenczi, 1920). Таким образом, уже перед Второй мировой войной были поставлены и предложены к обсуждению многие вопросы, которые актуальны и сегодня.

Несмотря на очевидную значимость контрпереноса как центрального элемента аналитического процесса, в течение определенного периода он занимал периферийное место в доме психоанализа. Понятие признавалось, считалось достаточно важным, но не получало дальнейшего развития. Возможно, такая ситуация сохранялась из-за того, что сам Фрейд о контрпереносе написал довольно мало и, достигнув упомянутых выше инсайтов, практически не обращался к этой теме. Кроме того, подобная ситуация сохранялась и потому, что психоаналитики были заняты другими проблемами. Ассимиляция и интеграция структурной теории, развитие и клиническое применение эго-психологии, попытки обосновать психоанализ в качестве общей психологии — все эти задачи занимали основное внимание теоретиков и клиницистов.

Несколько факторов вскоре изменили картину. Опыт Второй мировой войны заставил аналитиков соприкоснуться с огромным разнообразием психических состояний, в частности, с травмами и их влиянием на личность. Это вызвало интерес к работе с пациентами, находящимися за границей привычного невротического диапазона. Пытаясь расширять свою практику и включать в работу более разнообразный спектр пациентов, аналитики часто сталкивались с проблемой переживания мощных эмоций, спровоцированных откровенной сексуальностью, грубой агрессией и другими примитивными аффектами, направлявшимися пациентами на аналитиков. Вскоре стало совершенно ясно, что контрперенос становится важнейшим моментом в работе с пограничными и психотическими пациентами, которых терапевты теперь вынуждены были брать в анализ.

В 1949 году вышла в свет получившая широкую известность работа Д. Винникотта «Ненависть в контрпереносе», которая отчасти была результатом столкновения с подобным опытом (Winnicott, 1949). Винникотт соглашался с Ференци в том, что некоторые контрпереносные реакции могут быть объективным ответом на качества пациента и их происхождение берет исток не в неврозе. Своей работой он не только узаконил контрпереносные переживания и подчеркнул важность роли, которую негативный контрперенос играет в лечении нарушенного пациента, но и продемонстрировал, что появление подобных чувств является необходимой составляющей лечения.

Этот либеральный шаг вскоре получил поддержку со стороны других авторов. Через год П. Хайманн заявила, что контрперенос не только неизбежен, но и неоценим, поскольку представляет собой важнейший инструмент исследовательской работы аналитика (Heimann, 1950). Озвучивая позицию, которая с тех пор стала предметом множества споров, Хайманн определила контрперенос, главным образом, как творение пациента. Она была убеждена, что субъективные переживания аналитика могут быть вложены в него пациентом в результате проекции. Таким образом, то, что аналитик переживает субъективно, может быть понято как репрезентация определенных аспектов психики пациента. Такая точка зрения оказала серьезное влияние на некоторые концепции контрпереноса и в модифицированной форме легла в основу представлений отдельных коллег, рассматривающих механизм проекции и, в частности, проек-

тивную идентификацию как центральную составляющую контрпереноса.

В 1951 году М. Литтл опубликовала работу, в которой глубоко исследовалась комплексная природа отношений переноса — контрпереноса (Little, 1951). Литтл подчеркивала, что эти отношения неизбежно содержат смесь нормальных и патологических элементов психики пациента и психики аналитика. Исследовав контрперенос более глубоко, чем это делалось ранее, Литтл показала, что конфликтные мотивы аналитика (включая его потребность в репарации вследствие своей бессознательной агрессии) становятся для него как источником желания излечить пациента, так и желания сохранить его больным. Несколько лет спустя Литтл внесла еще один важный вклад в изучение темы контрпереноса. Она обратила внимание на то, что параноидные и депрессивные чувства аналитика играют критически важную роль в лечении, а успешность анализа зависит во многом от удовлетворительности проработки патологии аналитика (Little, 1957).

Работы Винникотта, Хайманн и Литтл оказали серьезное влияние на будущее развитие концепции контрпереноса, по крайней мере, в Британии, Южной Америке и некоторых странах Европы. Подход Винникотта, который строился на понимании контрпереноса как явления, индуцированного проекцией внутренних объектов пациента, был расширен и углублен коллегами из Британской школы объектных отношений (Fairbairn, 1952; 1963; Guntrip, 1961), которые с большей утонченностью и достоверностью исследовали и картографировали эту территорию. Для них контрперенос стал эквивалентом любого отклика аналитика, отражающего спроецированный и вложенный в аналитика внутренний объектный мир пациента. Такой взгляд на контрперенос разделяется сегодня многими коллегами, получившими образование в рамках этой традиции, и он послужил основой для разработок таких авторов, как Боллас, Кейсмент, Сандлер и многих др. (Bollas, 1987; Casement, 1985; Sandler, 1962).

Ключевые положения работ Хайманн и Литтл отражают идеи, принадлежавшие Мелани Кляйн (Klein, 1921–1945), чье влияние в послевоенной Британии очень быстро росло. Кляйн принадлежала идея о том, что в психике нарушенных индивидов действуют примитивные параноидно-шизоидные механизмы. Она говорила о проникающем характере проективной идентификации таких пациентов. Эти представления Кляйн ведут к естественному логическому продолжению — убежденности, что аналитик неизбежно будет испытывать на себе влияние подобных примитивных механизмов и что понимание контрпереноса является центральным моментом аналитического процесса. Кляйнианский подход к контрпереносу сегодня модифицирован и расширен комплексными замечаниями о восприятии друг друга пациентом и аналитиком и тонкими нововведениями в технике (Joseph, 1985; Steiner, 1993). Но все же начало свое он берет в идее о том, что субъективные переживания аналитика прежде всего, хотя и не исключительно, являются продуктом проективной идентификации. Согласно Кляйн, именно влияние, оказываемое на аналитика проецируемыми в него пациентом параноидно-шизоидными состояниями, составляет наиболее важный и потенциально наиболее полезный аспект контрпереноса.

Хотя У. Бион и не фокусировался непосредственно на контрпереносе как таковом, он подчеркнул значение психологии аналитика в успешной клинической работе (Bion, 1967). Бион определял психоанализ как эмоциональную жизнь, в которую глубоко вовлечены аналитик и пациент, связанные узами интенсивных взаимоотношений. Он указывал, что ценности и установки аналитика передаются пациенту и, следовательно, оказывают влияние на возникающий в ходе работы материал. Он был убежден, что важнейшим препятствием на пути эффективной аналитической работы являются имеющиеся у аналитика фантазии о всемогуществе и его стремление цепко держаться за излюбленную теорию и догматическое знание. Бион говорил, что аналитик должен стремиться подходить к каждому часу своей работы «без памяти и желания», благодаря чему он сможет сбросить с себя тяжесть субъективности (Bion, 1967). Верность предрассудкам может наносить вред

способности аналитика слышать то, о чем ищет возможности сообщить пациент. Бион сделал предметом рассмотрения имеющуюся у аналитика, как и у пациента, потребность избегать боли, часто сопровождающей процесс самопознания. В попытках минимизировать эту боль, подчеркивал Бион, аналитик может фокусировать свое внимание на материале, менее болезненном и проблемном для него самого и для пациента, и таким образом вступать с пациентом в «тайный сговор». Идеи Биона оказали серьезное влияние на мышление многих коллег, главным образом принадлежащих к кляйнианской и интерсубъективной школам. Хотя и непрямым путем, Бион тем не менее существенно углубил наше понимание специфической роли контрпереноса в аналитическом процессе.

Во Франции Ж. Лакан и его школа играли ведущую роль в концептуализации аналитического процесса (Lacan, 1966). Касаясь вопросов, связанных с контрпереносом, Лакан отмечал, что определенные установки аналитика могут стать препятствиями для полного разворачивания аналитического процесса. Центральным среди подобных препятствий Лакан считал принятие аналитиком идентификации пациента с ним. Лакан говорил, что очень опасно, когда у аналитика возникает желание уверенности и ожидание специфических ответов, которые служили бы подтверждением верности предложенных им интерпретаций. Он также считал, что желание аналитика быть ученым (т. е. искать доказательства как для формулировки интерпретации, так и для того, чтобы подтвердить ее правомерность) может быть помехой для анализа. Эффективная аналитическая работа в представлении Лакана — это длительное исследование способов и путей, которыми бессознательное проявляет себя в образах, символах и метафорах. Как и Ракер (Racker, 1968), Лакан подчеркивал, что у кандидата имеется желание угодить супервизору и учителям, соответствовать традиции и стилю обучающего его психоаналитического института. Подобная установка явно включает контрпереносные реакции и может серьезно вредить нормальной психоаналитической работе.

В США О. Кернберг (Kernberg, 1965; 1976) стремился интегрировать в своих работах конкурирующие точки зрения на контрперенос. Опираясь на кляйнианскую теорию и теорию объектных отношений, равно как и на работы Э. Джекобсон, посвященные взаимоотношениям самости и объекта (Jacobson, 1964), Кернберг сформировал комплексную и оригинальную теорию контрпереноса, которая иллюстрирует, как идея проективной идентификации может быть интерпретирована в эго-психологической перспективе. Кернберг подчеркивал, что неразрешенные конфликты аналитика, активируемые материалом пациента, образуют важный компонент контрпереносной реакции.

Точку зрения Гротштейна можно отнести к кляйнианско-бионовской традиции (Grotstein, 1981). В его работах внимание сконцентрировано не на вкладе невротических конфликтов аналитика в контрперенос, а на значимости тех путей, которыми агрессия и зависть пациента продуцируют в аналитике мощнейшие аффекты.

В стороне от упомянутых авторов стоят работы Томаса Огдена (Ogden, 1994) и нескольких американских психоаналитиков, чьи позиции в отношении контрпереноса характеризуются иными акцентами и, соответственно, другой манерой концептуализации темы. Центральное значение здесь имеют два фактора, которые часто не принимаются во внимание. Первый связан с историей психоанализа в Америке после Второй мировой войны. Второй связан с тем влиянием, которое эго-психология и, в частности, идеи конфликта и компромиссного образования оказали на американских аналитиков. После войны в течение нескольких десятилетий в американском психоанализе доминировали прибывшие в Америку из Европы психоаналитики, имевшие тесные связи с Фрейдом и близким к нему кругом людей. Анализ в том виде, в котором они обучались ему у своих учителей, являлся для них чудесным даром, который следовало охранять от разбавления чужими идеями и от посторонних людей. Аналитики старались передать его в неизменном виде следующему поколению учеников. Их тревога по поводу возможно-

го загрязнения психоанализа возрастала из-за пребывания в незнакомой стране (культуру которой сам Фрейд считал чужой и которой явно не симпатизировал). Эта тревога стала причиной того, что аналитики сомкнули свои ряды и долгое время оставались практически невосприимчивыми к идеям тех, кто не принадлежал к лагерю Фрейда. Для них идеи Мелани Кляйн (Klein, 1946; 1952) были продуктом фантазии, а в «Дискуссии о противоречиях», происходившей между Анной Фрейд и Мелани Кляйн в 50-х годах, старые аналитики стабильно занимали сторону Анны Фрейд. Как и большинство английских фрейдистов, они оценивали идеи Мелани Кляйн относительно младенческих психических состояний как спекулятивные, беспочвенные и столь мало доказуемые, что в течение многих лет им даже не уделяли серьезного внимания. Если не считать нескольких исключений, то можно сказать, что в американских психоаналитических институтах о Кляйн вообще не говорили, и лишь в последние годы появилась восприимчивость к ее идеям, поскольку некоторые студенты захотели изучить ее работы и понять их.

Что же касается перспективы объектных отношений, то она рассматривалась как поверхностный подход, который пожертвовал глубокой теорией влечений и недооценил роль инфантильной сексуальности. Как следствие этого, лишь некоторые американские студенты получили систематическое представление о работах Винникотта, Фэйрберна и других видных представителей теории объектных отношений. В течение многих лет американские аналитики лишь поверхностно знакомились с точкой зрения британских коллег на концептуализацию и использование контрпереноса.

Когда в начале 50-х Хайманн и Литтл опубликовали свои работы, посвященные контрпереносу, их теории, испытавшие на себе влияние идей Кляйн, прозвучали для многих фрейдистов подобно сигналу тревоги. Фрейдисты отмечали, что вместо того чтобы рассматривать контрперенос в качестве препятствия на пути верного понимания (как это делал Фрейд), британские психоаналитики стали рассматривать контрперенос как ключ к пониманию внутреннего мира пациента. Опираясь на представление о том, что конфликты пациента могут быть обнаружены и поняты только путем осторожного и тщательного анализа его эго-защит и что контрперенос представляет собой активацию потенциально опасных конфликтов аналитика, американские фрейдисты были очень серьезно настроены против новых идей.

Говоря от имени классического психоанализа, Анни Райх прокомментировала нововведения, предлагаемые английскими коллегами. В своих работах она прояснила доминировавшую среди традиционных аналитиков точку зрения на контрперенос, признавая, что он действительно является неизбежной и необходимой составляющей анализа, свидетельствующей о глубине эмоциональных связей (Reich, 1951; 1960; 1961). Однако Райх вновь повторила замечание Фрейда о необходимости для аналитика подчинить себе свой контрперенос. Контрперенос, говорила она, это вовсе не королевская дорога к бессознательному. Скорее это репрезентация возникающих у аналитика конфликтов, способных оказывать влияние на то, как он будет реагировать на коммуникации своего пациента. Описывая разнообразие контрпереносных реакций, Райх показывала, как часто в процессе анализа устоявшиеся характерологические черты аналитика, наравне с непосредственными контрпереносными реакциями, оказываются существенной помехой (Reich, 1951). Влияние работ Райх в Америке было огромным. Около двух десятилетий взгляд Райх на контрперенос разделялся большинством аналитиков-традиционалистов в этой стране. Даже в случаях, когда этот вопрос становился предметом дискуссий (насколько это было возможно в то время), точка зрения Райх обычно оказывалась итоговым вердиктом. Работы Райх укрепили убежденность в том, что контрперенос представляет собой проблему — в зависимости от обстоятельств более или менее серьезную, — которая должна быть устранена либо путем самопроверки, либо в ходе дополнительного анализа. В течение какого-то периода

в Америке над темой контрпереноса опустился занавес молчания. Самого понятия избегали, и это привело к табуированию темы. Хорошим американским аналитикам контрперенос не причинял большого беспокойства, и они эффективно справлялись с теми небольшими осложнениями, которые он все же создавал. Студенты в своих клинических докладах стали бояться признавать существование контрпереноса. В Нью-Йоркском психоаналитическом институте, ситуация которого была типичной для большинства классических институтов, контрперенос обсуждался чрезвычайно редко. Эта тема не возникала ни на клинических конференциях, ни на презентациях; в курсе техники она упоминалась, но не получала никакого развития. Заслуги Хайманн, Литтл и их последователей отрицались, а если в ходе супервизии у кандидата отмечалась доля контрпереносного поведения, то он чаще всего получал рекомендацию поработать над этим вопросом со своим аналитиком.

Общая атмосфера молчания и отторжения, окутывавшая в то время тему контрпереноса распространялась и на литературу. В конце 50-х и в 60-е по данной теме появилось лишь несколько случайных работ, и вообще тема казалась мертвой.

Однако и в этот период был ряд исключений из правила, — несколько американских психоаналитиков внесли немаловажный вклад в понимание проблемы контрпереноса. Наиболее влиятельным из них был Отто Айсакауэр (Isakower, 1963a). Его замечания об аналитических инструментах как о принадлежащей пациенту и аналитику временной смеси, слиянии бессознательных каждого из них, оказались продуктивной идеей, которая была не только подхвачена позднейшими исследователями бессознательной коммуникации в психоанализе (Reiser, 1997; Dahl et al., 1988), но и поставила активно обсуждаемый в наши дни вопрос о технике.

Айсакауэр уделял большое внимание регрессии аналитика (Isakower, 1963b). Для того чтобы коммуникация была эффективной, говорил он, психика пациента и психика аналитика должны быть в состоянии временной регрессии, достижение которой облегчается использованием кушетки, свободными ассоциациями, молчаливым ожиданием аналитика и его свободно парящим вниманием. Только когда соблюдаются все эти условия, аналитик может использовать возникающие в его душе фантазии и воспоминания как инструмент, пригодный для работы с бессознательным пациента.

В настоящее время идеи Айсакауэра о критической необходимости регрессии для продуктивного использования контрпереноса достаточно часто забываются. Некоторые аналитики в Америке и за ее пределами проявляют огромный интерес к этой теме, считая ее недостаточно исследованной.

Еще несколько авторов того времени внесли важный вклад в развитие концепции контрпереноса. Фромм-Райхманн, вслед за Винникотом, писала о необходимости использования контрпереноса в работе с серьезно нарушенными пациентами (Fromm-Reichmann, 1950). Тауэр, точка зрения которой совпадает с позицией Литтл (Little, 1951), подчеркивала, что совокупность отношений переноса-контрпереноса имеет интерактивную природу (Tower, 1956). Ей же принадлежит идея о том, что параллельно с неврозом переноса развивается невроз контрпереноса. Таким образом, Тауэр представляла себе психоанализ как процесс, в ходе которого происходит длительное и обширное взаимодействие аналитика и пациента на уровне бессознательного. Она считала, что разрешение проблемы отношений переноса прямо зависит от способности аналитика осознать и проработать собственный невроз контрпереноса.

Бенедек развила принадлежащую Ференци и Балинтам идею о том, что пациенты интуитивно угадывают установки и чувства аналитика, добавив, что личность аналитика играет ключевую роль на любом из этапов лечения (Benedek, 1953; Ferenczi, 1919; Balint, Balint, 1939).

Гительсон, изучавший проблему контрпереноса и посвятивший несколько работ рассмотрению влияния Райх на развитие этой концепции, постепенно за-

нял даже более консервативную позицию, чем сама Райх (Gitelson, 1952; 1962). В своих ранних работах Гительсон писал о важности адекватного использования контрпереноса как аналитического инструмента (Gitelson, 1952). Он даже признавал, что выборочное раскрытие аналитика перед пациентом в определенных терапевтических ситуациях может быть полезно. Однако десять лет спустя Гительсон пришел к глубокому убеждению о незначительности роли контрпереноса в психоанализе. Изменения, подчеркивал он, происходят прежде всего благодаря действию интерпретации защит, а не под влиянием личности аналитика или, как считают некоторые коллеги, благодаря взаимодействию пациента и терапевта на бессознательном уровне.

Сирлз, который, как и Фромм-Рейхманн, находился под влиянием идей интерперсоналистской школы, уделял в своих работах основное внимание анализу переживаний пациента, находящегося «лицом к лицу» с аналитиком (Searls, 1975). Как и Бенедек (Benedek, 1953), Сирлз подчеркивал мысль о том, что пациент интуитивно выстраивает образ аналитика. Однако часто случается так, — писал Сирлз, — что пациент, подобно ребенку, желающему помочь своим подавленным родителям, начинает пробовать исцелить своего аналитика. До тех пор пока аналитику не удастся осознать и эффективно интерпретировать эту ситуацию, терапевтические отношения будут напоминать тайный сговор, негласную сделку с пациентом. Подобная ситуация является невротической ловушкой, ставящей под угрозу возможность осуществления сепарации пациента от родителя-аналитика.

Хотя сами по себе перечисленные идеи достаточно ценны, они не вызвали серьезного интереса к теме контрпереноса в Америке. Этим авторам не удалось изменить традиционное представление о том, что контрперенос является серьезной проблемой, с которой должен справляться любой человек, а аналитик — в первую очередь. Такая точка зрения на контрперенос оставалась в Америке доминирующей в течение более чем двадцати лет.

В других сообществах ситуация была совершенно иной. Под влиянием идей Мелани Кляйн и теоретиков школы объектных отношений, которые делали серьезный акцент на субъективности аналитика как средстве доступа к бессознательному пациента, коллеги в других странах, например в Британии, терпимее относились к контрпереносу. Проблема широко обсуждалась, и это не причиняло психоаналитикам неудобств. В Британии и в других странах, испытавших на себе серьезное влияние идей Кляйн, использование контрпереноса как рабочего инструмента стало характерной чертой психоаналитического подхода.

Передовым регионом в этом отношении была Латинская Америка. Аргентинский аналитик Хайнрих Ракер (Racker, 1958; 1968) своими пионерскими исследованиями пролил свет на многие неизученные ранее стороны проблемы контрпереноса. Ракер провел чрезвычайно важные и полезные различия между видами контрпереносных реакций. Он показал, что некоторые из контрпереносных реакций возникают в результате идентификации аналитика с внутренними объектами пациента, тогда как другие развиваются вследствие идентификации аналитика с влечениями и эго-состояниями пациента. По мнению Ракера, в первом случае это следует называть согласующейся (concordant) идентификацией, а во втором — дополнительной (complementary). Кроме того, Ракер ввел различие между прямыми и косвенными контрпереносными реакциями. Прямыми, по его мнению, можно называть те реакции, которые стимулируются пациентом. Косвенные контрпереносные реакции возникают как комплексный феномен. Они представляют собой эмоциональную реакцию на супервизоров, учителей, коллег и других значимых людей, оказывающих влияние на восприятие аналитика и стиль его работы с пациентом. Ракер утверждал, что на аналитика могут влиять его собственные эмоциональные реакции на персонажей из мира пациента, рождающих в нем определенные фантазии и воспоминания. Например, мужчина-аналитик может конкурировать с супругом своей пациентки-женщины. Подобные обострения собственных эдиповых пережи-

ваний будут оказывать незаметное (или заметное) влияние на то, как аналитик станет воспринимать свою пациентку. Подобным же образом пациент, который в реальной жизни имеет опекающую материнскую фигуру, может спровоцировать обострение преэдиповых конфликтов аналитика. Открытие Ракером этих непрямых, но чрезвычайно важных измерений контрпереноса проложило путь дальнейшим исследованиям. Идеи Ракера многим позволили понять, что контрперенос является очень сложным и комплексным типом реакции, сжато выражающим желания, фантазии, воспоминания и запреты Супер-Эго. Можно отметить два основных аспекта влияния новаторских идей Ракера. Во-первых, они стимулировали интерес к контрпереносу как феномену, значимость которого сложно переоценить. Во-вторых, они стали важной вехой в развитии представления о том, что аналитический процесс — это не только раскрытие бессознательных фантазий и убеждений, но и создание новой психической реальности. Такой позиции сегодня придерживаются многие американские аналитики, среди которых следует в первую очередь отметить Столороу и Хоффмана (Stolorow, 1983; 1992; Hoffman, 1991).

Другой представитель Латинской Америки, Леон Гринберг, развивал кляйнианский подход к изучению контрпереноса (Grinberg, 1957). Он подчеркивал, что в ответ на проективную идентификацию пациента аналитик реагирует собственной проективной контридентификацией. В отличие от большинства теоретиков кляйнианской школы, считавших, что контрперенос является репрезентацией спроецированного внутреннего мира пациента, Гринберг утверждал, что в интенсивных отношениях переноса-контрпереноса имеет место обоюдная проекция. Позиция Гринберга обогатила кляйнианскую концепцию, выделив то обстоятельство, что контрперенос неизбежно содержит смесь элементов, проецирование которых происходит с обеих сторон.

В конце 70-х в Америке стали отмечаться некоторые изменения. Неожиданно, словно после прорыва плотины, в американские журналы хлынул поток статей, по-

священных проблеме контрпереноса. Эта тема вдруг стала интересна американским аналитикам и постепенно превратилась в стержень практически любых психоаналитических дебатов. Несмотря на кажущуюся внезапность, такие изменения на деле были результатом суммирования множества различных факторов. Возможно, наиболее серьезным из этих факторов были изменения в расстановке сил на американской психоаналитической арене. Влияние старых европейских аналитиков с течением времени ослабевало, американские аналитики все больше попадали под влияние идей, выходящих за рамки фрейдистского канона. Работы Ракера, теоретиков британской школы объектных отношений и кляйнианцев становились все более популярными. Они пробуждали интерес к исследованию субъективности аналитика и путей, которыми эта субъективность входит в соприкосновение с внутренним миром пациента. Кроме того, важную роль сыграло налаживание контактов между американскими аналитиками и их соотечественниками, обучавшимися в интерперсоналистских школах. Знакомство традиционных аналитиков с идеями Салливана, Томпсон, Фромм-Рейхманн и Хорни позволило им иначе посмотреть на интерперсональные характеристики анализа, которым в классической подготовке уделялось очень мало внимания (Sallivan, 1953; Tomson, 1964; Fromm-Reichmann, 1950; Horney, 1939).

Работы Кохута, вызвавшие серьезную критику со стороны традиционных аналитиков, тоже внесли свой вклад в освещение темы контрпереносных переживаний (Kohut, 1971). Кохут считал, что важнейшим аналитическим инструментом является эмпатия, уровень которой, по его мнению, зависит от способности аналитика использовать опосредованные виды интроспекции. Иначе говоря, Кохут делал акцент на использовании субъективности аналитика, включая контрперенос как средство понимания бессознательных сообщений пациента. Следовательно, Кохут, хотя и непрямо, подчеркивал важность использования контрпереноса в анализе. По мере того как идеи Кохута получали все более широкое признание и глубже интегрировались в структу-

ру психоаналитической теории, положение о важности саморефлексии и самонаблюдения становилось общепринятым.

В новой атмосфере, воцарившейся в психоанализе, аналитики ощутили возможность более свободно исследовать собственные контрпереносные отклики, писать о них, делиться своими наблюдениями с коллегами. В своих институтах, на официальных встречах и в повседневном общении они стали свободнее говорить об эмоциональных реакциях на пациентов и влиянии, которое оказывают эти реакции на терапевтическую работу.

На представление о психоанализе повлияло и то обстоятельство, что в смежных областях, особенно в литературе и философии, доминировавшая раньше позитивистская точка зрения уступила дорогу новому релятивизму и деконструкции. Аналитик больше не представлялся как единственный и исключительный обладатель истинного знания о психологии пациента, изрекающий эту истину в своих интерпретациях. Пациент все больше становился партнером, спутником в аналитическом путешествии, чьи инсайты и интуиция заслуживают глубокого доверия. Анализ теперь рассматривался как проект, в котором сотрудничающие пациент и аналитик вместе раскрывают содержания бессознательных фантазий и совместно конструируют то, что Спенс назвал «повествовательной истиной» (Spence, 1982). Сами аналитики, попытавшись в свете современных знаний рассмотреть некоторые из своих излюбленных теорий и способов работы, обнаружили, что и здесь содержатся элементы контрпереносных реакций на обучающих аналитиков и супервизоров.

В этом новом климате появились на свет работы многих авторов, заинтересовавшихся контрпереносом в результате исследования таких тем, как разыгрывание (enactment), интерсубъективность и самоанализ. В этой плеяде наиболее яркими были работы М. Гилла (Gill, 1982). Гилл уделял особое внимание анализу переноса, или, как он сам это описывал, переживаниям пациента, связанным с аналитиком. Такой подход послужил мощным стимулом для исследования не только эффектов переноса, но и того влияния, которое субъективные реакции аналитика оказывают на восприятие пациента.

Работы Швабера помогли аналитикам ощутить всю тонкость и сложность процесса слушания и осознать те пути, которыми базовые допущения, теории, гипотезы и оценки, предубеждения и идиосинкразические реакции аналитика предопределяют его манеру слушать (Shwaber, 1983; 1988).

В работах Поланда глубоко исследовались способы диадного взаимодействия пациента и аналитика (Poland, 1986; 1988). В этом взаимодействии каждый из них отделен, однако связан с другим через резонанс бессознательных психических процессов. Позиция Поланда имеет много общего с идеей Айсакауэра о том, что в ходе аналитического часа бессознательное пациента и бессознательное аналитика формируют временный союз, делающий возможным коммуникацию между сторонами (Isakower, 1963).

В серии своих семинарских публикаций МакЛафлин проиллюстрировал, как часто и причудливо переплетаются жизни аналитика и пациента, как тонко разыгрывание отдельных моментов личных историй пациента и аналитика влияет на аналитический процесс (McLaughlin, 1975; 1981; 1988).

Гарднер оригинально и глубоко исследовал свою внутреннюю работу в пространстве аналитического часа, на примере отдельных случаев показав глубокую связь возникающих в процессе слушания воспоминаний и образов фантазии с материалом пациента (Gardner, 1983).

Боески в своих работах убедительно продемонстрировал, что контрпереносное разыгрывание в аналитической работе не только неизбежно, но и представляет собой важный способ терапевтического воздействия (Boesky, 1996). Хотя само разыгрывание обязательно следует подвергать анализу, по мнению Боески, успешность аналитического лечения напрямую зависит от актуализации определенных контрпереносных реакций. Только таким путем пациенты могут достигнуть

действительно глубокого понимания характера своего влияния на аналитика и осознать, как отношения переноса-контрпереноса могут пролить свет на их личную историю.

Работа Чузед позволила прояснить значение роли разыгрывания в психоанализе детей и взрослых пациентов (Chused, 1991). Подобно Боески, Чузед рассматривает разыгрывание как неизбежный и потенциально полезный компонент анализа, позволяющий более глубоко разобраться в переносных-контрпереносных взаимоотношениях. Однако Чузед неоднократно и настойчиво подчеркивает, что аналитик должен контролировать себя и прилагать все усилия, для того чтобы отследить попытку разыгрывания. Через такую саморефлексию аналитик достигает способности пресекать поведение, потенциально способное навредить пациенту. Параллельно он научается достигать инсайтов относительно тех взаимодействий, в которые его вовлекает пациент.

Столороу пытался концептуализировать интерсубъективность аналитического процесса (Stolorow, 1983; 1992). Отметив, что психоанализ традиционно развивался как «психология одной персоны», Столороу заявил, что в анализе мобилизуются субъективные миры пациента и аналитика и что между этими мирами существует масштабная и протяженная коммуникация. Анализ, по Столороу, обнаруживает напряженные и длительные взаимные влияния этих миров. Подобные идеи были расценены традиционными аналитиками как поверхностные, излишне фокусированные на объектных отношениях и не принимающие во внимание влечения и инфантильную сексуальность, однако позиция Столороу оказала на психоанализ очень серьезное влияние.

Работы Огдена открыли новую перспективу концепции контрпереноса (Ogden, 1983; 1997). Отталкиваясь от кляйнианской модели проективной идентификации, Огден сконцентрировал внимание на мечтах (reveries) аналитика, расценив их как важный источник информации о внутреннем мире пациента. Огден также разрабатывал концепцию *аналитического третьего* в психоанализе, использовав этот термин для обозначения тех идей и представлений, которые были совместно созданы в процессе аналитической работы пациентом и аналитиком. Понятие *аналитического третьего*, как и идея Барангер (Baranger, 1993) об *аналитическом поле* — фантазиях, совместно конструируемых в процессе анализа, — является оригинальной и продуктивной гипотезой, которую еще предстоит проверить. Кроме того, работы Огдена убедительно показали, что действия аналитика, часто осуществляемые бессознательно, выполняют функцию интерпретаций и воспринимаются пациентом в этом качестве.

Шафер в своих работах проиллюстрировал, как с течением времени аналитик выстраивает для себя картину внутреннего мира пациента, которая неизбежно представляет собою слияние отдельных моментов личной истории пациента и самого аналитика (Shafer, 1959). Такая картина помогает аналитику создавать повествование, облегчающее пациенту организацию и понимание своего психологического опыта. Сделанные Шафером в последние годы четкие и прозрачные комментарии к работам современных кляйнианцев послужили более полному и близкому знакомству американских аналитиков с творчеством этих авторов. Выраженный в работах современных кляйнианцев акцент на взаимодействии «здесь и сейчас» между пациентом и аналитиком, на использовании субъективности аналитика (особенно в том, что касается влияния на терапевта проективной идентификации) и на исследовании фантазий пациента об аналитике оказывает все более существенное влияние на стиль работы американских коллег (Joseph, 1985; Steiner, 1993; Feldman, 1993; Spillius, 1993).

Ключевой фигурой дискуссий о контрпереносе и значении субъективности аналитика является сегодня Оуэн Реник (Renik, 1993; 1995). Лишь немногие авторы в последнее время вызывали такое количество споров. Ренику удалось за последние несколько лет поставить под сомнение и сделать предметом дискуссий многие из концепций, которые долгое время были священными для традиционных аналитиков. Усомнившись в валид-

ности таких концептов, как нейтральность, абстиненция и объективность, Реник настаивает на том, что субъективность аналитика является исходным и неустранимым компонентом аналитического процесса. Следовательно, она оказывает глубокое и длительное влияние на сам процесс психоанализа. Принимая эту реальность, мы делаем понятие *контрперенос* абсолютно излишним, говорит Реник. Субъективность аналитика вдохновляет весь процесс лечения. Разыгрывание бессознательно присутствует во всем, что аналитик говорит и делает, включая поведение, которое может казаться ему нейтральным и/или объективным. Субъективность аналитика не может быть идентифицирована или взята под контроль до того, как она проявится в разыгрывании. Она неизбежно будет сохраняться, зримо и незримо. Вместо того чтобы стремиться выполнить нереалистическую задачу (контролировать свою субъективность), аналитику следует, согласно Ренику, попытаться сделать субъективность частью своей работы. Иначе говоря, разыгрывание должно быть привнесено в анализ, обсуждено, а его влияние на пациента и на аналитическую работу следует тщательно изучить. Реник считает, что для аналитика крайне важно уметь делиться с пациентом некоторыми своими идеями, мнениями и убеждениями, для того чтобы они открыто и явно были обсуждены в процессе работы. Аналитики просто обманывают себя, когда считают, что их ценности, установки и убеждения не передаются пациенту, — говорит Реник. Сам он утверждает, что все как раз наоборот. Нравится это нам или нет, субъективность аналитика передается пациенту в процессе лечения множеством путей и на различных уровнях. Поскольку это так, аналитику следует открыто декларировать свою точку зрения, чтобы пациент смог оценить ее влияние на себя.

Позиция Реника интенсивно обсуждалась среди его коллег, которые считали, что в запале своей борьбы с классическим психоанализом Реник легкомысленно выбросил многое из того, что ценно. По их мнению, Реник отказался от прошедших проверку временем идей, составляющих основу метода. Иконоборческие усилия Реника, тем не менее, несомненно, оказали полезное влияние, стимулировав активные дискуссии о природе аналитического процесса и о том, какие идеи и методы в классической традиции стоит сохранить неизменными, а что следовало бы пересмотреть. Хотя позиция, занятая Реником, достаточно оригинальна, он не единственный, кто ставил под сомнение ценность концепции контрпереноса. Несколько лет назад МакЛафлин заявил о том, что в наши дни контрперенос трактуется столь свободно и беспорядочно, что он утратил большую часть своей значимости (McLaughlin, 1981). Следуя этой логике, МакЛафлин предположил, что контрперенос как понятие самоустранился, и теперь мы говорим, по сути, о переносе аналитика. Хотя эти размышления были достаточно логичными и могли бы несколько прояснить ситуацию, они не получили широкого признания.

Создается впечатление, что контрперенос — это понятие, которое совсем не собирается уходить. Подобно своему двойнику — переносу, оно стало устоявшейся составляющей нашего лексикона. Некоторые коллеги трактуют его содержание более широко, другие — менее широко, однако существует разделяемое большинством согласие относительно того, что же все-таки понимать под термином *контрперенос*. Контрперенос понимается как спектр эмоциональных ответных реакций аналитика на пациента, включая реакции переноса аналитика. В этом определении делается ударение на слове *ответных*, что позволяет развести *контрперенос* и более широкое понятие *субъективность аналитика*. Субъективность может включать набор различных реакций (таких, например, как реакция на боль от физического повреждения), которые хотя и могут оказывать влияние на восприятие аналитиком пациента, возникают все же независимо от него.

Однако даже в самом общем определении понятия *контрперенос* содержится очень много неоднозначного и проблемного. Правда ли, что, как говорят некоторые коллеги, контрперенос является преимущественно (если не исключительно) проекцией внутреннего мира пациента? Является ли проективная идентификация ос-

новным механизмом контрпереноса? Действительно ли контрперенос состоит главным образом из спроецированных элементов тех ранних психических состояний, которые Кляйн определила как *параноидно-шизоидную позицию*?

Кажется, что, хотя и в модифицированном виде, актуальной сегодня остается идея Паулы Хайманн о существовании в контрпереносе прямого канала между бессознательным пациента и аналитика. Понятие проективной идентификации (у разных авторов звучащее по-разному) дает определенные подтверждения истинности такого предположения. Однако противники этой идеи убедительно доказывают, что проекция пациента, сколь бы интенсивной и подавляющей она ни была, не может репрезентироваться в психике аналитика прямым путем. Коллеги различных «вероисповеданий» все чаще признают, что контрперенос, подобно другим аспектам психического функционирования, является комплексной сущностью. Он содержит в себе производные и проекций пациента, и психологии аналитика (включая его личную историю и конфликты), и ситуации переносных взаимоотношений «здесь и сейчас». С этой точки зрения контрперенос, как и перенос, является сложным образованием, состоящим из различных элементов и изменяющим свою форму в процессе развития аналитической ситуации.

Такая позиция, основывающаяся главным образом на идее компромиссного образования и принципе множественного психического функционирования, характерна для большинства современных американских аналитиков. Бреннер, который сегодня является одним из самых убежденных и убедительных сторонников такого подхода, достаточно успешно анализирует в своих работах контрперенос в этих терминах (Brenner, 1983; 1985).

Другой полемической зоной является использование контрпереноса и степень, в которой аналитик может отслеживать и контролировать его. Точка зрения Реника, как уже отмечалось, заключается в том, что субъективные реакции аналитика, включая его специфические контрпереносные отклики, неизбежно присутствуют в анализе еще задолго до того, как они могут быть сознательно отмечены и поняты аналитиком. Реник считает фикцией, что аналитик может посредством саморефлексии контролировать свои контрпереносные реакции.

Противоположную позицию занимает Джейк Арлоу, разделяющий точку зрения традиционных аналитиков (Arlow, 1993). Саморефлексия является одной из наиболее важных функций аналитика. Интуиция и другие субъективные переживания терапевта могут дать очень ценные подсказки о том, что происходит с пациентом. Внутренние реакции следует отслеживать и подвергать когнитивной обработке, противопоставляя субъективность аналитика ассоциациям пациента. Арлоу также подчеркивает важность использования образов и метафор, ассоциативных связей между мыслями для получения объективных доказательств верности догадок аналитика.

Другой вопрос, интенсивно обсуждаемый сегодня в США, касается проблемы психологической истины и того, обнаруживается ли она в процессе анализа либо создается совместными усилиями пациента и терапевта. Поланд, Чузед и Боески придерживаются мнения, что, хотя контрперенос аналитика часто помогает добраться до сути бессознательных конфликтов пациента, сама реакция контрпереноса не изменяет этих конфликтов (Poland, 1988; Chused, 1991; Boesky, 1990). Основной задачей аналитической работы является осознание и разрешение давних и глубинных конфликтов.

Совершенно иную позицию, которую можно охарактеризовать как социально-конструктивистскую, занимает Ирвин Хоффман (Hoffman, 1991). Как и Реник, Хофманн считает, что субъективность аналитика всегда присутствует в анализе, оказывая влияние на все, что происходит в терапии. Развивая эту идею значительно дальше, чем это сделал Реник, Хоффман утверждает, что субъективные отклики аналитика не только оказывают серьезное влияние на возникновение материала, но и помогают пациенту создать новую психическую реальность. Постепенно выделяясь из сплава переносно-

контрпереносных отношений, эта новая реальность подменяет или замещает невротические компромиссные образования, которые прежде являлись частью внутреннего мира пациента и были корнем его проблем. Можно представить себе, насколько жаркие споры в Америке вызвала идея Хоффмана и тот анализ, который он предлагал. Формулировки Хоффмана были значительно расширены и уточнены Спенсом, который рассматривал аналитическую работу скорее как создание «повествовательной» истины, чем поиск истины «исторической» (Spence, 1982).

Все больше обсуждается в последнее время проблема самораскрытия и его роли в аналитической работе. И хотя до недавних пор эта тема была суровым табу, самораскрытие в различных своих формах сегодня становится предметом исследований и экспериментов.

Доказывая, что пациенты воспринимают значительно больше информации, чем можно предположить из их вербализации, Арон утверждает, что активное задавание вопросов о таких ситуациях на определенном этапе аналитической работы открывает совершенно новые горизонты (Aron, 1991). Арон, как и Реник, глубоко убежден, что аналитику иногда совершенно необходимо открыто выражать свое мнение и убеждения. Сторонники этой позиции подчеркивают, что, раскрывая себя таким образом, аналитик не вредит переносу, не устраняет его, а просто делает явным и очевидным то, что ранее передавалось скрытыми и непрямыми путями.

Многие коллеги начинают исследовать возможности выборочного самораскрытия. Наиболее отчетливо эта линия размышлений представлена в работах Кристофера Болласа, который убедительно доказывает, что рассудительно делясь с пациентом отдельными наблюдениями, относящимися к собственным контрпереносным реакциям, аналитик открывает возможность доступа к определенным сторонам самости пациента, недоступным для исследования в других случаях (Bollas, 1987).

Дэвис и Милетик тоже поддерживают идею разумности самораскрытия в специфических и ограничен-

ных условиях с целью облегчить пациенту задачу осознать свои проекции и устоявшиеся предрассудки (Davies, 1994; Miletic, 1998). Рейзер при помощи нейрофизиологических исследований показал, что банки памяти аналитика активируются материалом пациента (Raiser, 1997). Когда аналитические инструменты терапевта приведены в созвучие с пациентом, подчеркивает Рейзер, воспоминания аналитика глубоко и осмысленно связаны с ассоциациями пациента. По мнению Рейзера, эти открытия подтверждают идею Айсакауэра о том, что, делясь с пациентом определенной частью возникших у него внутренних откликов, аналитик продвигает терапевтический процесс (Isakower, 1963).

В последнее время анализ пациентов, пострадавших от серьезной психологической травмы в детском возрасте, стал сферой психоаналитической работы, в которой контрперенос используется как основной инструмент. Как показала МакДугалл во Франции и Митрани в США, подобные пациенты неспособны вербализовать свои чувства, а их ассоциации не обеспечивают успешного доступа к переживаниям, связанным с травматическим опытом (McDougall, 1979; Mitrani, 1995). Только через свои субъективные отклики, возникающие в ходе сеанса, аналитик может добраться до внутреннего мира такого пациента. Подобные исследования, вместе с клиническими исследованиями таких коллег, как Уэлдрон и Дал, изучавших обмен между пациентом и аналитиком по записанным на пленку сеансам, подтвердили существенность роли, которую играет контрперенос в разъяснении сложно расшифровываемых деталей психологии пациента (Waldron, 1997; Dahl, 1988).

Итак, вполне очевидно, что использование контрпереноса в аналитическом процессе является сферой, которая сегодня активно исследуется по многим направлениям. За последние двадцать лет исследования контрпереноса (а в более широком смысле — психики работающего аналитика) серьезно расширили наше понимание аналитического процесса, значения субъективности аналитика в этом процессе и взаимосвязей ин-

терсубъективных аспектов анализа с интрапсихическим миром пациента. Короче говоря, за последние два десятилетия нашего века аналитики начали плодотворное обобщение и исследование наблюдения, сделанного Фрейдом много лет назад: коммуникация между бессознательным пациента и аналитика является центральной характеристикой аналитического процесса.

Как уже отмечалось в этом обзоре, исследование проблемы контрпереноса породило множество вопросов, не получивших на сегодняшний день ответов, спровоцировало множество споров и дискуссий. В США проблема контрпереноса внесла свой вклад в возникновение серьезного напряжения как между классическими аналитиками и интерсубъетивистами, так и между первыми двумя и теми, кто пытался интегрировать обе эти теоретические перспективы.

Вне всяких сомнений, изучение проблемы контрпереноса, осуществлявшееся на протяжении последних двух десятилетий, оказало серьезное влияние на современное понимание аналитического процесса. Во многом благодаря этой работе получило признание и распространение представление о психоанализе как о психологии двух персон (равно как и одной персоны). Контрперенос больше не рассматривается как препятствие на пути анализа. Сегодня на него смотрят скорее как на сложную и комплексную сущность, состоящую из субъективных откликов аналитика, смешанных со спроецированными аспектами внутреннего мира пациента. Возникающий в процессе взаимодействия аналитика и пациента контрперенос, подобно другим феноменам психического функционирования, может быть рассмотрен как компромиссное образование. Выделяющийся из сложного сплава отношений пациента и аналитика, контрперенос является интегральной и изначально присутствующей составляющей аналитического процесса. Как убедительно показывают нам рассмотренные работы, контрперенос не только оказывает существенное влияние на аналитический процесс, но и дает ценную путеводную нить для его исследования.

Перевод С. Дураса

Литература

ARLOW, J.A. (1993) Two discussions of the mind of the analyst and a response from Madeleine Baranger. *Int. J. Psychoanal.*, 74: 1147–1154.

ARON, L. (1991) The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanal. Dialogues*, 1: 29–51.

BARANGER, M. (1993) The mind of the analyst: from listening to interpretation. *Int. J. Psychoanal*, 74: 15–24.

BALINT, M. & BALINT, A. (1939) On transference and countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 20: 223–230.

BENEDEK, T. (1953) Dynamics of the countertransference. *Bulln. Menninger Clin.*, 17: 201–208.

BION, W. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanal. Forum*, 2: 271–180.

BLUM, H.P. (1980) The value of reconstruction in adult psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 61: 39- 52.

BOESKY, D. (1990) The psychoanalytic process and its components. *Psychoanal. Q.*, 59: 580–584.

BOLLAS, C. (1987) *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia Univ. Press.

BRENNER, C. (1983) Transference and countertransference. In *The Mind in Conflict*. New York: Int. Univ. Press.

— (1985). Countertransference as compromise formation. *Psychoanal. Q.*, 54: 155–163.

CASEMENT, P. (1985) *On Learning from the Patient*. London and New York: Guilford Press.

CHUSED, J. (1991) The evocative power of enactments. *J.Amer. Psychoanal. Assn.*, 31: 617–639.

DAHL, H. et al. (1988) *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer-Verlag.

DAVIES, J.M. (1994) Love in the afternoon: a relational reconsideration of desire and dread in the countertransference. *Psychoanal. Dialogues*, 4: 153–170.

DE FOREST, I. (1942) The therapeutic technique of Sandor Ferenczi. *Int. J. Psychoanal.*, 23: 120–139.

DEUTSCH, H. (1926) Occult processes occurring during psychoanalysis. In *Psychoanalysis and the Occult*, ed. G. Devereux. New York: Int. Univ. Press, p. 133–146.

SLAKTER, E. (1987) *Countertransference*. New York: Jason Aronson.
SPENCE, D. (1982) *Narrative Truth and Historical Truth*. New York: Norton.
SPILLIUS, E. (1993) Varieties of envious experience. *Int. J. Psychoanal.*, 74: 1199–1212.
STEINER, J. (1993) Problems of psychoanalytic technique, patient-centered and analyst-centered interpretations. In *Psychic Retreats: Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. London: Routledge, p. 131–146.
STERN, A. (1924) On the countertransference in psychoanalysis. *Psychoanal. Rev.*, 2: 166–174.
STOLOROW, R.D. et al. (1983) Intersubjectivity in psychoanalytic treatment. *Bulln. Menninger Clin.*, 47: 117–128.
— (1992) *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
STRACHEY, J. (1934) The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *Int. J. Psychoanal*, 15: 127–159.
SULLIVAN, H.S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
THOMPSON, C. (1964) *Interpersonal Psychoanalyses. The Selected Papers of Clara M.Thompson*. New York: Basic Books.
TOWER, L. (1956) Countertransference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*,4: 224–255.
TYSON, R. (1986) Countertransference evolution in theory and practice. *J.Amer. Psychoanal. Assn.*, 34: 251–274.
WALDRON, S. (1997) How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanal. Q.*, 66: 283–322.
WINNICOTT, D. (1949) Hate in the Countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 30: 69–75.

II. Переоткрытие контрпереноса

О контрпереносе*

Паула Хайманн (1950)

Эта короткая заметка о контрпереносе обусловлена некоторыми моими наблюдениями на семинарах и контрольных анализах. Меня удивило широко распространенное среди кандидатов мнение, что контрперенос является источником нарушений и ничем иным, кроме этого. Многие кандидаты пугаются и испытывают вину, когда осознают свои чувства к пациенту и поэтому стремятся избежать любого эмоционального отклика и достичь полной бесчувственности и «отстраненности» (detached).

Когда я пыталась проследить происхождение идеи *отстраненности* аналитика, я обнаружила, что в нашей литературе действительно представлены описания аналитической работы, которые могут привести к мнению, что хороший аналитик не должен что-либо испытывать по отношению к своим пациентам, кроме ровной, умеренной благосклонности, и что любая рябь

* Heimann, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31: 81–84.

Доклад прочитан на 16-ом Международном психоаналитическом конгрессе в 1949 г. в Цюрихе. После представления этого доклада на конгрессе мое внимание привлек доклад Лео Бермана: «Контрпереносы и установки аналитика в терапевтическом процессе» (Berman, 1949). Тот факт, что проблема контрпереноса вызвала различные дискуссии означает, что настало время для более тщательного исследования природы и функции контрпереноса. Я согласна с основным возражением Бермана против эмоциональной холодности аналитика, но я остаюсь при своих выводах относительно возможности использовать чувства аналитика по отношению к пациенту.

эмоциональных волн на этой гладкой поверхности является нарушением, требующим устранения. Это, возможно, происходит из-за неверного прочтения некоторых фрейдовских высказываний, где состояние аналитика сравнивается с состоянием хирурга во время операции или сам аналитик сопоставляется с зеркалом. В конце концов именно на эти положения Фрейда мне указывали в ходе дискуссий о природе контрпереноса.

С другой стороны, существует и противоположная точка зрения, восходящая к Ференци, согласно которой не только признается, что аналитик испытывает разнообразные чувства к своему пациенту, но и рекомендуется временами выражать их открыто. В своей теплой, сердечной статье «Обращение с переносом на основе опытов Ференци» Алиса Балинт высказала предположение, что такая честность со стороны аналитика полезна и сохраняет уважение к истине, присущее психоанализу (Balint, 1936). Хотя я восхищаюсь ее позицией, я не могу согласиться с ее выводами. Другие аналитики также утверждают, что аналитик становится более «человечным», когда выражает свои чувства пациенту, и что это помогает ему построить «человечные» отношения с пациентом.

В этом докладе я употребляю термин *контрперенос* для обозначения всех чувств, которые аналитик испытывает по отношению к своему пациенту.

Можно возразить, что такое употребление термина не вполне точно и что контрперенос просто означает перенос аналитика. Однако я предполагаю, что префикс *контр-* подразумевает дополнительные факторы.

Принимая эту точку зрения, важно помнить, что переносные чувства не могут быть четко отделены от тех, которые направляются на другого человека как такового, а не как на замещение родителя. Часто подчеркивается, что не всякие чувства пациента к его аналитику обязаны своим происхождением переносу и что по мере развития анализа пациент все более способен на «реалистические» чувства. Это предостережение само по себе показывает, что различие между двумя видами чувств не всегда легко провести.

Мой тезис заключается в том, что эмоциональный отклик аналитика на пациента в аналитической ситуации представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы. Контрперенос аналитика — это инструмент исследования бессознательного пациента.

Аналитическая ситуация исследована и описана с многих точек зрения, и существует общность взглядов на ее уникальный характер. Но у меня сложилось впечатление, что до сих пор недостаточно подчеркивалось, что она является *взаимоотношением* между двумя личностями. Это взаимоотношение отличается от других не присутствием чувств в одном партнере, пациенте, и отсутствием их в другом, аналитике, а главным образом интенсивностью пережитых чувств и возможностью их использования; эти факторы являются взаимозависимыми. С этой точки зрения, цель собственного анализа аналитика заключается не в том, чтобы превратить его в механический разум, который может производить интерпретации на основе чисто интеллектуальной процедуры, а в том, чтобы сделать его способным *выдерживать* существующие в нем чувства, в противоположность их разрядке (как это делает пациент), и *подчинять* их аналитической задаче, в которой аналитик функционирует как зеркальное отражение пациента.

Если аналитик пытается работать без учета своих чувств, его интерпретации бедны. Я часто видела это в работе начинающих, которые из-за страха игнорировали или скрывали свои чувства.

Мы знаем, что аналитику требуется свободно парящее внимание, чтобы следовать за свободными ассоциациями пациента, и что это дает ему возможность слушать пациента одновременно на многих уровнях. Аналитик должен воспринимать явные и скрытые значения слов своего пациента, намеки и подспудные смыслы, указания на предыдущие сессии, ссылки на ситуации детства, срытые за описанием текущих взаимоотношений, и т. д. Слушая подобным образом, аналитик избегает опасности увлечься какой-либо одной темой и остается восприимчивым для значимых изме-

нений тем, последовательностей и пробелов в ассоциациях пациента.

Я бы предположила, что наряду с этим свободным рабочим вниманием аналитик нуждается в действительно открытой эмоциональной чувствительности, чтобы следовать за эмоциональными движениями и бессознательными фантазиями пациента. Наше основное допущение заключается в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное его пациента. Эта глубинная связь выходит на поверхность в форме чувств, которые аналитик замечает в своем отклике на пациента, в своем контрпереносе. Это самый динамичный путь, которым голос пациента достигает аналитика. Сопоставляя разбуженные в нем чувства с ассоциациями и поведением пациента, аналитик получает наиболее ценные основания для проверки, действительно ли он понял или же не смог понять пациента.

Но поскольку сильные эмоции любого вида — любовь или ненависть, желание помочь или гнев — побуждают скорее к действию, чем к созерцанию, и затуманивают личностную способность ясно наблюдать и точно взвешивать очевидное, то из этого следует, что, если эмоциональный отклик аналитика является интенсивным, он будет искажать его объект.

Следовательно, эмоциональная чувствительность аналитика должна быть скорее экстенсивной, чем интенсивной, то есть дифференцированной и мобильной.

В аналитической работе будут возникать периоды, когда аналитик, комбинирующий свободное внимание со свободными эмоциональными откликами, не будет отмечать свои чувства как проблему, потому что они будут соответствовать понимаемому им смыслу. Но часто пробудившиеся в нем эмоции куда более близки сути дела, чем его рассуждения, или, другими словами, его бессознательное восприятие бессознательного пациента более проницательно, чем его сознательное понимание ситуации, и опережает его.

Мне пришел на ум один недавний пример. Он касается пациента, которого я приняла по направлению коллеги. Пациент, мужчина старше 40 лет, обратился за аналитическим лечением после распада брака. Среди его симптомов фигурировал явный промискуитет. На третьей неделе анализа со мной он сказал в начале сессии, что собрался жениться на женщине, которую встретил совсем недавно.

Было ясно, что его желание жениться в данных обстоятельствах было обусловлено сопротивлением анализу и потребностью отыграть конфликты переноса. В пределах сильно амбивалентной установки по отношению ко мне уже отчетливо проявилось желание интимных отношений со мной. Поэтому у меня было много оснований для сомнений в мудрости его намерения и для подозрений относительно его выбора. Однако такая попытка быстро завершить анализ, нередкая в начале лечения или в критической его точке, обычно не представляет большой трудности в работе и не является катастрофической. Я была озадачена скорее тем, что отреагировала на замечание пациента чувством опасения и беспокойства. Я почувствовала, что в его ситуации есть что-то еще, скрывающееся за заурядным отыгрыванием и ускользающее от меня.

Описывая свою подругу в дальнейших ассоциациях, пациент сказал, что она пережила «тяжелые времена» (had a «rough passage», дословно «трудный переезд».– Прим. ред.). Эта фраза меня насторожила и усилила мои опасения. Мне стало понятно, что пациента влекло к его знакомой именно потому, что она пережила «тяжелые времена». Но я чувствовала, что улавливаю еще не все. Вскоре пациент рассказал мне свое сновидение: он приобрел из-за границы очень хороший подержанный автомобиль, который был поврежден. Он хотел починить его, но кто-то другой в сновидении возражал против этого из соображений предосторожности. Пациент вынужден был, как он выразился, «смутить его», чтобы приступить к ремонту автомобиля.

Благодаря этому сновидению я поняла то, что раньше чувствовала как опасение и беспокойство. Это было действительно нечто большее, чем простое отыгрывание конфликтов переноса.

Когда пациент представил мне подробное описание автомобиля — очень хороший, подержанный, из-за границы, — он спонтанно признал, что этот автомобиль

символизировал меня саму. Другой человек в сновидении, который пытался остановить пациента и которого он смутил, символизировал ту часть его Эго, которая стремилась к безопасности и счастью, и к анализу как защищающему объекту.

Сновидение показало, что пациент желал мне вреда (он настаивал на моем положении беженки, к которой относится выражение «rough passage», используемое им для описания его новой подруги). Испытывая вину за свои садистические импульсы, он вынужден был прибегнуть к репарации, но она имела мазохистический характер, поскольку неизбежно влекла за собой заглушение голоса благоразумия и предосторожности. Эта попытка смутить защищающую фигуру сама по себе оказалась двойственной, выражающей как садистические, так и мазохистические импульсы. Поскольку данный аспект поведения был нацелен на аннигиляцию анализа, он представлял садистические тенденции пациента, которые соответствовали паттерну его инфантильных анальных атак на мать. Поскольку же этот аспект символизировал исключение пациентом своего желания безопасности и счастья, он выражал самодеструктивные тенденции. Репарация, обращенная в мазохистический акт, снова вызывала ненависть, что отнюдь не способствовало разрешению конфликта между деструктивностью и виной, но приводило к возникновению порочного круга.

Намерение пациента жениться на своей новой подруге, испытавшей невзгоды женщине, питалось из обоих источников, и отыгрывание его конфликтов переноса оказалось обусловленным этой особой и мощной садомазохистической системой.

Бессознательно я сразу уловила серьезность ситуации: отсюда возникшее чувство беспокойства. Но мое сознательное понимание отстало, так что я смогла расшифровать сообщение пациента и его просьбу о помощи только спустя некоторое время, когда появилось больше материала.

Передавая суть этой аналитической сессии, я надеюсь проиллюстрировать свое утверждение о том, что непосредственный эмоциональный отклик аналитика на пациента является важным указателем на бессознательные процессы последнего и ведет аналитика к их более полному пониманию. Этот отклик помогает ему фокусировать свое внимание на наиболее актуальных элементах в ассоциациях пациента и служит полезным критерием отбора материала для интерпретаций, который, как мы знаем, всегда сверхдетерминирован.

Придерживаясь этой точки зрения, я подчеркиваю, что контрперенос аналитика является не только составной частью аналитических отношений, но и творением пациента, это часть личности пациента. (Возможно, я приближаюсь здесь к идее, которую доктор Клиффорд Скотт выразил в терминах концепции схемы тела, однако следование этой линии может увести меня от темы.)

Подход к контрпереносу, который я здесь представила, не является безопасным. Это не ширма для недостатков аналитика. Когда аналитик проработал свои инфантильные конфликты и тревоги (параноидные и депрессивные) в собственном анализе, он легко сможет установить контакт со своим бессознательным и не будет приписывать пациенту того, что принадлежит ему самому. Аналитик достигнет надежного равновесия, которое даст ему возможность переносить роли Ид, Эго, Супер-Эго и внешних объектов пациента, роли, которыми тот его наделяет, или, другими словами, проецирует на него, инсценируя свои конфликты в аналитических отношениях. В примере, который я привела, аналитик находился преимущественно в роли хорошей матери пациента, которая должна была быть разрушенной и спасенной, а также в роли его реалистичного Эго (reality-ego), выступающего против садомазохистических импульсов. С моей точки зрения, требование Фрейда «осознавать и подчинять себе» свой контрперенос не приводит к выводу о том, что последний является нарушающим фактором и что аналитик должен быть бесчувственным и отстраненным. Скорее, из него следует, что аналитик должен использовать свой эмоциональный отклик как ключ к бессознательному пациента. Это защитит его от вовлечения в качестве со-артиста в сцене, которую пациент заново разыгрывает в аналитичес-

ких отношениях, и от эксплуатации их для удовлетворения собственных потребностей. В то же время он найдет достаточный стимул для того, чтобы снова и снова приниматься за решение задачи и для продолжения анализа собственных проблем. Последнее, однако, является частным делом аналитика, и я не считаю для него правильным сообщать свои чувства пациенту. На мой взгляд, подобная честность больше подходит для исповеди, а для пациента является бременем. В любом случае это уводит прочь от анализа. Эмоции, пробудившиеся в аналитике, будут иметь значение для пациента, если они использовались как еще один источник понимания его бессознательных конфликтов и защит. И когда они интерпретируются и прорабатываются, следующие за этим изменения в Эго пациента включают усиление чувства реальности, так что он видит своего аналитика как человеческое существо, а не как божество или демона, и «человеческие» отношения в аналитической ситуации возникают без обращения аналитика к внеаналитическим средствам.

Психоаналитическая техника возникла, когда Фрейд, оставив гипноз, открыл сопротивление и вытеснение. На мой взгляд, использование контрпереноса как инструмента исследования можно обнаружить во фрейдовских описаниях того пути, которым он достиг этих фундаментальных открытий. Когда Фрейд пытался объяснить забытые воспоминания истерических пациентов, он чувствовал, что пациент с силой сопротивлялся его попыткам и что необходимо преодолеть это сопротивление при помощи аналитической работы. Он пришел к выводу, что здесь проявлялась та же самая сила, которая была ответственна за вытеснение важнейших воспоминаний и образование истерического симптома.

Бессознательный процесс в истерической амнезии может быть, таким образом, определен как имеющий две грани: одна из них обращена вовне и ощущается аналитиком как сопротивление, другая же является интрапсихической и действует как вытеснение.

Если в случае вытеснения контрперенос характеризуется ощущением некоего количества энергии, противодействующей силы, то другие защитные механизмы будут вызывать другие отклики аналитика.

Я убеждена, что более полное, по сравнению с представленным здесь, исследование контрпереноса позволит нам подойти к выработке более совершенного способа работы, позволяющего соотносить контрперенос с природой бессознательных импульсов пациента и действующих в данное время защит.

Перевод В. Крук, В. Старовойтова,
сверка перевода И. Романова, З. Баблояна

Литература

BALINT, A. Handhabung der Übertraung auf Grund der Ferenczishen Versuche. *Int. Zeitschr. f. Psychoanal.*, Bd. XXII, 1936.

BERMAN, L. Countertransferences and attitudes of the analyst in the therapeutic process. *Journal of Psychiatry*, vol. XII, N 2, May 1949.

Контрперенос*

Паула Хайманн (1960)

Я с удовольствием приняла приглашение на этот симпозиум. Думаю, во многом это связано с воспоминаниями о прежнем моем визите, на котором мы обменялись мнениями с доктором Фордхэмом.

Кроме того, я рада возможности еще раз обсудить столь важную в нашей повседневной практике проблему, пересмотреть свою предыдущую работу о контрпереносе, на которую ссылался доктор Фордхэм (Heimann, 1950), сравнить свои прежние взгляды с теперешними, а также со взглядами других исследователей. Смею думать, моя статья дала ощутимый толчок дискуссии. Появившиеся после нее публикации существенно прояснили данный вопрос.

Мое краткое сообщение продиктовано рядом наблюдений, заставивших меня уделить большее внимание проблемам контрпереноса.

Во время супервизий я убедилась, что многие кандидаты неправильно понимают рекомендации Фрейда (Freud, 1910–1919), в особенности его сравнение отношения аналитика к пациенту с отношением хирурга, и пытаются убить в себе все человеческие чувства. Возникновение направленных на пациентов эмоций вызывало у них такой страх и чувство вины, что они старались от этих эмоций избавиться путем вытеснения и других техник отрицания — в ущерб своей работе.

* Heimann, P. (1960) Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33: 9–15. Доклад был представлен на симпозиуме по контрпереносу, проведенном Медицинской секцией Британского психологического общества в Лондоне 28 октября 1959 г.

Платой за это была не только утрата чуткости восприятия происходящего в аналитической ситуации по причине крайней озабоченности и борьбы с собой, но также использование защит от пациента: бегства в теорию или отдаленное прошлое пациента и предложения ему умных интеллектуальных интерпретаций. В дальнейшем они были склонны недооценивать или опускать комментарии, относящиеся к позитивному переносу и сопутствующим ему сексуальным фантазиям, и выбирать произвольные элементы негативного переноса, поскольку такой путь к «холодной недосягаемости» оказывался наиболее комфортным. Они не догадывались, что избыток враждебности, на котором они сосредоточивали свое внимание, был реакцией пациента на неприятие и непонимание со стороны аналитика.

Часто, когда интерпретации кандидата указывали на отсутствие какого-либо *раппорта* с пациентом, я спрашивала его о том, что в действительности он чувствовал. Нередко выяснялось, что на уровне чувств он правильно замечал существенные моменты. То есть если бы он смог *выдержать* свои чувства и трактовал бы их как отклик на происходящее с пациентом, у него появилась бы реальная возможность распознать то, на что, собственно, он реагировал. Естественно, в таких случаях кандидат начинал осознавать свои неразрешенные личностные проблемы (приведшие его к переносу на пациента), которые потом можно было рассматривать в ходе его собственного анализа, — еще один полезный аспект опыта супервизии.

Однако было бы ошибкой считать проблемы контрпереноса болезнью роста у начинающих. Я сама сталкивалась с ними в своей работе, и даже очень опытные аналитики, чья квалификация выше моей, упоминали о подобных трудностях.

Я хотела бы вкратце повторить ключевые моменты моей предыдущей статьи о контрпереносе.

Аналитическая ситуация — это отношения между двумя людьми. То, что отличает эти отношения от других, — не наличие чувств у одного партнера, пациента, и их отсутствие у другого, аналитика, но *степень* переживания этих чувств аналитиком и *использование* им

своих чувств, что взаимозависимо. Цель собственного анализа психоаналитика состоит не в том, чтобы превратить его в механический мозг, который может выдавать интерпретации, произведенные исключительно на интеллектуальной основе, она заключается в том, чтобы научить его *выдерживать* свои чувства — в противоположность той разрядке, которую дает своим чувствам пациент.

Наряду со свободно и равномерно распределяемым вниманием, позволяющим аналитику слышать многоуровневый контекст, аналитик нуждается в разблокированной эмоциональной восприимчивости, дающей возможность чувствовать эмоциональные движения и бессознательные фантазии своего пациента и неотрывно следовать за ними. Сравнивая собственные ощущения с содержанием ассоциаций пациента и особенностями его настроения и поведения, аналитик получает средства проверки своего понимания пациента.

Однако поскольку сильные эмоции любого вида мешают мыслить ясно и побуждают к действию, эмоциональный отклик аналитика, достигнув определенной интенсивности, обязательно добьется своей цели.

Эмоциональная восприимчивость опытного аналитика по отношению к большинству аспектов анализа скорее экстенсивна, чем интенсивна, она подвижна и регистрирует тонкие различия. Такой аналитик не относится к своим чувствам как к проблеме, его инструментарий полностью готов к работе. Но встречаются ситуации, когда его серьезно озадачивает довольно интенсивное ощущение тревоги или беспокойства, не отвечающее его оценке событий аналитической ситуации. Если он подождет — что ему и следует сделать, чтобы не мешать развитию текущего процесса пациента и не усложнять и без того запутанную ситуацию неуместными и уводящими в сторону интерпретациями, — наступит момент, когда он поймет происходящее. Когда он поймет пациента, а также сможет понять свои чувства, эмоциональное беспокойство исчезнет и он будет в состоянии озвучить ключевой процесс значимым для пациента образом.

В той своей статье я привела соответствующий пример, хорошо поддающийся изложению. Я могла бы привести и другие примеры, однако они потребовали бы более пространных пояснений. Я заметила, что доктор Фордхэм также знаком с проблемой выбора клинических примеров.

Я пришла к выводу, что контрперенос представляет собой инструмент для изучения бессознательных процессов пациента, а эмоциональное беспокойство обусловлено тем, что бессознательное понимание опережает сознательное. Я не пыталась тогда ни исследовать причины этой временной задержки, ни рассмотреть в подробностях роль переноса в возникновении эмоционального беспокойства. Моими главными задачами были изгнание духа «бесчувственного», бесчеловечного аналитика, и демонстрация операционального значения контрпереноса.

Попутно отмечу, что я имела возможность убедиться в том, что моя работа была неверно понята некоторыми кандидатами. Основывая интерпретации на своих чувствах, они без долгих размышлений использовали мою статью как оправдание. На все вопросы они отвечали: «мой контрперенос», — и не слишком стремились сверять свои интерпретации с фактическими данными аналитической ситуации.

Ввиду взаимозависимости концепций переноса и контрпереноса, я хотела бы на минуту перенести вас в доаналитическую эру, к периоду, предшествующему открытию переноса Фрейдом. Врач выполнял роль благожелательного помощника, побуждающего пациентку к воспоминанию всего, что имело отношение к ее страданиям, ее истерическим симптомам, а гипноз облегчал пробуждение нужных воспоминаний. Сильные эмоции, сопровождающие воспоминания пациентки, были направлены на ее прошлые объекты, а после их разрядки пациентка ощущала значительное улучшение самочувствия. Это облегчение, явное и часто весьма впечатляющее, со всей очевидностью наступало благодаря проводимой врачом процедуре и свидетельствовало о приносимой им пользе. Пациентка и врач были объединены общей целью, они, так сказать, плечом к плечу боро-

лись с объектами из прошлого пациентки, которые всплывали в ее памяти и на которые она обрушивала всю мощь своих аффектов и импульсов.

Фрейдовское революционное открытие переноса коренным образом изменило терапевтическую ситуацию. Я бы хотела подчеркнуть, что с открытием переноса профессиональные требования к аналитику *неизмеримо возросли*.

Это привело, как нам напомнил доктор Фордхэм, к возникновению традиции обучающего анализа, что Фрейд ставил в заслугу «швейцарской аналитической школе». Попутно я хочу отметить, что Юнг ошибался, полагая, что Фрейд не признавал универсальности переноса. В действительности Фрейд только подчеркивал факт непризнания переноса в других формах терапии.

Пока врач только оказывал узко направленное терапевтическое содействие пациентке, а именно поощрял выход на поверхность некоторых воспоминаний и разрядку сдерживаемых аффектов, направленных на объекты ее прошлого, его обычной психиатрической подготовки вполне хватало. Но когда отношения врач-пациент превратились в сцену, на которой пациент *отыгрывал* свои мощные импульсы, будучи *бессознательно* убежденным в том, что они на самом деле вызваны действиями и поведением аналитика, врач не мог больше дистанцироваться от процесса лечения и стал нуждаться в специальном обучении, чтобы защитить себя и своего пациента от эмоциональной вовлеченности и реагирования на отыгрывание пациента.

Концепция контрпереноса была освещена Фрейдом весьма кратко. Он описывал его как «результат влияния пациента на бессознательные чувства аналитика» и требовал его распознания и преодоления. Многие аналитики считают контрперенос не чем иным, как переносом со стороны аналитика, — я полагаю, при этом они опираются на то, что Фрейд не предложил никакого особого определения контрпереноса и повторил в отношении его предупреждение, которое касалось переноса.

Как я уже говорила, я придерживаюсь того мнения, что приставка *контр-* в слове *контрперенос* подразумевает дополнительный к переносу фактор, который несет особую функциональную нагрузку.

В последующих публикациях предпринимались попытки дать определение контрпереносу. Лимит времени не позволяет сделать полный обзор, но я бы хотела остановить внимание на работе Гительсона (Gitelson, 1952). Он проводит различие между *реакциями на пациента в целом* и *реакциями на частичные аспекты личности пациента*. Первые встречаются в самом начале контакта аналитика с пациентом и сохраняются на ранних стадиях анализа. Гительсон говорит об этом как о «пробном анализе». Эти реакции, отмечает он, «способны вмешиваться в анализ потому, что возникают как следствие сохранившегося невротического «потенциала переноса»» (аналитика). Если они настолько выражены, что аналитик не может разрешить их, и в ходе пробного анализа пациент не обнаруживает признаков положительной динамики[1], аналитик должен заключить, что он не подходит этому конкретному пациенту и направить последнего к другому аналитику.

Реакции второго типа, на частичные аспекты личности пациента, проявляются позже в рамках устоявшейся аналитической ситуации. Они составляют действительный контрперенос. «Они включают в себя реакцию аналитика на: (1) перенос пациента, (2) предлагаемый пациентом материал и (3) реакции пациента на аналитика как личность».

Тот факт, что аналитик потенциально способен продуцировать вышеупомянутые реакции, указывает на то, что сам он «не проанализирован полностью и до конца». Анализ, как показал Фрейд, бесконечен. Однако результатом анализа аналитика является его способность к продолжению своего анализа. Гительсон говорит здесь о «спонтанном состоянии продолжения самоанализа». Каждая аналитическая ситуация ставит перед аналитиком задачу «рациональной интеграции

1. Гительсон делает очень интересное замечание при описании случаев этого рода. Одним из показателей того, что такой анализ неэффективен, служит появление в сновидениях пациента ничем не замаскированного образа аналитика, занимающегося явно вредной для пациента деятельностью.

себя перед лицом трудностей». Контрперенос, по определению Гительсона, представляет собой пробуждение непроанализированных и неинтегрированных аспектов личности аналитика. Однако поскольку возникает он только эпизодически, при распознании специфической связи с материалом пациента, а также вследствие чрезвычайной симптоматичности некоторых его проявлений, вероятность того, что аналитик просмотрит их и не проанализирует свою позицию, минимальна. В этом случае посредством анализа своего контрпереноса аналитик «сможет реинтегрировать свою аналитическую позицию и... использовать мешающий фактор... для анализа того, как эксплуатирует этот фактор пациент».

Я привела данные положения статьи Гительсона, поскольку в ней содержится множество ценных разъяснений, а также потому, что его и мои взгляды во многом имеют общее основание. Но между ними существуют также и некоторые значимые различия.

Для тех аналитиков, которые, подобно мне, не считают целесообразной процедуру пробного анализа, первое диагностическое интервью должно не только привести к установлению психиатрического диагноза пациента, но также дать ответ на два вопроса: (1) поможет ли пациенту анализ? и (2) поможет ли ему мой анализ? Может оказаться, что на первый вопрос ответ будет «да», а на второй — «нет». В таких случаях пациента следует направить к другому аналитику.

Гительсонова концепция «сохранившегося невротического «потенциала переноса» аналитика» проводит правомерные различия между переносом и контрпереносом. Однако поскольку в контрпереносе, как показано и у Гительсона, невротические элементы аналитика активны, следует задаться вопросом, является ли решающей *качественная* сторона дела. На мой взгляд, ключевым является *количественный* аспект. Если в одном случае у аналитика имеется большая склонность и способность проводить необходимый самоанализ, чем в другом, это происходит потому, что в данном конкретном случае соответствующие тревоги и выстроенные против них защиты менее сильны.

Это возвращает меня к замечаниям, сделанным мною в предыдущей статье. Вместо того чтобы разграничивать перенос и контрперенос в переживаниях аналитика, я сосредоточилась на их потенциальной полезности, критерий которой — их интенсивность. Другими словами, с точки зрения пациента, источник происхождения чувств аналитика не имеет решающего значения, если аналитик не использует защиты, притупляющие его восприятие. Умение выдерживать свои чувства способствует процессу восстановления аналитиком целостности (Gitelson, 1952) и пониманию им пациента (Heimann, 1950).

Хотя между переносом и контрпереносом можно провести концептуальные различия, на практике эти два компонента *сливаются*. Бесспорно, потенциал переноса очень остро проявляется при первых встречах с пациентом или во время пробного анализа, как указывал Гительсон. Но я думаю, что он также действует и в более поздних эпизодах в ходе уже устоявшегося анализа. Когда я ретроспективно исследовала случаи контрпереноса (оглядываться легко, предвидеть трудно), которые мне удалось использовать для постижения процессов пациента, я пришла к выводу, что временной разрыв между моим бессознательным и сознательным пониманием был частично обусловлен факторами переноса, вовремя мною не распознанными.

Некоторые авторы ставили вопрос, следует ли, когда контрперенос затрагивает установку аналитика, говорить об этом пациенту.

Я уже выражала свое мнение на этот счет. Я считаю, что сообщение такого рода — это исповедь аналитика о своих личных проблемах, которая становится бременем для пациента и уводит прочь от анализа. Поэтому не следует этого делать.

Гительсон и Маргарет Литтл считают, что такая коммуникация должна иметь место (Gitelson, 1952; Little, 1951). Гительсон не считает ее исповедью. Он полагает, что «в подобной ситуации можно раскрыться настолько, насколько необходимо, чтобы стимулировать и поддерживать исследование пациентом реальности межличностной ситуации в противоположность си-

туации переноса-контрпереноса». Доктор Литтл сравнивает эти проблемы с ошибками аналитика в отношении времени и подсчетов. Она рекомендует прямо указывать на их «истоки в бессознательном контрпереносе». Далее она размышляет о возможности углубления анализа с помощью анализа контрпереноса — как этому служит анализ переноса. Оба автора рекомендуют максимальную осторожность в этих вопросах, и, сознавая возможность злоупотреблений, предупреждают об опасности «отыгрывания в контрпереносе».

Констатация допущенных ошибок аналитика едва ли является проблемой. Она не вызывает затруднений, если только субъективная потребность аналитика в искренности не оказывается по бессознательным причинам чрезмерной. Ошибка же может касаться и подсчетов, и времени, и интерпретаций.

Но вот как и какие именно ошибки допускает аналитик — определяется более глубокой и фундаментальной проблемой: ролью, отведенной *аналитику как реальной личности*.

Теперь я хотела бы обсудить замечания доктора Фордхэма, касающиеся личности аналитика и ее участия в терапевтическом процессе.

Фордхэм говорил о ««стадии трансформации», в ходе которой всецело задействуются личности пациента и аналитика». В своем анализе случая «синтонного контрпереноса» он так определяет правильную интерпретацию или ее часть: «Теперь я понимаю, почему не отвечаю на Ваши вопросы. Это походит на отношения с Вашим отцом. Вы создали из меня подобие своего отца, настойчиво задавая вопросы, на которые не ожидаете получить ответы». Учитывая предыдущие теоретические замечания доктора Фордхэма, я понимаю, что фраза «... почему я не отвечаю на ваши вопросы» не случайна, что ей придается особый смысл. Я также должна оговориться, что, вероятно, не могу оценить контекст в целом, поскольку не знакома с работами Юнга.

Я бы давала интерпретацию, исходя из вопроса, который задает пациентка. Из того, почему она спрашивает, а *не* из того, почему я не отвечаю. Подобным же образом, в случае допущенной мною ошибки я бы ясно сказала, что допустила ошибку, и, как я сейчас понимаю, дело обстоит иначе, а затем предложила бы правильную интерпретацию. Если это была ошибка, касающаяся времени сессии и причинившая пациентке неудобства, я бы сказала «извините» и предложила бы способ исправления ситуации. В жизни пациента множество случаев, когда некто, извиняясь за ошибку, дает ей объяснение. Но только в аналитической ситуации у него возникает *прерогатива быть единственным и постоянным* объектом исследования причин и значений.

Я утверждаю, что аналитик как реальная личность полезен пациенту не больше и не меньше, чем любой другой человек. *Исключительно* полезным для пациента аналитик становится благодаря своему *мастерству*, развитому посредством специального обучения, о котором я упоминала ранее. Благодаря своему мастерству он способен выявлять причины и значения в жизни своего пациента, источники его мотиваций, сложную структуру его личности, *включая* взаимодействия и колебания между примитивными бессознательными фантазиями и реалистическими восприятиями и оценками. Он способен исследовать все это и представить свои исследования пациенту в *эмоционально* значимой и потому динамически *эффективной* манере. Этот навык, которым аналитик обладает, а любой другой человек — нет, позволяет ему занять уникальную позицию по отношению к своему пациенту, позицию, которую необходимо и действительно стоит сохранять.

Прошу понять меня правильно: личность аналитика важна, поскольку его мастерство (или следует называть это искусством?) сложным и многообразным способом ею обусловлено. Вот почему я сказала, что мастерство аналитика *развивается* благодаря обучению, а не просто обретается. Но выражаться личность аналитика должна только посредством его искусства.

Значительная часть личности аналитика естественно и неизбежно раскрывается в его внешних чертах, движениях, голосе, выборе слов, интерьере его кабинета и так далее. Все это предлагает пациенту зацепки, на которых он будет строить свои размышления, фан-

тазии и воспоминания. То же касается ошибок аналитика. Аналитики не объясняют, почему они выбрали для своего кабинета тот или иной предмет интерьера, даже когда пациент находит, что это проявление дурного вкуса и большая ошибка. Не вижу причин, почему аналитик должен действовать иначе, когда ошибка возникает в каком-то эпизоде анализа. Иногда ничего уже нельзя сделать, и фактически аналитик действительно раскрывает что-то личное. Но это нежелательный вариант, и даже отсутствие негативных эффектов *не отменяет общий принцип.*

Приведу пример. Непосредственно перед сессией с молодым аналитиком я узнала о смерти другого аналитика и была глубоко взволнована. Я думала о том, чтобы отменить сессию, но было уже слишком поздно. Анализируемая начала сессию как обычно. Дважды я упускала из виду, что она сказала, и просила повторить. Когда это случилось во второй раз, она извинилась и сказала, что сегодня изъясняется, наверное, слишком невнятно и что с нею, должно быть, что-то не так. Я ответила, что проблема во мне, и упомянула о том, что только что узнала о смерти аналитика. Молодой аналитик, которая не была лично знакома с ним, выразила сожаление, добавив, что понимает, насколько случившееся важно для меня. После этого анализ был посвящен теме моей скорби, что имело особую и высокую значимость в виду жизненных обстоятельств пациентки. Она лишилась отца, когда была ребенком, и вдовство ее матери стало объектом долгого, развивавшегося со временем и напряженного конфликта. В ходе последующего анализа обсуждалась тема принятия ею на себя ответственности за проблему объекта (то есть меня). Когда я позже вернулась к этой ситуации, я увидела возможности ее разрешения без перехода на уровень личностного общения. Я поступила так, как поступила, поскольку была расстроена. В данном случае мое саморазоблачение не дало больше информации, чем анализируемая могла получить сама. Она могла бы узнать о случившемся вскоре после сессии, и подумать, что я, относясь к старшему поколению аналитиков, буду опечалена этой смертью. Насколько я поняла, моя взволнованность и сообщение моего личного материала не нанесло вреда пациентке. Тем не менее, я расцениваю этот случай как отклонение от должной аналитической процедуры.

Несмотря на неизбежные многочисленные открытия «реальной» личности аналитика, аналитик все же *обезличен.* Он представляет собой зеркало, отражающее пациента. Благодаря переносу, пациент *возвращается* к своему прошлому, к сложному эмоциональному опыту отношений со своими объектами и собственной самостью. Даже если оценка пациентом аналитика верна, аналитик остается фигурой внутренней жизни пациента и чем-то таким, чем пациент может манипулировать в соответствии с динамикой своих внутренних процессов, обусловленных его бессознательным и прошлым опытом. Сдержанность аналитика в отношении своей частной жизни не направлена на мистификацию пациента. Стимулы, истоки которых лежат в собственной жизни пациента или в аналитической ситуации, приводят к образованию особых конфигураций, в части которых аналитик может изображаться *адекватно*, а в другой части настолько фантастически искаженно, что становится очевидным факт того, что аналитик является объектом переноса пациента.

А что если мы с большим хладнокровием способны выдерживать эту ситуацию, когда объект переноса оказывается *отличным* от того, как мы обычно себя представляем? Разве не жутко наблюдать, как пациент захватывает нашу реальную самость и манипулирует ею? Не хочется ли нам поэтому вернуться к реальности обычных «межличностных отношений», чтобы получить обратно свою реальную самость?

Доктор Фордхэм справедливо рекомендует аналитикам отслеживать свои иррациональные переживания. Все мы признаем, что никакой аналитик не проанализирован полностью и до конца, и всегда сохраняется невротический остаток. Каков же признак активности нашего невротического остатка? Я думаю, ответ прост: мы сталкиваемся с его активностью всякий раз, когда чувствуем, что стремимся уйти от аналитической ситуации к ситуации обычных межличностных отношений.

Доктор Литтл говорит о контрпереносном сопротивлении, хотя и в ином контексте. Здесь же следует упомянуть об одной проблеме обучающего анализа. Обучающий аналитик очень легко может начать заботиться больше об обучении, чем об анализе; и контакты между обучающим аналитиком и кандидатом в обществе или в ситуации обучения представляют собой повторяющиеся вторжения в анализ, которые могут быть использованы бессознательными факторами как аналитика, так и кандидата.

И доктор Фордхэм, и я — мы оба видим причину связанного с контрпереносом эмоционального беспокойства аналитика во временно́м разрыве между бессознательным и сознательным пониманием. Это может означать, что кое-что из воспринятого аналитиком минует сферу действия сознательного Эго и становится недоступным. Существуют ли способы противодействовать подобным ситуациям? Выходя за рамки нашего симпозиума, я упомяну свое положение о том, что продолжение самоанализа и самообучения аналитика может привести к усилению чувствительности *сознательных* функций Эго, которые я обобщенно назвала *восприятием* (Heimann, 1956). Я считаю, что в аналитической ситуации может и должен применяться многоплановый подход, для чего следует задавать вопросы: Что? Почему? Кто? Кому? Что делает пациент в каждый конкретный момент? Почему он так поступает? Кого репрезентирует аналитик в данный момент? Какая часть самости пациента преобладает? Каким образом все это выражает собой отклик на предложенную интерпретацию (или другие события)? Что, согласно чувствам пациента, данная интерпретация для него означает? И так далее.

Точно следуя за вербальными и поведенческими проявлениями пациента, аналитик достигает динамической интерпретации переноса, которая преподносит пациенту его же, пациента, отражение. Таким образом аналитик, уподобляясь зеркалу для пациента, выполнят роль его дополнительного Эго. Это тот фактор, который, по моему мнению, превращает повторение в изменение. Опять-таки это вопрос мастерства аналитика.

И последнее. Предписание Фрейда о том, что контрперенос должен быть распознан и преодолен, столь же актуально сегодня, как и пятьдесят лет тому назад. Когда контрперенос возникает, он должен быть обращен к полезной цели. Продолжение самоанализа и самообучения поможет уменьшить число неприятных инцидентов, связанных с контрпереносом.

Перевод А. Дышлевого,
сверка перевода З. Баблояна

Литература

FREUD, S. (1910–1919) Papers on technique. In *Collected Papers*, II. London: Hogarth.

GITELSON, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33: 1–10.

HEIMANN, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31: 81–84.

— (1956) Dynamics of transference interpretations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 303–310.

LITTLE, M. (1951) Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 32–40.

К проблеме контрпереноса*

Хайнрих Ракер (1953)

I

Значение, которое мы придаем контрпереносу и сопутствующим проблемам, связано со значением роли, отводимой аналитику в лечебном процессе. Эта роль рассматривается двояко. Во-первых, аналитик является интерпретатором бессознательных процессов, во-вторых — их объектом. Непосредственным следствием этого становится двоякая роль контрпереноса, который может вклиниваться и накладываться на ситуацию, во-первых, поскольку аналитик — интерпретатор, и во-вторых, поскольку он — объект импульсов. Что касается первого, контрперенос может помогать восприятию бессознательных процессов, искажать или затруднять его. Кроме того, восприятие может быть правильным, но объект восприятия может вызвать невротические реакции, которые ухудшают качество его интерпретирования. Что касается аналитика как объекта — контрперенос воздействует на его манеру и поведение, которые, в свою очередь, влияют на его образ, формирующийся у анализируемого. Через интерпретации аналитика, их форму, его голос, через каждое отношение, которое он устанавливает с пациентом, последний

* Racker, H. (1953) A contribution to the problem of counter=transference. *International Journal Psycho-Analysis*, 34: 313–324.

В основу данной статьи легла лекция, представленная Аргентинской психоаналитической ассоциации в сентябре 1948 года. Эта дата объясняет, почему ссылки на работы о контрпереносе, изданные за последние пять лет, появляются только в некоторых сносках, добавленных впоследствии.

воспринимает (сознательно или бессознательно) то психологическое состояние, в котором пребывает аналитик, — если не говорить о спорном вопросе телепатического восприятия. Таким образом контрперенос, влияя на поведение и понимание аналитика, оказывает влияние на пациента и, в особенности, на его перенос, то есть на процесс, от которого так существенно зависят трансформация его личности и его объектные отношения.

Вся личность пациента, включая здоровую и невротическую ее части, настоящее и прошлое, реальность и фантазию, вводится в игру в его отношениях с аналитиком, и то же самое происходит у аналитика в его отношении с пациентом, хотя и с некоторыми качественными и количественными отличиями. Эти два типа отношений отличаются прежде всего вследствие различий внешней и внутренней ситуации пациента и аналитика в аналитическом лечении, а также благодаря тому факту, что последний уже был проанализирован. Тем не менее предыдущее утверждение остается в силе. Поскольку и аналитик не свободен от невроза, часть его либидо остается фиксированной в фантазии — т. е. привязанной к интроецированным объектам, — и таким образом имеет тенденцию к переносу. Часть его психических конфликтов остается неразрешенной и ищет путей разрешения через отношения с внешними объектами. Также и его профессия, и достигаемое с ее помощью общественное и финансовое положение захватываются переносом центральных внутренних ситуаций. Наконец, способствует переносу прямое отношение с пациентом, поскольку выбор профессии аналитика, подобно всем подобным выборам, базируется на объектных отношениях младенчества. Вся совокупность образов и чувств пациента, его побуждений в отношении аналитика, насколько они определены прошлым, называется переносом, а их патологическое выражение носит название невроза переноса. В свою очередь весь набор образов и чувств аналитика и его побуждений в отношении пациента, насколько они определены прошлым, называется контрпереносом, а их патоло-

гическое выражение может быть названо неврозом контрпереноса.

Перенос присутствует всегда и всегда обнаруживает свое присутствие. Также и контрперенос всегда присутствует и обнаруживает свое присутствие, хотя — это справедливо и для переноса — его проявления бывает трудно воспринять и интерпретировать.

Более всего нас интересует невротическая часть контрпереноса, которая нарушает нормальный ход работы аналитика. Каждому аналитику хорошо известно, что он не лишен инфантильной зависимости, невротических репрезентаций объекта и субъекта и патологических защитных механизмов. Однако определенные факты, перечисленные ниже, напоминают о двух различных типах «знания», о которых говорит Фрейд, обращаясь к важному значению сопротивлений. Для аналитика знание о невротическом контрпереносе, как правило, поначалу является только теоретическим. Чтобы он мог действительно стать «сознающим свое бессознательное», должны быть преодолены его собственные сопротивления, а за этим должна последовать дальнейшая разработка. Кроме того, по всей видимости, этот эволюционный процесс подчиняется тому же фундаментальному закону Геккеля, который управляет биогенетическими процессами: поскольку процессы контрпереноса относительно поздно были открыты в ходе развития — филогенезе — психоаналитической науки, они осознаются достаточно поздно (хотя с индивидуальными отличиями) и в ходе развития каждого аналитика, а возможно и каждой группы аналитического движения.

Теперь я приведу некоторые факты, указывающие на существование этого сопротивления.

Прежде всего, мало что было написано или говорилось на эту тему[1]. Тот факт, что официально изданные работы очень немногочисленны, и что в них данный

[1] Данное утверждение, между тем, потеряло часть своей силы. За время, прошедшее после представления этого доклада, появился ряд важных исследований контрпереноса (Winnicott, 1949; Heimann, 1950; Reich, 1951; Little, 1951; Gitelson, 1952) все они опубликованы в *International Journal of Psycho-Analysis*.

предмет освещался не слишком подробно и основательно, можно объяснить тем, что он не слишком подходит для публикации. Но даже в «эзотерической» аналитической литературе отыщется всего несколько рукописей, посвященных этой теме[1]. В историях заболевания контрперенос упоминается редко, и еще реже он хоть как-то исследуется. На мой взгляд, эти факты, по крайней мере частично, обусловлены сопротивлением. Может показаться, что в психоанализе к теме контрпереноса в какой-то мере относятся как к ребенку, которого стыдятся родители. Но этот «стыд», или, я бы сказал, опасность, которая угрожает самооценке аналитика или его оценке со стороны других — вследствие признания того, что он, проанализированная личность, анализирующая других, остается невротиком — не более чем поверхностное выражение причин его сопротивления осознанию контрпереноса. Под этим кроются все страхи и защиты, свойственные его неврозу, а его профессиональная ситуация только выражает прежние импульсы, образы и тревоги новым языком[2].

Наблюдение моего собственного контрпереноса, а в последующем и контрпереноса кандидатов (в ходе анализа или контроля), а также понимание его большой важности в терапии побудили меня сообщить о некоторой части проведенной работы. Основная идея настоящей статьи состоит в предложении такого подхода, который позволил бы извлечь из контрпереноса пользу. Патологическая часть контрпереноса есть выражение невроза, подобного любому другому, и должна быть исследована всеми имеющимися в распоряжении психоанализа средствами.

[1] Мне известно только о двух таких докладах: «Теоретические предпосылки дидактического анализа» О. Фенихеля (Fenichel, O. Mimeographed by the Topeka Inst. of Psycho-Anal.) и доклад М. Лангера, прочитанный в Аргентинской психоаналитической ассоциации в 1948 году («Dificultades psicolygicas del psicoanalista principiante») (Langer, 1948, unpublished).

[2] М. Литтл делает акцент на частом «параноидном или фобическом отношении к контрпереносу ... особенно тогда, когда чувства являются или могут быть субъективными» (Little M. (1951) Counter-transference and the Patient's Response to it. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, Part I, p. 33).

II

Подобно первоначальному неврозу и неврозу переноса, «невроз контрпереноса» также сосредоточен вокруг эдипова комплекса[1]. На этом уровне каждый пациент мужского пола по существу представляет собой отца, а каждая пациентка — мать. По аналогии с неврозом переноса, реальные факторы типа возраста объекта (в этом случае, пациента), его внешнего вида, общего психологического состояния, настроения и т. д. извлекают тот или другой аспект того, что уже заложено в аналитике его внутренней эдиповой ситуацией.

Я буду рассматривать контрперенос по отдельности для каждого из полов.

По отношению к пациентам женского пола у аналитика имеется скрытая предрасположенность переживать все чувства и импульсы, адресованные его матери в период эдиповой стадии. В соответствии с изначально положительной природой этих отношений, он предрасположен к положительным чувствам и генитальным импульсам еще до встречи с пациенткой. Вследствие запрета на активно-фаллические импульсы как в эдиповой ситуации в прошлом, так и в аналитической ситуации в настоящем, где генитальное поведение аналитика запрещается аналогичным образом, эти чувства и импульсы легко приобретают пассивно-фаллический характер.

Бессознательное желание (на этом уровне) может состоять в фантазии о влюбленности пациентки в пенис аналитика. В этом желании отчасти заключена изначальная надежда на хорошо выраженный позитивный перенос с ее стороны.

Эта ситуация в контрпереносе имеет чрезвычайно важные последствия. Всякий раз, когда желание любви со стороны пациентки (или позитивного переноса), подвергается сильной фрустрации, возникают отвержение пациентки и ненависть к ней. Желание ограничить эротические привязанности матери может выражаться в желании того, чтобы пациентка не устанавливала никаких новых эротических отношений вне переноса. Вероятность этого возрастает с учетом того обстоятельства, что правило воздержания (в отношении отыгрывания (acting out)) приводит к рационализации этого желания. С другой стороны, аналитик может столкнуться со своим нежеланием советовать пациентке придерживаться правила воздержания (или, как это обычно происходит в наши дни, с нежеланием давать этому должную интерпретацию). Так проявляется его реактивное образование против порицаемого желания ограничить пациентку в привязанностях и против использования правила воздержания для обслуживания данного желания.

Желанию привязать пациентку также соответствует желание родителей «не отпускать» своих детей. Поскольку освобождение пациентки от инфантильной зависимости и ее эквивалента в переносе является ядром аналитической терапии, следует признать, что подобное желание со стороны аналитика действует как стремление не излечивать пациентку. Таким образом, наряду с желанием исцелять (которое также имеет глубокие корни в бессознательном), мы находим у аналитика тенденции противоположного свойства[1]. Позже мы рассмотрим другие примеры, такие как сексуальная зависть и т. д.

В эротическом переносе пациентка рано или поздно воспринимает аналитика как отвергающий объект (отца) и часто стремится к отыгрыванию. Оно может заключаться во флирте, более или менее осознанном и нацеленном на освобождение (от переносных связей) или мести отвергающему объекту. Бессознательным аналитика эта месть может запечатлеться как ненависть и неверность по отношению к нему, и вызывать ответные раздражение и ненависть. В этом случае аналитик, опираясь на вербальную продукцию пациентки, может вернуться к первичной сцене, возрожденной

[1] Я ограничусь далее суждениями об аналитиках мужского пола.

[1] М. Литтл при несколько отличном подходе приходит к таким же выводам (Little, M. (1951) Counter-transference and the Patient's Response to it. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, Part I, p. 34).

в непосредственной или символической ее форме, к тому, что она значила для него в детстве, то есть к массивной агрессии со стороны родителей, и в особенности со стороны матери.

Нечто подобное может происходить в отношении сексуальной жизни пациентки с ее мужем[1]. Пациентка, чье лечение началось со значительного позитивного переноса в отношении молодого аналитика, у которого, в свою очередь, возник значительный контрперенос, в какой-то момент полностью устранила его из сообщаемых ею ассоциаций. Подобное отвержение пациенткой, наряду с интенсификацией ее сексуальной жизни с мужем, было воспринято аналитиком в связи с его собственной эдиповой ситуацией так, как будто он вновь стал ребенком, чьи родители получают сексуальное наслаждение, исключая и отвергая его при этом. Аналитик почувствовал разочарование и внутренне отреагировал раздражением в адрес пациентки — плохой матери, — а также чувствами неполноценности (inferiority) и зависти к ее сексуальному партнеру — мужу. Ненависть пациентки к образу, спроецированному ею на аналитика, проявила себя интенсивным сопротивлением основным правилам терапии. Таким образом к эдиповой фрустрации аналитика была добавлена фрустрация в его профессиональной деятельности, которая также имела свое эдипово значение.

Когда перенос пациентки внешне был очень позитивным, а аналитик репрезентировал страстно желаемого отца, муж пациентки на этом уровне представлял собой запрещающую мать. Однако в бессознательном аналитика муж пациентки оставался его отцом, которого мать предавала вместе с ним (аналитиком). Такая ситуация, с одной стороны, приносила удовлетворение, с другой же, иногда выражала кастрационную тревогу и чувство вины по отношению к отцу (мужу). Однако с «победой» аналитика муж становился отвергаемым сыном, то есть, в сущности, самим аналитиком. Подобная идентификация с мужем в дальнейшем позволяла аналитику даже на бессознательном уровне желать хороших сексуальных отношений пациентки с мужем. Однако он не мог бы допустить в роли партнера пациентки никакого другого мужчину, который в этом случае снова репрезентировал бы отца, в сексуальном смысле лишающего его матери.

Другой аспект эдиповой травмы был пережит молодым аналитиком при лечении девушки, которая после нескольких месяцев анализа призналась, что не была откровенна с ним, скрыла факт потери девственности и свои сексуальные отношения до начала терапии, а также их продолжение на протяжении какого-то времени в период прохождения анализа. Данное заявление стало для аналитика как бы насильственным повторением старой травмы, оно напомнило ему опыт «сексуального просвещения», как будто он снова осознал: «мои родители всегда делали «это», то есть коитус, но скрывали от меня и запрещали это мне; они обманывали меня». Контрперенос с этой пациенткой был очень позитивным — и даже слишком; сначала она была «непорочной» матерью, а теперь стала «шлюхой». Помимо этой сексуальной, эмоциональной и нарциссической фрустрации, аналитик также подвергся профессиональной фрустрации: недостаток искренности у пациентки несомненно задержал желаемый терапевтический успех. Профессия, как известно, также имеет эдипальное значение, которое привносится в прямой эдипов контрперенос на пациента.

Аналитик знал о существовании сознательного сопротивления пациентки; но, кроме ее мастерства в сокрытии фактов, существовали невротические препятствия в нем самом, которые не позволили ему предположить то, в чем она впоследствии созналась. Эти препятствия заключались, во-первых, в его желании сильного положительного переноса со стороны девушки, которое заставило его переоценить таковой, и, во-вторых, в его желании «непорочной» матери, — оба эти желания порождены эдиповым комплексом.

Подведем итог: в контрпереносе повторяются различные аспекты эдиповой ситуации. Иногда аналитик испытывает генитальную любовь к пациентке и желает ее генитальной любви к нему; ненавидит ее, если она при

[1] Сравни М. Лангер (указ. соч.).

этом любит другого мужчину, чувствует соперничество с ним, ревность и зависть (гетеросексуальную и гомосексуальную) к их сексуальному удовольствию. Порой он ненавидит ее, когда она ненавидит его, и любит, если она страдает, поскольку в этом случае он оказывается отмщенным за эдипальный обман по отношению к нему. Он чувствует удовлетворение в случае выраженного позитивного переноса, но также и кастрационную тревогу и чувство вины по отношению к мужу, и т. д.

Опасности, которые влекут за собой подобные реакции, очевидны. Я уже упоминал тенденцию аналитика привязывать к себе пациентку и вытекающие отсюда трудности в интерпретации отыгрывания. К этому можно добавить, например, страх перед теми персонами, для которых пациентка являет собой важный (эротический) объект, поскольку имеется вероятность, что она их оставит; страх эдиповой агрессии, проецируемой на мужа, могущий возникнуть у аналитика в том случае, если пациентка обращает внимание на другой объект; или страх эдиповой агрессии, проецируемой на родителей, если девушка потеряет девственность и вступит в сексуальные отношения в период прохождения анализа (страх превратить ее в проститутку; эдипальная деградация сексуальности) и т. д.

Хотя невротические реакции контрпереноса могут быть спорадическими, предрасположенность к ним постоянна[1]. Они появляются, когда определенные обстоятельства жизни и аспекты личности пациента приходят в соприкосновение с определенными внутренними и внешними обстоятельствами аналитика. Здесь возникает вопрос, являются ли подобные ситуации закономерными. Если мы допустим, что невроз и анализ бесконечны, то же самое можно сказать и об эдиповом

[1] Коль скоро аналитик осознает, что находится под влиянием невротических импульсов, он конечно же должен по возможности отложить сообщение любых интерпретаций, пока не проанализирует свое состояние и не преодолеет его. Неким практическим ориентиром того, не неврозом ли обусловлены его действия, является компульсивность его потребности давать интерпретацию. За этой навязчивостью несомненно находится неизменный признак невротической реакции — тревога.

комплексе. В таком случае, тот или иной его аспект будет проявляться в каждом контрпереносе. Меняться будут только форма его проработки, степень осознания и интенсивность проявления. Они не только изменяются от человека к человеку, но и в каждом случае меняются от часа к часу и отличны в разные периоды жизни. Но даже при наилучшем положении дел имеются внешние и внутренние силы, которые заставляют индивидуума «возвращаться к своей первой любви», первой ненависти и первому страху. Так что, я полагаю, несмотря на различия индивидуальных эдиповых констелляций, все описанное выше имеет под собой общие основания, а следовательно, обладает определенной общей значимостью.

При работе с пациентом мужского пола при определенных обстоятельствах аналитик также может занять позицию, соответствующую позитивному эдипову комплексу, то есть позицию соперничества и ненависти. Это происходит с особой интенсивностью в том случае, если пациент пережил (или переживает) определенные тенденции эдипова комплекса, которые сам аналитик хотел бы удовлетворить, но ранее подавил, — например, желание похитить чужую жену. Впоследствии у аналитика могут возникнуть не только зависть и ненависть к пациенту, которые разрушительно влияют на его внутреннюю аналитическую позицию, но также и злорадное удовлетворение от нахождения торможений и страхов в других аспектах жизни пациента. Возможные последствия и опасности подобной ситуации контрпереноса ясны. Чтобы чрезмерно не затягивать этот раздел статьи, я воздерживаюсь от предъявления большего количества примеров или углубления в дальнейшие детали. Я только хотел бы добавить, что у меня сложилось впечатление, что позитивный эдипов комплекс, как правило, чаще появляется, когда аналитик работает с женщиной, и наоборот, негативный эдипов комплекс чаще встречается при работе с мужчинами. Данное обстоятельство может объясняться тем фактом, что аналитик, как правило, с самого начала занимает преимущественно либидинозную позицию по отношению к пациентам обоих полов.

III

В соответствии с вышеупомянутыми кастрационной тревогой, эдиповым чувством вины и гетеросексуальным разочарованием в позитивном эдиповом опыте, мы получаем позицию, принадлежащую к негативному эдипову комплексу. Наиболее часто обнаруживаемой на этой стадии контпереносной ситуацией, вероятно, является желание аналитика быть любимым пациентом мужского пола. Здесь мы имеем дело с очень сложным желанием, к которому в последующем будем возвращаться, — желанием не менее сложным, чем в случае пациенки женского пола. На уровне, который мы сейчас рассматриваем, это желание направлено на совершение анального коитуса с отцом в пассивной роли. Поскольку это желание насильственно отклоняется, оно часто трансформируется в желание обладать отцом в активной роли. Анус отца может быть заменен его ртом, а анальный акт и фелляция подразумевают в то же самое время подчинение мужчины (отца, брата) субъекту вследствие его либидинозного желания, направленного на пенис субъекта, а также возможность для субъекта доминировать над этим мужчиной по причине этой зависимости.

Следовательно, в отношении пациента мужского пола существует фактическое или явное желание быть любимым им, желание его подчинения, а еще глубже — все тенденции гомосексуальной природы, как пассивного, так и активного характера. Это находит свое выражение, к примеру, в любви аналитика к пациенту, когда последний хорошо работает в анализе, преодолевает сопротивления, повинуется «моему фундаментальному правилу»[1] (как сказал один из кандидатов), и таким образом подчиняется аналитику. Если он так не поступает, гомосексуальные желания аналитика расстраиваются; в сопротивлении пациента он может ощутить ненависть, которая, сливаясь с переживаемой фрустрацией, в свою очередь может пробудить ненависть в аналитике.

[1] Английское слово *rule* означает одновременно *правило* и *господство, правление, власть*. — Прим. переводчика.

Анальное или оральное подчинение пациента и его гомосексуальная любовь означают для аналитика, что отец принадлежит ему, а не матери. Этим способом аналитик также защищается от скрытой зависти и ненависти к своему отцу за его сексуальное удовлетворение с матерью, защищается от зависти и ненависти к женщине за ее сексуальное удовлетворение с мужчиной, и от своего гнева к каждому из них за то, что они дают то, чего он желает, кому-то другому, но не ему.

В качестве примера я приведу опыт обращения кандидата с пациентом-мужчиной со значительными реактивными образованиями против анальной и оральной зависимости и весьма заметной тенденцией отомстить за пережитые на стадии позитивного эдипова комплекса фрустрации. Несомненно, одной из бессознательных причин, которые привели этого пациента в анализ, было желание бóльших возможностей для осуществления мести своим родителям. На тот момент это желание в вытесненном виде также существовало у аналитика. Таким образом, пациент в извращенной форме исполнял то, что аналитик отвергал невротически. (Очевидно, что вытесненная тенденция будет дисгармонировать с соответствующей перверсией, осуществляемой кем-либо другим. Восприятие перверсии возобновляет невротический конфликт и в качестве защиты вызывает ненависть.) Таким образом, аналитик воспринял выраженную агрессивность пациента по отношению к мужчинам вообще и к себе в частности, что означало фрустрацию его гомосексуальных желаний к пациенту. Фрустрация открыла ему глаза на природу неприятных чувств (ненависть с ее последствиями, зависть и т. п.), от которых его должная была защитить гомосексуальная любовь пациента — не говоря уже об удовлетворении, вызванном ее достижением.

Негативный эдипов комплекс в очередной раз проявил себя, когда жена пациента, соперничая с аналитиком, искала способы нарушить позитивные отношения между ним и своим мужем. В этом случае образ жены мог сплавиться с образом матери-соперницы в негативном эдиповом комплексе аналитика.

Когда же пациентом является женщина, ее образ, формируемый аналитиком, также может смешиваться

с образом ненавидящей матери в негативном эдиповом комплексе. Здесь я только упомяну пример пациентки, разрушающей положительные внутренние отношения между своим мужем и аналитиком, который в своем бессознательном уже установил (хотя и дистанцированно) гомосексуальные отношения с мужем пациентки.

Очевидно, что все перечисленные ситуации контрпереноса, соответствующие стадии негативного эдипова комплекса, поскольку они достигают определенной интенсивности и остаются бессознательными и бесконтрольными, будут создавать аналитику ощутимые затруднения в понимании и интерпретировании случая и в его поведении по отношению к пациенту.

IV

Прежде чем двигаться дальше, позвольте мне напомнить некоторые хорошо известные факты. Инфантильный эдипов опыт (с которым мы имели дело до сих пор), ведет к установлению Супер-Эго, формирование которого уже подготовлено предшествующими уровнями развития. Вот несколько слов о том, как разворачивается внутренняя ситуация. Либидо частично привязывается к объектам, интроецированным в Супер-Эго (отец, глубже — мать, и т. д.). Чувства вины усиливают потребность быть любимым этими объектами. Принятие Эго Супер-Эго или репроецированными родителями должно предотвратить катастрофу, то есть главным образом кастрацию и потерю объекта.

В ситуации контрпереноса эти интроецированные объекты могут быть перенесены на пациента в любой из двух форм: во-первых, на пациента как личность, и во-вторых, на пациента как важный фактор в пределах других объектных отношений аналитика. Что касается первой — прямой — формы, то большинство ситуаций контрпереноса, описанных нами до настоящего времени, принадлежит именно к ней; пациенты как таковые репрезентировали отца или мать. Вторая форма относится к переносу интроециорованных объектов или на общество в целом, если аналитик, например, желает «быть принятым» им благодаря своей профессиональной и научной деятельности, или на социальную группу типа группы аналитиков, или на некоторых индивидуумов (аналитик, член семейства, друг и т. д.). Во всех этих случаях (второй формы) интроецированные объекты также переносятся на пациента, но косвенным образом; здесь можно говорить о суб-переносе, в отличии от прямого переноса, при котором аналитик желает быть любимым и т. п. именно пациентом[1]. Как правило, в большей или меньшей степени проявляют себя обе формы контрпереноса, и прямая (direct), и косвенная (indirect).

Чтобы достичь более глубокого понимания указанных аспектов «невротического контрпереноса», я расскажу о нескольких конкретных ситуациях.

В первую очередь я обращусь к ситуациям, в которых кандидат или аналитик относительно своих пациентов занимает позицию суб-переноса, производя при этом прямой перенос Супер-Эго на некоторый другой реальный объект, например, на аналитика «более высокого класса», «отца-аналитика». Сначала я расскажу о нескольких случаях, в которых существовала опасность терапевтической неудачи. У некоторых пациентов также была вероятность совершения самоубийства. Когда речь идет о подобной угрозе, аналитик в большей или меньшей степени ощущает тревогу. Что такие опасности означают в аналитическом смысле? В некоторых случаях аналитика посещают мысли о жестокой критике и преследовании обвинителями в случае терапевти-

[1] Подобное разграничение, по существу, отвечает разграничениям, проведенным О. Фенихелем (Fenichel, op. cit.) и А. Райх (Reich, A. (1951) On Counter-Transference, *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, Part I, p. 26). Автор последней работы проводит различие между «контрпереносом в собственном смысле слова» и «выражениями использования аналитиком аналитического процесса в целях отыгрывания», а также полагает, что в последнем случае «...пациенты зачастую не являются реальными объектами, на которые что-то переносится ...». Однако я считаю, что в тех случаях, где, к примеру, прогресс пациента помогает аналитику «победить чувство вины» (А. Райх), пациент представляет собой «реальный Объект», который аналитик (даже если только в фантазии) повредил, а теперь восстанавливает.

ческой неудачи. Преследователи могут быть представлены любым другим аналитиком (например, другом пациента), или одним из родственников пациента, или обучающим аналитиком, контролирующим аналитиком, или Исполнительным комитетом Института психоанализа. Супер-Эго, как я говорил, проецировалось на эти реальные объекты. Пугающей аналитика опасностью была, во-первых, кастрация, поскольку занятия профессиональной практикой на эдиповом уровне означают кастрацию отца и завоевание матери. Кастрационная тревога запускала регрессивные процессы и старые механизмы защиты, вызывая возрождение того, что было названо основным депрессивным конфликтом неврозов и психозов[1]. В качестве защиты против подобной ситуации, то есть когда Эго защищает себя от преследования чрезвычайно суровым Супер-Эго, возникают паранойяльные (paranoiac), маниакальные и другие механизмы. На эдиповой стадии жестокое Супер-Эго — это кастрирующий отец, а на предшествующих стадиях угрожающая субъекту опасность — это опасность быть съеденным, разрушенным и т. п.

До настоящего момента я касался генитального и анального уровней «невроза контрпереноса». Теперь я опишу некоторые оральные проявления контрпереносных переживаний, не упуская из виду те его аспекты, которым посвящен данный раздел доклада.

1. Одним из механизмов защиты от опасностей, указанных выше, является мазохистическое подчинение желаниям интроецированных объектов. Пациентка была направлена к кандидату «отцом-аналитиком», чья оценка способностей кандидата как будущего аналитика очень много значила для последнего. У пациентки были сильно выражены тревога и «голод». Кандидат дал ей «насытиться» настолько, насколько он смог, и по прошествию нескольких месяцев она достигла значительного прогресса. Но, поскольку заболевание пациентки было тяжелым, кандидат ощущал тревогу, ведь пока она оставалась больной, он не мог удовлетворить

[1] Pichon Rivière, E. (1947) Psicoanalisis de la Esquizofrenia. *Revista de Psicoanalisis*, Vol. V, N. 2.

желания интроецированного и репроецированного объекта, то есть «отца-аналитика». Прилагая усилия для ее излечения, он отдавал себя ей — до степени самоотречения, «разрывался на части», «разрушал» или «убивал» себя для нее; все эти выражения точно отражали ситуацию Эго, подчинившегося архаичному преследующему Супер-Эго.

Наконец сам кандидат заболел. Он знал, что его болезнь была связана с анализом пациентки. Внутри себя он обвинял ее и ее «вампиризм», ненавидел ее, пока не осознал факт своей проекции, факт того, что на самом деле его собственный «голод» и повышенный риск соответствующих фрустраций явились причиной его нездоровья. Его собственный «голод» соответствовал прожорливости проецируемого им Супер-Эго, и наоборот. Другими словами, он позволил пациентке поедать его, чтобы иметь возможность питаться самому; он «кастрировал» и «уничтожил» себя частично, чтобы не оказаться кастрированным и убитым полностью.

2. Другим механизмом защиты против вышеупомянутых катастроф является идентификация с проецируемым Супер-Эго и проецирование плохого и виновного объекта, интроецированного в Эго. Приблизительно это можно выразить так: «я достаточно компетентен, а вот пациент нехорош». В работе одного из кандидатов с пациенткой его зависимость от собственного Супер-Эго была приведена в действие — и очень заметно — тем обстоятельством, что это был первый случай, который он представлял на семинаре по технике анализа. Пациентка была малоразговорчива, и то немногое, что она говорила, не всегда говорила искренне. Это был очень сложный случай, и кандидата особенно заботил успех ее терапии: он хотел продемонстрировать на семинаре свои знания и умения. Но все было напрасно. В то же самое время кандидат сознавал, что он был новичком, а кто-то другой определенно мог справиться лучше. Едва ли он мог сделать для пациентки хоть какую-нибудь успешную интерпретацию, и моментами доходило до того, что он ее ненавидел. Защищаясь от чувства беспомощности и неполноценности, он внутренне обвинял пациентку. Таким образом, угроза не-

удачи превратила его в объект преследования Супер-Эго, которое он прямо проецировал на семинар, руководителя и т. д., и косвенным образом на пациентку. Она стала преследующим объектом, а он преследуемым. Но в сопротивлении и защите против столь невыносимого положения дел, а также уповая на поддержку важных объектов (мнение руководителя и продвинутых кандидатов на семинаре), он инвертировал ситуацию: он стал преследующим объектом, а пациентка — преследуемым. Но ввиду того, что основная ситуация оставалась неизменной, сложившееся положение дел с большей точностью следовало бы описать так: он оказался жертвой, превратившейся в преследователя, а она — преследователем, ставшим жертвой.

3. В данной ситуации Супер-Эго продолжает действовать, по сути, как преследователь. Однако бывает и так, что (а) плохой объект (первоначально интроецированный в Эго и теперь проецируемый на пациента) субъективно и временно воспринимается как «побежденный» или «устраненный»; или (б) Супер-Эго проявляет себя как хороший объект, любящий и принимающий. В обоих случаях возникают маниакальные состояния. При этом, по сути, сохраняется депрессивная ситуация, но защитное сражение временно выигрывается, а (мнимая) победа освобождает субъекта от тревоги и конфликта.

Для каждой из этих ситуаций, (а) и (б), приведем по примеру.

а. Прямое «устранение» (elimination) плохого объекта было осуществлено в следующем случае, который я опишу подробно, потому как, помимо маниакального механизма, в нем проявилась базовая депрессивная ситуация, а также паранойяльные и мазохистические защиты «невроза контрпереноса» аналитика.

Пациентка была 35-летней незамужней женщиной, пришедшей к аналитику по требованию жениха. Поводами к обращению служили такие симптомы, как выраженная агрессия к жениху и полная фригидность. Случай, как вскоре оказалось, был очень серьезным, с заметным меланхолическим ядром и многочисленными паранойяльными производными (попытки самоубийства, эротомания, эритрофобия и др.); в то же самое время пациентка почти не осознавала своей болезни. Сознательные и бессознательные сопротивления были слишком значительны, и молодой аналитик вскоре начал сомневаться в своей способности помочь ей. Тем не менее, он не хотел оставлять случай, поскольку знал, как он говорил впоследствии, что, несмотря на всю бесперспективность, анализ был единственной реальной надеждой для этой женщины. Таким образом, Супер-Эго аналитика требовало помочь ей, однако Эго было бессильно. После открывшегося факта близких контактов женщины в аналитическом кругу, мысль о фиаско в терапии приняла в его бессознательном значение кастрации, или утраты интроецированных объектов. От возможной неудачи и тревожного ожидания таковой аналитик защищался, (внутренне) обвиняя пациентку. Он стал ее ненавидеть.

Эта ненависть пробудила в нем чувство вины. В то время как состояние пациентки оставалось неизменным, аналитик внутренне колебался между обвинениями в ее адрес и самобичеванием. Но неожиданно случай извне привел к перемене ситуации. Жених окончательно порвал отношения с пациенткой. Она впала в состояние депрессии и серьезно думала о самоубийстве. Ненависть аналитика, теперь удовлетворенная, прекратилась, но его чувство вины обострилось. Ведь раньше он ненавидел ее, и поэтому теперь в своем бессознательном нес магическую ответственность за ее несчастье. Пациентка стала переносить большей частью на него свою ненависть и обвинения в адрес первичных объектов и жениха. Аналитик, преследуемый обвинениями и угрозами своего Супер-Эго, совершенно подчинился ее оральной агрессии и «голоду». Он предложил ей свое свободное время, и часто по уикэндам она оставалась в его доме в течение нескольких часов, крича, обвиняя его, угрожая самоубийством и т. п. Аналитик мазохистически допустил, чтобы она поедала его, кусала, частично кастрировала — ради предупреждения глобальной катастрофы.

Постепенно у пациентки наступило улучшение, хотя и поверхностное. Аналитик не смел и надеяться на

истинное излечение или существенный прогресс. Поэтому, когда она нашла новый объект любви, он согласился прервать анализ, что было совершенно неприемлемо для него в период ее депрессии. Его чувства в момент окончания анализа были воистину маниакальным состоянием. Он был «освобожден» и от «плохого объекта», и от преследующего Супер-Эго, которые пациентка попеременно представляла в суб-переносе.

б. В вышеизложенном случае мания возникла вследствие псевдореального устранения преследующего объекта. В других случаях мания возникала благодаря тому, что Супер-Эго превращалось в хороший объект, любящий и принимающий. Это происходило, например, в тех случаях, где поначалу упорно прикладывались терапевтические усилия, в которых аналитик, как в упомянутом выше случае (пункт 1), преследовался Супер-Эго (перенесенным на пациентку и «отца-аналитика»); а затем происходило действительное и заметное улучшение состояния пациента, которое, к тому же, признавалось именно этими объектами. Во всех случаях, изложенных в данной части, деятельность аналитика создавала внешнее поле для реализации базового внутреннего конфликта. Говоря более точно, решающее значение для ситуации, складывающейся между Эго и Супер-Эго, имели успех либо неудача в терапевтической деятельности. Сходную роль, хотя меньшую по интенсивности и частоте, играют также и другие виды деятельности в пределах психоаналитической профессии, такие, например, как научные труды. О случае терапии одной пациентки аналитик готовил письменный отчет. Симптомы были весьма интересны, а начало анализа — вполне удовлетворительным. Радуясь возможности провести интересную работу и благодаря этому быть принятым Супер-Эго (и его проекцией на круг аналитиков), он установил сильный позитивный контрперенос. Однако по прошествии нескольких недель возникли большие трудности, и аналитик все более и более убеждался в том, что он имел дело с бесперспективным в смысле научной работы случаем. За интенсивными сопротивлениями пациентки он чувствовал ненависть, и хотя сознательно он достаточно хорошо понимал, что эта агрессивность была направлена против интроецированных в детстве и теперь спроецированных на него объектов, внутренне на «несправедливую ненависть» пациентки он реагировал раздражением и собственной ненавистью. Но в действительности ненависть пациентки была «справедливой», «справедливой» вдвойне, и это аналитик также достаточно хорошо осознавал. Ведь ненависть, раз пациентка ее испытывала, не только полностью соответствовала тому, насколько плохими были ее интроецированные объекты; эта ненависть, раз аналитик от нее страдал, также полностью соответствовала тому, насколько плохими были его собственные интроецированные объекты. Степень суровости его Супер-Эго, тревоги, индуцированной в нем этим Супер-Эго, его чувств вины и неполноценности, которые он пытался умиротворить посредством научного сообщения (намерение, которое в дальнейшем было расстроено), — выраженность всех этих факторов определяла силу его собственной ненависти.

Таким образом, выбор психоаналитической профессии, как в качестве терапевтической, так и в качестве научной работы, содержит — в обсуждаемых здесь случаях — бессознательное значение отрицания или избегания базовой депрессивной ситуации и нацелен на достижение любви интроецированных и проецированных объектов, власти над ними и т. п.

Также в качестве следствия базовой депрессивной ситуации часто может встречаться интенсивный эксгибиционизм, как стремление к отрицанию разнообразных чувств вины и неполноценности (инцеста и кастрации[1], гомосексуальности, орального садизма и др.). Этот эксгибиционизм (по отношению к интроецированным и проецированным объектам) влияет не только на важные аспекты профессии, как мы уже видели, но также и на многие мелкие детали, такие, например, как удовлетворенность аналитика и последующее возрас-

[1] См. также приведенное выше описание пассивно-фаллической позиции аналитика. Мы уже указывали на значимость желания того, чтобы пенис был любим; дальнейшую значимость оно обретает при отрицании кастрации.

тание любви к пациенту, когда последний предоставляет ему шанс сделать интересное наблюдение, подтвердить возникшее предположение и т. п.

Естественно, ситуация внутренней и внешней зависимости, описанная в данной части, как правило, с большей вероятностью может быть обнаружена в случае начинающего практику, нежели опытного аналитика. Но так как мы, по существу, имеем дело с внутренней ситуацией общего характера, соображения относительно нее, как сказано выше, являются общезначимыми.

V

В предыдущем разделе обсуждались те проявления базовой депрессивной ситуации и защит от нее, в которых Супер-Эго «суб-переносилось» на пациента. Теперь мы рассмотрим ситуацию, при которой базовый конфликт разворачивается в форме прямого переноса на пациента. В этих случаях пациент непосредственно становится экраном для образов интроецированных объектов и самого субъекта (образов себя (self-images) аналитика), и в то же самое время — объектом тенденций, направленных на эти образы.

Я уже упоминал о многочисленных истоках потребности аналитика быть любимым своим пациентом (женщиной или мужчиной): позитивном и негативном эдиповом комплексе, соответствующих чувствах вины, отклонении активных импульсов и следующих за этим пассивных желаниях. Сюда можно добавить пассивную оральную любовь, с одной стороны, и оральный садизм, с другой, бессознательное восприятие которых наполнено интенсивными чувствами вины, которые в свою очередь увеличивают потребность быть любимым; эта последняя ситуация составляет ядро базового депрессивного конфликта. Если потребность аналитика быть любимым не реализуется, возникает опасность искажения объективного восприятия им пациента вследствие вмешательства ненавидимых архаичных образов: образа плохой матери (груди), не дающей удовлетворения, поедающей и отбирающей, или «вампирический» образ самости и т. п.

Вместо упомянутого вначале переноса или рассмотренной позже проекции, имеющей параноидную природу, здесь также может происходить депрессивная конфронтация с тем или другим образом себя, могут возникать маниакальные реакции и т. д. Приведем несколько примеров.

1. У кандидата в процессе работы с женщинами, которые подавляли свой сексуальный перенос, постоянно возникала одна прежняя мысль: женщина не может его полюбить потому, что он слишком некрасив или недостаточно чувственен (instinctive). В этой мысли, в дополнение к позитивному эдиповому комплексу, гомосексуальному конфликту и сопутствующим чувствам вины и неполноценности, также нашел свое выражение специфический депрессивный конфликт: он некрасив и ненавистен потому, что в нем самом слишком много (оральной) ненависти; он недостаточно чувственен, потому что недостаточно любит, потому что желает только получать, брать, лишать (здесь мы видим чувства вины за оральную рецептивность и пассивность, а прежде всего за оральный садизм).

2. Оральная фрустрация, лежащая в основе только что упомянутых тенденций, ведет, с одной стороны, к образу плохой, ненасытной и скупой матери, а с другой стороны, к оральной зависти и соответствующей ей ненависти. Этот ненавидимый образ в дальнейшем усиливается паранойяльной проекцией «ворующего» образа себя. Все это создает риск «прямого» контрпереноса паранойяльного характера, особенно в тех случаях, когда пациент следует орально-садистическим тенденциям, которые аналитик вытесняет, — это часто случается, когда имеешь дело с «Дон-Жуаном» или «Женщиной-вамп». На состояние контрпереноса в том, что касается решения финансовых вопросов, также часто оказывают влияние те же факторы: ненависть к жадности, «прожорливости» объекта и т. д.

Перед тем, как проиллюстрировать примером сказанное выше, я хотел бы добавить некоторые общие замечания относительно реакций контрпереноса на со-

противления пациента, поскольку они зачастую связаны с теми паранойяльными механизмами аналитика, которые были только что описаны.

Сопротивления могут вызывать раздражение и даже выраженную ненависть; эта реакция будет тем сильнее, чем более беспомощным чувствует себя аналитик в отношении стоящей перед ним проблемы[1]. Такую ненависть в целом можно объяснить страхом перед неудачей в лечении пациента и перед всем тем, что она означает. Следовательно, здесь мы сталкиваемся с выражением того же самого паранойяльного механизма, который рассматривался в предыдущей части в ходе обсуждения «косвенного контрпереноса».

У аналитика зачастую возникает чувство, что сопротивление — это ненависть, которую пациент к нему испытывает. Можно было бы подумать, что это ощущение представляет собой всего лишь выражение детского уравнения: фрустрация = (равняется) ненависти к фрустрирующему. Однако, поразмыслив, мы понимаем, что это чувство отражает объективную истину. Основные сопротивления являются манифестацией конфликтов с интроецированными объектами, которых, по причине их фрустрирующей природы, боятся, отвергают и ненавидят. Следовательно, сопротивление, в одном из его аспектов, есть ненависть, на которую аналитик, в свою очередь, может реагировать ненавистью, попадая таким образом в западню, расставленную для него его собственным неврозом. Аналитик верит пациенту, когда тот бессознательно полагает аналитика плохим; то есть он верит, что так же плох, как те интроецированные объекты пациента, которые тот проецирует на аналитика и которые служат причиной основных сопротивлений пациента. Он верит пациенту потому, что тот имеет мощного союзника в личности самого аналитика — собственные плохие интроецированные объекты последнего, которые ненавидят его и ненавидимы им. И в той же мере аналитик может начать ненавидеть пациента, оказывающего интенсивное сопротивление. Это сопротивление иногда приводит к тому, что аналитика начинает преследовать его Супер-Эго; он защищается от подобного преследования посредством проекции плохих интроецированных объектов в Эго и одновременной идентификации с Супер-Эго, проецируемым на пациента, что, в свою очередь, вызывает чувства ненависти и гнева.

Теперь я приведу пример, в котором такая реакция на сопротивление сопутствовала паранойяльной реакции «прямого контрпереноса». Одним из проявлений сильного сопротивления пациентки была ее манера говорения, которая производила на аналитика впечатление декламации. Ему казалось, что таким способом она желала казаться особенно утонченной, чувствительной и женственной, и тем самым пыталась влюбить его в себя, чтобы подчинить. Он чувствовал в себе интенсивное отвержение этого бессознательного маневра с ее стороны. Анализируя это отвержение, он обнаружил, среди прочего, что псевдо-романтическая и коварная часть личности пациентки представляла часть его самого, его отвергаемого образа себя. Именно его собственное желание властвовать над своими интроецируемыми и проецируемыми объектами порой побуждало его изображать покорность и разыгрывать точно такую же комедию деликатности, чувствительности и романтической добродетели; это был тот волк в овечьей шкуре, которого он ненавидел в себе и в других.

Этот пример выявляет два момента. Во-первых, механизм возникновения гнева при встрече с сопротивлением. Сопротивление, с одной стороны, было выражением ненависти пациентки к собственным плохим внутренним объектам, над которыми она желала властвовать. Ее ненависть нашла себе союзника в Супер-Эго аналитика, поскольку сопротивления (угрожая успеху анализа) также вызвали у него страх перед Супер-Эго. От этой агрессии Супер-Эго аналитик защищался своей ненавистью к пациентке. Во-вторых, этот пример иллюстрирует «прямой» паранойяльный контрперенос, по-

[1] О. Фенихель в работе «Проблемы аналитической техники» говорит об этом так: «Всякий раз, когда человек встречает препятствия в какой-либо работе, которой себя посвящает, он сердится» (Fenichel, O. (1939) Problems of analytical technique. *Psychoanal. Quarterly*, 8, N2, p. 184). Ниже мы пытаемся прояснить проблему, на которую указывает Фенихель.

скольку ненавистный «волк» пациентки был в действительности вытесненным образом себя (или вытесненной тенденцией) аналитика.

Интенсивное сопротивление пациента для аналитика, как правило, представляет фрустрацию, которая сама по себе может объяснять его раздражение. Однако, как было показано, фрустрация извне регулярно добавляется ко внутренней фрустрации инфантильного происхождения. В этом смысле чувство раздражения аналитика всегда невротично, по крайней мере отчасти. Фрустрация, которую доставляет нам пациент, возникает из его сопротивлений, но именно они заставляют его обратиться к терапии. Если мы раздражены сопротивлениями, мы ведем себя (даже если только внутренне) подобно доктору, который раздражен физическим недугом, и, например, злится на пациента, когда чувствует, что его навыка врачевания недостаточно. В случае пациента, не принимающего лекарств, которые могут его исцелить, гнев доктора понятен, но только не в случае психолога, поскольку последний должен знать, что причиной отказа от лечения — в данном случае причиной неприятия аналитических правил, интерпретаций и т. д. — служат психологические конфликты.

Таким образом, раздражение аналитика имеет отчасти инфантильную природу. Его нельзя избежать совсем, но важно отдавать себе отчет в его происхождении, чтобы ребенок внутри психолога не помешал ему непоправимо, чтобы эти дети — один внутри аналитика, а другой внутри пациента — не затеяли драку. Такой совет может показаться излишним, однако, поскольку это противоборство никогда не заканчивается, анализ его причин тоже никогда не следует считать завершенным.

3. Мы рассмотрели в пунктах 1 и 2 базовый депрессивный конфликт и паранойяльную защиту в «прямом контрпереносе». Подобно тому, как «плохая женщина», или пациент не любящий аналитика, может вызвать у него паранойяльную ненависть или депрессию, пациент, который его любит, порой вызывает легкую манию (mild mania); и это — как и в вышеупомянутых механизмах — происходит несмотря на то, что аналитик осознает переносную природу этой любви. В таком же ключе у психоаналитика может возникнуть сомнение в том, что подобная любовь действительно является «только переносом». Бессознательные причины этого сомнения очевидны.

4. Чувства вины за недостаток любви (за собственную эдипову ненависть, свой оральный садизм и т. п.), которые аналитик переживает с некоторыми пациентами, также могут привести его к мазохистической покорности. Случай 3, упомянутый в части IV, является тому примером. В нем косвенный контрперенос (описанный выше) смешивается с паранойяльной ненавистью «прямого» типа; в бессознательном аналитика пациентка являла собой плохую мать, которая генитально фрустрировала его, забрала у него отца, отняла его от груди, ненавидела его, пожирала (consumed him orally) и т. д. Чувства вины и потребность в наказании за ненависть, которую вызвал у аналитика этот образ, стали одной из причин его подчинения прожорливости и агрессии пациентки. Это также выражалось в его поведении в вопросах оплаты. Так, например, он не взимал плату за дополнительные сессии, проведенные в течении недель ее депрессии, и даже за плановые не желал брать больше, чем «по четыре цента за сессию», как стало ясно из его оговорки. Подобным же образом этот аналитик подчинился оральной и анальной жадности другого пациента, также из чувств вины за собственную зависть и эдипову, и оральную ненависть.

Таким образом, в прямых отношениях аналитика с пациентом, как и в ситуации непрямого контрпереноса, мы также при определенных обстоятельствах обнаруживаем все ту же невротическую зависимость, тот же базовый депрессивный конфликт и те же защитные механизмы.

VI

В связи с предпринятым нами выше исследованием возникают многие, в т.ч. некоторые уже очерченные вопросы, подлежащие дальнейшему анализу. Наиболее

неотложными из них являются те проблемы, которые относятся к различным последствиям невротического контрпереноса. Каким образом он затрагивает мышление аналитика, его интерпретации и поведение? И как влияет контрперенос на отношения пациента с аналитиком, особенно на процесс переживания заново того опыта детства, что нуждается в коррекции? Кроме того, какие выводы можно сделать относительно контрпереносных состояний, вызываемых пациентом в связи со своими психологическими ситуациями? Более того, какое влияние оказывает жизнь аналитика за пределами кабинета на его контрперенос и наоборот? Какие практические выводы необходимо сделать?

Ввиду того, что моя статья уже подходит к концу, я только кратко коснусь некоторых из этих проблем. Что касается первого вопроса, а именно влияния контрпереноса на понимание аналитика, мы должны прежде всего помнить, на каких процессах это понимание основывается. Хелен Дойч[1] выделяет здесь два компонента: (а) идентификацию аналитика с определенными частями Эго пациента (то есть импульсами и защитами) и (б) «дополнительную (complementary) позицию», или идентификацию с образами [объектов] пациента (в соответствии с фантазиями в переносе). Так, если аналитик реагирует, к примеру, оральным негодованием на жадность пациента (женщины), это не мешает ему интеллектуально идентифицироваться с ее механизмами защиты и образами объектов и понять, что она скупится потому, что для нее он — вор (а именно, ее алчная мать), однако на то имеются эмоциональные препятствия, потому что такое же значение и она имеет для него. Кроме того, контрперенос может эффективно донести до аналитика психологические сведения относительно пациента, поскольку его переживания фрустрации и последующей ненависти помогают ему осознать жадность пациента[2]. Тем не менее, внутренняя реакция аналитика является невротической; она не мешает ему осознавать что-либо, однако мешает осознанно реагировать. Осознанная реакция возможна для него только после того, как он будет проанализирован, преодолеет свою ситуацию и сможет идентифицироваться с Эго пациента также и эмоционально. В такие моменты «раздражения» аналитики не всегда следуют даже самому элементарному правилу хранения молчания. В подобных ситуациях пациент часто ощущает агрессивные чувства аналитика в содержании или в формулировке интерпретаций, или в его голосе, и чувствует, что снова сталкивается с архаичным объектом. И в данном случае это чувство обосновано, поскольку в игру действительно вступили архаичные объекты аналитика, пробудившие его враждебность, что часто является выражением его идентификации с этими объектами в целях защиты от тревоги, которую они вызывают. Последствия таких случаев для переноса пациента ясны.

Таким же образом — перефразируя определение контрпереноса, данное Ф. Ханн-Кэнди, — мы можем сказать, что перенос представляет собой функцию переносов пациента и контрпереносов аналитика[1].

Подобно тому, как вышеупомянутая пациентка чувствовала — пусть только бессознательно — контрпереносную ненависть, другая пациентка в тоне голоса аналитика уловила его желание подчинить ее и отреагировала сильным подавлением своего позитивного переноса. Один из пациентов ощутил тревогу аналитика, стал недоверчивым и усилил свои сопротивления. Таким образом, выявлять и анализировать влияние этих и других проявлений контрпереноса на перенос чрезвычайно важно[2].

1 Deutsch, H. (1934) Okkulte Vorgänge Psychoanalyse. *Imago*, 12.

2 Главным образом этому аспекту — контрпереносу как «одному из самых важных инструментов в работе аналитика», — посвящена статья П. Хайманн (Haimann, P. (1950) On counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30, 1950, Parts I and II, p. 81).

1 В своей статье «О переносе и контрпереносе в психоанализе» Ф. Ханн-Кэнди определяет контрперенос как «функцию переносов пациента и аналитика» (Hann-Kende, F. (1936) Zur bertragung und Gegenübertragung in der Psychoanalyse. *Int. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 22, p. 478).

2 Д. Винникотт, М. Литтл и М. Гительсон рассматривают проблему совместного с пациентом анализа контрпереносных ситуаций, их причин и следствий (Winnicott, D.W. (1949) Hate in the counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30, p. 9–74; Little, M. (1951) Counter-transference and the Patient's Response to it. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, Part I; Gitelson, M. (1952) The Emotional Position of the Analyst in the psycho-analytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 33, p. 1–10).

Невротический контрперенос чреват еще одной, особой опасностью, которую можно назвать контрпереносной индукцией или контрпереносной пересадкой (grafting). Под этим я подразумеваю известную опасность «индуцирования» или «пересадки» аналитиком собственного невроза пациенту. Эта опасность также может быть предотвращена лишь настолько, насколько аналитик знает свое «личное уравнение», то есть собственную склонность к определенным ошибкам вследствие своего невроза.

Серьезные последствия таких ошибок, вызванных «индукцией» невроза, наблюдались в случае лечения пациента, которого молодой аналитик желал привести к независимости как раз потому, что не обладал ею сам. Аналитик ощущал невротическую подоплеку в своих действиях, к тому же у него имелся невротический идеал независимости и он желал пациенту (своему «сыну») достичь того, чего не удалось достичь ему («отцу»). Непосредственно аналитик не подталкивал пациента к «независимому» существованию — его профессиональная совесть не позволила бы этого — но, с другой стороны, он задавал пациенту определенные вопросы. Убеждая себя в том, что это всего лишь вопросы, аналитик успокаивал свою профессиональную совесть.

Тем не менее, вопросы подводили пациента к тому, чего желал аналитик, а именно к «независимому» существованию, и таким способом аналитик удовлетворял также и свои желания. Эти вопросы формировались таким же образом, что и невротические симптомы, являясь взаимодействием между Ид, Эго и Супер-Эго. Такие побуждения к действию, как правило, ведут только к кажущимся изменениям; освобождение от «воспитателя» внутри себя, со всеми его невротическими импульсами и соответствующими идеалами, даже когда мы знаем о нем, кажется делом затруднительным. А понимание того, что мы только частично осознаем наши собственные невротические процессы в контрпереносе, должно стать поводом для удвоения контроля за выполнением правила абстиненции в отношении отыгрывания. Я имею в виду отыгрывание не только со стороны пациента, но также и со стороны аналитика. Излечения можно достигнуть — как неоднократно подчеркивал Фрейд — только путем преодоления сопротивлений.

Хотелось бы добавить несколько слов о наиболее важных практических выводах, которые следуют из настоящего обзора. Во-первых, имеется очевидная необходимость наблюдения за сопротивлениями в плане контрпереноса и сопутствующих проблем. Рассмотрение переноса во время контрольного анализа, в публикациях историй болезни и пр. является обязательным, и точно так же следует относиться к существенным процессам контрпереноса. Необходимость продолжения обучающего анализа кандидата до тех пор, пока он не столкнется лицом к лицу с собственным неврозом контрпереноса, уже подчеркивалась М. Лангером и другими. В этом случае распад соответствующих сопротивлений у кандидата приведет к уменьшению его невротической зависимости от обучающего аналитика и будет способствовать интроецированию хорошего объекта. В программах лекционных курсов по технике анализа контрпереносу должно — а пока этого не происходит — уделяться то внимание, которого он заслуживает.

И последнее. Фрейд однажды сказал, что его воспитанники научились выдерживать некоторую часть правды о себе. Углубление наших знаний о контрпереносе согласуется с этим принципом. И я полагаю, мы преуспеем, если научимся выдерживать также то, что эта правда о каждом из нас станет известна и другим людям.

Перевод А. Дышлевого,
сверка перевода З. Баблояна

Значение и использование контрпереноса*

Хайнрих Ракер (1953)

I

Фрейд описывает перенос и как величайшую опасность, и как наилучшее орудие аналитической работы. При этом он имеет в виду работу по переводу вытесненного прошлого в сознание. Кроме двух этих подразумеваемых значений переноса, Фрейд указывает третье: в переносе анализируемый может заново пережить прошлое в более благоприятных условиях и исправить патологические решения и судьбу. Аналогично этому можно выделить и три значения контрпереноса. Он также может быть величайшей опасностью и в то же время важным орудием понимания, помощником аналитика в его интерпретациях. Более того, он влияет на поведение аналитика; он вмешивается в его поведение в качестве объекта нового опыта пациента в новом фрагменте его жизни — аналитической ситуации, в которой пациент должен встретить больше понимания и объективности, чем было в реальности или фантазиях его детства.

Что говорят современные авторы о проблемах контрпереноса?[1]

Лоранд пишет в основном об опасности контрпереноса для аналитической работы (Lorand, 1946). Он также указывает на важность учета контрпереносных реакций, поскольку они могут указывать на некие важные темы, которые необходимо проработать с пациентом. Он акцентирует внимание на необходимости того, чтобы аналитик всегда осознавал свой контрперенос, и обсуждает некоторые специфические проблемы: сознательное желание исцелять, облегчение, которое анализ может приносить аналитику в его собственных проблемах, нарциссизм и вторжение личных мотивов в клинические вопросы. Он также подчеркивает тот факт, что эти проблемы контрпереноса затрагивают не только новичков, но также и опытных аналитиков.

Винникотт прежде всего озабочен «объективной и оправданной ненавистью» в контрпереносе, особенно при лечении психотиков (Winnicott, 1949). Он рассматривает то, как аналитику следует обращаться со своими эмоциями: должен ли он, например, выносить свою ненависть молча или сообщать о ней анализируемому? Таким образом, Винникотт озабочен определенной реакцией контрпереноса в той мере, в какой она воздействует на поведение аналитика, являющегося объектом анализируемого при повторном переживании им своего детства.

Хайманн обращается к контрпереносу как к орудию понимания анализируемого (Heimann, 1950). «Главная идея состоит в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Этот глубинный раппорт выходит на поверхность в форме чувств, которые аналитик обнаруживает в своих реакциях на пациента, в своем контрпереносе». Поэтому такой эмоциональный отклик аналитика часто ближе к психологическому состоянию пациента, чем сознательные суждения аналитика.

Литтл обсуждает контрперенос как нарушение при понимании и интерпретации и его влияние на поведение аналитика, которое оказывает решающее воздействие на повторное переживание пациентом своего детства (Little, 1951). Она подчеркивает тенденцию аналитика повторять поведение родителей пациента и удовлетворять некоторые собственные потребности, а не потребности анализируемого. Литтл акцентирует внимание на необходимости признания своего контрпереноса перед

* Перевод выполнен по изданию: Racker, H. (1953) The meanings and uses of countertransference. In: Racker, H. *Transference and Countertransference*. London, 1968, p. 127–173. Впервые русский перевод статьи опубликован в *Московском психотерапевтическом журнале*, 1998, 2.

1 Я ограничусь здесь только работами, опубликованными начиная с 1946 года.

анализируемым и интерпретации его и настаивает на том, что делать это нужно не только по отношению к «объективным» контрпереносным реакциям (Винникотт), но и по отношению к «субъективным».

Анни Райх в основном интересуется контрпереносом как источником нарушений в анализе (Reich, 1951). Она проясняет концепцию контрпереноса и дифференцирует два его типа: «контрперенос в узком смысле» и «использование аналитиком анализа в целях отыгрывания». Она исследует причины этих феноменов и пытается понять, какие условия ведут к хорошим, блестящим или неудачным результатам аналитической деятельности.

Гительсон различает «реакции аналитика на пациента в целом» («перенос» аналитика) и «реакции аналитика на частичные аспекты пациентов» («контрперенос» аналитика) (Gitelson, 1952). Он также озабочен проблемами вторжения контрпереноса в аналитическую ситуацию и утверждает, что если такое вторжение происходит, то с контрпереносом аналитик и пациент должны работать вместе, в чем он согласен с Литтл.

Вайгерт выступает за анализ контрпереноса, если он вторгается в аналитическую ситуацию, и советует аналитику на продвинутых стадиях лечения быть менее сдержанным и более спонтанно проявлять свой контрперенос (Weigert, 1952).

В предыдущей главе я обсуждаю контрперенос как опасность для аналитической работы. После анализа сопротивлений, которые по-прежнему осложняют исследование контрпереноса, я пытаюсь наглядно показать, как эдиповы и преэдипповы конфликты, а также параноидные, маниакальные и другие процессы проявляются в «неврозе контрпереноса» и как они вмешиваются в понимание, интерпретации и поведение аналитика. Мои замечания относятся как к «прямому», так и к «косвенному» контрпереносу[1].

[1] Это различение в целом соответствует двум типам контрпереноса у Анни Райх. Я бы добавил, однако, что когда аналитик использует анализ для собственного отыгрывания (то, что я называю «косвенным» контрпереносом), анализируемый репрезентирует собой объект аналитика («квази-переносный» объект), а не просто «орудие».

В другой статье я описывал использование опыта контрпереноса для понимания психологических проблем анализируемого, особенно проблем в переносе (Racker, 1952). В своих принципиальных взглядах я согласен с Хайманн (Heimann, 1950) и подчеркиваю следующие положения. 1) Интенсивные реакции контрпереноса, даже патологические, также должны служить в качестве средств анализа. 2) Контрперенос является выражением идентификации аналитика с внутренними объектами анализируемого, а также с его Ид и Эго, и может использоваться в этом качестве. 3) Контрпереносные реакции имеют специфические характеристики (специфическое содержание, тревоги и механизмы), из которых мы можем сделать выводы об особом характере психических событий пациента.

Данная работа направлена на развитие моих замечаний о контрпереносе как орудии понимания психических процессов пациента (включая, в частности, его переносные реакции) — их содержание, механизмы и интенсивность. Осознание контрпереноса помогает понять, что и когда надо интерпретировать. Эта работа также рассматривает влияние контрпереноса на поведение аналитика по отношению к анализируемому. Это поведение оказывает решающее влияние на позицию аналитика как объекта нового переживания детства, влияя, таким образом, на процесс излечения.

Хотелось бы кратко рассмотреть проблему контрпереноса в истории психоанализа. Мы встречаемся со странным фактом и разительным контрастом. Открытие Фрейдом контрпереноса и его огромного значения для терапевтической работы (Freud, 1910) дало толчок развитию института обучающего анализа, ставшего основой и центром психоаналитического обучения. Однако контрперенос не получил практически никакого научного рассмотрения в течение последующих сорока лет. Только в последние несколько лет ситуация внезапно изменилась, и контрперенос стал предметом частого и подробного исследования. Как можно объяснить это первоначальное признание, последующее пренебрежение и недавнюю перемену? И не резонно ли тогда поставить под вопрос успешность обучающего анализа

в выполнении возложенных на него функций, если сама эта проблема, открытие которой привело к возникновению института обучающего анализа, получила столь слабую научную разработку?

Эти вопросы, несомненно, важны, и те, кто лично наблюдал значительную часть развития психоанализа в последние сорок лет, имеют наибольшее право ответить на них[1]. Я предложу только одно объяснение.

Недостаточность научного исследования контрпереноса должна объясняться отрицанием, обнаруживающим собственные неразрешенные борения психоаналитиков со своей примитивной тревогой и виной. Эти борения тесно связаны с теми инфантильными идеалами, которые выжили из-за недостатков при личном анализе тех самых проблем переноса, которые позднее воздействуют на контрперенос аналитика. Эти недостатки обучающего анализа, в свою очередь, были частично обусловлены проблемами контрпереноса, недостаточно разрешенными у обучающих аналитиков, как я покажу позже. Таким образом, мы оказываемся в порочном круге, но уже видно, где можно пробить брешь. Мы должны начать с пересмотра наших чувств по поводу собственного контрпереноса и попытаться преодолеть собственные инфантильные идеалы, более полно принимая тот факт, что мы по-прежнему дети и невротики, даже если мы взрослые и аналитики. Только таким путем — путем большего преодоления отрицания собственного контрпереноса — мы сможем добиться таких же результатов с кандидатами.

Недостаточное разрешение этой идеализации, подспудных тревог и чувства вины приводит к особым трудностям, когда ребенок становится взрослым, а анализируемый — аналитиком, поскольку аналитик бессознательно требует от себя полной идентификации с этими идеалами. Я думаю, что, по крайней мере частично, по этой причине эдипов комплекс ребенка по отношению к его родителям и пациента по отношению к аналитику

[1] Михаэль Балинт рассматривает сходную проблему — скудное количество работ по системе психоаналитического обучения (Balint, 1948). Исследование этой проблемы приводит его к нескольким интересным замечаниям о взаимоотношениях обучающих аналитиков и кандидатов.

рассматривается гораздо более подробно, чем у родителей по отношению к детям и у аналитика по отношению к анализируемому. По той же самой причине переносу уделяют гораздо больше внимания, чем контрпереносу.

Тот факт, что конфликты в контрпереносе определяют недостаточность анализа переноса, становится ясным, если мы вспомним, что перенос является выражением внутренних объектных отношений. Понимание переноса будет зависеть от способности аналитика не только идентифицироваться с импульсами, защитами и внутренними объектами анализируемого, но и осознавать эти идентификации. Эта способность аналитика, в свою очередь, будет зависеть от того, в какой степени он принимает свой контрперенос, поскольку его контрперенос аналогичным образом основан на идентификации с Ид и Эго пациента и его внутренними объектами. Можно также сказать, что перенос пациента является выражением его отношений с воображаемым и реальным контрпереносом аналитика. Ибо так же, как контрперенос является психологическим откликом на реальные и воображаемые переносы анализируемого, так и перенос является откликом на воображаемые и реальные контрпереносы аналитика. Анализ фантазий пациента о контрпереносе, которые, в самом широком смысле, являются причинами и следствиями переносов, — самая существенная часть анализа переносов. Восприятие фантазий пациентов относительно контрпереноса будет зависеть, в свою очередь, от того, в какой степени сам аналитик воспринимает свои контрпереносные процессы: от постоянства и глубины его сознательного контакта с самим собой.

Если суммировать, то вытеснение контрпереноса (и любая другая патологическая судьба, которая ему уготована) с необходимостью ведет к недостаточному анализу переноса, что, в свою очередь, ведет к вытеснению и другим ошибкам в обращении с контрпереносом, когда кандидат становится аналитиком. Это наследуется от поколения к поколению аналогично наследованию идеализации и отрицаний, касающихся родительских образов, которые продолжают работать, даже когда ребенок становится отцом или матерью. Мифология ребенка продолжается в мифологии аналитичес-

кой ситуации[1], причем сам аналитик становится частично подверженным ей и бессознательно сотрудничает в ее поддержании у кандидата.

Перед тем, как проиллюстрировать эти утверждения, рассмотрим кратко один из этих идеалов в его специфическом, психоаналитическом выражении: идеал объективности аналитика. Никто, конечно же, не отрицает существования субъективных факторов у аналитика и контрпереноса как такового; но существует, кажется, важное различие между тем, что обычно признается на практике, и реальным положением вещей. Первое искажение правды в «мифе об аналитической ситуации» — что анализ есть взаимодействие между больным и здоровым человеком. Правда состоит в том, что это взаимодействие между двумя личностями, у каждой из которых Эго находится под давлением со стороны Ид, Супер-Эго и внешнего мира; каждой личности присущи свои внутренние и внешние зависимости, тревоги и патологические защиты; каждая — это также и ребенок со своими внутренними родителями; и каждая из этих целостных личностей — личностей анализируемого и аналитика — реагирует на любое событие в аналитической ситуации[2]. Помимо этого сходства между личностями аналитика и анализируемого, существуют также и различия, и одно из них состоит в «объективности». Объективность аналитика состоит в основном в определенном отношении к своей собственной субъективности и контрпереносу. Невротический (обсессивный) идеал объективности ведет к вытеснению и блокировке субъективности и, таким образом, явному воплощению мифа об «аналитике без тревоги или гнева». Другой невротической крайностью является «утопание» в контрпереносе. Истинная объективность основана на форме внутреннего разделения, позволяющей аналитику сделать себя (собственный контрперенос и субъективность) объектом постоянного наблюдения и анализа. Эта позиция также позволяет ему быть относительно «объективным» по отношению к анализируемому.

[1] М. Литтл в связи с этим говорит о «мифе безличного аналитика» (Little, 1951).

[2] Очень важно осознавать это «равенство», поскольку иначе существует огромная опасность, что определенные пережитки «патриархального порядка» приведут к искажению аналитической ситуации. Дефицит научных исследований контрпереноса является выражением «социального неравенства» в сообществе аналитиков и анализируемых и указывает на необходимость «социальной реформы», которая может осуществиться только через большее осознание контрпереноса. Потому что пока мы вытесняем, например, наше желание невротически доминировать над анализируемым (а мы действительно этого хотим одной из частей своей личности), мы не можем освободить последнего от его невротической зависимости, и пока мы вытесняем нашу невротическую зависимость от него (а мы действительно частично зависим от него), мы не можем освободить его от потребности невротически доминировать над нами.

Михаэль Балинт сравнивает атмосферу психоаналитического обучения с церемониями инициации у примитивных народов и подчеркивает существование «внутреннего давления» (intropressure) Супер-Эго (Ференци), которому нелегко противостоять любому из кандидатов (Balint, 1948).

II

Термину *контрперенос* придавались различные значения. Их можно суммировать в утверждении, что для некоторых авторов контрперенос включает в себя все, что возникает у аналитика в качестве психологической реакции на анализируемого, тогда как для других не все из этого следует называть контрпереносом. Некоторые, например, предпочитают оставить этот термин за тем, что есть инфантильного в отношениях аналитика с анализируемым, тогда как другие проводят иные разграничения (Reich, 1951; Gitelson, 1952). Поэтому попытки дифференцировать некоторые из сложных феноменов контрпереноса приводят к путанице или к непродуктивным дискуссиям о терминологии. Фрейд изобрел термин *контрперенос* по явной аналогии с переносом, который он определял как новые оттиски или новые издания опыта детства, включая большую или меньшую модификацию этого первоначального опыта. Поэтому термин *перенос* часто используется по отношению ко всей целостности психологических отношений анализируемого к аналитику. Мы знаем с уверенностью, что реальные внешние качества аналитической ситуации в целом и аналитика, в частности, оказывают существенное воздействие на отношения анализируе-

мого с аналитиком, но мы знаем также, что все эти действующие факторы воспринимаются в соответствии с прошлым и фантазией — т. е. в соответствии с предрасположенностью в переносе. В качестве детерминант невроза переноса и в целом психологической ситуации анализируемого в отношениях к аналитику у нас есть как предрасположенность в переносе, так и нынешний реальный и особенно аналитический опыт, и перенос в своих разнообразных проявлениях является результатом двух этих факторов.

Аналогично этому у аналитика есть предрасположенность в контрпереносе и нынешний реальный и, в частности, аналитический опыт: их результатом является контрперенос. Он представляет собой как раз такое слияние настоящего и прошлого, такую постоянную и тесную связь реальности и фантазии, внешнего и внутреннего, сознательного и бессознательного, которые требуют для себя понятия, обнимающего всю целостность психологических реакций аналитика, и в то же время очень желательно для всей этой целостности реакций сохранить привычный термин *контрперенос*. Там, где это необходимо для большей ясности, можно говорить о «тотальном контрпереносе» и затем дифференцировать внутри него те или иные аспекты. Один из этих аспектов состоит как раз в том, что переносится в контрпереносе: это та часть, которая возникает в более раннее время и является особенно инфантильной и примитивной частью в рамках тотального контрпереноса. Другой из этих аспектов, тесно связанный с предыдущим, — что есть невротического в контрпереносе: главными характеристиками этого являются нереальная тревога и патологические защиты. В определенных обстоятельствах можно также говорить о неврозе контрпереноса, который я обсуждал в предыдущей главе.

Для лучшего прояснения понятия контрпереноса можно начать с вопроса, что происходит, в самых общих чертах, у аналитика в его отношениях с пациентом. Первый ответ мог бы быть таким: случается все, что может случиться при встрече одной личности с другой. Но он говорит так много, что едва ли вообще говорит о чем бы то ни было. Мы сделаем шаг вперед, если будем держать в уме, что у аналитика существует тенденция, которая в норме присуща его профессии, — тенденция понимать то, что происходит с пациентом. Наряду с этой тенденцией по отношению к пациенту существуют практически все другие возможные тенденции, страхи и иные чувства, которые могут быть у одного человека по отношению к другому. Намерение понять создает определенную предрасположенность к тому, чтобы идентифицировать себя с анализируемым, что является основой для понимания. Аналитик может достичь этой цели путем идентификации своего Эго с Эго пациента или, говоря более ясно, хотя и с определенной терминологической неточностью, путем идентификации каждой из частей своей личности с соответствующей психологической частью пациента — своего Ид с Ид пациента, своего Эго с его Эго, своего Супер-Эго с его Супер-Эго, принимая эти идентификации в свою психику. Но это случается не всегда, и это не все, что случается. Помимо этих идентификаций, которые можно назвать согласующимися (concordant) (или гомологическими), существуют также очень важные идентификации Эго аналитика с внутренними объектами пациента, например с Супер-Эго. Приспосабливая для этого выражение Хелен Дойч, их можно назвать дополнительными (complementary) идентификациями[1]. Мы рассмотрим эти два вида идентификации и их судьбы позднее. Сейчас мы только можем сделать следующие замечания.

1) Согласующаяся идентификация основана на интроекции и проекции или, другими словами, на резонансе внешнего во внутреннем, признании того, что принадлежит другому, как своего собственного («эта твоя часть — это я»), и на приравнивании того, что является своим собственным, к тому, что принадлежит другому («эта часть меня — это ты»). Процесс, действующий при дополнительной идентификации, тот же самый, но он относится к объектам пациента. Чем сильнее конфликты между частями личности аналитика, тем

[1] Хелен Дойч говорит о «дополнительной позиции», когда имеет в виду идентификации аналитика с образами объектов (Deutsch, 1926).

труднее ему вынести согласующуюся идентификацию во всей ее целостности.

2) Дополнительные идентификации являются результатом того, что пациент относится к аналитику как к внутреннему (проецируемому) объекту, и аналитик чувствует, что к нему так относятся; т. е. он идентифицирует себя с этим объектом. Дополнительные идентификации тесно связаны с судьбой согласующихся: создается впечатление, что в той степени, в которой аналитик выпадет из согласующихся идентификаций и отбрасывает их, происходит интенсификация идентификаций дополнительных. Ясно, что отвержение самим аналитиком в себе какой-то части или тенденции — своей агрессивности, например — может вести к отвержению агрессивности пациента (в этом случае не происходит согласующейся идентификации). Такая ситуация ведет к большей дополнительной идентификации с отвергающим пациента объектом, против которого и направлен этот агрессивный импульс.

3) В современном употреблении термин контрперенос относится только к дополнительным идентификациям, т. е. к тем психологическим процессам аналитика, посредством которых (поскольку аналитик чувствует, что к нему относятся как к внутреннему объекту пациента, и частично идентифицируется с ним) пациент становится внутренним (проецируемым) объектом аналитика. Обычно из понятия контрпереноса исключаются согласующиеся идентификации (то психологическое содержание, которое возникает у аналитика из-за появления эмпатии с пациентом), которые действительно отражают и воспроизводят психологическое содержание пациента. Возможно, было бы лучше всего следовать этому значению, но есть некоторые обстоятельства, делающие это неразумным. В первую очередь, некоторые авторы включают согласующуюся идентификацию в понятие контрпереноса. Таким образом, мы оказываемся перед выбором: либо вступить в терминологическую дискуссию, либо принять термин в его более широком значении. Я думаю, что по различным причинам предпочтительнее более широкий смысл. Если считать, что согласующиеся идентификации аналитика (его «понимание») являются своего рода воспроизведением его собственных прошлых процессов, особенно процессов его детства, и что это воспроизведение и переживание вновь происходит в ответ на стимулы, исходящие от пациента, можно с большей готовностью включить согласующиеся идентификации в понятие контрпереноса. Более того, согласующиеся идентификации тесно связаны с дополнительными (и, таким образом, с «контрпереносом» в популярном смысле), и этот факт делает желательной дифференциацию, но не полное разделение терминов. Наконец, нужно держать в уме, что склонность к эмпатии — т. е. согласующейся идентификации — исходит во многом из сублимированного позитивного контрпереноса, что, таким образом, связывает эмпатию с контрпереносом в более широком смысле. Все это предполагает принятие контрпереноса как тотального психологического отклика аналитика на пациента. Если мы примем это широкое определение контрпереноса, то по-прежнему нужно определить различие между двумя его упомянутыми выше аспектами. С одной стороны, у нас есть аналитик как субъект и пациент как объект познания, что в определенном смысле аннулирует «объектные отношения» как таковые. Вместо них возникает условный союз или идентичность между различными частями (переживаниями, импульсами, защитами) субъекта и объекта. Совокупность процессов, присущих этому союзу, может быть обозначена, если это необходимо, как «согласующийся контрперенос». С другой стороны, у нас есть объектное отношение, очень похожее на многие другие, настоящий «перенос», в котором аналитик «повторяет» предыдущий опыт, а пациент репрезентирует внутренние объекты аналитика. Совокупность этих переживаний, которые также существуют постоянно, можно назвать термином дополнительный контрперенос[1].

Сейчас может быть уместен краткий пример. Представьте пациента, угрожающего аналитику самоубийст-

[1] Ввиду близкой связи между двумя аспектами контрпереноса это различение выглядит чем-то искусственным. Его введение оправдано только теми обстоятельствами, которые я упомянул.

вом. В таких ситуациях иногда происходит отвержение аналитиком согласующейся идентификации и усиление его идентификации с объектом угрозы. Тревога, вызываемая такой угрозой, может привести аналитика к различным реакциям или защитным механизмам внутри него — например раздражению на пациента. Его тревога и раздражение будут содержанием *дополнительного контрпереноса*. Восприятие своего раздражения может, в свою очередь, вызвать чувство вины у аналитика, и это ведет к желаниям репарации и интенсификации *согласующейся* идентификации и *согласующегося* контрпереноса.

Кроме того, эти два аспекта *тотального контрпереноса* имеют свои аналогии в переносе. Сублимированный позитивный перенос является главной и необходимой мотивирующей силой для работы пациента, он сам по себе не создает технических проблем. Перенос становится «предметом», согласно Фрейду, в основном «когда он становится сопротивлением», когда из-за сопротивления он принимает сексуальную или негативную форму (Freud, 1912; 1913). Аналогично этому сублимированный позитивный контрперенос является главной и необходимой мотивирующей силой в работе аналитика (делая его открытым для продолжающейся согласующейся идентификации), и контрперенос также становится технической проблемой или «предметом», в основном когда он становится сексуальным или негативным. У пациента это проявляется как сопротивление, а у аналитика — как контрсопротивление.

Это ведет к проблеме динамики контрпереноса. Мы уже знаем, что три фактора, выделенные Фрейдом как детерминанты динамики переноса (импульс к повторению детских клише или опыта, либидинозная потребность и сопротивление), являются также решающими для динамики контрпереноса. Я вернусь к этому позже.

III

Каждая ситуация в переносе провоцирует ситуацию в контрпереносе, вызывающую идентификацию аналитика с (внутренними) объектами анализируемого (т. е. *дополнительный контрперенос*). Эти контрпереносные ситуации могут быть вытеснены или эмоционально блокированы. По-видимому, их нельзя избежать; их определенно не следует избегать для достижения полного понимания. Эти реакции контрпереноса управляются законами общего и индивидуального бессознательного. Среди них особенно важен закон талиона[1]. Так, например, на каждую позитивную переносную ситуацию отвечает позитивный контрперенос; на каждый негативный перенос отвечает в одной из частей личности аналитика негативный контрперенос. Очень важно, чтобы аналитик осознавал этот закон, поскольку его осознание является важнейшим фактором для того, чтобы не «утонуть» в контрпереносе. Если он не осознает его, он не сможет избежать вхождения в порочный круг невроза анализируемого, который будет мешать или даже полностью воспрепятствует терапии.

Условный пример: если невроз пациента центрирован на конфликте с его интроецированным отцом, пациент проецирует его на аналитика и относится к аналитику как к своему отцу; аналитик чувствует такое отношение — чувствует, что к нему относятся плохо, — и реагирует внутренне, частью своей личности в соответствии с тем отношением, которое он ощущает. Если он не осознает эту реакцию, его поведение будет неизбежно находиться под ее воздействием, и он будет заново создавать ситуации, которые, в той или иной степени, помогут сохранению невроза анализируемого. Следовательно, для аналитика величайшее значение имеет развитие внутри себя Эго-наблюдателя за своими контрпереносными реакциями, которые, естественно, постоянны. Восприятие этих контрпереносных реакций поможет ему осознать постоянные переносные ситуации пациента и интерпретировать их, вместо того чтобы невольно оказаться под властью этих реакций, что нередко случается. Хорошо известным примером является «мстительное молчание» аналитика. Если аналитик не осознает этих реакций, существует опасность,

[1] Кратко этот закон можно сформулировать как «око за око, зуб за зуб».

что пациент должен будет повторять в своем опыте переноса порочный круг, вызванный проекцией и интроекцией «плохих объектов» (в действительности, невротических объектов) и последующих патологических тревог и защит; но интерпретации переноса позволяют посредством осознания аналитиком своего контрпереносного переживания пробить существенные бреши в этом порочном круге.

Возвращаясь к предыдущему примеру: если аналитик осознает, что именно провоцирует у него, в его собственном контрпереносе, проекция на него пациентом образа отца, ему проще помочь пациенту осознать эту проекцию и следующие за ней механизмы. Интерпретация этих механизмов покажет пациенту, что нынешняя реальность не идентична с внутренними восприятиями (поскольку, если бы это было так, аналитик не интерпретировал бы и не действовал как аналитик); пациент тогда интроецирует реальность лучшую, чем свой внутренний мир. Исправления такого рода не происходит, если аналитик находится под воздействием своего бессознательного контрпереноса.

Далее я рассмотрю некоторые следствия из этих принципов. Возвращаясь к вопросу о том, что делает аналитик во время сеанса и что происходит внутри него, можно ответить первое, что приходит в голову: аналитик слушает. Но это не совсем так: он слушает большую часть времени или хочет слушать, но не всегда это делает. Ференци обращается к этому факту и выражает мнение, что отвлекаемость аналитика имеет небольшое значение, поскольку пациент в такие моменты должен обязательно находиться в сопротивлении (Ferenczi, 1919). Замечание Ференци звучит как эхо той эры, когда аналитик в основном интересовался вытесненными импульсами, поскольку сейчас, когда мы пытаемся анализировать сопротивления, их проявления у пациента становятся такими же важными, как и любая другая его продукция. Во всяком случае, Ференци здесь обращается к контрпереносной реакции и выводит из нее психологическую ситуацию анализируемого. Он говорит: «...мы бессознательно реагируем на пустоту и бессмысленность ассоциаций, представляемых нам, отстранением от сознательного возбуждения». Ситуацию можно описать как ситуацию взаимного отстранения. Отстранение аналитика является реакцией на отстранение анализируемого, которое, однако, является реакцией на воображаемую или реальную психологическую позицию аналитика. Если мы отстранились (если мы не слушаем, а думаем о чем-то другом), мы можем использовать это событие на службу анализу, как и любую другую информацию, которую мы получаем. И вина, которую мы можем чувствовать за такое отстранение, также может быть использована аналитически, как и любая другая контрпереносная реакция. Следующие слова Ференци: «опасность заснуть для врача ... невелика, поскольку мы проснемся при первой же мысли, которая каким-либо образом касается лечения», явно направлены на то, чтобы успокоить эту вину. Но вместо того чтобы отпускать вину аналитику, лучше было бы использовать ее для продвижения анализа, и, конечно, такое использование вины — это наилучший способ освободиться от нее. Действительно, мы встречаемся здесь с кардинальной проблемой отношений между переносом-контрпереносом и терапевтическим процессом в целом. Потому что отстранение аналитика — это только пример того, как бессознательное одного человека откликается на бессознательное другого. Этот отклик, видимо, частично обусловлен законом талиона, поскольку мы идентифицируем себя с бессознательными объектами анализируемого; и поскольку этот закон бессознательно воздействует на аналитика, существует опасность возникновения порочного круга реакций между ними, так как анализируемый, в свою очередь, отвечает «по талиону», и так без конца.

Приглядевшись более пристально, мы видим, что «реакция талиона» или «идентификация с агрессором» (пациентом, фрустрирующим аналитика) является сложным процессом. Такой психологический процесс у аналитика обычно начинается с чувства неудовольствия и некоторой тревоги как реакции на эту агрессию (фрустрацию), и из-за этого чувства аналитик идентифицирует себя с «агрессором». Термином *агрессор* мы должны обозначить не только пациента, но также не-

кий внутренний объект аналитика (в частности его собственное Супер-Эго или внутреннего преследователя), проецируемый теперь на пациента. Эта идентификация с агрессором или преследователем вызывает чувство вины; видимо, так происходит всегда, хотя осознание вины может быть вытеснено. Происходит процесс меланхолии в миниатюре именно так, как описывал его Фрейд: объект в определенной степени бросает нас; мы идентифицируемся с потерянным объектом[1]; а затем обвиняем интроецированный «плохой» объект — иными словами, у нас появляются чувства вины. Это можно почувствовать в замечании Ференци, процитированном выше, в котором механизмы, задействованные в работе, направлены против чувств вины: отрицание вины («опасность невелика») и определенные обвинения против анализируемого за «пустоту» и «бессмысленность» его ассоциаций. Таким путем в аналитическую ситуацию вторгается порочный круг — род параноидного пинг-понга[2]. Две часто встречающиеся ситуации иллюстрируют как согласующуюся, так и дополнительную идентификацию и порочный круг, который эти ситуации могут вызвать.

1) Одна из ситуаций переноса, возникающая регулярно, состоит в том, что пациент видит в аналитике свое Супер-Эго. Аналитик идентифицируется с Ид и Эго пациента и с зависимостью пациента от своего Супер-Эго; он также идентифицируется с тем же самым Супер-Эго (это та ситуация, в которую пациент его помещает) и переживает таким образом доминирование Супер-Эго над Эго пациента. Отношение Эго к Супер-Эго является в своей основе депрессивным и параноидным; отношение Супер-Эго к Эго является в этой ситуации маниакальным, поскольку этот термин

[1] Это частичное бросание и угроза бросания. Объект, угрожающий бросить нас, и преследователь — это в своей основе одно и то же.

[2] Прогресс, описанный Ференци, имеет даже более глубокое значение. «Пустота» и «бессмысленность» ассоциаций выражают пустую, бессмысленную, мертвую часть анализируемого; они характеризуют депрессивную ситуацию, в которой анализируемый одинок и брошен своими объектами, так же как это происходит и в аналитической ситуации.

можно употребить для обозначения доминирующей, контролирующей и обвиняющей установки Супер-Эго и Эго. В этом смысле мы можем сказать, глядя шире, что «депрессивно-параноидному» переносу у анализируемого соответствует здесь — учитывая дополнительную идентификацию — «маниакальный» контрперенос у аналитика. Это, в свою очередь, может вызвать различные страхи и чувства вины, о которых речь пойдет ниже[1].

2) Когда пациент, защищаясь от этой ситуации, идентифицирует себя с Супер-Эго, он может поставить аналитика в положение зависимого и обличаемого Эго. Аналитик не только идентифицируется с этой позицией пациента; он также будет воспринимать ситуацию с тем содержанием, которое ей дает пациент: он будет чувствовать себя подчиненным и обвиняемым и может в определенной степени реагировать тревогой и виной. «Маниакальной» ситуации переноса (того типа, который называют «манией упреков») соответствует здесь — имея в виду дополнительную идентификацию — «депрессивно-параноидная» ситуация контрпереноса.

Аналитик в норме переживает эти ситуации только частью своего существа, оставляя другую часть свободной для того, чтобы замечать их и использовать для лечения. Восприятие такой ситуации контрпереноса и ее понимание как психологической реакции на определенную ситуацию переноса позволяет аналитику лучше уловить перенос именно в момент, когда тот активен. Это именно те ситуации, и то поведение аналитика по отношению к ним, и в особенности его интерпретации этих ситуаций, которые имеют решающее значение для процесса терапии, поскольку являются моментами, когда порочный круг, в котором привычно кружится невротик, проецируя свой внутренний мир вовне и реинтроецируя этот же самый мир, может быть разорван или не разорван. Более того, в этих решающих точках

[1] Цезио демонстрирует в представленном им случае основные реакции контрпереноса, возникающие в ходе психоаналитического лечения, указывая в особенности на частичную идентификацию аналитика с объектами Супер-Эго пациента (Cesio, 1952).

порочный круг может быть укреплен аналитиком, если он не осознает, что вступил в него.

Короткий пример: анализируемый повторяет с аналитиком свой «невроз неудачи», закрываясь перед каждой интерпретацией и сразу же вытесняя ее, упрекая аналитика в бесполезности анализа, не видя ничего хорошего в будущем, постоянно заявляя о своем полном безразличии к чему бы то ни было. Аналитик интерпретирует позицию пациента по отношению к нему, ее происхождение и ее различные аспекты. Он показывает пациенту его защиту от того, чтобы стать слишком зависимым, быть брошенным, высмеянным или пострадать от ответной агрессии аналитика, если он откажется от своего панциря и безразличия по отношению к аналитику. Он интерпретирует пациенту его проекцию плохих внутренних объектов и его последующее садомазохистическое поведение в переносе; его потребность в наказании; его триумф и «мазохистическую месть» переносимым [на аналитика] родителям; его защиту от «депрессивной позиции» посредством шизоидных, параноидных и маниакальных защит (Мелани Кляйн); и он интерпретирует, что пациент отвергает связь с ним, потому, что она имеет бессознательное гомосексуальное значение. Но может случиться, что все эти интерпретации, вместо того чтобы быть направленными на центральное сопротивление и быть связанными с ситуацией переноса, претерпевают ту же судьбу по тем же причинам: они попадают в «водоворот пустоты» «невроза неудачи». Теперь наступает решающий момент. Аналитик, подчиненный сопротивлению пациента, может начать чувствовать тревогу по поводу возможной неудачи и гнев на пациента. Когда это случается с аналитиком, пациент чувствует, что это происходит из-за того, что его собственная «агрессивность» и другие реакции спровоцировали это, поэтому он опасается гнева аналитика. Если аналитик под угрозой неудачи, или, точнее, под угрозой своего собственного Супер-Эго или собственных архаических объектов, нашедших для себя «агента-провокатора» в пациенте, действует под влиянием этих внутренних объектов и своих параноидных и депрессивных тревог, то пациент снова обнаруживает, что сталкивается с реальностью, напоминающей его реальный или воображаемый детский опыт и его внутренний мир, и таким образом порочный круг продолжается и даже может укрепляться. Но если аналитик ухватывает важность этой ситуации, если, несмотря на собственные тревогу и гнев, он понимает, что происходит с анализируемым, находясь теперь в этой новой позитивной ситуации контрпереноса, то он может пробить брешь — большую или маленькую — в этом порочном круге (смотри пример 8 ниже).

IV

Таким образом, мы рассмотрели соотношение между переносом и контрпереносом в аналитическом процессе. Теперь давайте рассмотрим более пристально феномены контрпереноса. Контрпереносные переживания можно разделить на два класса. Один можно обозначить как *контрпереносные мысли*, другой — как *контрпереносные позиции*. Только что процитированный пример может служить иллюстрацией последнего класса. Суть этого примера состоит в том, что аналитик чувствует тревогу и гневается на анализируемого, т. е. находится в определенной контрпереносной *позиции*. В качестве примера другого класса можно привести следующее.

В начале сеанса анализируемый хочет заплатить. Он дает аналитику банкноту в тысячу песо и просит сдачи. Деньги лежат у аналитика в другой комнате, и он идет туда взять их, оставив тысячу песо у себя на столе. В промежутке между уходом и возвращением у него возникает фантазия, что анализируемый заберет деньги назад и скажет, что аналитик взял их с собой. По возвращении он видит тысячу песо там же, где он их оставил. Когда расчет произведен, анализируемый ложится и говорит аналитику, что когда он остался один, у него были фантазии о том, чтобы сохранить деньги, свистнув их и т. д. Фантазия аналитика была основана на том, что он уже знал о пациенте, который на предыдущих сеансах выказывал сильное нежелание платить. Идентичность фанта-

зии аналитика и фантазии пациента о сохранении денег могут объясняться как проистекающие из связи двух бессознательных, связи, к которой можно относиться как к «психологическому симбиозу» между двумя личностями. На желание анализируемого взять у него деньги (уже выражавшееся в предыдущих случаях) аналитик реагирует, идентифицируясь как с его желанием, так и с объектом, на который направлено это желание; в результате у него возникает фантазия, что его могут обокрасть. Чтобы эти идентификации проявились, очевидно, должна существовать потенциальная идентичность. Можно подразумевать, что любая возможная психологическая констелляция пациента существует также у аналитика и что констелляция, которая соответствует такой констелляции пациента, начинает действовать и у аналитика. В результате появляется симбиоз, и теперь мысли возникают у аналитика спонтанно в соответствии с психологическими констелляциями пациента.

В фантазиях, вроде только что описанной, и в примере с аналитиком, разозлившимся на своего пациента, мы имеем дело с идентификациями с Ид, Эго и объектами анализируемого; в обоих случаях, таким образом, это вопрос контрпереносных реакций. Однако есть существенная разница между этими двумя ситуациями, и эта разница состоит, по-видимому, не только в их эмоциональной насыщенности. Перед тем как осветить эту разницу, я хотел бы подчеркнуть, что контрпереносную реакцию, проявившуюся в последнем случае (фантазия о тысяче песо), следует использовать как средство для дальнейшего анализа. Она, кроме того, является типичным примером тех самых «спонтанных мыслей», к которым обращаются Фрейд и другие авторы, советуя аналитику позволять своему вниманию «парить» и подчеркивая важность этих мыслей для понимания пациента. Для контрпереносных реакций, примером которых служит история с тысячей песо, характерно то, что они совсем не угрожают объективности аналитика как наблюдателя. Опасность здесь состоит скорее в том, что аналитик не уделяет этим мыслям достаточно внимания или не способен использовать их для понимания или интерпретации. Соответствующие мысли пациента не всегда сознательны и также не всегда сообщаются аналитику, как это было в приведенном примере. Но из собственных контрпереносных «мыслей» и чувств аналитик может догадаться, что вытесняется или отвергается. Важно еще раз вспомнить, как мы используем термин *контрперенос*, поскольку для многих авторов, возможно, для большинства, он означает не эти мысли аналитика, а скорее другой класс реакций — *контрпереносные позиции*. Это является одной из причин того, почему полезно дифференцировать два этих типа реакций.

Существенная разница между ними лежит в той степени, в которой Эго оказывается вовлеченным в переживание. В одном случае реакции переживаются как мысли, свободные ассоциации или фантазии без сильной эмоциональной интенсивности и часто так, как будто они являются чем-то чуждым для Эго. В другом случае Эго аналитика вовлечено в переживание контрпереноса, и это переживание ощущается им с большой интенсивностью и как подлинная реальность, и существует опасность «утонуть» в этом переживании. В первом примере, с аналитиком, который разозлился из-за сопротивлений анализируемого, анализируемый ощущался одной из частей аналитика как реально плохой (*контрпереносная позиция*), хотя аналитик и не выражал свою злость. Кроме того, я считаю, две эти реакции контрпереноса различаются между собой, потому что имеют разное происхождение. Реакция, переживаемая аналитиком как мысль или фантазия, проистекает из наличия аналогичной ситуации у анализируемого, т. е. из его готовности воспринимать и сообщать свою внутреннюю ситуацию (как это произошло в случае с тысячей песо), тогда как реакция, переживаемая аналитиком с большой интенсивностью, даже как реальность, проистекает из отыгрывания вовне со стороны анализируемого (в случае «невроза неудачи»). Несомненно, в самом аналитике также существует фактор, помогающий выделить это различие. У аналитика, как кажется, есть два способа реагирования. Он может реагировать на некоторые ситуации, воспринимая свои реакции, тогда как на другие он реагирует, действуя вовне (аллопластически или аутопластически). Какой тип реакции возникает у аналитика, отчасти зависит от

его собственного невроза, его склонности к тревоге, его защитных механизмов и особенно от его тенденции повторять (действовать вовне), вместо того чтобы осознавать. Здесь мы встречаемся с фактором, который определяет динамику контрпереноса. Это тот самый фактор, который, как подчеркивал Фрейд, определяет особую интенсивность переноса в анализе, а также ответственен за особую интенсивность контрпереноса.

Давайте обратимся к динамике контрпереноса. Большая интенсивность определенных контрпереносных реакций должна объясняться существованием у аналитика патологических защит от нарастания архаических тревог и неразрешенных внутренних конфликтов. Перенос, как я считаю, становится интенсивным не только потому, что он служит сопротивлением припоминанию, как говорит Фрейд, но также и потому, что он служит защитой от опасности, коренящейся в самом переносном переживании. Иными словами, *сопротивление в переносе* часто является повторением защит, которые должны быть интенсифицированы, чтобы в переносе не произошла катастрофа. То же самое справедливо и для контрпереноса. Ясно, что эти катастрофы связаны с осознанием определенных аспектов собственных инстинктов. Возьмите, например, аналитика, который становится тревожным и внутренне злится по поводу сильного мазохизма анализируемого в аналитической ситуации. Такой мазохизм часто возбуждает старые параноидные и депрессивные тревоги и чувства вины у аналитика, который, столкнувшись с агрессией, направленной пациентом на собственное Эго, и с последствиями этой агрессии, заново встречается в своем бессознательном со своими детскими преступлениями. Часто именно эти детские конфликты аналитика с присущей им агрессией приводят его в эту профессию, в которой он пытается возместить ущерб, нанесенный своей агрессией объектам, и преодолеть или отрицать свою вину. Из-за сильного мазохизма пациента эта защита, состоящая из терапевтического действия аналитика, терпит провал, и аналитик оказывается под угрозой возврата катастрофы и встречи с разрушенным объектом. Так интенсивность *негативного контрпереноса* (гнева на пациента) обычно возрастает из-за провала контрпереносной защиты (терапевтического действия) и в результате последующего возрастания тревоги у аналитика по поводу катастрофы в контрпереносном переживании (разрушение объекта).

Этот пример также иллюстрирует другой аспект динамики контрпереноса. В главе 3 я показал, что «упразднение отвержения»[1] в анализе определяет динамику переноса и, в частности, интенсивность переноса «отвергающих» внутренних объектов (в первую очередь Супер-Эго). «Упразднение отвержения» начинается с сообщения спонтанных мыслей. Аналитик, однако, не сообщает аналогично этому своих мыслей анализируемому, и в этом заключено важное различие между его ситуацией и ситуацией анализируемого и между динамикой переноса и динамикой контрпереноса. Однако это различие не так велико, как можно было бы вначале предположить, по двум причинам: во-первых, из-за того, что нет необходимости в выражении свободных ассоциаций, для того чтобы имели место проекции и перенос, и, во-вторых, потому что аналитик сообщает определенные ассоциации личного характера, даже если кажется, что он этого не делает. Эти сообщения начинаются, можно сказать, с таблички на входной двери, которая гласит «Психоаналитик» или «Доктор». Какой мотив (в терминах бессознательного) определяет желание аналитика лечить, кроме как тот, что сам аналитик и сделал пациента больным? Таким образом, пациент, просто будучи пациентом, уже становится кредитором, обвинителем «Супер-Эго» аналитика, а аналитик — его должником.

V

Приводимые ниже примеры иллюстрируют различные виды, значения и использования контрпереносных реакций. Вначале я описываю ситуации, в которых ин-

[1] Под «упразднением отвержения» я имею в виду приверженность анализируемого фундаментальному правилу, что он должен выражать все свои мысли без отбора или отвержения.

тенсивность контрпереноса слишком мала, чтобы увлечь за ним Эго аналитика; затем некоторые ситуации, в которых возникает интенсивная контрпереносная реакция, глубоко вовлекающая в себя Эго; и наконец некоторые примеры, в которых вытеснение контрпереноса препятствует в критический момент пониманию ситуации анализируемого.

1) Пациентка спрашивает аналитика, правда ли, что другой аналитик, по имени Н., развелся со своей женой и женился вновь. В последующих ассоциациях она вновь и вновь обращается к первой жене Н. Аналитику приходит мысль, что пациентка также хочет узнать, кто вторая жена Н., и, возможно, она интересуется, не была ли его вторая жена до этого пациенткой Н. Далее аналитик предполагает, что его пациентка (учитывая ситуацию ее текущего переноса) интересуется, не разведется ли ее собственный аналитик со свой женой, чтобы жениться на ней. В соответствии с этим подозрением, но избегая делать какие-либо предположения, аналитик спрашивает, есть ли у нее какие-либо мысли о второй жене Н. Анализируемая отвечает со смехом: «Да, мне интересно, не была ли она одной из его пациенток». Анализ психологической ситуации аналитика показывает, что его «спонтанная мысль» была возможна благодаря тому, что его идентификация с пациенткой в ее эдиповых желаниях не была заблокирована вытеснением, а также потому, что он осуществил контрперенос собственных позитивных эдиповых импульсов, принятых его сознанием, на пациентку.

Этот пример показывает, как в «спонтанные мысли» аналитика, которые позволяют ему добиться более глубокого понимания, вторгается не только сублимированный позитивный контрперенос, дающий ему возможность идентифицироваться с Ид и Эго пациента, но также (внешне отсутствующий) «дополнительный контрперенос» — его идентификация с внутренними объектами, которые пациент переносит на аналитика, и сознательное принятие им собственных инфантильных объектных отношений с пациентом.

2) В нижеследующем примере «спонтанные мысли», которые внешне зависят от ситуации контрпереноса, дают ключ к пониманию.

Женщина-кандидат ассоциирует по поводу научного собрания в Психоаналитическом институте, первого, которое она посетила. Когда она ассоциирует, аналитику приходит в голову, что он, в отличие от многих других обучающих аналитиков, не участвовал в дискуссии. Он чувствует некую досаду, думая, что анализируемая могла заметить это, и обнаруживает в себе некоторый страх, что вследствие этого она будет относиться к нему, как к ущербному. Он сознает, что предпочел бы, чтобы она не думала об этом и не упоминала о происходящем; именно по этой причине он указывает анализируемой, что она отвергает мысли, касающиеся его в связи с этим собранием. Реакция анализируемой показывает важность этой интерпретации. Она восклицает в удивлении: «Конечно, я чуть было не забыла сказать вам». Затем она продуцирует множество ассоциаций, связанных с переносом, которые она прежде отвергала по причинам, соответствующим отвержению в контрпереносе тех же самых мыслей аналитиком. Пример показывает важность наблюдения за контрпереносом как технического средства; он также показывает соотношение между сопротивлениями в переносе и в контрпереносе.

3) При рукопожатии в начале сеанса аналитик, заметив, что пациент подавлен, испытывает легкое чувство вины. Аналитик сразу же думает о последнем сеансе, на котором он фрустрировал пациента. Он понял, откуда пришла депрессия пациента еще до того, как ассоциации пациента привели его к такому же заключению. Наблюдение контпереносных мыслей до и после сеансов может также быть важным ключом для аналитика в понимании аналитической ситуации пациента. Например, если чувство раздражения перед входом в кабинет является контрпереносной реакцией на агрессивное или доминирующее поведение пациента, раздражение может позволить аналитику заранее понять тревогу пациента, которая на наиболее поверхностном уровне является страхом гнева аналитика, спровоцированного поведением пациента. Другой пример — это аналитик, который перед входом в кабинет переживает вину за опоздание; он осознает, что часто заставлял

своего пациента ждать и что именно сильная мазохистическая склонность этого пациента к подчинению провоцировала его на это фрустрирующее поведение. Другими словами, аналитик реагирует на сильное вытеснение агрессии пациентом, делая то, что ему нравится, и злоупотребляя неврозом пациента. Но само искушение, которое чувствует аналитик и которому он уступает в своем поведении, и то мимолетное чувство вины, которое он переживает по этому поводу, могут служить ему указанием для понимания ситуации переноса анализируемого.

4) Аналогично этому следующий пример из аналитической литературы показывает, как ситуация контрпереноса делает возможным понимание аналитической ситуации пациента таким образом, что это оказывает решающее воздействие на весь последующий ход лечения. Интересно отметить, что автор, видимо, не осознает, что удачное понимание происходит благодаря бессознательному схватыванию ситуации контрпереноса. Я обращаюсь к «случаю с явными чертами неполноценности», опубликованному Вильгельмом Райхом (Reich, 1933). Показав, как в течение длительного периода времени никакие интерпретации не достигали успеха и никак не меняли состояние пациента в анализе, Райх пишет:

> «Тогда я проинтерпретировал ему его чувство неполноценности передо мной; вначале это было безуспешно, но после того, как я упорно демонстрировал ему в течение нескольких дней его поведение, он сделал несколько высказываний относительно своей огромной зависти не ко мне, но к другим мужчинам, по отношению к которым он также чувствовал себя неполноценным. И тогда меня осенила, как вспышкой молнии, мысль, что его повторяющиеся жалобы могут значить только: «Анализ не приносит мне никакого результата: он не хорош, аналитик неполноценен и бессилен и ничего не добьется со мной». Его жалобы следовало понимать частично как триумф, а частично как упреки аналитику».

Если мы обратимся к источнику «мысли-молнии» Райха, то теоретический ответ мог бы состоять в том, что она возникла из идентификации с этими импульсами анализируемого или из идентификации с одним из его внутренних объектов. Описание происшедшего, однако, оставляет мало возможности для сомнений, что именно последнее, *дополнительный контрперенос*, был источником интуиции Райха. Т.е. это молниеносное понимание возникло в результате его собственного чувства бессилия, поражения и вины по поводу провала лечения.

5) Теперь я приведу случай, в котором вытеснение контрпереноса препятствовало аналитику в понимании ситуации переноса, тогда как последующее осознание им контрпереноса оказалось как раз тем, что принесло это понимание.

В течение нескольких дней пациент страдал от интенсивной тревоги и боли в желудке. Аналитик не могла понять ситуации, пока не спросила пациента, когда это впервые началось. Тот ответил, что боль восходит к тому моменту, когда он едко критиковал аналитика за определенное поведение, и добавил, что заметил довольно подавленный вид аналитика из-за ее опоздания. То, что сказал пациент, попало в больное место. Аналитик действительно чувствовала некоторую подавленность из-за своей агрессии на пациента. Но она вытеснила свою агрессию против пациента, что лежало в основе ее депрессии, и вытеснила свое осознание того, что пациент будет также думать, сознательно или бессознательно, о последствиях своей критики. Пациент осознавал это и поэтому связал собственные тревоги и симптомы с депрессией аналитика. Другими словами, у аналитика возникла избирательная слепота к связи между тревогой и болью пациента и агрессией (критикой), направленной на нее. Эта слепота к ситуации переноса возникла из-за вытеснения контрпереноса, поскольку агрессия, которую пациент подозревал у аналитика и на которую он отвечал тревогой и желудочной болью (предвосхищающей самоагрессией), существовала не только в его фантазии, но и в действительных чувствах в контрпереносе аналитика.

Опасность вытеснения контрпереноса является, естественно, тем большей, чем больше контрпереносные

реакции отвергаются Эго-идеалом или Супер-Эго. Возьмем, например, случай пациента с почти полным отсутствием «уважения» к аналитику: может так произойти, что его нарциссизму будет нанесен ущерб, и он будет внутренне реагировать на это некоторой степенью раздражения. Если аналитик вытесняет это раздражение, потому что оно плохо согласуется с требованиями его Эго-идеала, он лишает себя важного пути понимания переноса пациента. Поскольку такая реакция аналитика связана с тем, что пациент пытается отрицать дистанцию между своими внутренними (идеализированными) объектами и своим Эго путем маниакальных механизмов, пытаясь компенсировать свое чувство неполноценности, ведя себя «на равных» (по сути, инвертируя эту ситуацию с идеализированными объектами путем идентификации с ними) и защищая себя таким путем от наиболее важных конфликтных ситуаций. Точно так же сексуальное возбуждение аналитика может указывать на скрытое соблазняющее поведение, и эротоманические фантазии анализируемого, и на лежащие за этим ситуации. Вытеснение таких контрпереносных реакций может препятствовать тому, чтобы найти подходящую технику. Могу посоветовать, например, когда пациент проявляет гипоманиакальное поведение такого рода, вести себя не просто по-аналитически «толерантно» (что может быть еще усилено чувством вины по поводу контрпереносных реакций), но в качестве первого шага помогать пациенту осознавать реакции контрпереноса его собственных внутренних объектов, таких, как Супер-Эго. Так же, как аналитик реагирует раздражением на почти полное «отсутствие уважения» со стороны пациента, так реагирует и пациент на свои внутренние объекты, потому что в поведении пациента существует агрессивность против этих внутренних объектов, которые пациент уже однажды переживал как высокомерные и отвергающие. В более общих терминах могу сказать, что пациенты с определенными гипоманиакальными защитами относятся к своему поведению как к «естественному» и «спонтанному», а к аналитику как к «терпимому» и «понимающему», вытесняя в то же время отвергающие и нетерпимые объекты, проецируемые на аналитика. Если аналитик не вытесняет свои более глубокие реакции на ассоциации и поведение анализируемого, они помогут ему показать пациенту эти его собственные внутренние объекты и те отношения, в которых он с ними находится.

6) При анализе мы должны принимать к рассмотрению контрперенос в целом (тотальный), так же, как и перенос. В частности, важно уделять внимание не только тому, что существует и повторяется, но и тому, что никогда не существовало (или существует только как надежда), т. е. новым и специфически аналитическим факторам в ситуации анализируемого и аналитика. Важнейшее место занимают здесь реальные новые характеристики этого объекта (аналитика или анализируемого), ситуация пациент-доктор (намерение излечиться или быть излеченным, быть восстановленным или восстановиться) и ситуация, создаваемая психоаналитическими мыслями и чувствами (как, например, ситуация, создаваемая фундаментальным правилом, этим первоначальным разрешением и приглашением, основным выражением специфической атмосферы терпимости и свободы).

Хотелось бы кратко проиллюстрировать, что имеется в виду под «целостным (тотальным) переносом». Во время психоаналитического сеанса ассоциации мужчины, которого лечила женщина-аналитик, касались его отношений с женщинами. Он говорил о фрустрациях и отвержениях, которые ему пришлось пережить, и о своей неспособности создавать отношения с образованными женщинами. Это обнаруживало садистические и унижающие тенденции по отношению к женщинам. Было ясно, что пациент переносил свои фрустрирующие и отвергающие образы на аналитика, и от этого у него возникало к ней недоверие. Пациент действительно выражал свой страх быть отвергнутым аналитиком из-за своего садизма (а еще глубже: из-за страха разрушить ее и страха ее мести за это) и в глубине свой страх быть фрустрированным — что отражает ту ситуацию, которая в далеком прошлом дала ход его садизму. Такая интерпретация будет точным отраже-

нием ситуации переноса в собственном смысле этого слова. Но в целостной аналитической ситуации существует нечто большее. Очевидно, что пациент нуждается в чем-то и чего-то ищет на самом сеансе. Что это? Что это за специфический, присутствующий в настоящем фактор, что это за предполагаемый аспект ситуации переноса? Ответ практически содержится в данной выше интерпретации: анализируемый пытается связать себя с объектом эмоционально и либидинозно, предыдущие сеансы пробудили его чувства и частично разрушили его панцирь; он косвенно спрашивает аналитика, действительно ли он может довериться ей, действительно ли он может отдаться без риска страдать так же, как он страдал раньше. Первая интерпретация относится только к переносу как повторению того, что однажды существовало; последняя, более полная интерпретация относится к тому, что существовало, и также к тому, что никогда не существовало и что он надеется получить в аналитическом опыте.

Теперь давайте рассмотрим пример, относящийся как к целостной ситуации переноса, так и к целостной ситуации контрпереноса. Иллюстрацию мы опять возьмем у Вильгельма Райха (Reich, 1933). Анализ был долгое время сконцентрирован на улыбке пациента, единственном доступном анализу проявлении, по мнению Райха, которое осталось после исчезновения всех коммуникаций и поступков, с которых начиналось лечение. Среди этих поступков были некоторые, интерпретировавшиеся Райхом как провокации (например жест, направленный на голову аналитика). Ясно, что Райх в этой интерпретации следовал за тем, что он чувствовал в контрпереносе. Но то, что Райх воспринимал таким образом, было только частью происходящего внутри него, поскольку, кроме страха и раздражения (которые, пусть только в слабой степени, он должен был чувствовать), была и реакция его Эго на эти чувства, желание контролировать их и господствовать над ними, идущее от его «совести аналитика». Поскольку Райх давал анализируемому понять, что в аналитической ситуации существует большая свобода и терпимость, и этот дух терпимости заставляет Райха реагировать на эти «провокации» только интерпретациями. Цель анализируемого, когда он делал это, состояла в том, чтобы проверить, действительно ли аналитику присуща такая терпимость. Сам Райх позже дал ему такую интерпретацию, и эта интерпретация возымела гораздо больший эффект, чем первая. Рассмотрение целостной ситуации контрпереноса (чувства, что тебя провоцируют, и «совести аналитика», определяющей участь этого чувства) может в первую очередь служить указанием для понимания целостной ситуации переноса, состоящей из агрессивности, первоначального недоверия и лучика доверия, новой надежды, которые пробудила в пациенте либеральность основного аналитического правила.

7) Выше я ссылался на тот факт, что перенос, коль скоро он детерминирован инфантильной ситуацией и архаическими объектами пациента, провоцирует в бессознательном аналитика инфантильные ситуации и интенсифицирует вибрации его собственных архаических объектных отношений. Я хотел бы привести другой пример, показывающий, как аналитик, если он не осознает такие контрпереносные реакции, может заставить пациента почувствовать, что он вновь сталкивается с архаическим объектом (порочный круг), и как, несмотря на наличие некоторого понимания того, что происходит с пациентом, аналитик не способен дать адекватную интерпретацию.

Во время своего первого аналитического сеанса пациентка рассказывает о том, как жарко, и о других вещах, которые аналитику (женщине-кандидатке) кажутся несущественными. Аналитик говорит пациентке, что очень похоже на то, что она не осмеливается говорить о себе. Хотя анализируемая, конечно же, говорит о себе (даже рассказывая о том, как жарко), интерпретация является, по сути, правильной, поскольку нацелена на центральный в данный момент конфликт. Но она плохо сформулирована, и это частично вызвано ситуацией контрпереноса. Это обусловлено тем, что для аналитика «вы не осмеливаетесь» является критикой, проистекающей из фрустрации ее желания, чтобы пациентка преодолела свое сопротивление.

Если бы аналитик не чувствовала этого раздражения и осознавала невротический характер своей внут-

ренней реакции тревоги и недовольства, она смогла бы понять, почему пациентка «не осмеливается», и сказала бы ей об этом. В этом случае недостаток смелости, на который аналитик указывает пациентке, оказался естественной реакцией в рамках опасных объектных отношений.

Придерживаясь хода мысли аналитика и оставляя в стороне другие возможные интерпретации, мы можем предположить, что она могла бы сказать анализируемой: нечто в аналитической ситуации (в отношениях между пациентом и аналитиком) вызывает у нее страх и заставляет ее мысли уклоняться от того, что значит для нее много, к тому, что значит для нее мало. Эта интерпретация отличается от той, которая была дана пациентке, в двух моментах: во-первых, интерпретация, данная в реальности, не указывала на объектные отношения, приводящие к «не осмеливаетесь», и, во-вторых, в своей формулировке она совпадала с суждениями Супер-Эго, которых необходимо стремиться избегать, насколько возможно[1]. Суждений Супер-Эго не удалось в этом случае избегнуть, поскольку аналитик идентифицировался в контрпереносе с Супер-Эго анализируемого, не осознавая этой идентификации; если бы она это осознавала, она бы проинтерпретировала, например, пугающую агрессию со стороны Супер-Эго (проецируемую на аналитика), а не выражала бы ее через интерпретацию. По-видимому, «интерпретация тенденций» без рассмотрения целостных объектных отношений вызвана, среди прочего, вытеснением аналитиком одного из аспектов своего контрпереноса, его идентификаций с внутренними объектами анализируемого.

Позже на том же сеансе пациентка, чувствуя, что ее критикуют, одергивает себя за свою привычку говорить довольно несвязно. Она говорит, что ее мать часто делала ей замечания по этому поводу, а затем критикует

[1] Если интерпретации совпадают с суждениями Супер-Эго анализируемого, аналитик смешивается с Супер-Эго, иногда вполне обоснованно. Суждения Супер-Эго должны демонстрироваться пациенту, но, насколько это возможно, не должны высказываться специально.

мать за то, что та обычно не слушала, что она говорит. Аналитик понимает, что эти высказывания относятся к аналитической ситуации и спрашивает ее: «Почему вы думаете, что я вас не слушаю?» Пациентка отвечает, что она уверена, что аналитик ее слушает.

Что происходит? Недоверие пациентки схлестнулось с желанием аналитика завоевать доверие, поэтому аналитик не анализирует ситуацию. Она не может сказать пациентке: «Нет, я буду слушать вас, доверяйте мне», — но она предполагает это своим вопросом. Опять вторжение неконтролируемого контрпереноса (желания, чтобы у пациента не было сопротивлений) преобразует хорошее понимание в дефектную интерпретацию. Такие события важны, особенно если они случаются часто. И они скорее всего случаются часто, поскольку такие интерпретации исходят из определенного состояния аналитика, частично неосознанного. Что делает эти события такими важными, так это тот факт, что бессознательное анализируемого полностью воспринимает бессознательные желания аналитика. Поэтому пациент снова сталкивается с объектом, который, как в этом случае, хочет заставить или соблазнить пациента отказаться от своего недоверия и бессознательно пытается скорее удовлетворить собственные желания или успокоить собственные тревоги, нежели понять и удовлетворить терапевтическую потребность пациента.

Все это мы выводили из реакций пациентки, подчиняющейся внушению аналитика, когда она говорит аналитику, что доверяет ей, отрицая, таким образом, аспект своей внутренней реальности. Она подчиняется предшествующей критике своего малодушия и затем внешне «преодолевает» это сопротивление, тогда как в реальности оно остается неизменным. Иначе и быть не может, поскольку анализируемая понимает невротическое желание аналитика и ее перенос обусловлен этим пониманием. До некоторой степени анализируемая обнаруживает себя снова в реальной аналитической ситуации в соприкосновении со своей внутренней или внешней инфантильной реальностью. Анализируемая в той же мере повторяет свои старые защиты и не имеет обос-

нованной причины для настоящего преодоления своих сопротивлений, как бы сильно ни пытался аналитик убедить ее в собственной терпимости и понимании. Аналитик достигнет этого, лишь предложив пациентке лучшие интерпретации, в которые не будет так сильно вмешиваться ее собственный (аналитика) невроз.

8) Следующий более детальный пример демонстрирует следующее: a) закон талиона в отношениях аналитика и анализируемого; b) как осознание реакций контрпереноса указывает на то, что происходит в переносе и имеет в данный момент наибольшую значимость; c) какая интерпретация является наиболее подходящей, для того чтобы разорвать порочный круг и d) как последующие ассоциации показывают, что этот разрыв сделан, пусть даже только частично, поскольку те же защиты возвращаются, и контрперенос снова указывает на интерпретации, в которых нуждается анализируемый.

Мы рассмотрим наиболее важные события на одном из сеансов. Анализируемый, страдавший в основном от сильной эмоциональной заторможенности и «разобщенности» во всех своих объектных отношениях, начал сеанс, сказав, что чувствует себя полностью разобщенным с аналитиком. Он говорил с трудом, как будто преодолевая большое сопротивление, и всегда неизменным тоном, который, по-видимому, никак не отражал его инстинктивные побуждения и чувства. При этом контрпереносная реакция на содержание его ассоциаций (или, скорее, на его повествование, т. к. он осуществлял жесткий контроль своих мыслей) время от времени менялась. В определенный момент аналитик почувствовал легкое раздражение. Это произошло, когда пациент, врач по профессии, сказал ему, как в разговоре с другим врачом он резко критиковал аналитиков за их пассивность (они мало дают и мало излечивают), за их высокие цены и за их тенденцию доминировать над своими пациентами. Высказывания пациента и его поведение имели несколько значений. Было ясно, во-первых, что эти обвинения, хотя и высказанные в общем виде и по отношению к другим аналитикам, были направлены против его собственного аналитика; пациент стал Супер-Эго аналитика. Для пациента эта ситуация представляла защиту от его собственного обвиняющего Супер-Эго, спроецированного на аналитика. Это было формой идентификации с внутренними преследователями, которая вела к инверсии пугающей ситуации. Это была, другими словами, преходящая «мания упреков» как защита против параноидно-депрессивной ситуации, при которой Супер-Эго преследует пациента упреками и угрожает ему отвержением. Наряду с этой идентификацией с Супер-Эго, существовала проекция части «плохого Эго» и Ид на аналитика. Пассивность (простая рецептивность, неспособность возместить ущерб), эгоистическая эксплуатация и доминирование, которые он приписывал аналитику, — это его собственные «плохие тенденции», за которые он опасался упреков и отвержения со стороны аналитика. На более глубоком уровне это «плохое Эго» состоит из плохих объектов, с которыми пациент идентифицировался в качестве защиты от преследования с их стороны.

Мы уже понимаем, что было бы преждевременным интерпретировать эту более глубокую ситуацию; пациент должен сперва столкнуться со своим «плохим Эго»: он должен пройти в переносе через параноидно-депрессивную ситуацию, в которой будет чувствовать угрозу со стороны Супер-Эго — аналитика. Но даже в таком положении мы по-прежнему не уверены, какую интерпретацию дать, поскольку то, что пациент говорит и делает, даже на поверхности имеет и другие значения. Критика, которую он высказывает другим врачам по поводу аналитиков, имеет значение бунта, мести, и провокации, и, возможно, поиска наказания, и исследования того, насколько много свободы позволяет ему аналитик, и одновременно подчинения и контролирования этого опасного объекта — аналитика.

Контрпереносная реакция аналитика дала ему понять, какая из всех этих интерпретаций наиболее верна, поскольку контрпереносная реакция является живым откликом на ситуацию переноса в данный момент. Аналитик почувствовал (в соответствии с законом талиона) небольшую тревогу и злость на агрессию, которой он подвергался со стороны пациента, и мы можем предположить, что пациент в своей бессознательной или со-

знательной фантазии ощутил это раздражение внутреннего объекта, на который и было направлено его протестующее поведение, и среагировал на это раздражение тревогой. «Разобщенность», о которой он говорил в своей первой реплике, должна быть связана с этой тревогой, т. к. из-за этой «разобщенности» анализируемый не воспринимал опасности и не чувствовал тревоги. Вследствие проекции пациентом этого внутреннего объекта аналитик становится для него тираном, требующим полного подчинения и запрещающим любой протест. Нарушение этого запрета (протест, высказанный пациентом своему другу-врачу) может казаться аналитику — в фантазии пациента — неверностью и вызвать со стороны аналитика реакцию злобы и эмоционального отвержения; мы выводим это из контрпереносного переживания. Чтобы умиротворить аналитика и вновь завоевать его расположение, пациент принимает его злость и наказание и страдает от боли в желудке (это он сообщает в ассоциациях), но не связывает эти два переживания. Его депрессия в тот день должна объясняться, во-первых, этим чувством вины и, во-вторых, потерей объекта, вызванной усилением «разобщенности».

Аналитик объясняет в своей интерпретации значение этой «разобщенности». В ответ пациент говорит, что накануне он вспомнил свой разговор с этим врачом и этот разговор действительно вызвал у него тревогу. После короткой паузы он добавляет: «Как раз сейчас мне в голову пришла мысль, ну... и что мне с этим делать?». Аналитик ощущает, что эти слова снова вызвали у него легкое раздражение. Мы можем понять почему. Первая реакция пациента на интерпретацию (он отреагировал, вспомнив тревогу по поводу своего протеста) приблизила аналитика к удовлетворению его желания устранить отчужденность пациента. Припоминание пациентом своей тревоги было, по крайней мере, одним шагом вперед, поскольку он таким образом признавал общность, которую обычно отрицал или вытеснял. Но его следующие слова снова вызвали у аналитика фрустрацию, поскольку означали: «это не принесло мне пользы, ничто не изменилось». Снова контрпереносная реакция указала аналитику на возникновение критического момента в переносе и на то, что здесь существует возможность интерпретации. В этот момент также в бессознательной фантазии пациента должна была возникнуть реакция злости со стороны внутреннего объекта (как это в реальности произошло с аналитиком), на которую должна быть нацелена интерпретация. Тревога пациента должна исходить именно из этой фантазии. Его тревога — и с ней его отчужденность — могут уменьшиться только путем замещения этой фантазийной злости пониманием пациентом своей потребности защитить себя посредством отрицания («ну и что мне с этим делать?»). В реальности аналитик, кроме того что чувствовал раздражение, понимал, что пациент должен протестовать и бунтовать, замыкаться и «разобщаться» снова, отрицать и препятствовать любому влиянию, поскольку, если аналитик докажет свою полезность, то пациент впадет в сильную зависимость именно из-за этой его полезности и будет ему обязан. Интерпретация повысила угрозу этого, поскольку пациент почувствовал, что это так. Из-за тирании аналитика — доминирующего, эксплуатирующего, садистического характера, присущего этой тирании, — эту зависимость было необходимо предотвратить.

Аналитик, благодаря осознанию своего контрпереноса, понял тревогу пациента и проинтерпретировал ее, Последовавшие за этим ассоциации показали, что эта интерпретация также была точной.

Пациент вскоре после этого сказал, что его депрессия прошла, и это признание стало знаком прогресса, потому что пациент признал что-то хорошее у аналитика. Кроме того, последующие ассоциации позволили глубже проанализировать его невроз переноса, поскольку пациент теперь обнажил более глубокий слой. Стала явной его подспудная зависимость. Его ассоциации относились к тому факту, что общий друг пациента и аналитика сказал ему несколько дней назад, что аналитик уезжает в отпуск этим вечером, и этот сеанс будет последним. Таким образом, пациент признал эмоциональное значение, которым обладал для него аналитик, что раньше всегда отрицал. Теперь мы также

понимаем, как прежний его протест против аналитиков был еще раньше вызван надвигающейся угрозой быть покинутым аналитиком. Когда перед самым концом сеанса аналитик объяснил, что информация их друга неверна, пациент разозлился на этого друга и вспомнил, как тот и раньше пытался вызвать у него ревность к аналитику.

Так пациент подтвердил свою ревность к аналитику, хотя перенес свою злость на друга, пробудившего у него тревогу. Что же случилось? И как это можно объяснить? Ожидаемая поездка аналитика представляла в бессознательном пациента брошенность со стороны необходимых ему внутренних объектов. Этой опасности противостояла идентификация с агрессором, угрозе агрессии (отвержению со стороны аналитика) противостояла агрессия (протест пациента против аналитиков). Его собственная агрессия заставила пациента бояться контрагрессии или оставления аналитиком. Эта тревога оставалась бессознательной, но аналитик мог ее вывести из контрагрессии, которую он воспринимал в контрпереносе. Если бы он не проинтерпретировал ситуацию переноса пациента или если бы он включил в свою интерпретацию какую-то критику настойчивого и постоянного отвержения пациентом своего аналитика (или его упрямого отрицания какой бы то ни было привязанности к аналитику), пациент остался бы в порочном круге между своим базовым страхом быть отверженным и своей защитной идентификацией с преследователем (объектом, который отвергает), то есть продолжал бы вращаться в порочном круге своего невроза. Но интерпретация, показавшая ему, что аналитик понимает его поведение и лежащую в его основании тревогу, изменила (по крайней мере, на мгновение) образ аналитика как преследователя. Поэтому пациент смог оставить свою защитную идентификацию с этим образом и смог признать свою зависимость (более глубокий слой), свою потребность в аналитике и свою ревность.

И теперь снова в этой новой ситуации контрперенос показывает содержание и источники тревоги, быстро возвращающие анализируемого назад, к повторению защитного механизма (который может быть идентификацией с преследователем, эмоциональным блокированием или чем-то еще), только что отвергнутого им. И снова интерпретация этой новой опасности является единственным средством разорвать порочный круг. Если мы рассмотрим природу отношений, существовавших в течение месяцев до эмоциональной капитуляции на этом сеансе, если мы рассмотрим параноидную ситуацию, существовавшую в переносе и контрпереносе (выражавшуюся в интенсивных характерологических сопротивлениях пациента и раздражении аналитика), если мы рассмотрим всю эту подоплеку только что описанного сеанса, мы поймем, что аналитик при капитуляции пациента наслаждается маниакальным триумфом, за которым, конечно же, следуют депрессивные и параноидные тревоги, сострадание к пациенту, желание репарации и другие последствия. Именно эти чувства вины, вызванные у аналитика его маниакальными чувствами, могут привести к неспособности адекватно интерпретировать ситуацию. Опасность страхов пациента состоит в том, что он станет беспомощной жертвой садизма со стороны своего объекта (аналитика) — того самого садизма, который аналитик ощущает в своем «маниакальном» удовлетворении от подчинения и поражения плохого объекта, с которым защитно идентифицируется пациент. Восприятие этой маниакальной реакции контрпереноса указывает на то, какова нынешняя ситуация переноса и что следует интерпретировать.

Если бы в психологической ситуации аналитика не существовало ничего другого, кроме этой маниакальной реакции, у пациента не было бы альтернативы, кроме использования тех же самых старых защитных механизмов, которые, по сути, и образуют его невроз. Говоря более общими терминами, нам следует признать, что негативная терапевтическая реакция — это адекватная переносная реакция пациента на воображаемый или реальный негативный контрперенос аналитика (Little, 1951). Но даже там, где такой негативный контрперенос реально существует, он является только частью психологической реакции аналитика, поскольку, во-первых, закон талиона является не единственной детерминантой реакций бессознательного, а во-вторых, сознание

также играет роль в психологических реакциях аналитика. Если говорить о бессознательном, то там существует, конечно же, тенденция возмещать ущерб, которая может даже создать установку «отвечать добром на зло». Эта тенденция к репарации в реальности является желанием возместить (хотя и замещенному объекту) то, что с ним мог сделать или о чем мог подумать плохой объект. Если же говорить о сознании, здесь мы, во-первых, видим тот факт, что собственный анализ аналитика сделал его Эго сильнее, чем оно было прежде, так что интенсивность его тревог и последующих контрпереносных реакций обычно уменьшена; во-вторых, у аналитика есть некоторая способность к наблюдению своего контрпереноса, к тому, чтобы «выйти из него» и относиться к нему объективно; и в-третьих, знание аналитиком психологии также влияет изнутри и извне на его психологическую реакцию. Знание, например, что за негативным переносом и сопротивлением скрыта нереализовавшаяся любовь, помогает аналитику отвечать любовью на эту возможность любви, на это ядро внутри пациента, как бы глубоко оно ни было погребено под ненавистью и страхом.

9) Аналитику следует избегать, насколько это возможно, интерпретации в терминах морального Супер-Эго[1]. Эта опасность увеличивается из-за бессознательной идентификации аналитика с внутренними объектами пациента и, в частности, с его Супер-Эго. В только что приведенном примере пациент в разговоре со своим другом критикует поведение аналитиков. Делая это, он принимает роль Супер-Эго по отношению к внутреннему объекту, который он проецирует на аналитика. Аналитик идентифицирует себя с этим проецируемым объектом и реагирует бессознательной тревогой и раздражением на эти обвинения. Он внутренне упрекает пациента за его поведение, и возникает опасность, что что-то из этого упрека (в котором аналитик, в свою очередь, идентифицирует себя с пациентом, ведущим себя как Супер-Эго), просочится в его интерпретацию,

[1] Нечто похожее, хотя и вне связи с проблемой контрпереноса, подчеркивает Фэйрберн (Fairbairn, 1943).

которая тогда подкрепит невротический порочный круг пациента. Но проблема шире этого. Определенная психоаналитическая терминология, возможно, вновь усилит у пациента переживание спутанности между аналитиком и Супер-Эго. Например, *нарциссизм*, *пассивность* и *подкуп Супер-Эго* — это термины, которые нам не следует использовать без тщательного обдумывания как раз потому, что они повышают опасность, что пациент спутает образ аналитика с образом Супер-Эго. Для большей ясности можно прояснить две эти ситуации теоретически. В одной из них только пациент воспринимает эти термины критически из-за своего конфликта между Эго и Супер-Эго, а аналитик свободен от этих критических чувств. В другой — аналитик также относится к определенным чертам характера с моральной нетерпимостью; он чувствует себя настроенным критически, как будто он в действительности Супер-Эго. Кое-что из этой установки, возможно, существует всегда, поскольку аналитик идентифицирует себя с объектами, которые пациент «третирует» (своим *нарциссизмом*, *пассивностью* или *подкупом Супер-Эго*). Но даже если аналитик полностью разрешил свои собственные конфликты вокруг этих тенденций и, следовательно, остается свободным от контрпереносного конфликта с соответствующими тенденциями пациента, было бы предпочтительнее указать пациенту на некоторые конфликты между ним и его Супер-Эго и не впадать в риск затруднить для пациента дифференциацию между суждениями собственного Супер-Эго и пониманием аналитиком тех самых тенденций через использование терминологии, которая как раз повышает риск спутать две эти возможности.

Могут возразить, что этого переживания спутанности между аналитиком и Супер-Эго невозможно и не следует избегать, поскольку оно представляет существенную часть анализа переноса (экстернализацию внутренних ситуаций) и поскольку невозможно прийти к ясности иначе, чем через путаницу. Это правда, спутанности невозможно и не следует избегать, но мы должны помнить, что она также должна быть преодолена и что это тем более сложно, чем более реально аналитик идентифициру-

ется в своих переживаниях с Супер-Эго анализируемого и чем более эти идентификации негативно влияют на его интерпретации и поведение.

VI

В представленных примерах мы видим, как определенные ситуации в переносе отвечают определенным ситуациям в контрпереносе, и наоборот. На какую ситуацию переноса аналитик обычно реагирует определенным контрпереносом? Исследование этого вопроса позволит на практике выводить переносную ситуацию из контрпереносных реакций. Затем мы можем спросить, на какой образ или поведение объекта, на какую реальную или воображаемую контрпереносную ситуацию реагирует пациент этим определенным переносом? Многие аспекты этих проблем получили подробное рассмотрение со стороны психоаналитиков, но специфическая проблема соотношения переноса и контрпереноса при анализе осталась малоисследованной.

Этот предмет настолько обширен, что мы можем обсудить лишь несколько ситуаций, и те не полностью, ограничивая себя только определенными аспектами. Мы должны выбрать для обсуждения только наиболее важные ситуации контрпереноса, такие, которые в наибольшей степени препятствуют задачам аналитика и которые проясняют важные моменты в неврозе двоих, *la nevrose a deux*, возникающем в аналитической ситуации, — неврозе обычно очень разном по интенсивности у двух его участников.

1) В чем значение тревоги в контрпереносе?

Контрпереносная тревога может быть описана обобщающими и упрощающими терминами как имеющая депрессивный или параноидный характер[1]. При депрессивной тревоге присущая ей угроза состоит в том, что аналитик может разрушить анализируемого или сделать его больным. Эта тревога может очень сильно возрасти, если аналитик сталкивается с опасностью, что пациент может совершить самоубийство, и быть несколько меньшей, если возникает ухудшение состояния здоровья пациента или угроза такого ухудшения . Но просто отсутствие улучшений у пациента, его страдание и депрессия также могут спровоцировать депрессивные тревоги аналитика. Эти тревоги обычно повышают желание исцелить пациента.

Обращаясь к параноидным тревогам, важно проводить различие между прямым и косвенным контрпереносом. При прямом контрпереносе тревоги вызваны опасностью агрессии со стороны пациента. При косвенном контрпереносе тревоги вызваны угрозой агрессии третьих сторон (в отношении которых у аналитика возникает его собственный основной перенос), например, со стороны членов аналитического сообщества, поскольку будущее объектных отношений аналитика частично детерминировано его профессиональной работой. Агрессия, которой он опасается, может принимать различные формы, такие как критика, упреки, ненависть, насмешки, презрение или физические посягательства. В бессознательном это может быть угроза быть убитым, или кастрированным, или как-то иначе наказанным архаическим способом.

Переносные ситуации пациента, ответом на которые служат депрессивные тревоги аналитика, — это прежде всего те, в которых пациент через возрастание фрустрации[1] (или угрозы фрустрации) и ею возбуждаемой агрессии, оборачивает агрессию на себя. На одном уровне мы имеем дело с ситуациями, в которых пациент защищает себя от параноидного страха возмездия, предвосхищая эту угрозу, неся сам и направляя на себя часть агрессии, которой он боится со стороны объекта, перенесенного на аналитика, и угрожая нести ее и дальше.

[1] Смотри Кляйн (Klein, 1935, 1950). Термины *депрессивный*, *параноидный* и *маниакальный* используются здесь как чисто описательные. Так например, *параноидные тревоги* включают все фантазии преследуемости, независимо от либидинозных фаз или «позиций», описанных Кляйн. Приводимые мной ниже соображения тесно связаны с моими наблюдениями о стратификации психопатологии (Racker, 1957).

[1] Под термином *фрустрация* я обычно имею в виду субъективное переживание, а не объективные факты. Это внутреннее переживание детерминировано дополнительными рядами, на одном конце которых находится первичный и вторичный мазохизм, а на другом конце реальные фрустрирующие события.

В этом психологическом смысле именно аналитик нападает на пациента и разрушает его, и депрессивная тревога соответствует этой психологической реальности. Другими словами, депрессивная тревога в контрпереносе возникает прежде всего как ответ на «мазохистическую защиту» пациента — которая в то же время является местью («мазохистической местью»), — и как ответ на угрозу ее продолжения. На другом уровне пациент поворачивает агрессию против себя, чтобы защитить себя от нового переживания разрушения объектов и защиты их от своей собственной агрессии.

Параноидная тревога в прямом контрпереносе является реакцией на угрозу, исходящую от различных агрессивных установок самого пациента. Анализ этих установок показывает, что они сами являются защитами от определенных агрессивных образов или реакциями на них; и эти реакции и защиты управляются законом талиона, и наоборот, аналогично этому — идентификацией с преследователем. Упрек, презрение, отвержение, физическое нападение — все эти установки пренебрежения или агрессии у пациента, способствующие возникновению параноидных тревог в контрпереносе, являются реакциями на эквивалентные установки объекта переноса (или предвосхищениями этих реакций).

Параноидные тревоги в косвенном контрпереносе обладают более сложной природой, поскольку опасность для аналитика исходит от третьей стороны. Ситуации переноса пациента, провоцирующие агрессию этой третьей стороны против аналитика, могут быть различных видов. В большинстве случаев мы имеем дело с ситуациями переноса (мазохистическими или агрессивными), сходными с теми, которые провоцируют *прямые* тревоги в контрпереносе, описанные ранее.

Общий знаменатель всех различных установок пациентов, провоцирующих тревогу у аналитика, нужно искать, я считаю, в механизме «идентификации с преследователем»; переживание освобождения от преследователя и триумфа над ним, присущее этой идентификации, дает возможность нам обозначить этот механизм как маниакальный. Этот механизм может также существовать там, где манифестная картина у пациента совершенно противоположна, а именно при некоторых депрессивных состояниях. Поскольку маниакальное поведение может быть направлено либо на спроецированный объект, либо на интроецированный объект, оно может осуществляться аллопластически или аутопластически. «Идентификация с преследователем» может существовать даже в суициде, так как он может быть «передразниванием» фантазийных или реальных преследователей путем предвосхищения их намерений и совершения с собой того, что хотели сделать они; это «передразнивание» является маниакальным аспектом суицида. «Идентификация с преследователем» является также защитой от объекта (ощущаемого как садистический), склонного превращать пациента в жертву маниакальной фиесты; и эта защита осуществляется либо через интроекцию преследователя в Эго, превращающую аналитика в объект «маниакальных тенденций», либо через интроекцию преследователя в Суперэго, делающую Эго объектом его маниакальных наклонностей. Сейчас это будет проиллюстрировано.

Анализируемый решает поехать отдохнуть в Европу. Он переживает это как победу над аналитиком и потому, что он освободится от него на два месяца, и потому, что он может себе это позволить, а аналитик не может. Затем он начинает чувствовать тревогу, как бы аналитик не отомстил ему за его триумф. Пациент предвосхищает эту агрессию ухудшением самочувствия, повышением температуры и первыми симптомами гриппа. Аналитик чувствует легкую тревогу по поводу этой болезни и боится, вспоминая предыдущий опыт, ухудшения состояния здоровья пациента, который, однако, продолжает ходить на сеансы. Вплоть до этого момента ситуация в переносе и контрпереносе следующая. Пациент находится в маниакальном отношении с аналитиком, у него есть тревоги преимущественно параноидного типа. Аналитик ощущает некоторое раздражение за то, что его бросают, и некоторую зависть к большому богатству пациента (чувства, приписываемые пациентом в его параноидных тревогах аналитику); но в то же время аналитик чувствует удовлетворение по поводу реального прогресса анализируемого, проявля-

ющегося в том, что путешествие стало возможно и пациент решает его предпринять. Аналитик воспринимает желание части своей личности привязать пациента к себе и использовать для удовлетворения собственных потребностей. В связи с этими желаниями он вспоминает мать пациента и осознает, что в реальности идентифицировался с доминирующим и защищающим объектом, с которым его идентифицировал пациент. Поэтому болезнь пациента кажется бессознательному аналитика результатом собственного желания аналитика, и аналитик поэтому переживает депрессивные (и параноидные) тревоги. Какой образ объекта ведет пациента к этой маниакальной ситуации? Это как раз тот самый образ тиранической и садистической матери, для которой фрустрации пациента являются маниакальной фиестой. Именно против этих «маниакальных тенденций» в объекте пациент защищает себя, вначале идентификацией (интроекцией преследователя в Эго, что находит проявление в маниакальном переживании в решении поехать в путешествие), а затем в использовании мазохистической защиты, чтобы избежать мести.

Короче, депрессивная (и параноидная) тревога аналитика является его эмоциональной реакцией на болезнь пациента, а болезнь пациента является сама по себе мазохистической защитой от мстительного преследования. Эта мазохистическая защита содержит также и маниакальный механизм, т к. высмеивает, контролирует агрессию аналитика и доминирует над ней. На нижележащем уровне мы обнаруживаем пациента в параноидной ситуации перед лицом мстительного преследования аналитиком — фантазия, соответствующая тайному раздражению последнего. Еще ниже этой параноидной ситуации лежит являющаяся ее причиной обратная ситуация: пациент наслаждается маниакальным триумфом (своим освобождением от аналитика посредством отъезда в путешествие), но аналитик находится в параноидной ситуации (он находится под угрозой поражения и отвержения). И наконец, под всем этим мы находим ситуацию, в которой пациент находится под воздействием образа объекта, который пытается сделать его жертвой своих (объекта) агрессивных

тенденций, но в этот раз не для того чтобы отомстить за намерения или установки пациента, но просто чтобы удовлетворить свой собственный садизм. Этот образ объекта формируется вследствие первоначальных страданий субъекта.

Таким путем аналитик становится способен вывести из каждого из своих контрпереносных ощущений определенную ситуацию переноса: страх аналитика за ухудшение здоровья пациента позволяет ему воспринять потребность пациента в удовлетворении мстителя и в его контроле и обуздании, частично инвертируя (через болезнь) роли мучителя (victimizer) и жертвы, облегчая таким образом свое чувство вины и вызывая некоторое чувство вины у аналитика. Раздражение аналитика по поводу путешествия пациента позволяет ему увидеть потребность пациента в освобождении себя от доминантного и садистического объекта, увидеть чувства вины пациента, вызванные этими тенденциями, а также увидеть его страх перед местью со стороны аналитика. С помощью своего чувства триумфа аналитик способен обнаружить тревогу и депрессию, вызванные у пациента его зависимостью от этого фрустрирующего, хотя и необходимого объекта. И каждая из этих ситуаций переноса указывает аналитику на образы объектов пациента — воображаемые или реальные ситуации контрпереноса, которые определяют ситуации переноса.

2) Каково значение агрессии в контрпереносе?

На предыдущих страницах мы видели, что аналитик может переживать, помимо тревоги в контрпереносе, раздражение, отвержение, желание отомстить, ненависть и другие эмоции. Каково происхождение и значение этих эмоций?

Агрессия в контрпереносе возникает обычно перед лицом фрустрации (или угрозы фрустрации) желаний (desires), которые могут поверхностно дифференцироваться на *прямые* и *непрямые*. Как прямые, так и непрямые желания — это в первую очередь желания (wishes) получить либидо или привязанность. Пациент является главным объектом прямых желаний аналитика, который хочет от него любви и принятия. Объектом непря-

мых желаний аналитика могут быть, например, другие аналитики, от которых он хочет получить признание или восхищение посредством своей успешной работы с пациентами. Эта цель получения любви имеет, в общем, два источника: инстинктивный (примитивная потребность в соединении с объектом) и защитный (потребность в нейтрализации, преодолении или отрицании отвержений и других опасностей, исходящих от внутренних объектов, в частности, от Супер-Эго). Фрустрации можно описательно дифференцировать на активные и пассивные. Среди активных фрустраций — агрессия со стороны пациента, его передразнивание, лживость и активное отвержение. Для аналитика активная фрустрация означает столкновение с преимущественно «плохим» объектом; пациент может стать, например, Супер-Эго аналитика, говорящим ему: «Ты плохой». Примерами фрустраций пассивного типа являются пассивное отвержение, отстранение, частичное бросание и другие защиты от связи с аналитиком и зависимости от него. Они означают фрустрацию потребности аналитика в соединении с объектом.

Суммируя, мы можем сказать, что агрессия в контрпереносе обычно возникает, когда происходит фрустрация желаний (desires) аналитика, исходящих из Эроса, возникающих как из его «первоначальных» инстинктивных и аффективных влечений, так и из его потребности нейтрализовать или устранить свой собственный Танатос (или действие своих внутренних «плохих объектов»), где действие направлено против Эго или против внешнего мира. Частично благодаря собственному неврозу аналитика (а также определенным характеристикам самого анализа) эти желания Эроса иногда приобретают бессознательную цель привести пациента к состоянию зависимости. Следовательно, контрпереносная агрессия может быть спровоцирована отказом от этой зависимости со стороны пациента, который отвергает какую бы то ни было связь с аналитиком и отказывается дать ему то, чего аналитик ждет, демонстрируя свой отказ молчанием, отрицанием, тайнами, вытеснением, блокированием или передразниванием.

Дальше мы должны установить, что заставляет пациента вести себя таким образом, фрустрировать аналитика, отстраняться от него или на него нападать. Если мы поймем это, то поймем, что мы должны интерпретировать, когда у нас возникает агрессия в контрпереносе, будучи способны вывести из контрпереноса переносную агрессию и ее причину. Этой причиной является фантазийная контрпереносная ситуация или, точнее, некое действительное или пугающее возможное плохое поведение проецируемого объекта. Опыт показывает, что, несколько обобщая, это плохое или угрожающее поведение объекта является обычно эквивалентом поведения пациента (на которое аналитик внутренне реагирует агрессивно). Мы также поймем, почему так происходит: поведение пациента проистекает из той наиболее примитивной реакции, реакции талиона, или из защиты посредством идентификации с преследователем или агрессором. В некоторых случаях это очень просто: анализируемый отстраняется от нас, отвергает нас, бросает нас или высмеивает нас, когда он опасается такого же или аналогичного отношения с нашей стороны или страдает от такого нашего отношения. В других случаях ситуация сложнее: непосредственная идентификация с агрессором заменяется другой идентификацией, более косвенной. Например, пациентка, узнав, что аналитик уезжает на праздники, молчит в течение долгого времени; она отстраняется посредством своего молчания в качестве реакции талиона на отстранение аналитика. Более глубокий анализ показывает, что праздники аналитика для пациентки эквивалентны первичной сцене, а это эквивалентно разрушению ее как женщины, и ее непосредственным ответом должна быть аналогичная атака на аналитика. Этот агрессивный (кастрирующий) импульс отвергается, и результат, ее молчание, становится компромиссом между враждебностью и отвержением; это трансформированная идентификация с преследователем.

Суммируя, можно сказать следующее:

а) Контрпереносная реакция агрессии (или ее эквивалент) возникает в ответ на ситуации в переносе, в которых пациент фрустрирует определенные желания

аналитика. Эти фрустрации эквивалентны отвержению или агрессии, которые осуществляет пациент или которыми он угрожает аналитику, и они ставят аналитика вначале в депрессивную или параноидную ситуацию. Защита пациента является в одном аспекте эквивалентной маниакальной ситуации, поскольку освобождает его от преследователя[1].

в) Эта переносная ситуация является защитой против определенных образов объектов. Может существовать объект, который преследует субъекта садистически мстительно или морально, или объект, который пациент защищает от своей собственной деструктивности путем атак на собственное Эго (Racker, 1957); здесь пациент нападает — как показали Фрейд и Абрахам при анализе меланхолии и суицида — одновременно на внутренний объект и внешний объект (аналитика).

с) Аналитик, который ставится посредством аллопластических или аутопластических атак пациента в параноидную или депрессивную ситуацию, иногда защищает себя от этих атак, используя ту же идентификацию с агрессором или преследователем, которой пользуется пациент. Тогда аналитик фактически становится преследователем, а на это пациент (поскольку он предполагает такую реакцию со стороны своего внутреннего и спроецированного объекта) реагирует тревогой. Эта тревога и ее происхождение наиболее близки сознанию и являются поэтому первым, что необходимо интерпретировать.

3) Чувства вины в контрпереносе являются важным источником контрпереносной тревоги, аналитик боится своей «моральной совести». Например, серьезное ухудшение состояния пациента может заставить аналитика пережить упрек со стороны собственного Супер-Эго, а также вызвать у него страх наказания. Когда такие чувства вины возникают, Супер-Эго аналитика обычно проецируется на пациента или на третье лицо, а аналитик оказывается виноватым Эго. Обвинителем же является тот, на кого нападают, — жертва аналитика. Аналитик становится обвиняемым; его судят за то, что он является мучителем. Поэтому именно аналитик должен страдать от тревоги по поводу своего объекта и зависимости от него.

Так же как и в других контрпереносных ситуациях, чувства вины аналитика могут иметь и реальные, и воображаемые причины, или быть смесью того и другого. Реальная причина существует у аналитика, у которого есть невротические негативные чувства, оказывающие некоторое влияние на его поведение, приводя его, например, к агрессивным интерпретациям или поведению в подчиненном, соблазняющем или чрезмерно фрустрирующем ключе. Но чувства вины могут также возникать у аналитика по поводу, например, сильной покорности пациента, даже если аналитик не принуждает пациента к такому поведению своими действиями. Или он может почувствовать вину, если анализируемый станет депрессивным или заболеет, хотя его терапевтическое поведение является правильным и отвечающим его собственной совести. В таких случаях чувства вины в контрпереносе вызываются не только тем, что он реально делает, но его осознанием того, что бы он мог сделать в силу своей латентной предрасположенности. Другими словами, аналитик идентифицирует себя в фантазии с плохим внутренним объектом пациента и чувствует себя виноватым за то, что он спровоцировал в этой роли: болезнь, депрессию, мазохизм, страдание, неудачу. Образ пациента начинает тогда сливаться с внутренними объектами аналитика, которые аналитик в прошлом хотел (и возможно, смог) фрустрировать, заставить страдать, разрушить, над которыми хотел доминировать. Теперь он хочет возместить им ущерб. Истинной причиной чувств вины являются невротические, преимущественно садомазохистические тенденции, которые могут вновь проявиться в контрпереносе; аналитик поэтому совершенно обоснованно ис-

[1] Эта мания может принадлежать к «типу Супер-Эго», как например, «мания упреков» (идентификация с преследующим моральным Супер-Эго), которая также возникает при многих депрессивных и мазохистических состояниях. Она также может принадлежать к типу пре-Супер-Эго (относясь к уровням, предшествующим моральной вине), как происходит, например, при некоторых эротоманиях, поскольку эротическое передразнивание является идентификацией с объектом, который кастрирует, фрустрируя генитальность (Racker, 1957).

пытывает определенные сомнения и неуверенность по поводу своей способности полностью их контролировать и полностью освободить от них свои действия.

Переносная ситуация, на которую аналитик склонен реагировать чувствами вины, является, следовательно, в первую очередь мазохистической наклонностью пациента, имеющей либо *защитную* (вторичную), либо *базовую* (первичную) природу. Если она является защитной, мы понимаем ее как отказ от садизма путем его «обращения против Эго»; основной образ объекта, вызывающий эту мазохистическую защиту, — это образ мстителя. Если она базовая («первичный мазохизм»), объектный образ «просто» садистический, отражающий боль («фрустрации»), ранее испытанную пациентом. Чувство вины у аналитика относится к его собственным садистическим тенденциям. Он может чувствовать, будто он сам спровоцировал мазохизм пациента. Пациент порабощен «плохим» объектом, так что кажется, будто аналитик удовлетворил свою агрессивность; теперь аналитик попадает, в свою очередь, под обвинения своего Супер-Эго. Короче, на поверхности ситуация такова, что пациент теперь является Супер-Эго, а аналитик — Эго, которое должно страдать от обвинений; аналитик находится в депрессивно-параноидной ситуации, тогда как пациент находится, с одной из точек зрения, в «маниакальной» ситуации (взять, например, «манию упреков»). Но на более глубоком уровне ситуация является обратной: аналитик находится в «маниакальной» ситуации (действуя как мстительный, доминантный или «просто» садистический образ), а пациент находится в депрессивно-параноидной ситуации (Racker, 1957).

4) Кроме тревоги, ненависти и чувств вины в контрпереносе, существует несколько других контрпереносных ситуаций, которые тоже могут быть решающими точками в ходе аналитического лечения как потому, что они способны повлиять на работу аналитика, так и потому, что анализ переносных ситуаций, провоцирующих такие ситуации контрпереноса, может представлять собой центральную проблему лечения, прояснение которой необходимо, если аналитик хочет оказать какое-либо терапевтическое влияние на пациента.

Давайте кратко рассмотрим две из этих ситуаций. Одной из них является скука или сонливость в контрпереносе, о которых мы уже упоминали, приобретающие, конечно, большое значение, только когда они возникают часто. Скука и сонливость являются обычно бессознательными реакциями талиона со стороны аналитика в ответ на отстраненность или аффективное отвержение со стороны пациента. Эта отстраненность имеет разнообразное происхождение и природу, но она имеет специфические характеристики, поскольку не всякая отстраненность пациента вызывает скуку у аналитика. Одна из этих характеристик может состоять в том, что пациент отстраняется, не уходя: он эмоционально покидает аналитика, оставаясь при этом с ним; здесь нет, как правило, опасности бегства пациента. Эти частичные отстраненность или отвержение выражаются на поверхности в интеллектуализации (эмоциональном блоке), повышенном контроле, иногда в монотонности речи или в подобных вещах. Аналитик в это время испытывает ощущение своей исключенности и неспособности управлять ходом сеансов. Кажется, что анализируемый пытается таким образом избежать латентной и ужасной зависимости от аналитика. Эта зависимость является на поверхности его зависимостью от морального Супер-Эго, а на более глубоком уровне это зависимость от других внутренних объектов, которые частично являются преследователями, а частично преследуемыми. Эти объекты не должны проецироваться на аналитика, латентные и внутренние отношения с ними не должны стать явными и проявиться вовне. Эта опасность избегается с помощью различных механизмов: от «сознательного» контроля и отбора пациентом того, что он сообщает, до деперсонализации и от эмоционального блокирования[1] до полного вытеснения любых отношений переноса. Именно от отвержения этих опасностей и избегания тревоги или от совладания с ней посредством описанных

[1] Это эмоциональное блокирование и, в частности, блокирование агрессии, по-видимому, является причиной «отсутствия опасности» для аналитика (тот факт, что анализируемый не убежит или как-то иначе повергнет опасности анализ), что, по-видимому, является одним из условий возникновения скуки в контрпереносе.

механизмов возникает та отстраненность, на которую аналитик может реагировать скукой и сонливостью.

Тревога и чувства вины в контрпереносе также часто вызывают тенденцию к контрпереносной покорности, которая важна с двух точек зрения: как из-за своего возможного влияния на понимание, поведение и технику аналитика, так и из-за того, что она может сообщить нам о переносной ситуации пациента. Эта тенденция к покорности приводит аналитика к тому, что он избегает фрустрировать пациента и даже начинает его баловать. Тенденция аналитика избегать фрустрации и напряжения выражается в поиске того, как быстро успокоить проблему в переносе, немедленно «редуцировав» перенос к инфантильным ситуациям, например, или быстро восстановив «хороший», «реальный» образ аналитика[1]. Аналитик, чувствующий, что он порабощен пациентом, ощущает гнев, а пациент, интуитивно воспринимающий этот гнев, боится его мести. Переносная ситуация, приводящая пациента к доминированию над аналитиком и его порабощению путем скрытых или явных угроз, по-видимому, аналогична переносной ситуации, которая заставляет аналитика чувствовать тревогу и вину. Различные способы, которыми аналитик реагирует на эти тревоги, — в одном случае установкой покорности, в другом случае с внутренними встречными обвинениями — также связаны с переносной установкой пациента. По моим наблюдениям, чем больше у анализируемого предрасположенность к реальным агрессивным действиям, тем больше аналитик склонен к покорности.

VII

В заключении работы давайте кратко рассмотрим два вопроса, на которые необходимо ответить. Насколько нам следует доверять контрпереносу как ключу к пониманию пациента? И насколько полезно или вредно сообщать пациенту свою контрпереносную реакцию? Что касается первого вопроса, я думаю, определенно является ошибкой видеть в контрпереносной реакции оракула и ожидать от нее со слепой верой чистой правды о психологической ситуации анализируемого. Очевидно, что наше бессознательное является весьма личным «приемником» и «передатчиком», и мы должны считаться с частыми искажениями объективной реальности. Но также справедливо и то, что наше бессознательное — это «лучшее, что у нас вообще есть». Собственный анализ и некоторый аналитический опыт позволяют аналитику, как правило, осознавать этот личный фактор и знать свою «личную поправку». Согласно моему опыту, опасность преувеличенного доверия посланиям собственного бессознательного, даже если они относятся к очень «личным» реакциям, является меньшей, чем опасность их вытеснения и отрицания их объективной ценности.

Иногда я начинаю супервизорский час, спрашивая кандидата, что он чувствовал по отношению к пациенту на этой неделе или что он переживал на сеансах, и кандидат отвечает, например, что ему было скучно или что он чувствовал тревогу, потому что у него было впечатление, будто пациент хочет бросить анализ. В других случаях я сам замечаю раздражение или тревогу кандидата по отношению к пациенту. Эти контрпереносные реакции временами сразу же указывают мне на центральную проблему лечения, какой бы стадии оно ни достигло; такое предположение обычно подтверждается детальным анализом материала, представляемого на супервизорском сеансе. Когда эти контрпереносные реакции оказываются очень интенсивными, они, конечно же, указывают на нерешенные проблемы самого кандидата, но его реакции являются искаженным эхом объективной ситуации. Но даже без такой «интенсивности» мы все равно должны считаться с определенными искажениями. Один кандидат, например, реагирует в течение некоторого времени легким раздражением, как только его анализируемые уделяют большое внимание своему детству. У кандидата есть идея, что только анализ переноса может продвинуть лечение. В реальности у него также есть желание, чтобы анализи-

[1] Вильгельм Райх (Reich, 1933) подчеркивал распространенность у аналитиков тенденции избегать негативного переноса. Только что описанная контрпереносная ситуация является одной из подоплек этой тенденции.

руемые думали о нем. Но кандидат способен, анализируя ситуацию, быстро оживить свой интерес к детским ситуациям анализируемых и способен также увидеть, что его раздражение, несмотря на его невротический характер, указывает ему на отвержение некоторыми из анализируемых определенных ситуаций переноса.

Что бы аналитик ни переживал эмоционально, его реакции всегда имеют некоторое отношение к процессам, происходящим с пациентом. Даже наиболее невротические контрпереносные идеи возникают только в ответ на определенных пациентов и определенные ситуации с этими пациентами, и они могут впоследствии указать на что-то, касающееся этих пациентов и их ситуаций. Приведу один свежий пример: кандидату в начале сеанса (и перед тем как анализируемая женщина заговорила) приходит мысль, что она собирается достать револьвер и выстрелить в него, он чувствует импульс принять в своем кресле защитную позу. Он охотно признает параноидный характер этой идеи, поскольку пациентка далека от того, чтобы вести себя таким образом. Однако скоро выясняется, что его реакция была в определенном смысле адекватной: анализируемая замечает, что собирается «дать ему по яйцам». В других случаях, когда у кандидата возникает такая же идея, эта пациентка фантазирует, что она является жертвой преследования; в этом случае реакция аналитика также является в некотором смысле адекватной, поскольку фантазия пациентки о том, что ее преследуют, является следствием и причиной садистических импульсов пациентки по отношению к объекту переноса.

С другой стороны, необходимо критически проверять заключения, которые делаются из восприятия собственно контрпереноса. Например, тот факт, что аналитик чувствует злость, не означает просто (как иногда говорят), что пациент хочет разозлить его. Напротив, это может означать, что у пациента есть бессознательное чувство вины. То, что было сказано выше относительно агрессии в контрпереносе, также подходит сюда.

Второй вопрос — следует ли аналитику или не следует «сообщать» или «интерпретировать» аспекты своего контрпереноса анализируемому — не может быть здесь рассмотрен полностью[1]. Многое, конечно, зависит от того, когда, как, кому, с какой целью и в каких условиях аналитик говорит о своем контрпереносе. Возможно, что цели, имеющиеся в виду при сообщении контрпереноса, могут быть часто (но не всегда) лучше достигнуты другими способами. Одним из них является анализ фантазий пациента о контрпереносе аналитика (и связанном с ним переносе), достаточный для того, чтобы показать пациенту правду (реальность контрпереносов, его внутренних и внешних объектов); и вместе с этим должны быть проанализированы сомнения, возражения и другие защиты против правды, воспринимаемой интуитивно, до тех пор пока они не будут преодолены. Но существуют также ситуации, в которых сообщение контрпереноса имеет ценность для последующего хода лечения. Без сомнения, этот аспект использования контрпереноса представляет большой интерес. Мы нуждаемся в обширном и детальном исследовании проблем, связанных с сообщением контрпереноса. Необходимо собрать гораздо больше фактического материала переживаний контрпереноса и его исследований.

Перевод А. Ускова

Литература

BALINT, A. (1936) Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche. *Int. Z. Psychoanal.*, 22.

BALINT, M. (1948) On the psycho-analytic training system. *Int. J. Psycho-Anal.*, 29.

CESIO, F. (1952) Psicoanalisis de una melncoa con ataques histeroepilepticos. *Rev. de Psicoanal.*, 9.

[1] Алиса Балинт (Balint, 1936), Винникотт (Winnicott, 1949) и другие высказываются в пользу сообщения пациенту (а затем — анализа) определенных ситуаций контрпереноса. Хайманн (Heimann, 1950) относится к тем, кто против этого. Либерман (Liberman, 1952) описывает, как при лечении психотической женщины сообщение контрпереноса сыграло очень важную роль. Аналитик свободно ассоциировал по поводу бессознательных проявлений контрпереноса, на которые пациентка ему указала.

DEUTSCH, H. (1926) Occult processes occurring during psychoanalysis. In: *Psychoanalyses and the Occult*, ed. Devereux (New York: Int. Univ. Press, 1953).
FAIRBERN, W.R.D. (1943) The repression and the return of bad objects. In: *Psychoanalytic Studies of the Personality* (London: Tavistock, 1952).
FERENCHI, S. (1919) Abuse of free association. In: *On the technique of psychoanalysis*. Ibid.
FREUD, S. (1910) The future prospects of psycho-analytic therapy. *Standard Edition*, 11.
— (1912) The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12.
— (1913) On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis I). *Standard edition*, 12.
GITELSON, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 33.
HEIMANN, P. (1950) On countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31.
KLEIN, M. (1935) A contribution to the psycho-analysis of manic-depressive states. In: *Contributions to Psycho-Analysis*.
— (1950) On the criteria for the termination of the psycho-analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31.
LIBERMAN, D. (1952) Fragmento del analisis de una psicosis paranoide. *Rev. de Psicoanal*, 9.
LITTLE, M. (1951) Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32.
LORAND, S. (1946) *Technique of Psychoanalytic Therapy* (New York: Int. Univ. Press).
RACKER, H. (1957) Contribution to the problem of psychopathological stratification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38.
REICH, A. (1951) On countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32.
REICH, W. (1933) *Character Analysis* (New York: Orgone Inst. Press, 1945).
WEIGERT, E. (1952) Contribution to the problem of terminating psychoanalysis. *Psychoanal. Quart.*, 21.
WINNICOTT, D.W. (1949) Hate in the countertransference. *Collected Papers* (London: Tavistock, 1958).

Ненависть в контрпереносе*

Дональд Винникотт (1949)

В этой статье я рассмотрю лишь один аспект проблемы амбивалентности, а именно ненависть в контрпереносе. Я считаю, что задача аналитика (назовем его аналитиком-исследователем), принимающегося за анализ психотиков, серьезно осложняется этим феноменом, и анализ психотических пациентов делается невозможным, если аналитик не выделит в себе самом чувство ненависти с чрезвычайной отчетливостью и не доведет его до осознания. Это равносильно тому, чтобы сказать, что аналитик сам нуждается в анализе, но вместе с тем напоминает нам, что анализ психотика по самой своей сути гораздо утомительнее анализа невротика.

Управляться с психотиком (the management of psychotic) утомительно и помимо психоаналитического лечения. Время от времени я выступал с острыми критическими замечаниями о методах современной психиатрии, которая столь легко использует электрический шок и столь решительно обращается к лейкотомии. Именно поэтому я спешу признать чрезвычайную сложность, присущую работе психиатра и в особенности — психиатрической медсестры. Душевнобольные всегда представляют собою тяжелое эмоциональное бремя для тех, кто о них заботится. И можно простить привлеченным к этой работе людям некоторые их ужасные поступки. Однако это не означает, что мы должны полагать все, что делают психиатры и нейрохирурги, строго соответствующим принципам науки.

* Winnicott, D. (1949) Hate in the counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30: 69–74.
Статья основана на материале лекции, прочитанной перед Британским психоаналитическим обществом 5 февраля 1947 г.

Хотя то, о чем пойдет речь ниже, относится к психоанализу, данная тема представляет реальную ценность и для психиатра, даже если его работа никогда не приводит его к аналитическому типу отношений с пациентами.

Чтобы помочь психиатру, психоаналитик должен изучить (и разъяснить ему) не только примитивные стадии эмоционального развития пациента, но также природу той эмоциональной нагрузки, которую выносит психиатр, выполняя свою работу. То, что мы, психоаналитики, именуем контрпереносом, необходимо понимать и психиатрам. Как бы сильно врач ни любил своих пациентов, он не может избегнуть ненависти к ним и страха перед ними, и чем лучше он осознает это, тем меньше ненависть и страх влияют на то, что он делает со своими пациентами.

Формулировка темы

Феномены контрпереноса можно классифицировать следующим образом.

1. Ненормальность контрпереносных чувств, устойчивых отношений и идентификаций, которые вытесняются самим аналитиком. В этом случае аналитик сам нуждается в более тщательном анализе, и мы считаем, что эта проблема проявляется среди психоаналитиков в меньшей степени, чем среди психотерапевтов в целом.
2. Идентификации и тенденции, относящиеся к личному опыту и развитию аналитика, которые обеспечивают позитивный сеттинг в его аналитической работе и делают ее качественно отличной от работы другого аналитика.
3. От этих двух типов я отделяю истинный объективный контрперенос, или, если это кажется трудным, — любовь и ненависть аналитика, которые возникают как реакция на действительные личностные особенности и поведение пациента и основываются на объективном наблюдении.

Я полагаю, что если аналитику предстоит иметь дело с психотическими и антисоциальными пациентами, он должен обладать очень хорошим пониманием контрпереноса, чтобы быть в состоянии выявлять и изучать свои собственные объективные реакции на пациента. Эти реакции будут включать также и ненависть. Время от времени явления контрпереноса будут играть в анализе важную роль.

Мотив, приписываемый аналитику пациентом

Я считаю, что пациент может принимать в аналитике только то, что способен почувствовать сам. Это относится и к мотиву: пациент, подверженный навязчивым состояниям, будет склонен думать об аналитике как о человеке, исполняющем свою работу обсессивно, вне всякой связи с ее результатом. Гипоманиакальный пациент, который никогда не чувствует себя подавленным (исключая моменты крайнего колебания настроения) и в эмоциональном развитии которого депрессивная позиция не была надежно освоена, пациент, который не умеет глубоко переживать чувство вины, заботы или ответственности, не сможет воспринять аналитическую работу как попытку со стороны аналитика репарировать собственные (аналитика) чувства вины. Невротик склонен видеть аналитика амбивалентным по отношению к пациенту, и ожидать, что аналитик обнаружит расщепление любви и ненависти; если ему повезет, полагает такой пациент, он получит любовь аналитика, потому что кому-то другому достанется ненависть. Не следует ли из этого, что если психотик находится в состоянии «совпадения любви-ненависти», он испытывает глубокую убежденность, что аналитик также способен только на незрелое и опасное состояние совпадения отношений любви и ненависти? И если аналитик проявит свою любовь, то в этот же момент он непременно пациента убьет.

Это совпадение любви и ненависти характерным образом вновь и вновь возникает в анализе психотиков, приводя к проблемам организации (management) лечения, решение которых часто выходит за рамки возможностей аналитика. Я хотел бы подчеркнуть, что это совпадение любви и ненависти отличается от агрессивного

компонента, отягощающего примитивный любовный импульс; оно подразумевает, что в истории пациента имела место ошибка окружения во время первых инстинктивных импульсов к поиску объекта.

Если аналитик начинает испытывать те незрелые чувства, что вменяет ему пациент, ему лучше знать о них заранее и быть во всеоружии, поскольку он должен выдержать свое пребывание в этой позиции. Прежде всего он не должен отрицать ненависть, реально присутствующую в нем. Ненависть, оправданная текущим сеттингом, должна быть выделена, сохранена и доступна для возможной интерпретации.

Для того чтобы быть аналитиками психотических пациентов, мы должны добраться до очень примитивных вещей в самих себе, и это еще один пример того, что решение многих неясных проблем в психоаналитической практике лежит в дальнейшем анализе аналитика. (Может быть, психоаналитическое исследование всегда до известной степени есть попытка аналитика продолжить его собственный анализ дальше той точки, на которой остановился его собственный аналитик.)

Основная задача аналитика в работе с любым пациентом — сохранять объективность в отношении всего, что приносит пациент, и частным случаем этого является способность аналитика ненавидеть пациента объективно.

Разве мало в нашей повседневной психоаналитической работе ситуаций, в которых ненависть аналитика оправдана? Несколько лет кряду мне был отвратителен один мой тяжелый обсессивный пациент. Меня это очень беспокоило до тех пор, пока анализ не вышел из тупика и пациент не обрел некую привлекательность, после чего я понял, что его непривлекательность была активным симптомом, бессознательно обусловленным. В один действительно прекрасный для меня день (намного позднее) я наконец-то сказал пациенту, что он вызывал отвращение у меня и своих друзей, но он был слишком болен, чтобы мы могли ему это сказать. Этот день был также важен и для него, т. к. означал громадный прогресс в его приспособлении к реальности.

В обычном анализе аналитик не испытывает трудностей с управлением (management) своей собственной ненавистью. Она остается латентной. Важнее всего, конечно, то, что, проходя через личный анализ, психоаналитик освобождается от большого количества бессознательной ненависти, относящейся к прошлым и внутренним конфликтам. Вот другие причины, по которым ненависть остается невыраженной и даже неощутимой как таковая.

1. Анализ — выбранная мной работа; я чувствую, что таким образом я лучше всего могу совладать со своим чувством вины; таким образом я могу выразить себя конструктивно.
2. Я получаю плату; или — я обучаюсь для приобретения места в обществе посредством психоаналитической работы.
3. Я открываю нечто новое.
4. Я получаю непосредственное вознаграждение, идентифицируясь с пациентом, который делает успехи, и я предчувствую еще большее вознаграждение по окончании лечения.
5. Кроме того, как аналитик я располагаю особыми возможностями выражать ненависть. Ненависть выражается существованием конца «часа».

Я полагаю, все это верно, даже если никаких трудностей не возникает, и пациенту нравится происходящее. Во многих случаях анализа такое положение вещей можно считать доказанным, так что о нем упоминают редко, и аналитическая работа осуществляется путем вербальной интерпретации возникающего бессознательного переноса пациента. Аналитик принимает роль той или иной помогающей фигуры из детства пациента. Он обращает в свою пользу достижения тех, кто делал «грязную работу», когда пациент был ребенком.

Все это — часть описания обычной психоаналитической работы, которая проводится главным образом с пациентами, чьи симптомы имеют невротический характер.

В анализе психотиков, однако, аналитик испытывает напряжение несколько другого типа и степени, и именно это другое напряжение я и пытаюсь описать.

Пример контрпереносной тревоги

Недавно на протяжении нескольких дней я видел, что плохо выполняю свою работу. Я допускал ошибки с каждым из моих пациентов. Проблема крылась во мне самом, и отчасти она была личного характера, но главным образом была связана с кульминационным пунктом, которого я достиг в отношении к одному психотическому пациенту (которого я исследовал). Проблема прояснилась, когда я увидел то, что иногда называют «лечебным» (healing) сновидением. (Кстати я хотел бы добавить, что во время моего анализа и годы спустя после его окончания я переживал длинную серию таких лечебных снов, которые были во многих случаях неприятными, но каждый из них отмечал собой мой переход на новый уровень эмоционального развития.)

В этом конкретном случае я понял смысл сновидения, как только проснулся, или даже до того, как проснулся. Сон имел две фазы. В первой я был на галерке в театре и смотрел на людей, сидящих далеко внизу в партере. Я испытывал сильную тревогу, связанную с потерей конечности. Это ассоциировалось с тем чувством, испытанным мною на вершине Эйфелевой башни, что если я высуну руку за край площадки, рука может отвалиться и упасть вниз на землю. Это могло быть обычной кастрационной тревогой.

В следующей фазе сна я осознавал, что люди в партере смотрят пьесу, и я через них как-то соотношусь с тем, что происходит на сцене. Здесь возник новый вид тревоги. Я чувствовал, что вообще лишен правой части тела. Это не было кастрационным сном. Я ощущал, что у меня этой части тела вообще нет.

Когда я проснулся, я осознавал, что на очень глубоком уровне понимаю свою проблему в данное время. Первая часть сновидения представляла обычные виды тревоги, которые могли развиться в отношении к бессознательным фантазиям моих невротических пациентов. Я мог опасаться потерять руку или пальцы, если бы пациенты проявили к ним интерес. С этим видом тревоги я был знаком, и она была сравнительно терпимой.

Вторая часть сновидения, однако, представляла мое отношение к психотическому пациенту. Речь идет о женщине, которая требовала от меня, чтобы я вообще не имел никакого отношения к ее телу, хотя бы даже в воображении; она вообще не признавала, что обладает каким бы то ни было телом, а свое собственное существование она воспринимала только в качестве внетелесной души. Любое упоминание о ее теле вызывало параноидные тревоги, поскольку требовать, чтобы она имела тело, означало преследовать ее. Она хотела от меня, чтобы я был только душой, обращающейся к ее душе. На пике связанных с этим затруднений, вечером перед сновидением, я был раздражен и сказал ей, что ее требования ко мне довольно-таки мелочны (hair-splitting). Это дало катастрофический эффект, и потребовалось много недель анализа для исправления моей ошибки. Однако важным было то, что я осознал собственную тревогу, что было представлено в сновидении отсутствием правой стороны моего тела, когда я пытался соотнестись с пьесой, которую смотрели люди в партере. Правая сторона моего тела соотносилась с этой пациенткой, и поэтому оказалась под влиянием ее потребности полностью отрицать даже воображаемое взаимодействие между нашими телами. Это отрицание вызывало во мне психотический тип тревоги, гораздо менее терпимой, чем обычная кастрационная. Как ни интерпретируй мое сновидение, результатом того, что я его увидел и запомнил, стало то, что я оказался в состоянии снова взяться за этот случай, и даже компенсировать вред, который был нанесен лечению моей раздражительностью, происходившей от реактивной тревоги, соответствовавшей моему контакту с пациенткой без тела.

Отсрочка интерпретации

Аналитик должен быть готов выдерживать напряжение, не надеясь на понимание со стороны пациента того, что он делает, — возможно, на протяжении долгого времени. Чтобы справиться с этим, он должен без затруднений осознавать свой страх и свою ненависть. Он находится в позиции матери нерожденного или новорожденного

ребенка. В конце концов ему неплохо было бы найти возможность объяснить пациенту, что он преодолел ради него, но анализ может и не зайти настолько далеко. В прошлом пациента может быть слишком мало подходящего для работы позитивного опыта. Что если в раннем детстве пациента не было удовлетворительных отношений, которые аналитик мог бы использовать в переносе?

Существует огромное различие между пациентами, обладающими положительным ранним опытом, способным раскрыться в переносе, и теми, чей ранний опыт оказался настолько недостаточным или искаженным, что аналитик вынужден стать первым в жизни пациента человеком, обеспечивающим необходимую поддержку со стороны окружения. В лечении пациентов этого типа приобретают жизненную важность все моменты психоаналитической техники, даже те, которым можно не уделять особого внимания в лечении пациентов первого типа.

Я спросил коллегу, работающего только с невротиками, проводит ли он анализ в темноте, и он сказал: «Конечно же нет! Ведь наша задача — обеспечить пациенту обычное, нормальное окружение, а темнота — это было бы необычно». Его удивил мой вопрос, поскольку он специализировался на анализе неврозов. Но такое предоставление и поддержание обычного окружения само по себе может быть жизненно важным моментом при анализе психотиков, временами даже более важным, чем словесные интерпретации, о которых тоже не стоит забывать. Для невротика кушетка, а также тепло и комфорт могут символизировать материнскую любовь. В случае психотика более справедливым будет сказать, что все это — физическое проявление любви аналитика. Кушетка — это колени или лоно аналитика, и тепло есть живое тепло его тела. И так далее.

Объективная ненависть проходит проверку

Надеюсь, я несколько продвинулся в рассмотрении своей темы. Ненависть аналитика обычно латентна и легко удерживается в таком состоянии. В анализе же психотиков удержание ненависти в латентном состоянии требует большего напряжения, и психоаналитик может с этим справится, только полностью осознавая свою ненависть. Здесь я хочу добавить, что на определенных этапах в определенных случаях анализа пациенты в действительности добиваются ненависти аналитика, и здесь, таким образом, необходима объективная ненависть. Если пациент стремится вызвать объективную или оправданную ненависть, он должен получить возможность ее добиться, иначе он не почувствует, что в состоянии добиться объективной любви.

Здесь, может быть, уместно обратиться к случаю ребенка из распавшейся семьи или ребенка без родителей. Такой ребенок проводит свое время в бессознательном поиске родителей. Общеизвестно, что взять его в семью и одарить любовью — неправильный ход. Происходит следующее: через некоторое время после такого усыновления ребенок обретает надежду, и затем начинает испытывать свое новое окружение, стремясь получить доказательство способности своих опекунов ненавидеть объективно. Кажется, что он может верить в то, что его любят только после того, как добьется ненависти.

Во время второй мировой войны в приют для эвакуированных детей поступил мальчик девяти лет, прибывший из Лондона, но не из-за бомбежек, а вследствие бродяжничества. Я надеялся предложить ему лечение во время его пребывания в приюте, но симптом одержал победу, и он убежал так же, как убегал отовсюду начиная с шестилетнего возраста, когда он впервые покинул таким образом свой дом. Тем не менее я установил с мальчиком контакт на одном интервью, в ходе которого смог понять, основываясь на интерпретации его рисунка, что, убегая, он бессознательно спасает внутреннее содержимое своего дома и защищает свою мать от нападения, пытаясь также избавиться от своего внутреннего мира, полного преследователей.

Я не удивился, когда он оказался в полицейском участке совсем недалеко от моего дома. Это был один из немногих полицейских участков, где его еще не знали достаточно хорошо. Моя жена великодушно забрала его к нам домой, где он прожил три месяца — три адских для

нас месяца. Он был одновременно и самым милым, и самым ужасным ребенком, и зачастую впадал в настоящее безумие. Но, к счастью, мы знали, чего нам следует ожидать. На первой фазе мы предоставили ему полную свободу и давали шиллинг всякий раз, когда он выходил из дома. Ему стоило только позвонить по телефону, и мы забирали его из того полицейского участка, куда он угодил.

Скоро наступили ожидаемые перемены, и симптом бродяжничества «перевернулся» — мальчик начал разыгрывать нападение изнутри. Для нас с женой это было время работы на полную ставку, и самые худшие ситуации возникали тогда, когда меня не было дома.

Интерпретация должна была быть сделана в любую минуту, днем или ночью, и часто единственным способом разрешения кризиса становилась правильная интерпретация, как если бы мальчик проходил анализ. Правильную интерпретацию он ценил превыше всего.

Для нашей темы важно обратить внимание на то, каким образом эволюция личности мальчика порождала во мне ненависть и что я в связи с этим делал.

Бил ли я его? Нет, никогда. Но это бы произошло, если бы я не знал всего о своей ненависти и не сообщил бы о ней и ему тоже. В кризисные моменты я справлялся с ним при помощи физической силы, но без гнева или порицаний, и выставлял его за порог дома вне зависимости от погоды и времени суток. У нас был специальный звонок, в который он мог звонить, зная, что стоит ему воспользоваться им, и он будет допущен в дом без напоминаний о прошлом. Он звонил, как только его маниакальные атаки оставались позади.

Важная деталь: всякий раз, выставляя его за порог, я кое-что говорил ему; я говорил, что происшедшее заставило меня ненавидеть его. Сказать это было легко, потому что это было правдой.

Я думаю, что те слова были важны с точки зрения прогресса пациента, но важнее всего было то, что они позволяли мне выдерживать эту ситуацию, не набрасываясь на него и не теряя самообладания, — ведь временами я был просто готов его убить.

Я не буду пересказывать здесь всю историю этого мальчика. Он пошел в школу для малолетних правонарушителей. Одной из немногих стабильных вещей в его жизни осталось глубоко укорененное отношение к нам с женой. Данный эпизод из жизни можно использовать как иллюстрацию к теме ненависти, оправданной текущей ситуацией; ее следует отличать от ненависти, которая проявляется в некоторых действиях пациента (ребенка), но оправдана только в других обстоятельствах.

Материнская любовь и ненависть

Из всего комплекса проблем ненависти и ее корней я хочу выделить один пункт, поскольку считаю, что он очень важен для аналитика, занимающегося психотическими пациентами. Я думаю, что мать ненавидит ребенка до того, как ребенок начинает ненавидеть мать, и до того, как ребенок узнает, что мать ненавидит его.

Прежде чем развить эту мысль, я хочу обратиться к Фрейду. В работе «Влечения и их судьба» (1915), где оригинально освещается проблема ненависти, Фрейд пишет: «Говоря о влечении, мы можем с некоторой натяжкой сказать, что оно «любит» объекты, к которым стремится ради удовлетворения, но сказать, что оно «ненавидит» объект, было бы просто нелепо. Так что мы отдаем себе отчет в том, что невозможно охарактеризовать отношение влечений к своим объектам как любовь и ненависть, — этим характеризуются отношения к объектам Эго в целом». Я считаю данное наблюдение правильным и важным. Не значит ли все это, что личность ребенка должна быть интегрирована до того, как о нем можно будет сказать, что он ненавидит? Сколь бы рано ни была достигнута интеграция (может быть раньше всего она возникает на вершине возбуждения или ярости), существует теоретически более ранняя стадия, во время которой какой бы вред ни причинял ребенок, он делает это без ненависти. Для описания этого состояния я использую термин «безжалостная любовь». Приемлемо ли это? Как только ребенок в состоянии почувствовать себя цельной личностью, слово *ненависть* начинает приобретать смысл в качестве описания определенной группы его чувств.

Однако мать начинает ненавидеть своего ребенка с самого начала. Насколько я понимаю, Фрейд считал возможным, что при определенных обстоятельствах мать может чувствовать по отношению к своему ребенку-мальчику только любовь; однако в этом можно усомниться. Мы знаем о материнской любви и признаем ее реальность и силу. Но мне хотелось бы перечислить некоторые причины того, почему мать все же ненавидит свое дитя, даже мальчика.

A. Ребенок — не ее собственная (ментальная) концепция.
B. Ребенок не является ребенком детской игры, ребенком отца, брата и т. п.
C. Ребенок появился на свет не по волшебству.
D. Ребенок — угроза ее телу при беременности и родах.
E. Ребенок является вмешательством в ее личную жизнь, помехой ее занятиям.
F. В большей или меньшей степени мать чувствует, что ее собственная мать требует ребенка, так что ребенок произведен ради того, чтобы умиротворить ее мать.
G. Ребенок повреждает ее соски во время кормления, которое на первых порах является жевательной активностью.
H. Он безжалостен, обращается с ней как с мусором, бесплатной прислугой, рабыней.
I. Она обязана любить его, его выделения и все остальное по меньшей мере до тех пор, пока он сам не начнет сомневаться в себе.
J. Он пытается причинить ей боль, периодически кусает ее, и все это от любви.
K. Он показывает свое разочарование ею.
L. Его страстная любовь — корыстна; получив то, что хотел, ребенок отшвыривает ее прочь, как апельсиновую корку.
M. Поначалу ребенок должен доминировать над всем остальным, его нужно защищать от случайностей, вся жизнь выстраивается так, как ему удобнее, и это требует постоянного и пристального внимания со стороны матери. Например, мать не должна тревожиться, когда держит ребенка на руках и т. д.
N. Сначала ребенок вообще не понимает, что она делает или чем она жертвует для него. Особенно же он пренебрегает ее ненавистью.
O. Он подозрителен, отказывается от ее хорошей пищи, заставляя ее сомневаться в себе, но хорошо ест со своей теткой.
P. После проведенного с ним ужасного утра они выходят гулять, и он улыбается незнакомцу, который восклицает: «Ну разве не прелесть?».
Q. Она знает, что если совершит с ним ошибку в начале, то он всегда будет отплачивать ей тем же.
R. Он возбуждает ее, но и фрустрирует — ей нельзя его съесть или обмениваться с ним сексуальными удовольствиями.

Я думаю, что в анализе психотиков и на завершающих этапах любого анализа, даже психически нормального человека, аналитик находится на позиции, сходной с позицией матери новорожденного ребенка. Глубоко регрессируя, пациент не может идентифицироваться с аналитиком или принять его точку зрения так же, как плод или новорожденный не может сочувствовать матери.

Мать должна уметь переносить ненависть к своему ребенку, ничего с этим не делая. Она не может продемонстрировать ему этой ненависти. Если же, боясь того, что она может натворить, она оказывается неспособной должным образом ненавидеть его за приносимый им ущерб, она вынуждена снова впасть в мазохизм. Я думаю, именно в этом кроется источник ложной теории о естественном мазохизме женщин. Наиболее замечательная особенность матери — ее способность терпеть столь ощутимый ущерб от своего ребенка и ненавидеть его столь сильно, не отплачивая ему той же монетой; а также ее способность ждать награды, которая может последовать — а может и не последовать — позже. Может быть мать находит некоторую поддержку в напеваемых ею детских песенках, которые так нравятся ее ребенку, но смысла которых он, к счастью, не понимает?

На верхушке дерева, баю-бай, детка,
Дующий ветер качает колыбельку,
Сломится ветка — колыбелька упадет,
С колыбелькой — детка, с деткой — все-все-все.

Я думаю о матери (или отце), играющей (играющем) с младенцем; младенец доволен игрой и не знает, что родитель своими словами выражает ненависть, возможно, в терминах символики рождения. Эти стишки нельзя назвать сентиментальными. Сентиментальность непригодна для родителей, поскольку содержит запрет на ненависть, а в сентиментальности матери, с точки зрения младенца, вообще ничего хорошего нет.

Я сомневаюсь, что ребенок в ходе своего развития окажется способным в полной мере выносить свою ненависть, если его окружение сентиментально. Он нуждается в ненависти, чтобы ненавидеть.

Коль скоро это так, пациент-психотик также не сможет выносить свою ненависть к аналитику, если аналитик не будет его ненавидеть.

Практическая проблема интерпретации

Если все это приемлемо, остается открытым для обсуждения вопрос об интерпретации ненависти аналитика к пациенту. Очевидно, такая интерпретация чревата серьезной опасностью и ее время следует определять максимально тщательно. Но я считаю, что анализ не может считаться завершенным, если даже в самом его конце аналитик не нашел возможности рассказать пациенту о том, что он, аналитик, делал для пациента без его ведома, пока тот был болен — на ранних стадиях анализа. До тех пор пока такая интерпретация не будет проделана, пациент будет до известной степени удерживаться в позиции ребенка, который не может понять, чем он обязан своей матери.

Резюме

Аналитик должен проявлять всю выдержку, терпимость и надежность матери, преданной своему ребенку, должен признавать желания пациента в качестве его нужд, должен оставить в стороне все другие интересы, чтобы быть для пациента доступным, быть пунктуальным и объективным, и должен показывать, что он стремится давать пациенту только то, что тому действительно нужно.

Все может открываться долгим начальным периодом, в течение которого пациент (даже бессознательно) не способен принять точку зрения аналитика. Здесь нельзя ожидать признания, на искомом примитивном уровне пациент не способен на идентификацию с аналитиком и, конечно, он не способен видеть, что ненависть аналитика часто порождается именно тем, что пациент предпринимает под влиянием своей незрелой любви.

В анализе (исследующем анализе) или в обычном уходе за пациентами более психотического типа аналитик (психиатр, психиатрическая медсестра) испытывает колоссальное напряжение, и важно изучать пути возникновения психотической тревоги и ненависти у тех, кто работает с тяжелыми психическими больными. Только таким образом мы получаем возможность избежать терапии, приспособленной больше к нуждам врача, нежели пациента.

Перевод З. Баблояна

Контрперенос*

Дональд Винникотт (1960)

То, что я хочу сказать, может быть изложено кратко.

Я думаю, что в использовании слова *контрперенос* мы должны вернуться к его исходному значению. Мы можем пользоваться словами как хотим, особенно такими искусственными словами, как *контрперенос*. Слово *самость*, естественно, знает больше, чем знаем мы; оно использует нас и может командовать нами. Но контрперенос — это такой термин, который мы можем заставить служить себе, и внимательное чтение имеющейся литературы приводит меня к мысли, что ему угрожает потеря его идентичности.

Сейчас существует целая литература вокруг этого термина, и я попытался изучить ее. В своей работе «Ненависть в контрпереносе» (1947), которая написана в основном о ненависти, я говорил, что одно из применений слова «контрперенос» служит для описания «ненормальности ... чувств, устойчивых отношений и идентификаций, которые вытесняются самим аналитиком. В этом случае аналитик сам нуждается в более тщательном анализе». В целях, актуальных для той работы, я привел еще два возможных значения.

Дискуссия по поводу несостоятельности психоанализа самих аналитиков обречена стать бесполезной. В каком-то смысле это ставит точку в дебатах.

Значение слова контрперенос, однако, может быть расширено, и я думаю, мы все согласны его немного расширить, чтобы иметь возможность по-новому взглянуть на свою работу. Но я вернусь к ранее выраженной

* Winnicott, D.W. (1960) Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33: 17–21.

мысли. Прежде чем продолжить, я должен обратиться к докладу доктора Майкла Фордхэма, где он цитирует Юнга, протестующего против идеи, что перенос является продуктом психоаналитической техники, и подчеркивающего, что это общий трансперсональный или социальный феномен. Во-первых, я не знаю, что значит *трансперсональный*, во-вторых, полагаю, здесь может возникнуть путаница в связи с искажением применения термина *перенос* в том виде, в каком ввел его Фрейд. Характерной чертой психоаналитической техники является именно использование переноса и невроза переноса. Перенос — это не просто вопрос раппорта или взаимоотношений. Это касается того, каким образом некий в высшей степени субъективный феномен неоднократно возникает в процессе психоанализа. Психоанализ в значительной степени заключается в создании условий для развития этих феноменов в нужный момент. Интерпретация соотносит конкретный феномен переноса с каким-то эпизодом реальной психической жизни пациента, а в некоторых случаях это одновременно означает соотнесение с каким-то отрезком его прошлой жизни.

Типичный пример: у пациента постепенно нарастает подозрительность и ненависть по отношению к аналитику, в чем может просматриваться беспокойство из-за встречи с другим пациентом или недовольство нежелательными перерывами из-за выходных дней или праздников. Со временем интерпретация придает всему этому смысл, но не в свете происходящего в данное время, а в свете динамической структуры личности пациента. В результате аналитической работы пациент избавляется от этого специфического невроза переноса и начинает «закипать» для другого. (Часто такая работа производится не столь явно, но для учебных целей это может послужить адекватным описанием основного принципа.)

Майкл Фордхэм привел хороший пример на эту тему — о пациентке, которая задавала вопросы. В конце концов она сказала: «Вы как мой отец, вы никогда не отвечаете на вопросы». Часто пациент выдает ключи, с помощью которых аналитик может плодотворно ин-

терпретировать, в данном же случае пациенткой была проделана небольшая (но важная) часть интерпретации, и, несомненно, аналитик после этого смог придать ей весомость своей собственной расширенной интерпретацией.

Я должен потратить время на вышесказанное, потому что, если мы не придем к согласию относительно термина «перенос», мы не должны начинать обсуждение контрпереноса.

Кстати, позвольте мне напомнить доктору Фордхэму, что некоторые используемые им термины не имеют ценности для меня, поскольку они являются принадлежностью жаргона юнгианцев. Он, в свою очередь, может сказать мне, какие из моих слов бесполезны для него. Я имею в виду слова: *трансперсональный*, *трансперсональное бессознательное*, *трансперсональный аналитический идеал*, *архетипический*, *контрасексуальные компоненты психики*, *анимус* и *анима* (*затаенная враждебность*), *сочетание анимус-анима*.

Со мной нельзя общаться на этом языке. Для некоторых из присутствующих это обиходные, домашние слова, а для остальных они не имеют точного смысла.

Мы также должны быть осторожны в обращении со словами, которые используются по-разному различными группами специалистов: *Эго*, *бессознательное*, *иллюзорный*, *синтонный* (*реагировать синтонно*), *анализ* и т. д.

Теперь я могу вернуться к феноменам переноса-контрпереноса и рассмотреть, что обычно происходит в профессиональной работе. Профессиональная работа абсолютно отличается от обычной жизни, не так ли?

Все началось с Гиппократа. Возможно, он был основоположником профессиональной установки. Медицинская клятва дает изображение мужчины или женщины в виде идеализированных образов. Это же относится и к нам, когда мы вступаем в профессиональные отношения. Клятва включает обещание не совершать прелюбодеяний с пациентами. Здесь мы видим полное признание одного аспекта переноса — потребности пациента идеализировать доктора, влюбляться в него и мечтать.

Фрейд допускал развитие полного спектра субъективных феноменов в профессиональных отношениях; анализ самого психоаналитика фактически являлся признанием того, что аналитик *испытывает напряжение, поддерживая профессиональную установку*. Я умышленно использую эту формулировку, я не говорю, что психоанализ аналитика имеет целью освободить его от невроза; он имеет целью повысить устойчивость характера и зрелость личности специалиста, что составляет основу его или ее работы, и нашей способности поддерживать профессиональные взаимоотношения.

Профессиональный подход, конечно, может строиться на базе защит и торможений или обсессивной моральной чистоплотности, и, я полагаю, именно здесь психотерапевт испытывает особое напряжение, потому что всякое структурирование защитных механизмов его Эго снижает его способность справиться с новой ситуацией. Психотерапевт (психоаналитик или аналитический психолог) должен оставаться уязвимым и в то же время удерживаться в рамках профессиональной роли в течение своего рабочего времени. Я думаю, легче встретить благонравного профессионала-аналитика, чем такого аналитика, который (при благонравном поведении) сохраняет уязвимость, что является признаком гибкой защитной организации. (Доктор Фордхэм высказывает ту же мысль в собственной формулировке.)

Существует значительно более полное использование феноменов переноса в психоанализе, чем, например, в социальной работе. Это дает аналитику терапевтическое преимущество по сравнению с социальным работником, но не следует забывать и о преимуществах работников более общего профиля. Работая с функциями Эго пациентов, они находятся в более выгодном положении, имея возможность увязать потребности Эго индивида с социальным обеспечением. Будучи аналитиками, мы часто встречаем препятствия в этой сфере, которая не входит в нашу компетенцию.

В психоанализе важно происхождение невроза переноса от Ид. В социальной работе человек может сказать социальному работнику: «Вы напоминаете мне мою мать». Это не требует никаких ответных действий,

социальный работник только верит этому. В психоанализе аналитик получает ключи, что дает ему возможность интерпретировать не только перенос чувств с матери на аналитика, но и стоящие за этим инстинктивные элементы, а также пробуждаемые конфликты и организующиеся защитные механизмы. Таким образом, бессознательное начинает приобретать сознательный эквивалент и становится жизненным процессом, вовлекающим людей, оно превращается в феномен, приемлемый для пациента.

Пациент, безусловно, встречается с профессиональной позицией аналитика, а не с ненадежными мужчинами и женщинами, какими мы бываем в своей частной жизни.

Я хочу сначала сделать одно четкое заявление, хотя позже я несколько изменю то, что говорю сейчас.

Я хочу заявить, что работающий аналитик находится в особом состоянии, т.е. его установка является профессиональной. Работа проводится в профессиональной обстановке. Эта обстановка предполагает отсутствие у аналитика личностных и характерологических нарушений такого рода и такой степени, которые делали бы невозможным соблюдение профессиональных взаимоотношений или приводили бы к тому, что профессиональная установка достигалась бы ценой чрезмерных защитных усилий.

Профессиональное отношение несколько напоминает символическое тем, что устанавливает дистанцию между аналитиком и пациентом. Символ существует в пропасти между субъективным объектом и объектом, воспринимаемым объективно.

Можно заметить, что здесь я не согласен с утверждением доктора Фордхэма, хотя немного позже я соглашусь с ним. Я не согласен со следующим утверждением: «Он (Юнг) сравнивает психоаналитические отношения с химическим взаимодействием и продолжает: «никакой механизм не превратит лечение ни во что иное, кроме как в продукт взаимного влияния, в котором врач, как и пациент, участвует всем своим существом». Далее он утверждает, что со стороны аналитика бесполезно воздвигать профессиональные защитные сооружения против влияния пациента, и продолжает: «Делая это, он только лишает себя возможности использовать в высшей степени важный орган информации».

Я хотел бы, чтобы обо мне помнили как о человеке, утверждавшем, что между пациентом и аналитиком стоит профессиональная установка аналитика, его техника, *работа, проделываемая в уме.*

Я говорю это сейчас без страха, потому что я не интеллектуал и лично я в своей работе иду, так сказать, от телесного Эго. Но, думая о своей психоаналитической работе, я полагаю, что осуществляю ее посредством легкого, но осознанного умственного усилия. Ко мне приходят мысли и чувства, но мой ум тщательно исследует их и просеивает, прежде чем приступить к интерпретации. Это не значит, что чувства не участвуют. С одной стороны, я могу испытывать боль в животе, но обычно это не влияет на мои интерпретации; с другой стороны, мысль, высказанная пациентом, может оказать на меня несколько возмущающее или агрессивное стимулирующее воздействие, но опять-таки это обычно не влияет на мою интерпретационную работу, на то, что я говорю, как я это говорю или когда я это говорю. В течение рабочего часа аналитик объективен и последователен, и он не спаситель, не учитель, не союзник и не моралист. Важный эффект собственного психоанализа аналитика, в этом контексте, в том, что психоанализ настолько усилил его Эго, что он сохраняет профессиональную установку без излишнего напряжения.

С учетом вышесказанного, слово *контрперенос* может означать лишь невротические черты, *искажающие профессиональную установку аналитика* и нарушающие течение аналитического процесса, которое определяется пациентом.

По моему мнению, все это остается в силе при определенном типе диагноза пациента, и сейчас я хочу описать те виды диагнозов, которые, по-моему, изменяют всю проблему и вызывают желание согласиться с утверждением, с которым я только что выражал несогласие. Предметом дискуссии теперь станет роль аналитика, и роль эта должна изменяться в соответствии с диа-

гнозом пациента. Ни один из докладчиков не располагал временем, чтобы более подробно сказать о диагнозе (хотя доктор Фордхэм цитировал Юнга: «... ясно, что он был уверен, что пациент может оказывать очень сильное влияние на аналитика, и это может вызвать у последнего патологические проявления. Он утверждает, что это особенно типично при лечении больных с пограничной шизофренией». И Фордхэм интересно развил эту тему).

Поэтому теперь я буду говорить с другой позиции, и эта перемена произошла потому, что я собираюсь говорить о ведении и лечении пограничных пациентов, к которым больше подходит термин психотический, чем невротический. Однако огромное большинство пациентов, которые могут прийти к нам для психоанализа, не являются психотическими больными, и обучающихся следует прежде всего учить психоанализу непсихотических пациентов.

Вы могли ожидать от меня использования таких слов как *психоневроз*, *психоз*, *истерия*, *аффективное расстройство* и *шизофрения*, но я не буду этого делать, классифицируя больных для обсуждаемых здесь целей.

Как мне представляется, два типа случаев полностью меняют профессиональный подход врача. Один тип — это пациент с антисоциальной тенденцией, второй — пациент, нуждающийся в регрессии. Первый, пациент с более или менее выраженной антисоциальной тенденцией, постоянно реагирует на депривацию. Болезнь пациента или та ее часть, которая не безнадежна, заставляет терапевта настойчиво проводить коррекцию того дефицита поддержки Эго, который изменил жизненный путь пациента. Единственная вещь, которую терапевт может сделать, не попадая в сети сам, это использовать то, что происходит в ходе попытки добраться до первоначальной депривации или депривaций, как их воспринимал пациент, будучи ребенком. Это может включать или не включать работу с бессознательным пациента. Терапевт, полностью погруженный в работу с пациентами, проявляющими антисоциальные тенденции, будет не в состоянии понять технические приемы психоанализа, операционально использовать перенос или интерпретировать невроз переноса.

Мы стараемся избегать давать нашим студентам антисоциальных пациентов именно потому, что не можем обучать психоанализу на этих случаях. Их лучше лечить другими методами, хотя иногда добавление психоанализа бывает полезно. Оставим дальнейшее рассмотрение антисоциальной тенденции.

Другому типу пациентов, как я уже сказал, требуется регрессия. Для достижения значительного изменения пациенту необходимо пройти фазу инфантильной зависимости. Здесь опять-таки невозможно обучать психоанализу, хотя можно его применять в модифицированной форме. Трудность заключается в диагнозе, в точном опознании ложности той ложной личности пациента, за которой прячется его незрелая подлинная самость. Если удается освободить скрытую истинную самость, у пациента происходит срыв как часть лечения, и тогда аналитику придется играть роль матери ребенка, проснувшегося в пациенте. Это потребует щедрого оказания поддержки Эго. Аналитику необходимо будет сохранять ориентацию во внешней реальности, при этом фактически идентифицируясь с пациентом, вплоть до слияния с ним. Пациент должен стать очень зависимым, даже абсолютно зависимым, и это остается в силе даже при наличии здоровой части личности, действующей самостоятельно как союзник аналитика и фактически подсказывающей ему, как себя вести.

Вы заметили, что сейчас я говорю фразами, созвучными фразам доктора Фордхэма.

Сейчас опять можно сказать, что аналитики, работающие главным образом с пациентами, которые становятся полностью зависимыми от лечения, могут оказаться не в состоянии понять психоанализ и обучиться психоаналитической технике, которая базируется на работе с огромным большинством тех пациентов, с инфантильной зависимостью которых успешно справлялись их матери и отцы. (Я не буду слишком сильно акцентировать тот факт, что большинство людей, если подвергнуть их анализу, действительно нуждаются в классической психоаналитической технике, условием которой является профессиональная установка аналитика, стоящая между пациентом и аналитиком.)

С другой стороны, классический психоаналитик, тот, кто изучил свою работу и уверен в своей способности иметь дело с неврозом переноса по мере его развития и повторного возникновения, может очень многому научиться у тех, кто пытается проводить психотерапию пациентов, которые нуждаются в прохождении стадий эмоционального развития, свойственных детскому возрасту, и интересуется ими.

Поэтому с этой измененной точки зрения я признаю, что могу согласиться со всеми доводами доктора Фордхэма, которые, однако, он не связывал должным образом с классификацией пациентов (я думаю, из-за отсутствия времени). Его выводы верны по отношению к пациентам, у которых мы диагностируем психотическое состояние или шизофрению, и в переносе которых доминирует потребность в регрессии к инфантильной зависимости.

Больной с пограничным психотическим состоянием постепенно прорывается через барьеры, которые я называю психоаналитической техникой и профессиональной установкой, и принуждает нас к прямым отношениям примитивного типа, вплоть до степени слияния. Это делается постепенно и методично, соответственно и выздоровление протекает методично, за исключением тех участков болезни, где господствует внутренний и внешний хаос.

При подготовке психоаналитиков и подобных им специалистов мы не должны ставить обучающихся в такое положение, где они имели бы дело с примитивными потребностями пациентов с психотическими состояниями, так как немногие были бы в состоянии выдержать это и чему-то научиться на основе этого опыта. С другой стороны, в надлежащим образом организованной психоаналитической практике есть место для пациентов, которые форсируют профессиональные границы и производят те специальные проверки и требования, которые мы, по-видимому, в данной дискуссии включаем в термин контрперенос. Я мог бы уделить внимание такому предмету, как ответные реакции аналитика. В самом деле, мне трудно упустить возможность обсудить все, что мне пришлось испытать и что смыкается с идеями, выдвинутыми доктором Фордхэмом. Например, вчера меня ударили. То, что я сказал, — не для печати. Это не была интерпретация, это была реакция на событие. Пациентка перешла через профессиональную белую линию и получила частичку меня реального, и, я думаю, она на ощупь убедилась в ее реальности.

Не лучше ли будет на данном этапе вернуть термину контрперенос его исходное значение: то, что мы надеемся устранить путем отбора, анализа и обучения психоаналитиков? Это позволит нам свободно обсуждать многие интересные вещи, которые психоаналитики могут делать для пациентов с психотическими состояниями, временно находящихся в регрессии и зависимости, и к которым мы могли бы приложить формулировку Маргарет Литтл: тотальный отклик аналитика на нужды пациента. Под этим или подобным заголовком можно сказать многое об использовании аналитиком собственных осознанных и бессознательных реакций в ответ на сильное воздействие пациента с психотическим состоянием на самость психоаналитика и о влиянии такого воздействия на профессиональное отношение. Я один из тех, кто уже немного писал и много сказал на эту тему, которая интересует как последователей Юнга, так и последователей Фрейда. Это могло бы и даже должно сформировать основу для будущих дискуссий, но я думаю, что ничего, кроме путаницы, не выйдет из попытки растянуть на все эти темы слово, вынесенное в заглавие данного симпозиума: «контрперенос».

Перевод предоставлен Санкт-Петербургской психоаналитической группой

Контрперенос и отклик пациента на него*

Маргарет Литтл (1951)

I

Начну с истории.

Пациенту, совсем недавно пережившему смерть матери, предстояло принять участие в прямом эфире радиопередачи. Тема ожидаемой дискуссии, насколько ему было известно, входила в круг интересов его аналитика. Пациент заранее ознакомил аналитика со сценарием и сообщил ему о времени выхода радиопередачи в эфир. Учитывая недавнюю утрату, он согласился на участие в программе с большой неохотой, сделав это лишь потому, что не в силах был отменить предварительную договоренность. На следующий день пациент пришел на аналитический сеанс в состоянии тревоги и крайнего замешательства.

Аналитик (который был очень опытным человеком) интерпретировал подавленность пациента как следствие страха перед ожидаемой ревностью аналитика к его успеху. Он предположил, что пациент, возможно, опасается того, что у аналитика появится желание отнять плоды его вчерашнего успеха. Интерпретация была принята пациентом, состояние подавленности быстро исчезло, и работа продолжилась в обычной манере.

Спустя два года (анализ к этому времени уже близился к своему завершению) на одной из вечеринок пациент почувствовал, что совершенно не получает удовольствия от торжества, и вдруг понял, что именно на этот день приходилась годовщина смерти его матери. Вслед за этим ему вспомнились переживания двухлетней давности, связанные с радиопрограммой. Неожиданно пациенту стало понятно, что на самом деле в той ситуации его беспокоили простые и очевидные чувства: сожаление о том, что мать не может насладиться его успехом (или хотя бы узнать о нем), и омрачающая радость вина, связанная с недавней утратой. Вместо того чтобы скорбеть о матери (отменив радиопередачу), он вынужден был вести себя почти маниакально, будто бы отрицая ее смерть. Пациент осознал, что предложенная тогда интерпретация, хотя и была по сути своей верна, предназначалась прежде всего самому аналитику. Тот предложил не совсем адекватную интерпретацию под давлением бессознательного чувства вины за ревность, которую реально испытывал по отношению к пациенту. Интерпретация тогда была принята пациентом, поскольку он бессознательно уловил ее справедливость для аналитика и идентифицировался с ним. Лишь спустя два года он смог осознать верность этой интерпретации для себя самого, но уже в ином плане — на уровне своей ревности к успеху отца в отношениях с матерью. Пациенту стало понятно, что в той ситуации он ощущал вину за свой успех (символически — в отношениях с матерью) и опасался ревности отца, желающего отобрать у него плоды этого успеха. Поведение же аналитика, давшего подобную интерпретацию, должно быть отнесено к контрпереносу.

II

Если не считать немногочисленных книг и статей, посвященных психоаналитической технике и адресованных главным образом обучающимся аналитикам, о контрпереносе написано на удивление немного. В большинстве работ по этой теме акцентируются два основных момента: во-первых, важность и потенциальная опасность контрпереноса и, во-вторых, необходимость тщательного личного анализа для самих аналитиков. О переносе писали значительно чаще, и многое из

* Little, M. (1951) Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32. Впервые данная статья была представлена на встрече Британского психоаналитического общества 7 июня 1950 года.

сказанного о нем в равной мере применимо и к контрпереносу. Меня заинтересовало, отчего ситуация сложилась именно так и почему, говоря о контрпереносе, люди имеют в виду совершенно разные вещи.

Термин *контрперенос* используется для обозначения каждого из нижеперечисленных феноменов или всей их совокупности.

a) Бессознательного отношения аналитика к пациенту.
b) Вытесненных элементов, до сих пор не проанализированных, в психике самого аналитика, которые приписываются пациенту аналогично тому, как пациент «переносит» на аналитика аффекты, связанные с родителями или другими объектами его детства. Условно говоря, аналитик (временно и избирательно) начинает относиться к пациенту как к собственным родителям.
c) Некоторой специфической установки, посредством которой аналитик реагирует на «перенос» пациента.
d) Всей совокупности установок (в том числе и сознательных) и поведения аналитика по отношению к пациенту.

Основной вопрос заключается в том, почему понятие *контрперенос* столь неопределенно или неопределимо? Действительно ли контрперенос невозможно изолировать, а рассуждать о нем можно лишь невнятно и бессистемно? Я вижу четыре основные причины сложившейся ситуации.

1. На мой взгляд, бессознательный контрперенос — это нечто недоступное непосредственному наблюдению как таковое, однако легко наблюдаемое в его действиях. Подобное положение вещей можно сравнить с той ситуацией, которая сложилась в современной физике, где ученые пытаются определить или наблюдать силы, проявляющие себя в форме световых, волновых, гравитационных и других эффектов, однако недоступные непосредственному наблюдению.
2. Сложности, мне кажется, отчасти связаны и с тем, что, говоря метапсихологически, отношение аналитика к пациенту подразумевает вовлеченность всей его психики, Ид, любых остатков Супер-Эго и Эго (а также всех составляющих психики пациента), и здесь не существует четкой границы, разделяющей их.
3. Любой анализ (даже самоанализ) предполагает наличие как аналитика, так и анализируемого — в этом отношении они неразделимы. Подобным образом неделима и пара *перенос — контрперенос*. Можно предположить, что большая часть написанного о *переносе* в равной мере применима к *контрпереносу* (и наоборот).
4. И все же наиболее важным фактором, по моему мнению, является характер существующего отношения к контрпереносу (т. е. к своим собственным чувствам и идеям), нередко имеющий реальные параноидные или фобические черты. Это становится особенно очевидно в тех случаях, когда чувства субъективны или могут оказаться таковыми.

В одной из своих работ, посвященных психоаналитической технике, Фрейд подчеркивает, что на протяжении более десяти лет страх перед интерпретацией переноса служил препятствием на пути прогресса психоанализа. Фрейд также отмечал, что отношение психотерапевтов других школ к переносу и сейчас остается очень настороженным: они стараются избегать интерпретаций переноса, считая их опасными. Большинство психоаналитиков аналогичным образом относится к контрпереносу: это известный и всеми признанный феномен, однако его интерпретация считается излишней и даже опасной. Так или иначе, бессознательное осознается нелегко (если вообще осознается), а желание наблюдать и интерпретировать нечто бессознательное в самом себе напоминает попытку разглядеть собственный затылок — чужой затылок увидеть значительно проще. Распространенный миф о безличном, почти лишенном человеческих слабостей аналитике, никогда не проявляющем своих чувств, хорошо согласуется с этой установкой. Меня интересует, не оказывают ли неудачи в использовании контрпереноса такой же тормозящий эффект на развитие психоанализа, какой в свое время вызывало игнорирование или от-

рицание переноса? И если мы сможем верно воспользоваться контрпереносом, не даст ли это нам в руки еще один чрезвычайно ценный, если не бесценный, инструмент? Работая над этой статьей, я увидела, что мне трудно понять, какое из значений термина *контрперенос* я использую: я обнаружила, что склонна переходить от одного значения к другому, хотя первоначально предполагала ограничить содержание этого понятия вытесненными, инфантильными, субъективными, иррациональными, иногда болезненными, а иногда приятными чувствами в соответствии со вторым из приведенных мною пробных определений. Именно этот контрперенос обычно упоминается как источник осложнений и опасностей.

Однако бессознательные элементы могут быть как нормальными, так и патологическими, да и вытесненное может быть не более патологично, чем сознательное «нормально». Целостность отношений пациент-аналитик включает «нормальное» и патологическое, сознательное и бессознательное, перенос и контрперенос, смешанные в различных пропорциях. Эти отношения всегда содержат нечто, характерное для обоих индивидов: и для пациента, и для аналитика. То есть всякий контрперенос отличается от другого, как отличается и сам от себя в различные моменты времени, видоизменяясь в соответствии с динамикой внешнего мира, в котором живут как пациент, так и аналитик.

Вытесненный контрперенос — продукт бессознательной части Эго аналитика, той части, которая наиболее близка к Ид и максимально далека от контакта с реальностью. Из этого следует, что вытеснение контрпереноса легко попадает под диктат навязчивого повторения. Однако в развитии контрпереноса, помимо вытеснения, играют свою роль и другие виды деятельности Эго, среди которых наиболее важной является синтетическая или интегративная активность. На мой взгляд, контрперенос является одним из тех компромиссных образований, в создании которых Эго оказывается столь искусным. В этом отношении контрперенос, по сути, явление того же порядка, что и невротический симптом, перверсия или сублимация. В контрпереносе либидинозные удовлетворения частично запрещаются и частично реализуются; элемент агрессии вплетен как в удовлетворение, так и в торможение, при этом соотношение последних обусловлено характером распределения агрессии. Поскольку контрперенос, как и перенос, связан с другим человеком, особую роль здесь играют механизмы проекции и интроекции.

Тема связанной с контрпереносом паранойи представляет чрезвычайный интерес для обсуждения, однако разговор о реакции пациентов на контрперенос будет бессмысленным, пока мы сами не найдем простой подход к нему. Многие из сложностей, с которыми мы сталкиваемся в этой области, обусловлены попытками излишне упростить наблюдаемую картину, почти компульсивным стремлением отделить сознательное от бессознательного, а вытесненное отделить от того, что является бессознательным, но не является вытесненным. Такой подход зачастую оборачивается игнорированием динамического аспекта проблемы. Поэтому я еще раз хотела бы сказать о том, что, хотя в моей статье речь пойдет главным образом о вытесненных элементах контрпереноса, я не ограничиваю себя этой областью и рассматриваю контрперенос в более широком контексте общих отношений пациента и аналитика. Рискуя показаться несколько бессвязной, скажу: мой «простой подход» главным образом заключается в том, чтобы сфокусировать внимание на нескольких конкретных моментах, и затем попытаться связать их с основной темой.

Рассуждения о динамических аспектах контрпереноса выводят нас на следующий вопрос: что является движущей силой в любом анализе? Что заставляет пациента стремиться к выздоровлению и благополучию? Роль такой движущей силы, вне сомнений, играет специфическая комбинация побуждений, исходящих от Ид пациента и аналитика. Бессознательные побуждения аналитика подверглись видоизменению и интеграции в процессе личного анализа и вследствие этого стали более управляемыми и эффективными. Удачная комбинация вышеупомянутых побуждений, на мой взгляд, зависит от наличия особого рода идентификации аналитика с пациентом.

III

Сознательно, а в какой-то мере и бессознательно, все мы желаем своим пациентам благополучия. Мы с готовностью идентифицируемся с ними (то есть, с их Эго) в их желании выздороветь. Однако бессознательно мы склонны идентифицироваться также и с Супер-Эго, и с Ид пациента, а следовательно, отчасти отождествляться с ним в попытках воспрепятствовать выздоровлению, в желании оставаться больным и зависимым. Поступая так, мы тем самым тормозим процесс выздоровления. Бессознательно мы можем эксплуатировать болезнь пациента в личных целях (либидинозных и агрессивных), что незамедлительно вызовет ответную реакцию с его стороны.

Пациент, в течение длительного времени проходящий анализ, обычно становится для своего аналитика объектом любви. Он превращается в объект, по отношению к которому аналитик желает осуществлять репарацию. Репаративные импульсы, даже сознательные, вследствие частичного вытеснения могут попадать под диктат навязчивого повторения, из-за чего у аналитика возникает потребность снова и снова исцелять своего пациента. В реальности это означает, что аналитик будет стремиться сделать пациента больным, для того чтобы в очередной раз его вылечить.

При правильном использовании такого рода повторения могут способствовать прогрессу, а «делание больным» превратится в поиск тревог, которые могли бы быть интерпретированы и проработаны. Однако подобный позитивный исход предполагает некоторую степень бессознательной готовности аналитика позволить своему пациенту выздороветь, стать независимым и покинуть его. В общем мы можем сказать, что хотя здесь многое зависит от аналитика, несвоевременные интерпретации, подобные описанной выше, ошибки в понимании или любые помехи в проработке соотносятся с собственным страхом пациента перед выздоровлением, подразумевающим потерю своего аналитика. Такого рода ситуации не возникнут, если сам пациент не предоставит им такой возможности. В том случае, когда аналитик готов не повторять свою прежнюю ошибку, что только поддерживало бы сопротивления пациента, навязчивое повторение становится союзником анализа.

Бессознательное нежелание аналитика позволить пациенту выздороветь и покинуть его может принимать чрезвычайно тонкие и трудноуловимые формы — сам анализ в таких случаях используется как рационализация. Настойчиво требуя от пациента, чтобы тот не занимался «отыгрыванием» (acting out) во внешней ситуации, аналитик может препятствовать образованию внеаналитических отношений, связанных с выздоровлением и являющихся доказательством роста и развития Эго пациента. Перенос на людей, находящихся вне аналитической ситуации, не может быть реальным препятствием для терапевтической работы в том случае, если сам аналитик готов использовать его. Однако бессознательно аналитик может вести себя точно так же, как родители, которые «для блага ребенка» вмешиваются в его развитие, не позволяя любить кого-то, кроме них самих. Пациент, несомненно, нуждается во внеаналитических отношениях точно так же, как ребенок нуждается в образовании идентификаций с людьми, находящимися за пределами домашнего и родительского круга.

Эти процессы столь незаметны, что мы воспринимаем их очень медленно, и в своем сопротивлении против них наше собственное Супер-Эго зачастую вступает в союз с Супер-Эго пациента. Одновременно с этим проявляется наша неспособность переносить расщепление как в психике пациента, так и в самом терапевтическом процессе. Мы желаем быть единственной причиной выздоровления пациента.

Пациент, проходящий «бесконечный» анализ, иногда оказывается жертвой (первичного) нарциссизма своего аналитика или собственного нарциссизма, а возникновение негативной терапевтической реакции зачастую объясняется наличием той специфической разновидности контрсопротивления, которая была мной описана в вышеприведенной истории.

Все мы знаем о том, что в каждый конкретный момент аналитического процесса из всего разнообразия возмож-

ных интерпретаций лишь несколько могут оказаться важными и отражающими динамическую ситуацию. Однако, как это было в описанной мной истории, подходящая для пациента интерпрётация из-за действия контрпереноса и контрсопротивления может быть в данный момент наименее доступна для аналитика. Зачастую пациент из-за страха, покорности и т. п. принимает ее точно так же, как принял бы «верную» интерпретацию, с незамедлительным позитивным эффектом. И лишь спустя время выясняется, что полученный результат был не совсем таким, который требовался, вследствие чего сопротивления пациента усилились, а сам анализ затянулся.

IV

Я уже отмечала, что идентификация аналитика с пациентом способна сыграть фатальную роль в анализе и что эмпатия (в отличии от симпатии) и беспристрастность являются важными составляющими успешного анализа. Тем не менее, основой эмпатии, как и симпатии, является идентификация, и различие между ними определяется лишь степенью «разъединения» (detachment). Это разъединение достигается, по крайней мере частично, благодаря осуществляемому Эго тестированию реальности и введению в аналитическую ситуацию факторов времени и расстояния. Аналитик неизбежно идентифицируется с пациентом, однако для него продолжает существовать интервал времени между ним самим и теми переживаниями, которые для пациента обладают качеством непосредственности. Аналитик знаком с ними по своему прошлому опыту, в то время как для пациента они являются не прошлым, а настоящим. Таким образом, в данный момент это является опытом пациента, а не аналитика. В том случае, если сам аналитик переживает их как настоящие, он тем самым препятствует росту и развитию пациента. Когда переживания принадлежат пациенту, а не его аналитику, автоматически устанавливается и необходимая дистанция. На мой взгляд, именно сохранение интервалов времени и расстояния является залогом успешного использования контрпереноса. Следовательно, идентификация аналитика с пациентом должна быть интроективной, а не проективной.

Когда установлены необходимые интервалы времени, пациент получает возможность переживать свой опыт во всей его непосредственности, без помех и давать ему превращаться в прошлое, освобождая тем самым место для новых идентификаций с аналитиком. Вследствие введения необходимых интервалов расстояния, переживания становятся личным достоянием пациента, что дает ему возможность психически сепарироваться от своего аналитика. Прогресс анализа зависит от чередующегося ритма идентификаций и сепараций, непосредственно переживаемых и познаваемых пациентом в аналитической ситуации.

Возвращаясь к той истории, с которой я начала, можно сказать, что в данном случае аналитик воспринял вытесненную бессознательную ревность пациента как свое собственное актуальное (а не прошлое и припоминаемое) переживание. Пациент все еще переживал свою утрату, ощущая, что необходимость участвовать в радиопрограмме превращает его траур в маниакальную реакцию, как если бы он отрицал смерть матери. Лишь позже, после интерпретации, когда траур был перенесен на аналитика и стал прошлым, пациент смог пережить ситуацию ревности как актуальную и осознать (как нечто прошлое и припоминаемое) контрпереносную реакцию своего терапевта. Непосредственная реакция пациента на ревность аналитика по своему характеру была фобической, а по механизму ее можно определить, как смещение посредством (интроективной) идентификации с последующим повторным вытеснением.

Подобные неудачи в выборе подходящего времени для интерпретации либо ошибки в узнавании признаков переноса объясняются нарушением функции Эго понимания времени и расстояния. Бессознательное иррационально и существует вне времени. «Все твое — мое, все мое — только мое», «все твое — наполовину мое, и наполовину другой половины тоже мое, следовательно, оно все мое», — эти суждения иллюстрируют инфантильные способы мышления, бессознательно используемые по отношению к чувствам и событиям. Когда аналитик экс-

плуатирует их, его контрперенос становится препятствием на пути выздоровления пациента, а сам аналитик превращается в слепца, ведущего за собой другого слепца. При этом ни пациент, ни аналитик не используют двух измерений, необходимых для того, чтобы знать о своем местоположении в данный момент. В том случае, если аналитик оказывается способен в идентификации с пациентом сохранить временные и пространственные интервалы, пациент получает возможность сделать шаг в направлении их устранения и двинуться к следующему переживанию, вместе с которым снова должен будет повториться процесс установления интервалов.

Одна из самых серьезных сложностей, с которыми сталкивается студент, проходящий обучающий (или повторный) анализ, заключается в том, что в анализе пациентов он вынужден иметь дело с переживаниями, которые для него самого все еще обладают качеством присутствия (present-ness) или непосредственности и не воспринимаются как нечто важное, но принадлежащее прошлому (past-ness). В подобных условиях аналитик может оказаться неспособным постоянно удерживать интервал времени, и тогда в работе с пациентами ему приходится откладывать полный анализ, к которому пациент вполне готов, до тех пор пока его собственный анализ не продвинется далее, и тогда ожидать повторного появления материала.

V

Недавнее обсуждение работы Розена позволило нам увидеть контрперенос с новой стороны и глубже понять, чем же мы все занимаемся. Мы услышали о том, как на протяжении всего нескольких дней или недель пациент, длительное время остававшийся полностью недоступным лечению, продемонстрировал видимые изменения, которые, по крайней мере с определенных точек зрения, можно рассматривать как улучшения. Хотя об этом и не говорилось прямо, такие пациенты, по всей видимости, сохраняют перманентную зависимость от внимания своего терапевта и привязанность к нему. Описание способов лечения, применявшихся к пациенту, и принесенных ими результатов явно взволновало многих из нас. Очевидно, пробудилось чувство вины, поскольку отдельные участники дискуссии били себя в грудь и восклицали «mea culpa!».

Я попыталась понять, с чем связано такое сильное чувство вины, и, на мой взгляд, одна из возможных причин кроется в бессознательном нежелании позволить пациенту уйти. Многие серьезно больные пациенты, особенно пациенты психотического уровня, в силу различных внутренних и внешних причин (финансовых, психологических и др.) не способны пройти через полный анализ. Это обстоятельство не позволяет им добиться удовлетворительного результата, заключающегося в достижении соответствующего уровня развития Эго и обретении способности успешно обходиться без аналитика. В таких случаях поверхностные и неглубокие отношения зависимости сознательно пролонгируются аналитиком, который посредством нерегулярных «поддерживающих» сеансов сохраняет контакт с пациентом в течение неопределенного времени. Таким образом, контакт с подобными пациентами может сохраняться достаточно долго, не вызывая у аналитика чувства вины. Мне кажется, что успешность излечения пациентов такого рода во многом зависит именно от степени свободы аналитика от чувства вины.

Вместе с тем, особенно в случаях работы с пациентами психотического уровня, существует тенденция идентифицироваться с их Ид — ведь найти Эго таких пациентов и идентифицироваться с ним зачастую бывает крайне сложно! Таким образом, возникает нарциссическая идентификация на уровне примитивной любви-ненависти, которая легко трансформируется в объектную любовь. Мощнейшая стимуляция со стороны серьезно дезинтегрированной личности затрагивает наиболее глубоко вытесненные и тщательно защищенные элементы в психике аналитика, вследствие чего в игру вступают самые примитивные и малоэффективные из защитных механизмов. В то же время небольшой фрагмент расщепленного Эго пациента может идентифицироваться с Эго аналитика. Если пациент ощущает,

что аналитик понимает его страхи, он способен интроецировать Эго аналитика как хороший объект; так у него появляется возможность установить контакт с реальностью через своего терапевта. Подобный контакт очень хрупок и на первых порах легко разрушается, однако он крепнет и расширяется в процессе увеличения интенсивности интроекции внешнего мира и его репроекции, сопровождающихся постепенным увеличением инвестирования в него либидо, первоначально связанного с терапевтом.

Этот контакт может никогда не стать достаточно прочным, для того чтобы пациент смог поддерживать его совершенно самостоятельно. В таком случае очень важно продолжение контакта с аналитиком, и частота встреч должна варьироваться в зависимости от изменения состояния и обстоятельств пациента. В данном случае положение пациента напоминает ситуацию, в которой находится тонущий человек: даже после того как он уже оказался на борту лодки, в течение некоторого времени его все еще поддерживают, пока он сам не найдет опору.

Это, возможно, подтверждает уже известное правило: чем более дезинтегрирован пациент, тем более высокоинтегрированным должен быть его аналитик.

Возможно, в работе с пациентами психотического уровня, не реагирующими на аналитический сеттинг обычным способом (т. е. не способными развить перенос, который мог бы быть проинтерпретирован и разрешен), первостепенное значение приобретает анализ контрпереноса. Именно контрперенос помогает аналитику найти в пациенте нечто, с чем можно установить контакт. Аналитик должен позволить своим идеям и либидинозному удовлетворению, получаемому им от работы, регрессировать до совершенно экстраординарной степени. (Например, мы можем только догадываться о том, какое удовлетворение аналитик получает от работы с пациентом, спящим во время сеансов!) Я уже говорила о впечатляющих терапевтических результатах, которые обнаруживались в случаях, когда степень нарушенности пациента вызывала у аналитика интенсивные переживания и выраженное беспокойство, в основании которого лежал механизм идентификации с Ид пациента.

Столь выдающиеся результаты наблюдаются в работе двух классов аналитиков. К одному из них могут быть отнесены начинающие терапевты, не страшащиеся давать побуждениям собственного Ид значительную степень свободы. Подобное поведение объясняется недостатком опыта у начинающих аналитиков: они, как дети, не знают и не понимают опасностей либо не желают признавать их. В большинстве случаев это заканчивается достаточно удачно, поскольку преобладают все же позитивные чувства. О тех случаях, где вышеописанная манера терапии не приводила к позитивному итогу, мы знаем значительно меньше. Негативные результаты чаще всего не становятся предметом обсуждения — они скрываются и даже вытесняются. У всех нас есть частные кладбища, и далеко не каждая могила имеет там надгробный камень.

Другой класс состоит из опытных аналитиков, уже прошедших стадию сверхосторожности и достигших некоторого уровня, на котором можно доверять побуждениям собственного Ид как таковым (в силу тех видоизменений, которые последние претерпели в процессе личного анализа). Такие аналитики способны в любой момент в достаточной степени осознать свой контрперенос — по крайней мере понять, способствует ли он выздоровлению пациента или тормозит этот процесс. Иначе говоря, они способны преодолеть сопротивление контрпереноса.

В этом отношении пациент иногда может помочь аналитику, поскольку перенос и контрперенос, как и вся аналитическая работа в целом, — это не синтетический продукт обособленной активности сторон, а результат совместных усилий. Мы часто слышим о зеркале, которое аналитик держит перед пациентом. Однако и пациент, в свою очередь, держит зеркало перед аналитиком. В каждом из зеркал видна целая серия постоянно повторяющихся и видоизменяющихся отражений. Вместе с прогрессом в аналитической работе должна увеличиваться чистота зеркал, что позволит пациенту и аналитику «отражать» друг друга более точно. Увеличившаяся чистота одного из зеркал будет порождать потребность соответствующего очищения второго.

Амбивалентность пациента стимулирует его как к внушающим страх попыткам разрушить контрсопро-

тивления терапевта, так и к попыткам идентифицироваться с аналитиком, воспользоваться контрсопротивлениями последнего как своими собственными. С этой точки зрения вопрос о предоставлении пациенту «правильной» интерпретации приобретает особое значение.

VI

В случаях, подобных тому, о котором я рассказала в самом начале данной статьи, негативный эффект несвоевременной или ошибочной интерпретации зачастую не удается нейтрализовать посредством интерпретации «правильной», сделанной при первой подходящей возможности. Совершенная аналитиком ошибка, безусловно, должна быть признана. Пациент должен получить возможность выразить свой гнев, а аналитик — сожаление о произошедшем. Помимо этого, аналитику следует объяснить пациенту, какую роль в произошедшем недоразумении сыграл бессознательный контрперенос. В том случае, если на данном этапе анализа существуют определенные противопоказания для таких объяснений, последние должны быть отсрочены и сделаны позже, как только для этого представится подходящая возможность. Подобные объяснения чрезвычайно важны для дальнейшего прогресса анализа. Они благотворно влияют на пациента, увеличивая его уверенность в честности и доброжелательности аналитика. В подобной ситуации аналитик должен суметь показать своему пациенту, что и ему, как всякому другому человеку, свойственно ошибаться. Такого рода объяснение еще раз укажет пациенту на значимость роли переноса в любых взаимоотношениях. В свою очередь, стремление аналитика уклониться от интерпретаций произошедшего может нанести анализу существенный урон.

Хотелось бы подчеркнуть, что я не предлагаю бездумно и несвоевременно выгружать интерпретации контрпереноса на головы злополучных пациентов. На мой взгляд, с ними следует обращаться не менее аккуратно, чем мы сегодня привыкли поступать с интерпретациями переноса. Я имею в виду, что таких интерпретаций не следует упорно избегать либо ограничивать их рамками рациональных и объективных переживаний, как советует доктор Винникотт в статье «Ненависть в контрпереносе» (Winnicott, 1949). Контрперенос, вне всякого сомнения, не может быть подвергнут интерпретации до тех пор, пока какая-то его часть не стала осознанной. Субъективность чувств должна быть открыта пациенту, хотя подлинное их происхождение раскрывать не следует («исповеди» здесь неприемлемы). Вполне достаточно будет, если аналитик отметит, что над этой проблемой ему следует поработать в своем личном анализе. Однако важнее всего, чтобы наличие субъективных переживаний было признано как аналитиком, так и пациентом.

Я думаю, что в любом анализе наступает период, когда пациент должен признать факт существования не только объективных и рациональных чувств аналитика, но и его субъективных переживаний. Очень важно, чтобы пациент осознал, что у аналитика действительно имеется бессознательный контрперенос (которого просто не может не быть) и что аналитик все же способен справиться с этими чувствами, не ущемляя интересов пациента и не препятствуя прогрессу в его излечении. Конечно, в каждом анализе такое осознание наступает в свое время, однако его можно отнести скорее к поздним стадиям анализа, чем к ранним. Случается, что совершенные технические или другие ошибки делают обращение к бессознательным психическим процессам аналитика (т. е. к контрпереносу) необходимым на более ранних этапах. Таких ситуаций следовало бы избегать, а вынужденные обращения к контрпереносу на ранних стадиях лечения должны быть поверхностными, достаточными лишь для того, чтобы облегчить актуальную тревогу. Слишком большой акцент на них в начале анализа может привести к тому, что тревога пациента возрастет до действительно опасной степени.

Акцентируя наличие бессознательных фантазий пациента об аналитике, мы зачастую забываем о том, что в действительности пациент может знать о своем аналитике достаточно много: и о реальных обстоятельствах его жизни, и в психологическом отношении. Такому знанию в любом случае нельзя воспрепятствовать,

даже если бы это было желательно. Однако сам пациент не догадывается о том, что он обладает подобным знанием, и одна из задач аналитика — помочь ему осознать это. Такая задача способна вызвать у него самого достаточно серьезное сопротивление. Аналитики часто ведут себя подобно родителям, опускающим дымовую завесу и подвергающим своих детей танталовым мукам, — искушая их и в то же время мешая им нечто увидеть. Не обращаться к контрпереносу — это то же самое, что отрицать его существование или не позволять пациенту знать и говорить о нем.

Часто упоминаемое средство борьбы со сложностями, порождаемыми контрпереносом, — я имею в виду более глубокий и тщательный индивидуальный анализ аналитиков — в лучшем случае оказывается недостаточным, поскольку склонность развивать бессознательный инфантильный контрперенос все равно будет сохраняться. Анализ не в состоянии охватить все бессознательное Ид, и не следует забывать, что даже наиболее глубоко проанализированным людям достаточно лишь уснуть, чтобы убедиться в истинности этого утверждения. Идея Фрейда о том, что «где было Ид, должно стать Эго», подобно большинству других идей, не вполне реализуема в действительности. На самом деле мы можем стремиться лишь к достижению некоторой точки, в которой наше отношение к побуждениям собственного Ид больше не будет параноидным и не будет представлять опасности для пациента. Не следует также забывать, что это отношение изо дня в день будет изменяться под влиянием тех стрессов и воздействий, которым подвергается аналитик.

С моей точки зрения, в работе с контрпереносом наибольшая опасность и сложность заключена именно в параноидном или фобическом отношении аналитиков к собственным чувствам. Сама по себе боязнь быть захваченным любого рода чувствами по отношению к своему пациенту — гневом, тревогой, любовью и т. п., — а также страх пассивности перед этими чувствами приводят к бессознательному уклонению или отрицанию. Честное признание факта существования собственных чувств является важной частью аналитического процесса. Анализируемый изначально чувствителен к любого рода неискренности в своем аналитике и неизбежно ответит на неискренность враждебностью. Он станет путем интроекции идентифицироваться с аналитиком, пользуясь идентификацией как средством отрицания своих чувств, и будет применять этот прием всеми возможными способами во вред анализу.

Как я уже указывала, бессознательный и не подвергнутый интерпретации контрперенос может стать причиной пролонгации анализа, равно как и причиной преждевременного его прерывания. Подобных вещей следует особенно избегать на заключительных стадиях анализа. Аналитики, описывающие в своих работах финальные стадии анализа и его завершение, настойчиво говорят о том, что на определенном этапе аналитической работы пациенты либо ускользают, прерывая лечение в тот самый момент, когда от продолжения анализа зависит его конечный успех, либо попадают в порочный круг навязчивого повторения ранее пережитого, защищаясь таким образом от ситуации тревоги. На этом этапе контрперенос может оказаться решающим фактором, и готовность аналитика должным образом обращаться с ним приобретает здесь огромную важность.

К сказанному я хотела бы добавить, что, с моей точки зрения, бессознательный контрперенос играет важную роль не только в случаях успешного завершения терапии, которая изначально казалась обреченной на провал, но и в пост-аналитической работе, осуществляемой пациентом, когда анализ был преждевременно прерван.

На более поздних этапах анализа, когда способность пациента к объективности уже значительно возросла, следует быть особо внимательным к проявлениям контрпереноса. Аналитику следует не упускать возможности прямо или непрямо подвергнуть их интерпретации и быть внимательным к «догадкам» пациента относительно возможного контрпереноса. Без этого пациенту не удастся объективно понять многое из того иррационального поведения родителей, которое в свое время было важным фактором в развитии его невроза. Если аналитик ведет себя подобно родителям и утаивает факты, то пациент будет продолжать вытеснять мате-

риал, который в противном случае неизбежно был бы осознан. Для пациента будет огромным облегчением узнать о том, что иррациональное поведение его родителей не предназначалось ему лично, а было повторением их собственных отношений с родителями. Пациенту важно знать о том, что его аналитик тоже иногда может вести себя подобным образом, однако при этом он способен осознать и объяснить свои чувства и поступки. Такое открытие, как никакое другое, способно сделать сам процесс анализа более переносимым для пациента.

Вне сомнений, в любом анализе присутствуют фантазии о чувствах аналитика к пациенту — мы предполагаем это с самого начала и знаем, что подобные фантазии, как и любые другие, должны быть проинтерпретированы. Однако пациент может достаточно хорошо осознавать и реальные чувства аналитика даже в том случае, если сам аналитик не полностью их осознает. Пациент может активно сопротивляться мысли о том, что у аналитика есть бессознательные контрпереносные чувства, но когда однажды его Эго согласится с этим, будут осознаны и некоторые собственные чувства и воспоминания, прежде остававшиеся недоступными.

Я говорила о раскрытии пациентом контрпереноса аналитика достаточно буквально, хотя это и может на первый взгляд показаться опасной забавой под названием «анализирование аналитика». «Аналитическое правило» в том виде, в котором оно обычно формулируется в наши дни, стало значительно полезнее по сравнению со своей оригинальной формой. Мы больше не «требуем» от пациентов, чтобы они рассказывали обо всем, что приходит им в голову, — наоборот, мы даем им разрешение поступать так. В результате такого подхода аналитик зачастую получает от пациента реальную интерпретацию контрпереноса. Если же аналитик не готов принять подобную интерпретацию, следует повторное вытеснение и укрепление сопротивлений, приводящее к преждевременному обрыву или пролонгации анализа. Вместе с новой формулировкой аналитического правила появилась и новая манера интерпретации или комментария. В былые времена аналитики, как правило, вели себя подобно родителям и совершенно произвольно выбирали время для комментариев и интерпретаций — пациентам оставалось лишь безоговорочно с этим соглашаться. Сегодня, дав пациенту разрешение говорить или удерживаться от высказываний, мы, в свою очередь, обращаемся к нему за разрешением сообщить нечто, что он может принять либо отвергнуть. Это дает большую свободу в выборе подходящего времени и формы интерпретации, снижая дидактизм и авторитарность.

Кроме того, подобный подход дает возможность расширить значительную часть интерпретаций переноса до такой формы, в которой они демонстрируют и возможность контрпереноса. Например, интерпретация «Вы чувствуете, что я злюсь, как когда-то злилась Ваша мать...» может включать следующее: «Насколько мне известно, я сейчас не злюсь. Однако я подумаю над этим, и, если окажется, что я действительно злюсь, постараюсь узнать почему, ведь никаких реальных причин для этого у меня нет». Подобные вещи произносятся достаточно часто, однако в них не всегда усматривают интерпретацию контрпереноса. С моей точки зрения, подобные интерпретации выполняют именно такую роль, и их использование может быть сознательно развито как средство аналитической работы с контрпереносом.

В докладе, прозвучавшем на Цюрихском конгрессе, доктор Хайманн указала на то, что контрпереносные переживания могут играть роль особого вида сигналов, проведя аналогию с развитием тревоги как предупреждении о приближении травматической ситуации (Heimann, 1950). Если я поняла ее правильно, описанное беспокойство действительно является тревогой, но тревогой вторичной, которая в силу своей обоснованности и объективности делает аналитика настороженным и внимательным к происходящему. Хайманн подчеркивает, что, по ее мнению, интерпретаций контрпереноса следует избегать.

Однако тревога, несмотря на свою малую эффективность в этой роли, прежде всего является методом обращения с актуальной травмой. Может случиться так, что вторичная тревога, с характерной для нее бдительностью и настороженностью, будет эффективно маскировать тревогу более примитивного вида. На бес-

сознательном уровне аналитик и пациент могут оказаться чувствительными к параноидным страхам и персекуторным переживаниям друг друга. В этом случае пациент и аналитик «синхронизируются», становятся созвучными в своих чувствах, а сам анализ используется обоими как защита. В подобной ситуации аналитик будет соскальзывать от интроективной идентификации с пациентом к проективной, теряя те интервалы времени и расстояния, о которых я упоминала выше. В то же время пациент, вероятно, будет защищаться посредством интроективной идентификации с терапевтом, теряя способность проецировать преследующие объекты на образ своего аналитика.

Подобная ситуация может благополучно разрешиться лишь в том случае, когда существование контрпереноса будет сознательно признано либо пациентом, либо аналитиком. Если этого не произойдет, выходом из сложившегося положения станет преждевременный обрыв либо пролонгация лечения; так или иначе, произойдет повторное вытеснение того, что могло бы стать осознанным, и укрепление сопротивлений. Преждевременное прерывание терапии не всегда играет фатальную роль, по крайней мере при условии существования достаточного понимания оно не более опасно, чем пролонгация лечения. Дальнейший прогресс в выздоровлении может наблюдаться даже после прерывания лечения, реализуясь за счет уже совершенных к этому моменту пациентом интроекций.

Идеальный аналитик, конечно, существует лишь в воображении пациента или самого аналитика и воплощается в реальности только в очень редкие моменты. Однако если аналитик может доверять видоизменившимся импульсам собственного Ид, своим собственным вытеснениям, а также чему-то позитивному в пациенте (вероятно, в первую очередь тому, что помогает ему принять решение о необходимости анализа), тогда он способен обеспечить достаточное присутствие чего-то такого, чего так недоставало в раннем окружении пациента и что было ему столь необходимо. Аналитик может стать для пациента тем человеком, который позволяет ему расти, не мешая ему и не подвергая избыточной стимуляции. В этом случае в аналитической ситуации возникают циклические формы, которые могут быть использованы пациентом для развития собственных ритмических паттернов. На их основе пациент строит более сложные ритмы, необходимые ему, чтобы иметь дело с миром внешней реальности и своим собственным непрерывно растущим внутренним миром.

VII

Я попыталась показать, как пациенты реагируют на бессознательный контрперенос своих аналитиков, сделав акцент на значении в некотором смысле «параноидного» отношения самих аналитиков к контрпереносу. Контрперенос является защитным механизмом синтетического вида, используемым бессознательным Эго аналитика и легко подпадающим под контроль навязчивого повторения. Перенос и контрперенос синтетичны еще и в том смысле, что они являются продуктами комбинированной бессознательной работы пациента и аналитика. Они зависят от условий, отчасти внутренних, а отчасти внешних по отношению к анализу, и видоизменяются от недели к неделе, ото дня ко дню, даже от момента к моменту вслед за происходящими интрапсихическими и экстрапсихическими изменениями. Оба явления важны в психоанализе, и контрпереноса следует опасаться и избегать не более, чем переноса. По сути дела, избежать контрпереноса невозможно — мы способны лишь замечать его, отчасти контролировать и, может быть, использовать.

Не допустить возникновения невроза контрпереноса можно лишь при условии, что для психоаналитика анализ остается подлинной сублимацией и не превращается в перверсию или зависимость (что, как мне кажется, иногда происходит). Фрагменты преходящего невроза контрпереноса могут время от времени возникать даже у наиболее умелых, опытных и хорошо проанализированных аналитиков. Такого рода эпизоды могут позитивно использоваться, для того чтобы продемонстрировать пациенту, какую роль в его выздоров-

лении может сыграть перенос. Отношение аналитика к контрпереносу (которое, в конечном итоге, воплощает отношение к собственным импульсам Ид и чувствам) может выражаться в параноидной тревоге, отрицании, осуждении или принятии. Эта установка, а также степень готовности аналитика сделать ее осознанной для пациента так же, как и для самого себя, будет стимулировать пациента либо в направлении навязчивого повторения, либо прогрессивного использования контрпереноса с хорошей целью.

Интерпретация контрпереноса в том направлении, которое я попыталась обозначить, предъявляет к аналитику значительно более суровые требования, чем раньше; однако именно так в свое время аналитики учились пользоваться интерпретацией переноса. В наше время интерпретация переноса кажется чем-то само собою разумеющимся, а компенсация за связанные с этим процессом неудобства обнаруживается в том, что либидинозные, креативные и репаративные импульсы аналитика удовлетворяются расширением круга возможностей и повышением успешности аналитической работы. Я убеждена, что расширение рамок аналитической работы с контрпереносом приведет к аналогичным результатам в том случае, если удастся найти пути его использования. Тем не менее, я хотела бы еще раз подчеркнуть пробный характер идей, изложенных мною в данной статье.

Перевод С. Дураса

Литература

HEIMANN, P. (1950) On countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 31.

WINNICOTT, D. (1949) Hate in the counter-transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30.

Нормальный контрперенос и некоторые его отклонения*

Роджер Мани–Кёрл (1956)

Введение

Понятие контрпереноса, которое существует в психоанализе давно, в последнее время стали наделять более широким и богатым смыслом. Мы привыкли думать о контрпереносе главным образом как о личном беспокойстве (disturbannce) аналитика, которое ему необходимо продолжать анализировать в себе самом. Теперь же мы понимаем, что причины и следствия контрпереноса касаются также и пациента, и потому контрперенос является указанием на что-то, что необходимо анализировать в пациенте[1].

* Money-Kyrle, R. (1956) Normal counter-transference and some of its deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37: 360–366. Основой данной статьи стал доклад, прочитанный на 19-м Психоаналитическом конгрессе в Женеве (24–28 июля 1955 г.). Впервые она была опубликована в 1956 г. в International Journal of Psycho-Analysis. Воспроизведена в Collected Papers of Roger Money-Kyrle, 1978, ed. Donald Meltzer with the assistance of Edna O'Shaughnessy, Strathtay, Perthshire: Clunie Press.

[1] Использование контрпереноса как «инструмента исследования» тщательно изучала Паула Хайманн (Heimann, 1950). Она подчеркивала порождающие контрперенос *причины*, относящиеся к пациенту, тогда как Маргарет Литтл (Little, 1951) подчеркивала те *воздействия*, которые контрперенос оказывает на пациента. Этот аспект, разумеется, тоже важен. Но относительно интерпретации отклика пациента на наш контрперенос мнения расходятся: должны ли мы время от времени, как считает М. Литтл, быть готовыми признавать наш контрперенос перед пациентом — или же нам следует ограничиться интерпретацией того, что существует в психике пациента, а именно его *представлений* (beliefs) о нашей установке.

Я полагаю, что эта совсем недавно обнаруженная особенность контрпереноса может использоваться для достижения существенного прогресса в технике — например, способом, описанным Паулой Хайманн (Heimann, 1950). Но разумеется, открытие того, что контрперенос может оказаться полезным инструментом, не означает, что он перестал быть серьезным препятствием в анализе. И поскольку в контрпереносе реально существуют оба эти аспекта, можно предположить, что их сходства и различия представляют собой проблему, заслуживающую исследования. Вероятно, ее можно сформулировать в виде трех взаимосвязанных вопросов. Что такое «нормальный» контрперенос? Как и при каких условиях он нарушается (disturbed)? Как эти нарушения могут быть исправлены, чтобы они могли быть использованы для продолжения анализа?

Нормальный контрперенос

В правильной или нормальной установке аналитика по отношению к пациенту присутствует множество аспектов, которые упоминались и в статьях, и в ходе устных дискуссий. Фрейд говорил о «благожелательной нейтральности». В моем понимании это подразумевает заботу аналитика о благополучии пациента, но без эмоциональной вовлеченности в его конфликты. Я думаю, такая установка также предполагает, что аналитик, благодаря своему пониманию психического детерминизма, обладает определенного рода толерантностью, противоположной порицанию пациента, но все же ни в коей мере не совпадающей с потаканием или безразличием.

Многие аналитики подчеркивали элемент научного любопытства, и безусловно, мы не продвинулись бы далеко без этой сублимации. Однако само по себе любопытство выглядит несколько обезличенным. Я полагаю, что забота о благополучии пациента возникает в результате слияния двух других основных влечений: репаративного, противодействующего латентной деструктивности в каждом из нас, и родительского. Разумеется, их преувеличенная интенсивность указывает на чрезмерное чувство вины, вызванное неадекватно сублимированной агрессивностью, которое может привести к чрезвычайно сильным тревогам. Но до некоторой степени оба влечения, несомненно, нормальны. Удовлетворение репаративных тенденций (reparative satisfactions) в анализе очевидно и часто упоминается. Таким образом в бессознательной фантазии аналитика пациент в какой-то мере замещает (stands) поврежденные объекты, которым все еще угрожает агрессия и которые все еще нуждаются в заботе и репарации. Родительский аспект аналитической работы был упомянут в ходе дискуссий Паулой Хайманн[1]. Нельзя утверждать, что пациент всегда замещает только ребенка, и никогда — брата или сестру или даже родителя. Но это выглядит именно так для бессознательного ребенка в пациенте, с которым *более всего* имеет дело аналитик. И поскольку этот ребенок столь часто воспринимает аналитика как родителя, бессознательное аналитика вряд ли может устоять и не ответить в некоторой степени отношением к пациенту как к ребенку аналитика.

В то же время для родителя ребенок означает (stands), по крайней мере частично, ранний аспект его самости. И мне это кажется важным. Ведь аналитик способен анализировать пациента именно потому, что распознает в нем свою собственную раннюю самость — уже проанализированную[2]. Его эмпатия и его инсайт, которые отличны от теоретического знания, связаны именно с этим типом частичной идентификации[3].

[1] Сублимация в форме любопытства и в форме родительских импульсов подчеркивалась соответственно Клиффордом Скоттом и Паулой Хайманн в ходе дискуссий в Британском психоаналитическом обществе. Но ни в одной из их опубликованных работ я не нашел конкретных упоминаний об этих точках зрения. Однако в работе «Проблемы обучающего анализа» (1954) Паула Хайманн, хоть и в неявном виде, указывает на опасности, которыми чревата избыточная родительская сублимация.

[2] И наоборот, обнаруживая у пациента новые для себя паттерны, аналитик может тем самым «продолжить обучение» и продвинуться дальше в собственном анализе.

[3] Анни Райх (Reich, 1651) говорит о «кратковременной идентификации» (short-lived identification), а Паула Хайманн в процитированной выше работе «Проблемы обучающего анализа» — об идентификации как в интроективной, так и в проективной формах.

Однако идентификация может принимать две формы — интроективную и проективную. У Фрейда это различение выражено неявно, но его значимость недавно была выявлена Мелани Кляйн[1]. Поэтому мы можем ожидать, что обе эти формы обнаружатся в частичной идентификации аналитика с пациентом.

Я попытаюсь изложить свое представление о нормальном ходе анализа. Я думаю, в нем происходят довольно быстрые переключения между интроекцией и проекцией. Когда говорит пациент, аналитик как бы интроективно идентифицируется с ним, и, поняв его внутри себя, репроецирует его и дает интерпретацию. Но лучше всего, на мой взгляд, аналитик осознает проективную фазу — ту, в которой пациент является представителем в прошлом незрелой или нездоровой части аналитика (в том числе его поврежденных объектов), которую он теперь способен понимать и потому исцелять путем интерпретации — во внешнем мире.

В это время пациент получает эффективные интерпретации, и они помогают ему ответить дальнейшими ассоциациями, поддающимися пониманию аналитиком. Пока аналитик способен понимать ассоциации пациента, сохраняются взаимно удовлетворительные отношения, которые я буду называть «нормальными». В частности, контрпереносные чувства аналитика будут ограничены тем чувством эмпатии по отношению к пациенту, на котором основан его инсайт.

Периоды непонимания

Все были бы счастливы — и аналитик не меньше, чем пациент, — если бы ситуация, которую я только что описал и назвал «нормальной», сохранялась на протяжении всего курса психоанализа. К сожалению, нормальна она только в том смысле, что является идеальной. Она длится столько, сколько длится понимание аналитика. Но аналитик не всемогущ. В частности, его понимание отказывает всякий раз, когда проблемы пациента слишком тесно соотносятся с теми сторонами аналитика, которые он еще не научился понимать. Более того, одни пациенты намного меньше способны к сотрудничеству, чем другие. Есть пациенты, поддержание контакта с которыми требует огромных усилий даже от лучших аналитиков; «нормальные» отношения с такими пациентами скорее исключение, чем правило. Но даже со способными к сотрудничеству пациентами отношения довольно часто нарушаются.

Мы распознаем эти нарушения сразу же, ощущая, что материал стал непонятен и мы каким-то образом потеряли нить. Что бы ни было таким образом утрачено, эта утрата создает новую ситуацию, которая может ощущаться и аналитиком, и пациентом как напряжение. Разумеется, некоторые аналитики — например те, что более всего стремятся к подтверждению успешного продвижения анализа, — переживают такое напряжение более остро, чем другие. Но если оставить в стороне индивидуальные различия, самой природе аналитической техники присуща особенность, неизбежно вызывающая у всех нас некоторое напряжение — прежде всего в те моменты, когда мы ничем не можем помочь пациенту в состоянии очевидного страдания (distress). Ведь, если до сих пор мои аргументы были справедливы, все мы в определенной мере нуждаемся в удовлетворении наших родительских и репаративных влечений ради противодействия инстинкту смерти. Но мы куда более ограничены в способах реализации этих влечений, чем реальный родитель, педагог или психотерапевт любого другого направления. В нашем распоряжении одни лишь интерпретации;[1] и способность давать интерпретации

[1] См. Кляйн (Klein, 1946). Я считаю, что различие интроективной и проективной идентификацией подразумевается — хотя и выражено недостаточно ясно — в работе Фрейда «Психология масс и анализ человеческого Я» (Freud, 1921).

[1] Насколько мы фактически ограничены одним лишь предоставлением интерпретаций, зависит в некоторой степени от принадлежности к той или иной школе. Мы все согласны с тем, что главная наша роль — давать интерпретации. Никто не отрицает также организацию определенных рамок, в которых предоставляются интерпретации: мы обеспечиваем физический комфорт пациента на

зависит от нашего продолжающегося понимания пациента. Если такое понимание пропадает, а оно неизбежно будет время от времени пропадать, у нас не остается в запасе никакого альтернативного метода терапии. Таким образом, здесь возникает ситуация, присущая исключительно психоанализу: когда нехватка понимания с высокой вероятностью вызывает сознательную или бессознательную тревогу, а тревога еще более ослабляет понимание. Я склонен полагать, что именно в точке возникновения порочной спирали этого типа коренится всякое отклонение нормальных контрпереносных чувств.

Если состояние аналитика на самом деле нарушено, скорее всего, в этом бессознательно поучаствовал пациент, и это нарушило также и его состояние. Значит, нам следует рассмотреть три фактора: во-первых, нарушение эмоционального состояния аналитика, поскольку ему, возможно, предстоит молча разобраться в самом себе, прежде чем он сможет в достаточной мере освободиться, чтобы быть в состоянии понять другие два фактора; затем участие пациента в возникновении данного нарушения; и наконец, его влияние на пациента. Разумеется, может оказаться так, что со всеми тремя факторами аналитик справится за несколько секунд, и в таком случае контрперенос действительно функционирует как чувствительный воспринимающий аппарат. Но я прежде всего буду рассматривать первую стадию, как будто она представляет собой длительный процесс, — а иногда именно это и происходит.

кушетке, и соблюдаем определенные правила вежливости, допуская лишь минимальные их вариации, согласно требованиям разных пациентов: одни желают обмениваться рукопожатием до или после сеанса, другие — нет и т. д. Но существуют разные мнения относительно того, следует ли целенаправленно манипулировать этими рамками, однажды принятыми в качестве стандарта. Так, Винникотт, если я правильно его понимаю, считает, что некоторые пациенты-психотики способны формировать отношение только с идеальным объектом, которым они никогда не обладали, и аналитику, возможно, придется играть эту роль, прежде чем возникнут условия для начала собственно анализа; другими словами, в данном случае недостаточно только лишь интерпретировать попытки пациента навязать аналитику соответствующую роль.

Роль Супер-Эго аналитика

Степень нарушений эмоционального состояния аналитика, вызываемых периодами непонимания, вероятно, зависит в первую очередь от другого фактора: от суровости его собственного Супер-Эго. Ведь анализ также является формой работы, требуемой от нас этой внутренней фигурой, которую иногда может репрезентировать требовательный пациент. Если наше Супер-Эго по преимуществу дружественно и ориентировано на помощь, мы способны переносить наложенные ограничения без чрезмерного беспокойства, и при отсутствии нарушений, вероятнее всего, скоро вновь обретем контакт с пациентом. Но если Супер-Эго сурово, мы можем осознать ощущение неудачи как выражение бессознательной персекуторной или депрессивной вины. Или же, защищаясь от подобных чувств, мы можем начать порицать пациента.

Мне кажется, альтернативный выбор той или иной возможности также определяется другим моментом. Ведь когда характеризующее аналитический процесс взаимодействие между интроекцией и проекцией разрушается, аналитик может оказаться склонным к застреванию в одной из этих двух позиций; позиция, в которой он застрянет, определяется тем, что он делает со своей виной. Если он принимает вину, он, вероятно, застрянет на стадии интроекции пациента (with an introjected patient). Если же он проецирует вину, пациент останется непостижимой фигурой во внешнем мире.

Примеры затянувшейся интроекции и проекции

Примером первой, то есть интроективной возможности, может стать ситуация, когда аналитик испытывает неоправданное беспокойство как за себя, так и за пациента по поводу неудачно прошедшего сеанса. Иногда аналитик чувствует, что к нему как будто вернулись некоторые его старые проблемы, а пациент тяготит его почти физически. Только отделив одно ощущение от другого,

он оказывается в состоянии увидеть, что было им упущено, и снова поместить пациента вне себя самого.

Зачастую аналитик чувствует некое свое упущение ближе к концу сеанса или недели и затем ощущает в себе всю предполагаемую фрустрацию пациента. Это может выглядеть как наказание аналитиком себя за бессознательное стремление причинить вред пациенту. Но стоит задаться вопросом, не поучаствовал ли и пациент в возникновении дистресса у аналитика. Когда пациент оставляет аналитика с его собственной нерешенной проблемой, не является ли это для пациента способом проецирования себя в аналитика — как для того, чтобы наказать его за угрозу сепарации, так и для того, чтобы этой сепарации избежать.

Иначе говоря, может существовать симбиоз между стремлением аналитика затягивать интроекцию пациента, которого он не способен понять или которому не способен помочь, и стремлением пациента проецировать части себя в аналитика (описанным Мелани Кляйн образом), ему не помогающего. (Ситуация может оказаться особенно тяжелой, если пациент более всего жаждет избавиться именно от своей деструктивности.)

В этих случаях настоящая причина задержки в понимании и репроецировании пациента аналитиком может заключаться в том, что пациент стал означать для аналитика нечто, что он еще не научился быстро понимать в себе самом. Если эта задача все же оказывается аналитику не по силам и он не может вынести чувство отягощенности пациентом, ставшим не поддающейся репарации или преследующей фигурой внутри самого аналитика, он, скорее всего, прибегнет к репроекции защитного типа, которая ограждает его от пациента и создает дополнительное препятствие пониманию.

Здесь может возникнуть новое осложнение, если аналитик, проецируя пациента, проецирует также аспекты себя самого. Тогда у него появится шанс изучить в себе самом работу тех механизмов проективной идентификации, которые под влиянием Мелани Кляйн, Розенфельда и других были столь плодотворно изучены у пациентов-психотиков (Klein, 1946; Rosenfeld, 1952). Этому не следует удивляться, ведь за открытием патологических механизмов душевной болезни обычно следует признание их менее очевидного действия также и в нормальной психике. Примером «замедленного течения» процесса того типа, о каком я сейчас говорю, может послужить ощущение, довольно часто охватывающее аналитика в выходные. Закончив свой недельный труд, аналитик еще некоторое — непродолжительное — время на осознаваемом им уровне поглощен нерешенными проблемами своих пациентов. Затем он забывает о них; но период осознанной озабоченности сменяется периодом апатии, и в это время личные интересы, обычно заполняющие свободное время аналитика, угасают. Я полагаю, происходит это потому, что аналитик вместе со своими пациентами проецирует также части себя и должен как будто ждать, пока они к нему вернутся.

Когда такая частичная утрата самости происходит в ходе сеанса, зачастую она переживается как утрата интеллектуальной потенции; аналитик чувствует себя отупевшим. В возникновении такого состояния также мог поучаствовать пациент. Возможно, фрустрированный отсутствием немедленной интерпретации, пациент бессознательно желает кастрировать аналитика, и, относясь к нему как к кастрированному, способствует возникновению у аналитика соответствующего чувства[1].

Мне кажется, хорошей иллюстрацией одновременного действия всех этих процессов может стать один сложный пример из моего опыта работы. Хотя основной темой здесь была моя проекция пациента, который стремился проецировать в меня свою болезнь, я также чувствовал себя интеллектуально ограбленным им.

[1] В таком случае пациент, скорее всего, будет также интроецировать его в этом состоянии и затем чувствовать еще более настоятельную потребность во внешней помощи, чем когда бы то ни было. В такие моменты аналитик может чрезвычайно дискомфортно для себя осознавать, что пациент еще более настоятельно требует того, что аналитик все менее способен ему предоставить: на сознательном уровне — хорошую интерпретацию, на бессознательном — грудь или пенис, которыми в данный момент никто из них не обладает.

Пациент-невротик, с выраженным действием параноидных и шизоидных механизмов, прибыл на сеанс в состоянии значительной тревоги, поскольку был не в состоянии работать у себя в офисе. Пока он ехал ко мне, он чувствовал себя рассеянным, словно мог заблудиться или сбить кого-то; и он презирал себя за бесполезность. Я припомнил сходный случай, когда в выходные он чувствовал себя деперсонализованным и видел сон о том, что забыл свой «радар» в магазине и не сможет получить его до понедельника. Я подумал, что в фантазии он оставил части своей «хорошей самости» во мне. Но я не был вполне уверен ни в этой, ни в других интерпретациях, которые начал ему предлагать. А он, со своей стороны, начал отвергать их со все более возрастающим гневом; и в то же время оскорблял меня за то, что я ему не помогаю. В конце сеанса он больше не чувствовал себя деперсонализованным, но испытывал сильный гнев и презрение ко мне. Свою бесполезность и смущение теперь ощущал я.

Когда в итоге я уяснил себе, что мое состояние в конце сеанса было очень похожим на то, что он описывал в начале, я почти ощутил облегчение репроекции. На этом сеанс завершился. Но в начале следующего сеанса он находился все в том же настроении — сильного гнева и презрения. Тогда я сказал ему, что, на мой взгляд, он чувствует, что низвел меня к тому состоянию бесполезной рассеянности, в котором находился сам. Он чувствует, что добился этого, «вызывая меня на ковер», задавая вопросы и отвергая ответы, как это делал его отчим. Его реакция поразила меня. Впервые за эти два дня он успокоился и задумался. Затем он сказал, что мое предположение объясняет, почему он так сердился на меня вчера: он чувствовал, что все мои интерпретации относятся к моей болезни, а не к его.

Мне кажется, на этом примере, как при замедленном просмотре пленки, мы можем вычленить несколько различных процессов, которые при идеальном или «нормальном» течении анализа должны развертываться чрезвычайно быстро. Я полагаю, что как только мой пациент лег на кушетку и заговорил о своем остром душевном дискомфорте, я начал как бы впускать его в себя, интроективно с ним идентифицироваться. Но я не смог сразу распознать его дискомфорт как соответствующий тому, что уже было понятно мне в себе самом; и потому я медленно выводил это состояние вовне в процессе объяснения — и пациент освобождался от него так же медленно. Пациента же фрустрировало отсутствие эффективных интерпретаций, и он реагировал на это проекцией в меня своего чувства интеллектуальной импотенции и в то же время вел себя так, будто забрал у меня нечто, что, как он ощущал, было им утрачено, а именно ясный, но агрессивный интеллект своего отчима, с помощью которого он атаковал свою импотентную самость во мне. В этот момент, конечно, бесполезно было пытаться двигаться в прежнем направлении. Возникла новая ситуация, которая повлияла на нас обоих. И прежде чем стать способным проинтерпретировать участие пациента в возникновении этой ситуации, я должен был молча провести самоанализ, в который входило различение двух вещей, которые могут ощущаться как очень похожие: мое собственное чувство некомпетентности и потери направления, и презрение моего пациента к своей импотентной самости, которую он чувствовал расположенной во мне. Предоставив самому себе эту интерпретацию, я в итоге смог передать вторую ее часть пациенту, и, сделав это, восстановить нормальную аналитическую ситуацию.

Согласно Биону[1], способность проводить различение такого типа, причем гораздо быстрее, чем это про-

[1] «Самая интересная проблема заключается в том, как именно пациент ухитряется навязать аналитику фантазию и соответствующий ей аффект, тем самым отрицая ее в себе самом. Я не думаю, что здесь следует допустить некую форму экстрасенсорной коммуникации; но коммуникация эта может быть довербального или архаического типа — возможно, подобная той, которую используют стадные или стайные животные, когда поза или крик одного из них вызывает соответствующий аффект во всех остальных. В аналитической ситуации особенность коммуникации подобного типа состоит в том, что на первый взгляд совершенно непохоже, чтобы эти вещи исходили от пациента. Аналитик переживает аффект так, как будто он является его собственным откликом на что-то. Здесь нужно постараться отделить вклад пациента от своего собственного» (Bion, 1955).

изошло в данном случае, составляет важную часть способности использовать контрперенос в интересах анализа.

Позитивный и негативный контрперенос

Перейдем теперь к контрпереносу в узком смысле слова — избытку позитивных или негативных чувств, который также зачастую является косвенным результатом фрустрации, возникающей у страдающего пациента, когда он не понят и поэтому не могут быть даны эффективные интерпретации. Ведь аналитик, чей репаративный импульс не находит аналитически нормальной реализации, может бессознательно склоняться либо к предложению любви вместо понимания и интерпретации, либо к враждебности в отношении своего пациента. Тем временем пациент может поддерживать данный процесс, пытаясь провоцировать в аналитике один из этих аффектов, и аналитик, скорее всего, будет *откликаться на* настроение пациента именно потому, что утратил свою *эмпатию с* этим настроением.

Однако сколь бы тщательно мы ни подавляли избыток позитивных или негативных чувств такого рода, пациент, вероятно, будет ощущать их бессознательно. Тогда возникнет новая ситуация, в которой может появиться необходимость интерпретировать уже этот его отклик на наше настроение.

Если, например, контрперенос слишком позитивен, пациент может откликаться на наше возросшее эмоциональное участие, жалуясь на отсутствие этого участия с нашей стороны. Он не услышит от нас возражений, которых, возможно, ждет. Но может быть, стоит сказать ему о его вере, что мы привязаны к нему, и о необходимости отрицать это, чтобы избежать ответственности за совращение. Ведь здесь может быть задействован важный ранний паттерн. Возможно, будучи ребенком, пациент бессознательно отдавал себе отчет в том, что его ласки смущают одного из родителей, например, мать, поскольку она боялась, что они вызовут у нее возбуждение; и ощущение отказа могло мучить его всю жизнь, поскольку должно было нейтрализовывать вину за попытки ее соблазнить. Тогда интерпретация повторения этого паттерна в переносе может позволить пациенту пересмотреть установку по отношению к нему не только аналитика, но и реального родителя.

Но если этот процесс проходит незамеченным и его последствия ускользают из поля нашего зрения, бессознательное предложение любви взамен эффективных интерпретаций может во многих отношениях нарушить течение анализа. Например, аналитик может поощрять расщепление — в своей психике непосредственно, а в психике пациента косвенно — между собой как хорошим родителем и реальными родителями как родителями плохими. Тогда пациент может так никогда и не узнать о своем чувстве вины перед родителями, которое обычно парадоксальным образом оказывается более сильным, если родители действительно были плохими, — ибо оно пропорционально его собственной амбивалентности. Если же эта вина не возвращается в анализе, пациент не способен проработать ту раннюю стадию, которую Мелани Кляйн описала как депрессивную позицию, стадию, когда развивающийся ребенок начинает узнавать о конфликте между своей ненавистью и своей любовью — и сожалеть о нем.

Негативные установки по отношению к пациенту, которые также могут возникать в результате временной неспособности аналитика его понять, с большой вероятностью появляются тогда, когда пациент становится «преследователем», поскольку аналитик чувствует, что не может его исцелить. В этом случае, как и ранее, перед аналитиком стоит тройная задача: сначала осознать этот защитный механизм в себе самом, затем осознать участие пациента в его возникновении, и наконец — последствия его воздействия на пациента.

Обратимся сначала к последнему этапу. Выше я упоминал пациента с параноидными чертами, который годами ненавидел меня и не выказывал никаких признаков прогресса. Такие пациенты легко могут заменить те ваши собственные плохие и преследующие объекты, от которых вы стремитесь избавиться. Подобные чувст-

ва проявляются в вашем вздохе облегчения по завершении последнего на этой неделе сеанса или перед отпуском. Первым импульсом может оказаться намерение подавить эти враждебные чувства; но если вы не позволите себе осознать их, вы можете упустить из виду их воздействие на бессознательное пациента. Например, я смог почувствовать, что те случаи, когда мой пациент отвергал меня с яростью большей, чем обычно, не предшествовали моментам, когда я был бы рад видеть его в последний раз, но следовали за ними. И тогда моя интерпретация, что это он чувствовал себя отвергаемым, была встречена более благосклонно.

Я тоже стал более отчетливо видеть, что осознавал свою неприязнь к нему после тех моментов, когда отчаивался ему помочь. И я задумался над тем, не пытался ли он, со своей стороны, заставить меня отчаяться и каковы в таком случае были его мотивы. Похоже, этих мотивов было несколько, и самым важным из них был тот, что в его фантазии выздоровление приравнивалось к отказу от непризнаваемого гомосексуального компонента в нем самом. Он бессознательно пытался доказать мне, что этого отказа добиться невозможно. В то же время он сознательно обвинял меня в том, что я его не лечу, то есть не устраняю этот импульс; а бессознательно — что я этот импульс не удовлетворяю.

Заключение

Все сказанное мной лишь слегка затрагивает чрезвычайно сложную проблему, но по крайней мере указывает на возможность приблизительных ответов на те вопросы, с которых я начал данную работу. Что такое нормальный контрперенос? Как и при каких условиях он нарушается? Как эти нарушения можно устранить, причем так, чтобы это могло способствовать анализу?

Мотив аналитика представляет собой смесь любопытства и родительских и репаративных влечений. Он оснащен как теоретическими знаниями о бессознательном, так и личным знакомством с его проявлением, полученным в ходе собственного анализа. Но здесь нас интересует использование им этого личного опыта, а именно — его инсайт, поскольку именно в нем заключается его способность, путем частичной идентификации с пациентом, использовать свое знакомство с собственным бессознательным при интерпретации поведения пациента. Когда все идет хорошо, эта идентификация, по-видимому, переключается между своими интроективными и проективными формами. Аналитик как бы абсорбирует душевное состояние пациента из выслушиваемых ассоциаций и наблюдаемых положений тела, распознает в них выражение некоего паттерна из мира собственных бессознательных фантазий и репроецирует пациента в акте формулирования интерпретации. В этой фазе у него может возникнуть то ощущение благотворного, целительного понимания пациента, которое удовлетворяет как его любопытство, так и репаративные влечения. Интерес аналитика в некоторой степени является и родительским, поскольку ребенок для родителя — это его ранняя самость, и именно на этого ребенка в пациенте в первую очередь направлено внимание аналитика. «Нормальное» контрпереносное чувство заключается в ощущении контакта с этим ребенком, эмпатии аналитика.

Поддерживают течение процесса повторяющиеся акты распознания аналитиком в интроективной фазе той или иной эмоциональной конфигурации как выражения той или иной фантазии из собственного бессознательного. Расстраивает это взаимоотношение неудача такого распознания.

Причиной неудачи может быть что-то в аналитике, чего он все еще боится, поскольку пока не вполне понимает, и к чему пациент подошел слишком близко. В этой ситуации допустима задержка аналитического процесса (но не более того), которая позволяет нам лучше наблюдать его отдельные фазы. Происходит она, в частности, тогда, когда замедляется первая, или интроективная фаза. В этом случае аналитик чувствует себя отягощенным и пациентом, и некоторыми аспектами своей незрелой самости. Он вынужден более медленно делать то, с чем в другое время справлялся мгновенно: осознавать возникающие у себя фантазии, распозна-

вать их источник, отделять фантазии пациента от собственных и снова его объективировать.

Но возможно, аналитику также придется иметь дело с двумя другими факторами, которые гораздо менее заметны, когда процесс протекает быстро. Речь идет о вкладе пациента — в частности, его использовании проективной идентификации, — в нарушение эмоций аналитика, и, обратно, о влиянии, которое это нарушение оказывает на пациента.

Однако может случится и так, что аналитик не успевает справиться со всем вышеупомянутым внутри себя до момента репроекции пациента во внешний мир в качестве чего-то чуждого и непонятного. Тогда, поскольку репаративные импульсы не находят себе выхода в эффективных интерпретациях, он может поддаться взамен соблазну «утешительства». Или же, разочаровавшись в своих репаративных способностях, он может перейти к защите от депрессии, сердясь на пациента. В обоих случаях аналитик временно теряет интуицию и потому дает интерпретации, основанные только на знании теории, что само по себе — бесплодный суррогат продуктивного сочетания этих двух компонентов: теории и интуиции.

Если бы мы были всеведущими аналитиками, единственный контрперенос, который бы мы испытывали, соответствовал тем периодам успешной работы интуиции, когда все идет хорошо. Те наиболее дискомфортные состояния, которые я пытался описать, фактически занимают гораздо больше времени, чем мы склонны помнить или признавать. Однако, на мой взгляд, именно в этих состояниях аналитик, молча анализируя свои собственные реакции, способен расширить интуитивное понимание, совладать со своими затруднениями и больше узнать о пациенте.

Перевод З. Баблояна

Литература

BION, W.R. (1955) Language and the schizophrenic. Ch. 9 in: M. Klein, P. Heimann, and R.E. Money-Kyrle (eds). *New Directions in Psycho-Analysis*, London Tavistock Publications, 220–239; Tavistock Publications (1971); reprinted Maresfield Reprints, London: H. Karnac Books (1985).

FREUD, S. (1921) Group Psychology and the Analysis of the Ego, *SE* 18, 67–143.

HEIMANN, P. (1950) On counter-transference. *IJPA*, 31: 81–84.

— (1954) Problems of the training analysis. *IJPA*, 35: 163–8.

KLEIN, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. In: *Developments in Psycho-Analysis*, London: Hogarth Press (1952); reprinted in: *The Writings of Melanie Klein, vol. 3. Envy and Gratitude and Other Works.* London: Hogarth Press (1975) 1–24.

LITTLE, M. (1951) Counter-transference and the patient's response to it. *IJPA*, 32: 32–40.

REICH, A. (1951) On counter-transference. *IJPA*, 32: 25–31.

ROSENFELD, H. (1952) Transference phenomena and transference analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. *IJPA*, 33: 457–64; and in: H. Rosenfeld. *Psychotic States*, London: Hogarth Press (1965) 104–116.

К вопросу о контрпереносе*

Анни Райх (1951)

Процесс понимания пациента в ходе анализа и возможность адекватно ответить ему базируется не только на логике. Часто аналитик замечает, что инсайт приходит внезапно, как будто откуда-то извне. Внезапно смесь непонятных фактов обретает смысл, бессвязный материал вдруг становится гештальтом. Так же внезапно аналитик обретает внутреннее понимание того, какой должна быть его интерпретация и как она должна быть подана. Этот тип понимания воспринимается как нечто, ощущаемое почти пассивно: «так случилось». Он не является результатом активного процесса мышления, наподобие решения математической задачи. Очевидно, что это проникновение в проблемы пациента достигается аналитиком через посредство его собственного бессознательного. Как будто имеет место частичная и кратковременная идентификация с пациентом. Очевидно, что понимание бессознательного пациента базируется на понимании того, что в данный момент происходит в мышлении самого аналитика. Однако эта идентификация должна быть краткосрочной. Аналитик должен уметь быстро возвращаться в свою отстраненную позицию, чтобы иметь возможность объективно оценивать то, что он только что чувствовал, находясь внутри.

* Reich, A. (1951) On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 25–31. Доклад впервые прочитан на заседании Американской психоаналитической ассоциации в Нью-Йорке в декабре 1949 года.

Как бы то ни было, инструментом для понимания является собственное бессознательное аналитика. Именно это имел в виду Фрейд, когда говорил, что аналитик должен слушать, используя свободно парящее внимание. Материал должен быть поглощен бессознательным аналитика, не должно быть никакой целенаправленной цензуры или отсева из-за попыток аналитика мыслить рационально. Такой способ слушания гарантирует аналитику возможность, не затрачивая никаких усилий, вспомнить те части прежнего материала, которые связаны с текущим или способствуют прояснению только что представленных данных.

Ясно, что здесь существует ряд опасностей. Если аналитик по каким-то причинам занят и не способен свободно ассоциировать, скользя от одной темы к другой, или он не в состоянии идентифицироваться с пациентом, или идентифицируется до такой степени, что не может самостоятельно отделиться от пациента (тут перечислены только некоторые из возможных затруднений), он будет не в состоянии слушать без усилия, вспоминать, понимать и правильно реагировать.

Более того, у аналитика существуют еще и другие задачи. Он должен быть объектом для переноса пациента. Он должен быть экраном, на который пациент может проецировать свои инфантильные объекты, свои инфантильные эмоции и импульсы или же защиты от них. Аналитик должен оставаться нейтральным, для того чтобы сделать этот перенос возможным. Он не должен отвечать на эмоции пациента тем же. Он не должен быть тронут любовью и агрессией, лестью, попытками соблазнения, обольщения и т. п., он не должен испытывать пристрастий, предубеждений или отвращения. Это весьма нелегкая задача для аналитика: с одной стороны, ощущать себя находящимся глубоко внутри другого человека, которого он стремится понять, а с другой — оставаться невовлеченным. Аналитик не может соответствовать этим сложным требованиям, не будучи проанализированным, не встретившись со своим собственным бессознательным, не изучив свои собственные пути и способы разрешения конфликтов.

Для аналитика быть нейтральным в отношениях с пациентом, оставаться экраном, конечно, не означает не иметь никакого отношения к пациенту. Ожидается, что он будет заинтересован в пациенте, будет чувствовать дружелюбное желание помочь. Пациент может ему нравиться или не нравиться. Поскольку такие отношения являются осознанными, они не имеют ничего общего с контрпереносом. Если интенсивность этих чувств нарастает, мы можем быть уверены, что примешиваются бессознательные чувства аналитика, его собственный перенос на пациента, т. е. контрперенос. Интенсивное неприятие — частая реакция на непонятного пациента, это чувство может также базироваться на более глубоком, «настоящем контрпереносе». Слишком сильный, в особенности сексуализированный интерес к пациенту наиболее часто является проявлением контрпереноса. Мы остановимся на этом подробнее.

Ситуация, когда психоаналитик действительно влюбляется в пациента, встречается нечасто. В такой ситуации анализ невозможен, и пациента следует отправить к кому-то другому.

Таким образом, контрперенос включает в себя бессознательные потребности аналитика и его проблемы в понимании или в технике. В таких случаях пациент представляется для аналитика объектом из прошлого, на который проецируются прежние чувства и желания, так же, как это случается у пациента в переносной ситуации с аналитиком. Провоцирующим моментом в этом случае могут быть какие-то особенности личности пациента, или его материала, или что-то в психоаналитической ситуации как таковой. Это и есть контрперенос в собственном смысле слова.

В дискуссии о контрпереносе, которую доктор Отто Фенихель вел со мной в Пражской психоаналитической группе в 1938 году и которую он позже использовал при написании статьи «Применение дидактического анализа»[1], концепция контрпереноса понималась намного шире. Под это понятие мы подводили все проявления

[1] Fenichel, O. «Implication of the didactic analysis», mimeographed by the Topeka Institute of Psychoanalysis.

использования аналитиком психоаналитического процесса для целей отыгрывания. Мы говорим об отыгрывании, когда анализ используется для достижения бессознательных целей аналитика. В конце концов его реакция на пациента, а часто и само ведение анализа, обуславливается скрытыми бессознательными тенденциями. Так мы используем термин *контрперенос* в тех случаях, когда пациент является не реальным объектом, на который что-то переносится, а всего-навсего инструментом, при помощи которого удовлетворяются некоторые потребности аналитика, например успокоение тревоги или возможность справиться с чувством вины. Поскольку такой тип поведения очень часто смешивается и сплавляется с собственно контрпереносом, нам кажется чересчур схематичным рассматривать эти две группы отдельно. Простейшими случаями контрпереноса являются те, которые возникают при особых состояниях с особенными пациентами. Это, так сказать, острое проявление контрпереноса. Я приведу для примера простой случай, о котором недавно узнала.

Аналитик чувствовал себя плохо, страдал от боли, но мог работать, принимая большие дозы аналгетиков. Одна из его пациенток выбрала этот момент для обвинения аналитика в пренебрежении ею, в том, что он уделяет ей недостаточно времени и т. п. Жалобы были высказаны с ворчливой настойчивостью требований орально агрессивной личности. Аналитик очень рассердился на пациентку и с трудом сдерживал проявления своей злобы. То, что произошло, совершенно понятно. Аналитик обиделся на то, что пациентка предъявила ему свои агрессивные требования внимания в то время, как он, аналитик, сам имел право на подобные требования, но вынужден был себя контролировать. Эти невысказанные требования впоследствии связались с более глубоким материалом, который был неуместен в данном контексте.

В данном случае аналитик находится в особом состоянии, когда его психическое равновесие было нарушено болезнью. В этом состоянии он не мог спокойно реагировать на пациентку, которая, как зеркало, отражала его собственные импульсы. Контрпереносная ре-

акция основывалась на идентификации с пациенткой. Идентификации такого рода являются наиболее частыми формами контрпереноса.

Еще один пример. Молодой аналитик, еще не закончивший свое образование, чувствует себя утомленным своим пациентом и хочет избавиться от него. Почему? Пациент выражает гомосексуальные тенденции, которые аналитик не склонен замечать в себе самом. И снова пациент является зеркалом, которое отражает что-то непереносимое.

Контрпереносные феномены не всегда являются проявлением защиты от импульсов, как это показано в последнем примере, но они могут быть простыми дериватами импульсов. Я помню случай коллеги, который был вынужден проходить повторный анализ, поскольку у него была тенденция влюбляться в молодых, привлекательных пациенток. Анализ показал, что на самом деле он был заинтересован не в женщинах, а в идентификации с ними, он хотел заняться любовью с аналитиком и таким образом удовлетворить свои гомосексуальные фантазии в переносе, которые остались непроанализированными в первом анализе.

Сексуальный интерес к пациенту, который может быть назван наиболее простой и прямой манифестацией контрпереноса, в данном случае является результатом идентификации с пациентом. Этот случай более типичен. Большая часть так называемых *простых* манифестаций такого типа построены по этому образцу. Пациенты на самом деле не являются объектами глубоких влечений, но они отражают импульсы аналитика так, как если бы те были удовлетворены. Конечно, идентификация не единственная возможная опасность. Иногда можно столкнуться с контрпереносными реакциями, вызванными специфическим содержанием материала, представленного пациентом. Например, когда определенный материал пациента был воспринят аналитиком как репрезентация первичной сцены. Когда бы пациент ни касался этой темы, аналитик реагировал на нее той защитной реакцией, которую выработал в критической ситуации в детстве: он становился сонливым и испытывал трудности концентрации и запоминания.

Временами трудности носят более общий характер и не зависят ни от какого-либо особого состояния аналитика, ни от специфического материала. Это аналитические отношения как таковые, те особенности отношения к пациенту, которые беспокоят аналитика, проявляясь в контрпереносе. Например, склонность принимать сопротивление таким, как оно представлено, ощущение неспособности атаковать или анализировать его в двух случаях было основано, как я смогла заметить в процессе анализа, на бессознательной идентификации с пациентом только потому, что он находился в положении пациента. Аналитик выражал в этой идентификации пассивное мазохистическое желание (в одном случае гомосексуальное, в другом, у женщины-аналитика, собственно мазохистическое) поменяться местами с пациентом и находиться в пассивной позиции. Оба испытывали искушение позволить себе быть пациентами, обвиненными и угнетаемыми. В обоих случаях желание быть пациентом соответствовало инфантильным фантазиям.

Такие проявления контрпереноса, конечно, не являются изолированными эпизодами, но отражают постоянные невротические трудности аналитика. Иногда контрпереносные трудности — это выражение общих проблем характера аналитика. Например, бессознательная агрессия может заставить аналитика быть чрезмерно миролюбивым, колеблющимся и неспособным в случае необходимости проявить твердость. Бессознательное чувство вины может проявиться в ощущении скуки или терапевтической поспешности. Такие отношения, естественно, являются серьезной помехой для аналитика.

Другой пример такого же типа — параноидная установка, которая заставляет аналитика концентрироваться на «сучках» в глазах других людей, в свою очередь не замечая «бревен» в своих собственных. Она может выродиться в полную проекцию аналитиком собственных содержаний или остаться в рамках полезности, давая возможность аналитику развить хорошее чутье, если можно так сказать, для весьма специфических содержаний. Когда аналитику трудно найти их в своих паци-

ентах, он может достать их из-под земли, даже если они существуют в минимальных количествах. Само собой разумеется, что аналитическая ситуация является плодородным полем для подобного поведения. Этот механизм может стать основным и даже поддерживать интерес в ходе анализа. Зачастую аналитическая ситуация не единственное поле боя для таких сил — оно распространяется и на другие стороны жизни. Это отношение не может считаться чисто контрпереносным в собственном смысле слова. Оно скорее принадлежит к группе «отыгрывания», о котором я упомянула выше и которое я хочу продемонстрировать на следующем примере.

У аналитика есть потребность доказать, что он не боится своих бессознательных влечений. Это ведет к компульсивным попыткам «понимания» бессознательного через интеллектуализирование, как будто аналитик говорит: «О, я знаю и понимаю все это, я не напуган». Это приводит к тенденции сохранять безопасную дистанцию по отношению к бессознательному пациента при помощи поддержки интеллектуальной изоляции и тенденции не замечать такую защиту пациента, как изоляция. Целью такого отыгрывания, конечно, является стремление аналитика справиться со своей тревогой. Такие механизмы являются обоюдоострыми. Они работают только в течение определенного времени и имеют тенденцию отказывать, когда тревога становится слишком интенсивной. Аналитик, напуганный возможностью такого отказа, боится любого эмоционального прорыва или взрыва тревоги у пациента и избегает всего, что могло бы помочь тому достичь бо́льших эмоциональных глубин. В такой ситуации для аналитика становится важным не идентифицироваться с пациентом во всем или, по крайней мере, идентифицироваться лишь с его сопротивлениями, которые не распознаются как таковые и принимаются за чистую монету. Это также серьезно мешает выполнению задачи аналитика.

Плохие отношения аналитика со своим собственным бессознательным могут привести к постоянным сомнениям в правильности выражения бессознательного. Такие сомнения иногда подтверждаются сильным стрессом, который вызывается любым осознанием бессознательного материала. Глубокие интерпретации, которые затем предлагаются в качестве компенсации за сомнения аналитика, являются преждевременными для пациента. В других случаях я встречалась со страхом интерпретаций.

Я воздерживаюсь от дополнительных примеров «отыгрывания», чтобы не утомлять читателя чрезмерной детализацией. Однако существует еще одна группа, о которой стоит упомянуть. Это использование аналитиком процесса анализа для достижения нарциссического удовлетворения и подбадривания себя.

Специфическая форма такого рода отношений может быть названа «прикосновением Мидаса». Дело выглядит так, как будто все, чего бы ни коснулся аналитик, превращается в золото. Он — магический врачеватель. Он восстанавливает потенцию и уничтожает кастрацию. Его интерпретации — магический дар. Его пациенты становятся гениальными только потому, что они его пациенты. Понятно, какое огромное удовлетворение получает аналитик от такого отношения и как это опасно. Это легко может привести к нереалистичной оценке пациента, к невозможности трезвого наблюдения, к переоценке себя и враждебности по отношению к пациенту, который не в состоянии дать терапевту нарциссическое удовлетворение, будучи вылеченным. В целом медленный, громоздкий процесс анализа предъявляет высокие требования к спокойствию и нарциссическому равновесию аналитика. Очевидно, каким вредоносным может стать анализ, если это равновесие нарушится, т. е. если аналитик будет зависим от пациента из-за необходимости нарциссического дополнения.

Сюда же можно отнести такой тип отношений, который можно было бы назвать педагогическими. Аналитик чувствует искушение исполнить неудовлетворенные инфантильные желания пациента и таким образом показать ему, что мир не настолько ужасен, как он представлялся в его детских размышлениях. Таким методом ослабляется тревога, вместо ее настоящего ана-

лиза производится подбадривание. Психотерапевтическое прошлое большинства наших студентов, недавно пришедших учиться анализу, часто дает нам примеры такого рода.

Например, я помню одного коллегу, который постоянно отвечал на все вопросы, касающиеся личной жизни аналитика. Аналитик был не в состоянии довести фрустрацию до пика, что могло бы позволить приступить к анализу детской ситуации. Вместо этого он удовлетворял и подбадривал пациента. Это происходило так, как будто он говорил пациенту: «Я не обращаюсь с тобой так, как обращались прежде — плохо — с тобой твои родители». Что может означать: «Я не обращаюсь с тобой, как обращались со мной мои родители и мой собственный аналитик. Я лечу то, что они повредили». Иногда подобное педагогическое отношение может иметь противоположное значение: «Я буду обращаться с тобой так, как обращались со мной. Я сделаю с тобой то же, что сделали со мной». Тут нечто, что было вначале воспринято пассивно, трансформируется во что-то, что будет активно насаждаться кому-то другому. Это один из наиболее эффективных способов совладания с собственной тревогой.

Я не буду продолжать здесь перечисление и описание возможных нарушений в работе аналитика, они столь же многочисленны, как и вся психопатология неврозов, включая нарушения характера. Во всех подобных типах поведения, где активность аналитика используется тем или иным образом для достижения внешних бессознательных целей, чаще всего для поддержания его внутреннего равновесия аналитика, пациент, как я упоминала выше, не является реальным объектом, а используется как случайно подвернувшийся инструмент для разрешения конфликтной ситуации. Фенихель предложил специальное определение для такой ситуации: пациент используется как свидетель, которому аналитик должен доказать, к примеру, что он может справиться со своим бессознательным или что у него нет оснований, для того чтобы чувствовать себя виноватым.

Тут мне хотелось бы остановиться и оглянуться назад. У меня намного больше примеров стабильных нарушений, чем остро возникающих. Возможно, это так, потому что я беру материал из случаев аналитиков, которые пришли для анализа из-за каких-то трудностей в работе, но я почти уверена, что большинство контрпереносных затруднений носят стабильный характер. Ясно, что острые расстройства значительно легче устранить, чем какие бы то ни было другие. Зачастую короткий самоанализ помогает выяснить, что происходит, и найти путь к полному разрешению конфликта. Постоянные и более генерализованные формы являются следствием глубоко укоренившихся личностных проблем аналитика, для решения которых существует только один путь: тщательный анализ. Фрейд в своей работе «Конечный и бесконечный анализ» настоятельно рекомендует аналитику после нескольких лет практики снова проходить анализ, даже если трудности, с которыми он борется, не столь серьезны, как те, что были описаны выше. Об этом мы должны хорошо помнить.

Эти две формы манифестирования контрпереноса можно противопоставить так же, как противопоставляют эпизодически появляющиеся истерические симптомы и постоянно существующие нарушения характера. Попытка четко разделить типы контрпереноса, конечно, носит схематический характер. Как я уже упоминала ранее, возможен переход от одной формы к другой.

Невозможно дать полное описание и классификацию хотя бы наиболее часто встречающихся форм контрпереноса. Это выльется в обзор психопатологии аналитика. Мы же сконцентрируемся на том влиянии, которое эти психологические механизмы оказывают на аналитическую технику. Практически все упомянутые феномены мешают проявлению способностей аналитика понимать, отвечать, обращаться с пациентом, правильно интерпретировать его высказывания. Но в то же время профессиональный талант и патология могут быть двумя сторонами одного и того же явления; облегченное проникновение в содержание может трансформировать бессознательные механизмы аналитика от переживания своих собственных конфликтов до ценной сублимации. А то, что является необходимым условием

для психологического интереса и мастерства, может выродиться в отыгрывание.

Мне кажется весьма желательным достижение лучшего понимания того, при каких условиях бессознательные элементы могут быть основой для адекватного или даже выдающегося функционирования и когда они служат помехой для этого или, по крайней мере, осложняют работу аналитика. Выше мы говорили, что бессознательное аналитика является его инструментом. Готовность и способность использовать собственное бессознательное таким образом должны иметь некую глубинную мотивацию в психологическом складе характера.

Анализ этих глубинных мотивов, которые, как было сказано, являются необходимым базисом для аналитического интереса, возвращает нас к бессознательным влечениям, сублимированным в психологические способности. Иногда личностное происхождение интереса аналитика к его работе ясно различимо даже без анализа. Я знаю, к примеру, большое число аналитиков, которые после долгих лет работы все еще очарованы тем, что их положение дает им право совать нос в чужие тайны; другими словами, они вуайеристы: они переживают вновь свое инфантильное сексуальное любопытство. Многие аналитики всерьез считают любопытство необходимым условием для проведения анализа, но это должно быть любопытство особого рода. Оно должно быть десексуализировано. Если же оно все еще связано с сексуальными переживаниями, это обязательно будет мешать работе аналитика. Более того, оно должно быть удалено от исходных объектов и использоваться для поддержания интереса в понимании их психологии и структуры. В этом случае весь процесс поднимается над исходным уровнем конфликта.

Далее я приведу отрывки из материала анализа одного аналитика, которые проливают свет на психологическую основу такой сублимации и могут позволить нам лучше понять ее структуру. Выбранный мною пример касается человека, который был одаренным, успешным терапевтом и получал хорошие результаты в лечении. В этом случае контрперенос, несмотря на его патологическое происхождение, был, можно сказать, использован в качестве энергетического источника для созидания. Мне придется ограничиться наиболее важными моментами.

Одним из особо выдающихся качеств этого аналитика была его наблюдательность, способность схватывать мельчайшие детали в поведении пациентов и понимать их — вполне правильно — как выражение бессознательных конфликтов. Он был настолько увлечен своей работой, что она заменяла ему какую бы то ни было интеллектуальную деятельность, направленную вовне.

Происхождение этого психологического интереса удалось реконструировать в ходе анализа следующим образом: много раз с раннего детства доктор X становился невольным свидетелем жестокой борьбы между несчастливыми в браке родителями, которая пугала его, вызывала стремление примирить их и нейтрализовать тот ущерб, который она могла им нанести, ошибочно воспринимаясь ребенком как садистическая первичная сцена. Отец, сильный и властный, но уступавший матери интеллектуально, «вырывал из матери куски», как она жаловалась всякий раз, когда хотела остановить его стремление к чувственной близости. Мальчик чувствовал, что это делало мать кастрированной, больной, обиженной и в то же время чрезвычайно амбициозной и требующей заместительной компенсации собственной дефектности от сына, который становился «великолепным» для удовлетворения ее нарциссических потребностей. Испугавшись идентификации с отцом в его садистической активности, ребенок очень рано идентифицировался с матерью и ощущал себя таким же пассивным и кастрированным, как и она. Легкая атака полиомиелита в самой середине эдипова периода способствовала еще более глубокой идентификации с матерью. Теперь он изучал свое тело так же, как его изучала мать в поисках симптомов болезни. Любое возникновение признаков маскулинности, силы и цельности противоречило внутренней убежденности в собственной пассивности и приводило к страху кастрации. Теперь частичная регрессия способствовала его интересу к собственным анальным функциям такому же,

как у его матери, которая была крайне озабочена видом его анальной продукции и горячо хвалила его, когда была удовлетворена. Теперь он переоценивал себя так же, как его мать переоценивала его. В это время возникла любопытная фантазия о том, что он является единым целым со своей матерью, как будто он и она составляют одно тело. Он является ее наиболее драгоценной частью, т. е. ее пенисом. Будучи «великолепным», как она того хотела, его тело стало большим пенисом, и таким образом он уничтожил ее кастрацию. Вместе они были законченным целым.

Эта фантазия являлась основой его склонности к самонаблюдению, проявившемуся с этого времени. Наблюдая за собой, он играл двоякую роль. Он идентифицировался с тревожной кастрированной матерью, которая наблюдала за ним, и в то же время он демонстрировал себя с целью удовлетворить ее. Теперь эта нарциссическая игра стала новым источником самоудовлетворения. Он гордился своей наблюдательностью, умом и знанием. Его мысли были его ментальным продуктом, которым он гордился так же, как и своими анальными достижениями. Таким образом он воссоздал то, что его мать потеряла. Своим самонаблюдением он магически вылечил ее кастрацию. Когда ему было девять лет, родился младший брат — единственный сиблинг. Это стало исполнением его желания иметь собственного ребенка, которое выступило на передний план в связи с его анальными интересами. Теперь он вызвал материнский интерес к другому ребенку и преуспел в переориентации этого интереса со своего тела на брата и в дальнейшем на прочие внешние объекты. Самонаблюдение превратилось в наблюдение за окружающими, и эта исходная игра между ним и матерью была заново разыграна (re-enacted) в проекции по отношению к внешним объектам и таким путем стала бескорыстной и объективной. Был сделан необходимый подготовительный шаг по направлению к сублимации.

В дальнейшем можно проследить другие важные этапы развития. Его интерес к маленькому брату приобрел психологический характер. Он припомнил сцену, когда малыш, еще не достигший 2 лет, пришел в ярость и стал кусать деревянную мебель. Старший брат был очень озабочен интенсивностью эмоций ребенка и интересовался, что можно сделать в таком случае. Так его интерес, который изначально относился к физическому ущербу, перешел на эмоциональные проявления.

С того момента психологический интерес играл большую роль в его жизни. Решение изучать медицину и выбор психоанализа в качестве специальности удивительным образом продолжает естественное развитие этого интереса. Таким образом он смог развить стабильную сублимацию своих особых устремлений. Теперь он мог продолжать наблюдение не за собой, а за другими людьми. Он мог продемонстрировать свой скрытый дефект, признаки кастрации и мог использовать технику анализа для их лечения. У него был особый дар понимания бессознательного других людей и их скрытого сопротивления. В понимании бессознательного других людей он воспроизводил исходное взаимодействие с матерью. Занимаясь лечением пациентов, он лечился сам и излечивал кастрацию своей матери. Пролеченные им пациенты представлялись ему чудесным фаллосом, который он возвращал матери. Понятно, какие огромные нарциссические усилия предпринимал он для того, чтобы быть «хорошим аналитиком». В этой новой позиции «чудесного» аналитика он представлял свой глубочайший Эго-идеал удовлетворенным, он был фаллической матерью.

На более высоком уровне пациент также представлял для него ребенка, его маленького брата, которого он хотел понять, для того чтобы обучить и помочь ему.

Аналитические способности этого аналитика, конечно, исходно основывались на крайне патологическом и нарциссическом интересе к себе. Его интерес к пациенту базировался на проекции интереса к себе, но то, что он наблюдал, было объективно и не представляло собой проекцию внутренних переживаний и фантазий. Эта способность к объективности наблюдения привела к тому, что доктор Х, несмотря на временами нестабильные границы между ним и его матерью, имел теплые и эмоционально насыщенные отношения с нею и был способен к реальным объектным либидинозным

отношениям. Он видел то, что существовало на самом деле, а не то, что происходило с ним, хотя мотивация этого видения и его способности к пониманию первично базировались на его чрезмерной озабоченности материнской и своей собственной целостностью или дефектностью; поэтому он хотел стать магическим целителем и был способен сдерживать себя в ходе медленного процесса интерпретации сопротивлений, устранения защит и отыскивания бессознательных содержаний. Таким образом, можно сказать, что его потребность в понимании является результатом крайне патологической материнской фиксации. Он смог успешно сублимировать эти инфантильные потребности в настоящий психологический интерес. То, что он хотел понимать и лечить, было обусловлено его прошлым. Но то, что́ он понимал и как он пытался лечить, базировалось на объективной реальности. Это существенно, т. к. демонстрирует различие между отыгрыванием и настоящей сублимацией.

Я хорошо понимаю, что в представленном фрагменте случая я не слишком преуспела в освещении всех тонкостей развития этих достижений. Решение вопроса, будет сублимация успешной или нет, в значительной степени зависит от экономических факторов, и это выходит за рамки нашей дискуссии. Кстати, эта проблема не имеет особого значения для данного типа сублимации.

Желание заниматься лечением и психологический интерес могут быть прослежены в этом материале вплоть до специфических инфантильных установок. Я не имею права самонадеянно провозгласить, что желание заниматься лечением, как правило, базируется на подобном конфликте. Требуются дальнейшие, более обширные исследования в этой актуальной области для выяснения причин интереса к психологии и врачеванию.

Для нас представляют особый интерес подобие и различия между хорошо работающей сублимацией и вышеупомянутыми разновидностями отыгрывания. И в том, и в другом случае удовлетворяются глубокие личностные потребности. Но в случае сублимации удовлетворение достигается путем достижения десексуализированного психологического инсайта, и эта трансформация не происходит при патологических формах контрпереноса.

Обоюдоострый характер этой сублимации очевиден. Интенсивность интереса, особая способность к пониманию приводит к достижению хорошего качества работы, но любое нарушение психического равновесия может привести к разрушению сублимации, и тогда удовлетворение собственных потребностей может стать настолько важным, что объективность в отношениях с пациентом может быть разрушена.

Мне бы хотелось подчеркнуть, что в случае нормального функционирования психологический интерес обязательно основывается на очень сложном контрпереносе, который имеет десексуализированный и сублимированный характер, в то время как при патологии конфликт сохраняет свою изначальную форму и аналитическая ситуация используется либо для переживания лежащих в основе импульсов, либо для защиты от них, либо для доказательства того, что не будет никакого вреда от их удовлетворения.

По-видимому, мы можем сделать следующий вывод. Контрперенос является необходимой предпосылкой процесса анализа. Если его нет, необходимые способности и интерес отсутствуют. Но он должен оставаться в тени и в глубине. Это можно сопоставить с той ролью, которую играет привязанность к матери при нормальном выборе объекта у взрослого человека. Любви обучает мать, некоторые черты взрослого объекта могут напоминать ее, но в норме объект воспринимается реально и реакции на него также реальны. Невротическая личность полностью воспринимает объект как свою мать или страдает, потому что он не является ею.

В психике нормально функционирующего аналитика мы можем обнаружить следы исходного бессознательного значения анализирования, в то время как невротик ошибочно понимает анализ под влиянием бессознательных фантазий и соответственно реагирует.

Перевод С. Дураса

Дальнейшие замечания о контрпереносе*

Анни Райх (1960)

В течение нескольких последних лет в разных частях света было опубликовано большое количество работ по контрпереносу. Утверждают, что так же, как и перенос, который вначале рассматривался просто как источник нарушений хода лечения, а позднее был признан центральным терапевтическим фактором психоанализа, контрперенос представляет собой не только помеху, но и катализатор, необходимый для достижения терапевтических целей. Цель данной работы — обсудить эту идею и опровергнуть ее.

Я полагаю, что возрастание внимания к явлению контрпереноса имеет ряд причин. Изменения в технике и поведении аналитика иногда обусловлены «расширением кругозора» психоанализа, так как мы имеем дело уже не только с неврозами, но и со многими другими формами патологии. Возрастающее значение психоанализа в психиатрии в целом, в социальной работе, образовании и т. д., расширение «психоаналитически ориентированной» психотерапии и, как следствие, акцент на «межличностных отношениях», — во всем этом таится опасность ослабления психоанализа, путаницы между психоанализом как таковым и психотерапией и, следовательно, путаницы в понимании роли терапевта. Кроме того, не следует забывать, что наш растущий опыт в подготовке студентов-аналитиков все больше

* Reich, A. (1960) Further remarks on countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1960, 41, p.389–395. Доклад впервые прочитан на 21-ом конгрессе Международной психоаналитической ассоциации (Копенгаген, июль 1959 г.).

и больше сталкивает нас с эмоциональными помехами у студентов, напоминая нам о похожих трудностях у нас самих.

Я считаю, что сложность этих проблем во всем их выражении в аналитической теории и технике оправдывает меня в том, что я даю критическую оценку современных идей о контрпереносе, не предлагая при этом никакой новой базовой теории этого феномена. Имея в распоряжении ограниченное количество времени, не буду говорить слишком длинно. Я лишь обозначу несколько проблем, не давая пространных цитат и часто не называя ни авторов, ни соответствующие работы.

Разнообразие мотиваций интереса к контрпереносу проявляется в недостаточной ясности его определения. Прежде чем углубиться в этот вопрос, я кратко хотела бы повторить сказанное мной в предыдущей работе по данной теме (Reich, 1951). Контрперенос включает в себя воздействия бессознательных потребностей и конфликтов самого аналитика на его понимание или технику. В таких случаях пациент становится объектом, по отношению к которому аналитик переживает чувства или желания прошлого. Провоцирующим фактором может быть что-то в личности пациента, особенный паттерн переноса или специфическая аналитическая ситуация и материал.

Данные контрпереносные реакции состоят из либидинозных и/или агрессивных стремлений, или из защит от таких стремлений, или из идентификаций и установок Эго, связанных со специфическим конфликтом в прошлом аналитика. В качестве промежуточного этапа могут возникнуть неразрешенные проблемы его собственного анализа и собственного переноса. Значимым является тот факт, что зачастую аналитик не осознает свою реакцию как таковую, а только лишь определенные ее последствия, такие как тревожность, неуместная и часто слишком сильная эмоция, неспособность понять пациента, скука т. д.

Одной из преобладающих ошибочных концепций является приравнивание контрпереноса к общей (total) реакции аналитика на пациента. Термин используется так, что включает в себя все сознательные реакции, от-

клики и все виды поведения. Это так же неверно, как называть переносом все, что во время анализа возникает в пациенте по отношению к аналитику, и не отличать проявления бессознательных стремлений от адаптированного к реальности сознательного поведения или наблюдений. Аналитик для пациента, как и пациент для аналитика, есть объект реальности, а не только объект переноса или контрпереноса. У аналитика должен быть некоторый (заторможенный в отношении цели) объектно-либидинозный интерес к пациенту, являющийся предпосылкой эмпатии. Сознательные реакции следует считать контрпереносом, только если они достигают необычной интенсивности или сильно окрашены неуместными сексуальными или агрессивными чувствами, таким образом раскрываясь как инфантильные бессознательные стремления.

Значимость того факта, что аналитик также является реальным объектом для пациента, была справедливо подчеркнута Ференци и впоследствии такими авторами, как Балинт, Бенедек и др. (Ferenczi, 1950; Balint, 1936; Benedek, 1953). Каждый из нас обладает особыми качествами и индивидуальным стилем анализа, никто не является полностью «нейтральным». Важно давать пациенту возможность свободно говорить обо всех актуальных наблюдениях, которые он мог сделать, или информации, которую он мог получить относительно своего аналитика. Если удастся внести в анализ эти факторы реальности, в конечном итоге они престанут быть релевантными. Но не упоминать все это или рассматривать исключительно как перенос пациента означает отрицать реальность его наблюдений или информацию об аналитике. Подобное отрицание можно рассматривать как выражение специфического контрпереноса: ведь тогда аналитик действительно ведет себя как родитель, запрещающий ребенку знать что-либо о его «тайной» личной жизни, — отношение, которое, несомненно, усиливает защиты пациента.

Данная неспособность отличить контрперенос от общей реакции в сочетании с ошибочным предположением, что анализируемый «не должен быть» для аналитика объектом реальности, приводит к идее о том, что «аналитическая нейтральность» — невозможная и недостижимая задача, так как может выполняться только ценой неестественной сдержанности. Отсюда якобы следует, что концепция «аналитической нейтральности» в целом основывается на «нечестном» предположении, на «мифе о совершенстве аналитика». Некоторые авторы сделали отсюда далеко идущие заключения. Поскольку совершенства в форме абсолютной нейтральности не существует, утверждают они, следует полностью освободиться от нейтральности; аналитику следует отвечать пациенту так, как он чувствует. Действительно, распространено заблуждение, что «аналитическая нейтральность» означает необходимость вести себя как высшее существо, которое смотрит на пациента сверху вниз. Поэтому, говорят нам, разрешение переноса и окончание анализа должны осуществляться путем отказа от этой богоподобной роли в пользу свободного и человечного поведения (Weigert, 1952). Я считаю очевидным, что отказ от принципа аналитической нейтральности означает, в общем, недостаточное понимание природы и важности переноса и, следовательно, сущности психоаналитической терапии.

Но даже там, где удается избежать таких серьезных недоразумений, слишком сильный акцент на контрпереносе влечет за собой практические последствия. Кроме требования бóльшей «честности» в признании контрпереноса, мы часто слышим, что его «допущение» необходимо в интересах пациента. Безусловно, временами неизбежно допущение определенных проявлений контрпереноса по отношению к пациенту, например, аналитик что-то забыл или оговорился и т.д. В этих случаях можно рекомендовать признание случившегося, чтобы позволить пациенту свободную вербализацию своих чувств по отношению к аналитику. Совершенно другое — нагружать пациента личными делами аналитика и вмешиваться в ход анализа, вводя внешний материал, чуждый самому пациенту.

Следует упомянуть о еще одном распространенном заблуждении в отношении контрпереноса, которое оказывает нежелательный эффект на методы обучения психоанализу. Я имею в виду точку зрения, с которой

любая неправильная интерпретация или ошибка в управлении психоаналитической ситуацией рассматривается как выражение контрпереноса. Это привело к ошибочной идее о том, что главная задача супервизора — указывать студенту на контрперенос или сосредоточиваться на любых осложнениях в отношениях между студентом и инструктором, а не учить супервизируемого применять принципы психоанализа к запутанным паттернам клинического материала. Как будто подразумевается, что молодой аналитик рожден с врожденным знанием психопатологии и «правильной интерпретации» и что ошибки чаще всего основаны на контрпереносе и не имеют ничего общего с недостатком знаний и опыта.

Конечно же, правда заключается в том, что наше аналитическое понимание, которое направляет нас в ведении анализа, уходит корнями в теоретические и клинические знания, а также в интуитивные процессы. Анализируя, мы постоянно колеблемся между двумя этими методами понимания. Мы то интегрируем наблюдения со своими аналитическими познаниями, то вновь слушаем со свободно парящим вниманием (Fenichel, 1941). Мы слушаем нашим бессознательным или, как сказал Т. Рейк, «третьим ухом» (Reik, 1948). Способность пользоваться богатством обеих этих областей является предпосылкой к тому, чтобы стать хорошим аналитиком. Таким образом, вполне обоснован наш интерес к психологическим преградам, которые вторгаются в интуитивный процесс. Ведь каждый из нас может стать их жертвой, и не один раз.

Уже долгое время психология аналитической эмпатии является предметом повышенного интереса. Проникновение в суть опасностей данного процесса помогает нам понять динамику определенных контрпереносных явлений. С другой стороны, то, что мы знаем об интуитивном понимании, ведет нас к дальнейшей путанице по поводу контрпереноса.

Интуитивное понимание происходящего в другом человеке основано на пробной идентификации (весьма удачный термин, введенный в обиход Робертом Флиссом в замечательной работе «Метапсихология аналитика» (Fliess, 1942)). Основываясь на его открытиях, а также на открытиях Хелен Дойч и Теодора Рейка, работы которых предшествовали психологичсеким исследованиям Флисса (Deutsch, 1926; Reik, 1937), можно заметить, что аналитическое понимание — особенно понимание манифестаций переноса — достигается следующим образом. (1) Аналитик становится объектом либидинозных и/или агрессивных стремлений пациента (или защит от них). (2) Особым образом, временно, аналитик идентифицируется с пациентом и таким образом начинает в какой-то мере разделять чувства пациента. (3) Теперь он получает возможность распознать эти чувства и лежащие в их основе стремления как принадлежащие пациенту, т. е. он вновь становится отстраненным от него. Таким образом аналитик приобретает знание о пациенте через осознание чего-то, что произошло в нем самом.

Хелен Дойч указала на еще большую сложность процесса эмпатии (Deutsch, 1926). Она показывает, что прямые отклики (любовь или ненависть) на инстинктивные стремления пациента являются причиной того, что аналитик идентифицирует себя также с изначальным инфантильным объектом этих влечений. Через данную идентификацию, которую Дойч называет дополнительной (complementary), аналитик получает знание об объектах пациента, чувствуя то, что происходит в нем самом. Этот аспект эмпатической идентификации здесь важен, так как играет важную роль в идеях Британской школы психоанализа о взаимодействии между аналитиком и пациентом во время аналитического процесса и о роли контрпереноса.

Естественно, способность к эмпатии основана на том, что в бессознательном мы все наделены одними и теми же стремлениями, но я должна подчеркнуть следующее: то, что является гомеопатической дозой для одного человека, может слишком сильно катектировать другого. В случае аналитика процесс идентификации и экстернализации заряжен минимальным количеством энергии, и ему должен предшествовать далеко идущий процесс нейтрализации. Аналитик должен препятствовать любому немедленному удовлетворению, ограничи-

ваясь удовлетворением сублимированным, черпаемым из своей способности понимать и функционировать правильно и Эго-синтонно.

Более того, при пробной идентификации примитивные механизмы Эго, интроекция и проекция, регрессивно восстанавливаются (по желанию аналитика и только временно) для целей Эго. Нейтрализованный катексис пациента никогда не ослабляется. Таким образом, аналитик никогда не упускает из виду пациента как отдельное существо и никогда не чувствует изменения своей собственной идентичности. Это позволяет ему оставаться невовлеченным. Но этот тонкий процесс пробной идентификации полон опасностей, и его провал проявляется как контрперенос.

Приведу примеры.

1. Аналитик может реагировать на влияние инстинктивных стремлений пациента прямым откликом. Он может отвечать любовью на любовь и ненавистью на ненависть, не умея идентифицировать и отстранить самого себя. Подобные прямые отклики, особенно когда они набирают большую интенсивность, представляют самую распространенную и простую форму контрпереноса. Они возникают из инфантильных мотиваций аналитика.

2. На другую очень частую форму осложнения, которая подобным же образом порождается инфантильными конфликтами аналитика, впервые указала Хелен Дойч (Deutsch, 1926). Согласно ее трактовке, аналитик может завязнуть в некоторых из этих пробных идентификаций, потому что они доставляют ему слишком большое удовольствие: он не склонен и не способен отказаться от них. Так, вместо того чтобы просто пройти временную идентификацию с целью понять пациента, аналитик остается идентифицированным с пациентом (или объектом последнего). Он ведет себя или чувствует как пациент, что делает его слепым к защитам пациента.

Конечно, перечисленные здесь манифестации контрпереноса не охватывают все разнообразие его возможных форм, а лишь те, которые являются непосредственными ответвлениями процесса эмпатии. Я обсудила данный аспект столь подробно потому, что определенные идеи о позитивной ценности контрпереноса можно соотнести с психологией аналитической интуиции.

Подобные идеи впервые были выражены Хайманн (Heimann, 1950) и далее были подхвачены другими авторами. Она предложила (я даю здесь свою формулировку) использовать эмоциональные отклики аналитика, его манифестации контрпереноса как заменитель эмпатии. Она описывает, как пациент вскоре после начала анализа внезапно решает вступить в брак с «дефектным» объектом, на что аналитик реагирует эмоциональным откликом в виде беспокойства и тревоги. Распознав этот отклик и пытаясь анализировать его в самой себе, Хайманн классифицирует решение пациента как отыгрывание переноса, основанное на садистически окрашенных фантазиях об аналитике, который воспринимается как дефектный объект.

Позвольте мне реконструировать здесь то, что происходило в аналитике. Что-то вмешалось в процесс непосредственного, интуитивного понимания. Аналитик отреагировала на стремление пациента своим собственным эмоциональным откликом. Она не ограничилась одним только «знанием» того, что пациент был занят отыгрыванием своего переноса, так как не смогла идентифицироваться с ним и вновь отстраниться от такой пробной идентификации. Этот процесс она заменила ретрансляцией своих собственных чувств в чувства пациента. Мы должны заметить, что она использовала вторичный, окольный и неполный способ понимания, потому что прямая дорога была заблокирована. Данный окольный путь часто используется и иногда является удобным. Тем не менее, это нежелательно, так как в сильной вовлеченности аналитика всегда таится та опасность, что его понимание, особенно понимание ситуации переноса, может быть затемнено путем введения чего-то, что свойственно не пациенту, а только психологии самого аналитика.

Честность, с какой Хайманн и ряд других аналитиков рассматривали данную тему, внесла большой вклад в ее прояснение. В связи с этим следует упомянуть ра-

боту Гительсона (Gitelson, 1952). Действительно, самым подходящим является практическое заключение, к которому пришли многие авторы: нам следует зорко следить за нашими собственными чувствами, прекратить исследовать их, и обратиться к анализу того, что происходит. Осознание аналитиком своего чрезмерного эмоционального отклика предупреждает его о помехе его компетентному функционированию, которую следует устранить. Сам по себе контрперенос ничем не помогает, но готовность признать его существование и способность преодолеть его — действительно помогают.

Резко противоречат данной точке зрения другие авторы, которые не рассматривают сильные эмоциональные отклики аналитика как иногда неизбежный, но все же окольный путь к пониманию. Они утверждают, что природа контрпереносных манифестаций соответствует природе импульсов и защит, которые в это время преобладают у пациента, так что инсайт в отношении контрпереноса открывает прямую дорогу в бессознательное пациента (Heimann, 1950). Я считаю, что данная концепция является результатом смешения особой, преходящей формы идентификации, за которой вновь следует отстранение, как это происходит в эмпатии, с идентификацией и проекцией в их самых прямых формах.

Некоторые аналитики Британской школы склонны рассматривать аналитический процесс только под этим углом, так как они делают акцент на прегенитально-агрессивных конфликтах и на механизмах интроекции и проекции. Согласно данному мнению, аналитический процесс состоит из обоюдной идентификации и взаимных проекций между аналитиком и пациентом (или некоторыми частями их личностей — время не позволяет мне углубляться в этот вопрос). Таким образом, предполагается, что доступ [пациента] к здоровой личности аналитика через идентификацию формирует важную часть лечения (момент, к которому я еще вернусь). Более того, в соответствии с идеей Хелен Дойч указывается, что аналитик становится идентичным с инфантильными объектами пациента через «дополнительную идентификацию», и таким образом анализ всех контрпереносных реакций раскрывает инфантильную историю [пациента]. Следовательно, если аналитик чувствует злость по отношению к пациенту, это означает, что инфантильный объект был зол на пациента. То есть анализ контрпереноса проливает свет на развитие переноса. Так как предполагается, что эмоциональные переживания аналитика и его реакции на пациента идентичны оригинальным моделям, такое взаимодействие переноса и контрпереноса заменяет воспоминания прошлого или даже его реконструкцию. Не считается важным восстановление памяти об особых событиях, связанных с актуальными объектами.

Уравнивание тонкого процесса пробной идентификации с такой обоюдной идентификацией отрицает важный факт. Эмпатическая идентификация, как я упоминала ранее, отмечена минимальным и нейтральным катексисом, тогда как здесь контрперенос явно заряжен интенсивной эмоциональной силой. Например, Литтл говорит о чувстве «настоящей ненависти к пациенту, длящейся несколько недель кряду», или «внезапных приступах ярости», или о большой опасности «фобических или паранойяльных»[1] установок аналитика по отношению к своему собственному бессознательному (Little, 1951).

Действительно, здесь мы столкнулись с поразительным противоречием. Такой сильный эмоциональный катексис может быть только результатом бессознательных конфликтов самого аналитика; значит, он должен представлять вторжение этих конфликтов в то, что Литтл называет процессом обоюдного отражения друг друга в зеркале бессознательного другого (Little, 1951). Этим фактором фальсификации через определенные конфликты аналитика пренебрегают те, кто защищает «свободный контрперенос», так же, как они пренебрегают специфическими событиями в прошлом пациента. Эта концепция предполагает типичное содержание контрпереноса. Согласно Ракеру, контрперенос управляется законом талиона, который следует простым

[1] А. Райх пишет о «paranoic» (паранойяльных) установках, неточно цитируя М. Литтл, которая называет такие установки «paranoid» (параноидными). См. статью «О принципах перевода» в данном сборнике. — *Прим. науч. ред.*

правилам и позволяет ретрансляцию сложных и тонких психологических переживаний, как если бы мы имели дело с арифметическим задачами, что подразумевают только один правильный ответ (Racker, 1953; 1957).

Здесь я должна сказать, что в современной литературе довольно часто встречаются идеи о типичном содержании контрпереноса. Некоторые авторы, например Винникотт и Гловер, считают, что контрперенос состоит преимущественно из ненависти и агрессии (Winnicott, 1949; Glover, 1955). Определеннее всего высказывается Ракер: он утверждает, что для мужчины-аналитика любой пациент-мужчина представляет отца, а любая пациентка — мать, и аналитическая ситуация тем самым представляет собой ситуацию эдипову. Также Шпиц слишком обобщает, полагая, что типичный контрперенос базируется на детском «диатрофическом» отношении (имея в виду поведение ребенка, когда он хочет кормить других детей или кукол и ухаживать за ними, идентифицируясь с заботливой матерью) (Spitz, 1956). Все подобные понятия о типичном содержании контрпереноса представляют собой схематизации и сужение великолепного разнообразия психического функционирования.

Возвращаюсь к обзору существующих теорий. Пока что я описала те теории, в которых анализ контрпереноса предстает ценным методом понимания того, что происходит в пациенте. Однако контрпереносу приписывают также и многие другие важные функции.

Некоторые авторы отстаивают свободное выражение контрпереносных чувств, включая негативные, как метод, предназначенный для стимуляции идентификации пациента с более здоровой личностью аналитика. Например, Литтл считает, что пациентам с сильными нарушениями необходимо ощущать аналитика как любящую, ненавидящую, чувствующую личность и интроецировать его — для того, чтобы самим обрести способность чувствовать (Little, 1957). Многие авторы рассматривают идентификацию с аналитиком как одно из основных средств в терапии и для пациентов с менее серьезными нарушениями. Без сомнения, такие идентификации часто происходят в анализе. Но они представляют материал, который следует анализировать, так как часто они оказываются повторениями в переносе инфантильных идентификаций. Трансформация этих временных идентификаций в постоянные структуры не является целью анализа. Это также верно для идентификаций Супер-Эго. В то или иное время в ходе анализа аналитик становится фигурой Супер-Эго, и пациент пытается идентифицироваться с ним. Регрессия на определенную фазу в развитии Супер-Эго делает возможным его анализ. Такие идентификации спонтанно возникают в аналитической ситуации. Им не следует содействовать при помощи какого-либо отыгрывания со стороны аналитика, которое может привести — в наиболее благоприятном случае — к просветительскому влиянию на пациента, но не содействует самому анализу. Хотя принятие терапевтом на себя такой образовательной роли может быть важно для пограничных случаев или психотиков, которые никогда не могли сформировать стабильную идентификацию. Вскоре я вновь вернусь к данной теме.

Многие авторы рассматривают контрперенос в форме интенсивной вовлеченности как необходимый инструмент для установления контакта (reach) с трудными пациентами. М. Литтл, наиболее влиятельная представительница данной группы, утверждает: там, где перенос не срабатывает, всю работу вынужден выполнять контрперенос (Little, 1951). С этой целью аналитик должен позволить идеям и удовлетворению, возникшим в ходе его работы, регрессировать в особой степени. Литтл отмечает, что, когда интерпретация бесполезна, стены сопротивления пробивает прямое воздействие эмоционального отклика аналитика. На неэффективность интерпретаций указывают подобным же образом и другие авторы. Но к этим утверждениям следует относиться критически, так как в них не уточняется, какие даются интерпретации и при каких условиях. Оперирование интерпретациями — сложное мастерство, зависящее от правильного понимания, удачно выбранного времени, подбора слов и т. д.

По-моему, если аналитик предполагает, что лечение может осуществляться только путем отыгрывания им

его собственных эмоциональных переживаний, он использует то, что Фрейд называл «Suppenlogik und Knodelargumente» (логика супа и аргументы клецок). Грубо говоря, смысл таков: слов недостаточно; пациенту — в переносе — следует давать настоящее удовлетворение; выздоровление достигается посредством любви.

Для определенных пациентов отношения с терапевтом действительно оказываются первыми в их истории устойчивыми, жизнеспособными отношениями, а идентификация с ним — первой стабильной идентификацией. В этом случае всякое терапевтическое улучшение действительно может происходить благодаря укреплению этих отношений; а именно, благодаря любящей заботе со стороны терапевта и его попытке заменить собой что-то, чего никогда не было в жизни пациента. Но такие терапевтические усилия не являются психоанализом, хотя они могут основываться на фундаментальных открытиях аналитической психологии.

Более того, эмоциональные отклики аналитика оправдывают необходимостью работы не только с такими глубоко укорененными нарушениями объектных отношений, но также и с серьезными неврозами в целом. Тауэр, идущая далее всех в этом направлении, одобряет развитие контрпереносного невроза как катализатора терапевтического процесса (Tower, 1956).

На впечатляющем клиническом примере она описывает, как пациент-мужчина, страдающий от эффектов вытесненного садизма, отреагировал на отыгрывание аналитиком мазохистического подчинения в ослабленной форме. Это привело к такому глубокому эмоциональному раппорту между аналитиком и пациентом, что последний впервые в жизни осмелился прорваться сквозь свои жесткие защиты. В этом случае получилось так, что невроз контрпереноса явился дополнительным к неврозу пациента, — совпадение, на самом деле редкое. Кроме того, как указал Шпиц в критическом обзоре работы Тауэр, результат такого обоюдного отыгрывания будет кратковременным и ненадежным (Spitz, 1956). В этом контексте он сделал проницательное замечание, которое я хотела бы процитировать: «Правило абстиненции настолько же приложимо к аналитику, насколько и к пациенту».

Такое эмоциональное взаимодействие представляет идеальный пример того, что Александер назвал «корригирующим эмоциональным опытом» (Alexander, 1956). Александер советует аналитику вести себя противоположно исходному родительскому поведению — или через намеренные ролевые игры, или непреднамеренно, как в случае Тауэр, — и в этом смысле «манипулировать» переносом. Он утверждает, что переживание «измененного межличностного климата» делает бессмысленным продолжение исходного отклика на родительское поведение, и таким образом невроз может быть ослаблен. Невроз он понимает как результат детской неправильной адаптации к исходной «сложной» ситуации в семье — концепция, которая явно представляет собой упрощение. Здесь внимание уделяется только внешней реальности детства, но упускаются из виду чаще всего нереализуемые либидинозные, и агрессивные инфантильные стремления, и возникшие в результате внутренние конфликты.

В данном случае так же, как и в других школах психоанализа, чрезмерное упрощение и упущение важных частей психоаналитической теории приводят к тому, что сверхактивной вовлеченности аналитика и «корригирующему эмоциональному переживанию» пациента приписывается преувеличенная терапевтическая ценность.

Рискуя впасть в неправомерное обобщение, я осмелюсь предположить, что акцент на эффекте контрпереноса и «глубоком эмоциональном влиянии аналитика», а не на интерпретации — это возвращение к концепции терапевтического эффекта отреагирования (abreaction) в том смысле, как его понимал Ференци, который, несомненно, обладал особой способностью достижения этого эффекта у своих пациентов посредством своего исключительного эмоционального отклика.

Это мощное, волнующее переживание, которое, как считают, глубоко затрагивает пациента и стимулируется эмоциональным участием аналитика, состоит, я повторяю, в переносных удовлетворениях или фрустрациях, которые отмеряются пациенту «не только слова-

ми», т. е. не при помощи интерпретаций. Таким образом, выбран ли позитивный или негативный подход, эффект подобного переживания остается неполным. Перемещение интерпретаций на второй план подразумевает, что анализ Эго должен быть полностью или по крайней мере частично опущен. При этом не остается места ни дифференцированному, тонкому пониманию взаимодействия различных психических структур, ни детальному, тщательному анализу защит, ни попыткам анализировать патологии Эго и исправлять их. Вместо этого стремятся работать напрямую с Ид и оказывать непосредственное влияние на объектные отношения. Такой подход игнорирует наиболее важную Фрейдову формулировку терапевтической цели анализа: «Там, где было Ид, должно стать Эго». Следовательно, от подобных методов не приходится ожидать продолжительного эффекта.

Перевод О. Матузок,
сверка перевода З. Баблояна

Литература

ALEXANDER, F. (1956) *Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Norton.
BALINT, A. (1936) Handhabung der bertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche. *Int. Z. Psa.*
BALINT, A., and BALINT, M. (1939) On transference and counter-transference. *Int. J. Psychoanal.* 20.
BENEDEK, T. (1953) Dynamics of the countertransference. *Bull. Menninger Clin.*, 17.
COHEN, M. B. (1952) Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15.
CROWLEY, R. M. (1952) Human reactions of analysts to patients. *Samiksa*, 6.
DEUTSCH, H. (1926) Okkulte Vorgange wahrend der Psychoanalyse. *Imago*, 12.
FENICHEL, O. (1941) *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: Psychoanal. Q.
FERENCZI, S. (1950) On the technique of psycho-analysis. In: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. London: Hogarth.
FLIESS, R. (1942) The Metapsychology of the analyst. *Psychoanal. Q.*, 11.
— (1953) Countertransference and counteridentification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1.
FREUD, S. (1910) The future prospects of psycho-analytic therapy. *S.E.*, 11.
— (1912) Recommendations to physicians practising psycho-analysis. *S.E.*, 12.
FROSCH, J. (Editor) (1952) *The Annual Survey of Psychoanalysis*. Vol. III. New York: Int. Univ. Press, 1956.
GITELSON, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *Int. J. Psychoanal.*, 33.
GLOVER, E. (1955) *The Technique of Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
HEIMANN, P. (1950) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31.
LITTLE, M. (1951) Counter-transference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.*, 32.
— (1957) «R» — The analyst's total response to his patient's needs. *Int. J. Psychoanal.*, 38.
— (1958) On delusional transference (transference psychosis). *Int. J. Psychoanal.*, 39.
ORR, D. W. (1954) Transference and countertransference: a historical survey. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2.
RACKER, E. (H.) (1952) Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento tecnico. *Rev. Psicoanal.*, 9.
— (1953) A contribution to the problem of counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 34.
— (1957) The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal. Q.*, 26.
REICH, A. (1951) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 32.
REIK, T. (1937) *Surprise and the Psycho-Analyst*. New York: Dutton.
— (1948) *Listening with the Third Ear: The Inner Experience of a Psychoanalyst*. New York: Farrar, Straus.

SPITZ, R.A. (1956) Countertransference: comments on its varying role in the analytic situation. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4.
TAUBER, E.S. (1952) Observations on counter-transference phenomena: the supervisor-therapist relationship. *Samiksa*, 6.
THOMPSON, C. (1952) Counter-transference. *Samiksa*, 6.
— (1956) The role of the analyst's personality in therapy. *Amer. J. Psychotherapy*, 10.
TOWER, LUCIA E. (1956) Countertransference. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4.
WEIGERT, E. (1952) Contribution to the problem of terminating psychoanalysis. *Psychoanal. Q.*, 12.
WINNICOTT, D.W. (1949) Hate in the counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 30.

Эмпатия и контперенос*

Анни Райх (1966)

Много лет назад в статье о контпереносе я описала процесс аналитического понимания пациента и его материала как внезапное моментальное событие, которое приходит не путем нарочного сознательного обдумывания, а как внезапный инсайт, внезапное знание изнутри (Reich, 1951). Это постигается вдруг.

Цель данной статьи — собрать вместе все, что известно об этом процессе внезапного понимания и исследовать факторы, мешающие постижению.

Очевидно, что аналитическое понимание базируется на инсайте, возникающем из бессознательного аналитика. В течение длительного времени этот процесс привлекал внимание многих аналитиков, которые пытались анализировать механизм аналитического понимания, но все еще остается много открытых вопросов. Сам Фрейд, Ференци, Дойч, Шарп, Флисс, Фенихель, Рейк и другие внесли важный вклад в решение этой проблемы.

Фрейд в своей статье «Рекомендации врачу, практикующему психоанализ» указал на наиболее существенные предварительные условия аналитического понимания. Аналитику предлагается слушать свободные ассоциации с «равномерно распределенным вниманием» (Freud, 1912, p. 111).

* Перевод выполнен по изданию Reich, A. (1966) Empathy and countertransference. In: Reich, A. *Psychoanalytic Contributions*. New York: International Universities Press, 1973.

«Ему следует удерживаться от сознательного влияния на свои способности, наблюдать и полностью отдаваться своей «бессознательной памяти»» (p. 112).

«... Наиболее успешны те случаи, где каждый действует, как это и было, без видимой цели, позволяет себе удивляться каждому новому повороту темы.... Правильное поведение аналитика состоит в колебаниях в (зависимости от потребности) с одной психической установки [свободно парящее внимание] на другую [интеллектуальная оценка] во избежание спекуляции или размышления над случаями в то время, пока они в анализе, и подчинении полученного материала синтетическому процессу мысли только после того, как анализ завершен» (p. 114).

«Это подразумевает создание для врача аналога «фундаментального правила психоанализа», установленного для пациента. Пациент должен рассказывать все, что обнаруживается в его самонаблюдении, удерживаясь от выбора и отсева каких-либо логических или аффективных несообразностей. Подобно ему врач должен находиться в такой позиции, которая позволяет ему использовать все, что рассказано пациентом в целях распознания и интерпретаций скрытого бессознательного материала без использования собственной цензуры для отбора, от которого воздержался пациент. Облекая это в формулу: он должен превратить свое собственное бессознательное в орган, воспринимающий передаваемое бессознательное пациента. Он должен приспосабливаться к пациенту, как телефонный приемник приспособлен к воспринимающему микрофону. Так же как приемник преобразует в звуковые волны электрические колебания на телефонной линии, которые были запущены звуковыми волнами, бессознательное врача, используя взаимодействующие с ним дериваты бессознательного, может реконструировать бессознательное пациента, которое обусловило его свободные ассоциации.

Но если врач должен находиться в особой позиции, используя свое бессознательное как инструмент анализа, ему необходимо довести собственное психологическое состояние до высокого уровня. Он не может допустить никакого своего сопротивления, которое помешало бы его пониманию, достигнутому с помощью бессознательного; иначе он бы ввел в анализ новые разновидности избирательного восприятия и искажения. Это может требовать столь большого внимания, что ему следует подвергнуться психоаналитическому очищению и освободиться от тех собственных комплексов, которые склонны вмешиваться в быстрое понимание того, что говорит пациент» (p. 115, 116).

Таким образом, важнейшее убеждение Фрейда состоит в том, что аналитик должен устранить свои собственные сопротивления путем анализа, для того чтобы быть способным иметь прямой доступ к бессознательному пациента. Некоторые могут называть этот способ постижения особой формой эмпатического понимания. Фрейд подчеркивал, что собственные конфликты аналитика мешают такому постижению.

Многие из более поздних последователей Фрейда пытались разработать эти проблемы в деталях. Дойч в статье о «Тайных процессах, происходящих во время психоанализа» (Deutsch, 1926) пишет, что в анализе переноса пациента аналитик одновременно идентифицируется и с пациентом, и с объектами последнего. Таким образом, аналитик ощущает в себе импульсы пациента по направлению к объекту и от него и ответ объекта по направлению к пациенту и от него. От этих идентификаций аналитику нужно отказаться через короткое время и подвергнуть их интеллектуальной оценке. Дойч упоминает, что если материал слишком сильно касается личных конфликтов аналитика, то эти идентификации могут стать «застрявшими». Это один из механизмов того, что мы называем контрпереносом. Я вернусь к этому пункту позднее.

Флисс в блестящей статье «Метапсихология аналитика» (Fliss, 1942) подчеркивал, что аналитик узнает в себе бессознательный материал и конфликты пациента, которыми он овладевает путем «преходящей идентификации» (transient identification). Флисс полагает, что аналитическое понимание основывается на самонаблюдении аналитика. Способность Эго к восприятию увеличивается путем катектического перемещения из Супер-Эго в Эго, катексис становится свободным, как только

Супер-Эго отказывается от сопротивления инсайтам по поводу собственных конфликтов. «Преходящая идентификация», которая является эмоциональным опытом, должна быть небольшой продолжительности и должна быть смещена путем репроекции материала на пациента. Аналитику необходимо снова стать наблюдающим, оценивающим и анализирующим экспертом.

Поэтому подчеркивалось, что должно происходить колебание между интуитивным пониманием и оценочной, интеллектуальной установкой. Это колебание представляет собой существенный элемент психоаналитического понимания.

Кохут в своей статье «Формы и трансформации нарциссизма» и в более ранней статье «Интроспекция, эмпатия и психоанализ» видит эмпатию как примитивную форму общения или последствие чувства единства ребенка с матерью, примитивную форму чувствования, к которой человек регрессирует в особых ситуациях, например, под влиянием толпы и также во время анализа (Kohut, 1966; 1959). Здоровое, не слишком ригидное Эго по своей воле может возвращаться к примитивной форме коммуникации. Гибкость Эго как важное предварительное условие возможности анализирования уже подчеркивалось Ференци (Ferenczi, 1919).

Как полагает Шафер, основание эмпатии находится в том, что аналитик в то или иное время чувствовал так же, как пациент, и может понять только то, что он сам когда-то чувствовал. Я считаю это слишком ограниченным подходом (Shafer, 1959).

Суть эмпатии в том, что нами также может быть понято нечто, не имеющее прямых аналогов в нашем опыте и истории. Когда-то в 1937 году Рейк в своей книге «Удивление и аналитик» (Reik, 1937) указал, что аналитик моментами переживает изменение в личности. Он *становится* пациентом и, таким образом, способен понять себя: что бы он мог чувствовать и делать на месте пациента. Это превращение базируется не только на вербальных коммуникациях пациента, но также на всех его небольших экспрессивных движениях, изменениях в тоне голоса, перемене тонуса, которые представляют собой невербальные выражения происходящего в психике пациента.

Фенихель указал на то, что наблюдение за экспрессивными движениями пациента (*Ausdrucksbewegungen*) помогает аналитику пережить те же эмоции. Он чувствует импульс к повторению тех же движений и понимает их значение с помощью собственного тела. Это важный источник аналитического понимания.

Таким образом, механизм аналитического понимания не видится всем исследователям одинаковым образом. Дойч, Флисс и Фенихель представляют его себе как временную идентификацию; Рейк видит его как способность на время стать пациентом, подчеркивая, что этот процесс следует отделять от идентификации, хотя очевидно, что в них очень много родственного. Кохут видит эмпатическое понимание как регрессию к примитивным формам коммуникации. Сам Фрейд указывал, что бессознательное аналитика, когда он настроен на пациента и свободен от своего собственного сопротивления, может немедленно войти в контакт с дериватами бессознательного пациента, которые ему представлены, его собственное бессознательное служит «аналитическим инструментом».

Айсакауэр развивает эту идею и говорит о «близкоидентичной констелляции (near-identical constellation) с пациентом» (Isakower, 1963a, b). Он подчеркивает, что этот «аналитический инструмент» полностью специфичен, его не следует путать с обычной эмпатией и он не основан на идентификации. Айсакауэр полагает, что острота этого «инструмента» может быть отточена, если уделять особое внимание путям и смыслу его функционирования. Таким образом, использованию этого инструмента можно обучаться. Айсакауэр показывает, что реакция аналитика на материал, когда он глубоко погружен в процесс анализа, когда он слушает «со свободно парящим вниманием», часто выявляет более тесную связь размышления в символах с символами в бессознательном. Характерно, что слова часто вызывают зрительные образы. Айсакауэр здесь отсылает к Фрейду, который в «Толковании сновидений» говорит, что состояния, тесно связанные с бессознательным, такие, как засыпание, имеют тенденцию превращать любые содержания в визуальные образы так же, как это про-

исходит в сновидениях (Freud, 1900). Усиленное внимание к этим образам помогает аналитику в постижении того, что происходит с его «аналитическим инструментом» и улучшает его понимание пациента.

Что касается вербальных коммуникаций, Айсакауэр привел убедительный пример такой интеракции между аналитиком и пациентом, рассказав о супервизорском часе, в котором студент-аналитик внезапно визуализировал в связи со сном пациента загадочную улыбку Моны Лизы (Isakower, 1963a). Когда это было доведено до пациента, что было весьма уместно, появился новый материал. Поэтому этот образ послужил в качестве интерпретации, на правильность чего указывает обнаружение нового материала. Таким образом, мы можем убедиться, что аналитик был настроен на пациента и его ассоциация не была вторжением его собственного частного материала, не имеющего отношения к пациенту.

Уместность метода Айсакауэра состоит в том, что эти образы произведены частью бессознательного аналитика, которая включает в себя особые конфликты пациента. От аналитика, который открыт для ответа, можно ожидать продуцирования верного материала. Хотя не всегда легко отдавать себе отчет в особенных способах функционирования этого аналитического инструмента, и могут возникать трудности в понимании. Другие полагают, что аналитик может слишком запутаться в собственных конфликтах и не иметь возможности отвлечься от них, и его образы не всегда будут центрированными на пациенте.

Росс и Капп, неправильно истолковав метод Айсакауэра, полагают, что образы, возникающие у аналитика, — не самое важное орудие для аналитического понимания: они представляют собой скорее деструктивную поглощенность аналитика собственными конфликтами, чем контрперенос, который должен быть узнан и доведен до пациента (Ross, Kapp, 1962).

Все исследователи соглашаются с тем, что орудие понимания должно быть найдено в дериватах собственного бессознательного аналитика. Являются ли ассоциации и образы аналитика, появляющиеся в ответ на материал пациента, способствующим пониманию резонансом, или же они мотивированы свободными проявлениями несвязанного личного беспокойства самого аналитика, не всегда легко различить. Вот почему существует путаница между эмпатией и контрпереносом.

Арлоу показывает, что влияние материала пациента может приводить не к появлению образов, а к разновидности подражательной идентификации с пациентом (Arlow, 1963). Это становится заметным во время супервизии. Сознательно студент-аналитик не знал, что происходило, но внезапно он повел себя как его пациентка, подражая тому, как она говорит. Таким образом, ясно, что на уровне глубинных слоев своей психики он дал ответную реакцию на пациента. В соответствии с Айзакауэром, его аналитический инструмент использовал эту имитацию пациентки как тяжелый для понимания язык. На эту невербальную экспрессию супервизор должен был указать терапевту. Данное указание не привело к немедленному пониманию. Это расходится с постулатом Рейка и Фенихеля о значении реагирования на экспрессивные движения пациента как переживании побуждения в результате наблюдения. Аналитик, согласно их представлению, может чувствовать то, что он чувствовал бы, если бы делал то же экспрессивное движение. Кажется, что этот путь понимания основан на идее сохранения катексиса, который меняет направление, когда побуждение не может реализоваться в реальности. В этом случае катексис действия, который не может реализоваться, может быть использован для интеллектуального понимания. По Арлоу, кандидату в психоаналитики (студенту) необходимо, чтобы ему указали на его поведение. Понимание и конфронтация с уже осуществленными действиями или образами может быть более трудной, чем с воображаемыми.

Арлоу представляет второй случай, в котором студент-аналитик идентифицируется с инстинктивными устремлениями и символически отыгрывает фантазию пациента о фелляции, неожиданно дав своему супервизору сигарету. Здесь Арлоу говорит о разделении аналитиком фантазий пациента.

Пример, приведенный Арлоу, можно использовать, чтобы подчеркнуть разницу между эмпатией и контр-

переносом. Как уже было отмечено, аналитическое понимание всегда происходит с помощью собственного бессознательного аналитика. Хорошо ли работает этот инструмент или нет — зависит от особенных состояний аналитика. Аналитик должен быть настроен на пациента, он должен быть в состоянии резонанса, при котором в нем что-то затрагивается и отзывается так, что возможно внутреннее осознание и понимание. Перевод этого «эха» не всегда бывает легким. Если по некоторым причинам воспринимающий аппарат аналитика слишком обременен его личными проблемами, будет мобилизовано слишком много конфликтов, поднимется слишком много внутреннего сопротивления или возникнет угроза прорыва некоторых инстинктивных импульсов. Поэтому результатом будет не сигнал, удобный для аналитического понимания в форме немедленного инсайта, спонтанной ассоциации или визуального образа; вместо этого появится какая-то форма позитивного или негативного (сопротивляющегося) отыгрывания или блокирования, ведущая к недостатку понимания. Мне кажется, что второй случай Арлоу принадлежит к этой последней категории: студент мотивирован контрпереносом.

Контрперенос всегда подразумевает, что существует тенденция к отыгрыванию. Так же, как проявление переноса ведет к насильственному использованию отыгрывания, если пациент не научается в анализе сублимировать его в самонаблюдение и понимание, контрперенос заставляет аналитика отыгрывать позитивным или негативным путем. Эти импульсы или конфликты не сублимируются в понимание. Они нагружены не минимальным катексисом, а полным зарядом подавленных импульсов, внезапно дающих о себе знать из самой глубины. Таким образом, они приводят к реальным действиям, очень сильным эмоциям или, наоборот, к ригидным защитам или слепым пятнам.

Контрперенос может быть вызван переносом пациента, специфичностью материала, личностью пациента или всей аналитической ситуацией. Чувства и конфликты, поднимающиеся в аналитике, всегда относятся к людям из прошлого аналитика. Работающее Эго аналитика, понимание, анализирующее Эго, нарушаются и не достаточно хорошо функционируют. Существует бесчисленное множество форм контрпереноса, и аналитик не всегда отвечает самой простой. Вовсе не обязательно он отвечает любовью на любовь и ненавистью на ненависть или отвечает противоположными эмоциями, защищаясь от них. Чаще мы находим идентификацию с пациентом, в которой, как выразилась Хелен Дойч, аналитик «застревает». Часто аналитик не свободен от собственных переносных чувств не только к своим инфантильным объектам, но к их более поздним представителям, например, к своему бывшему аналитику. Как будто он чувствует: «Я буду» или «Я не буду лечить тебя (пациента) так же, как лечил меня мой бывший аналитик». Например, он может думать: «Мой бывший аналитик не позволял мне разводиться с женой. Я буду подталкивать тебя (пациента) к противоположному направлению; я буду, наоборот, поощрять тебя развестись с супругой». Я помню, например, бывшего пациента — аналитика, который пришел на повторный анализ, потому что он постоянно влюблялся в своих женщин-пациенток. Выяснилось, что он не проработал свою гомосексуальную привязанность к своему бывшему аналитику-мужчине. Путем идентификации со своими женщинами-пациентками он сейчас хотел быть любимым мужчиной-аналитиком, т. е. самим собой. Он идентифицировался со своим бывшим аналитиком.

Слепые пятна часто репрезентируют чувство, что пациент отображает неприемлемые для аналитика конфликты. Будто аналитик чувствует: «Только лишь милостью Божьей я здесь, а не там» («Here, but for the grace of God, go I»)[1], вследствие чего он сердится, скучает, засыпает, не понимает или ощущает смутную тревогу.

Не следует упускать из вида, что непонимание, вне всякого сомнения, далеко не всегда является симптомом контрпереноса. Никто не рожден с полным знани-

[1] По-видимому, здесь А. Райх ссылается на знаменитую фразу английского проповедника XVI в. Джона Брэдфорда, которой он встречал осужденных на казнь: «There, but for the grace of God, goes John Bradford». — Прим. науч. ред. (Указано З. Баблояном.)

ем психоанализа, поэтому знание это должно быть приобретено путем обучения и опыта. Часто нужно обращать внимание студентов не на контрперенос, а на недостающие инструкции, которые следует им дать.

В прошлом я пыталась различать острый и хронический контрперенос. Сейчас я понимаю, что это не совсем верно. Хронические установки, не вызванные в данном случае чем-то особенным, представляют собой невротические поведенческие паттерны, не разрешенные в предыдущем анализе. Они имеют место не только во время анализа, но и во время жизненных ситуаций, их не следует считать контрпереносом. Многие нарциссические паттерны относятся сюда, например нарциссическая переоценка пациентов, использование их в исключительно нарциссических целях, т. е. для уменьшения своей вины или тревоги или доказательства своих возможностей (путем волшебного исцеления и способностью все понять, даже когда еще не существует объективной базы для понимания). Я не буду пытаться перечислить все возможные неудачные паттерны, которые могли бы представлять весь спектр невротического поведения аналитика.

Основой для острого контрпереноса являются особые ситуации. Я вспоминаю, например, случай аналитика, которому в течение нескольких часов досаждала зубная боль. В этот день его рассердила оральная, требовательная установка пациента, который в других отношениях не беспокоил его. В этот день уровень толерантности аналитика был снижен. Аналитический материал может затронуть некоторую специфическую проблему аналитика, и он становится сверхэмоциональным. Я припоминаю молодого аналитика, которого внезапно осенило, что существует сходство между пациентом с параноидными поведенческими паттернами и собственной придирчивой матерью аналитика. Без понимания того, что происходило, аналитик выпадает из своей аналитической роли, становится очень нетерпеливым, реагирует гневом.

Во всех похожих ситуациях интенсивность конфликта мешает пониманию. Сублимация не удается. Имеют место реальное действие, сверхсильные эмоции, неправильное понимание, блокирование и т. д. Там, где минимальное количество энергии должно привести к мысли, т. е. к пробному действию, появляется реальное действие. Место пробной идентификации занимает реальная идентификация. «Аналитический инструмент» не может правильно функционировать, т. к. он переполнен внутренними конфликтами. В таких ситуациях аналитические ассоциации адресуются только самому себе, а не пациенту.

Конечно, не нужно забывать, что аналитик для пациента, как и пациент для аналитика, является не только объектом переноса или контрпереноса, но и реальным человеком. Например, аналитику может нравиться или не нравиться пациент; это отнюдь не всегда связано с контрпереносом. Пациент не всегда является точной копией персоны из прошлого аналитика. Например, я помню женщину-пациентку, которая была нарочито шумная, агрессивная, использовала вульгарный язык и в целом вела себя, как жена рыбака. Она, конечно же, не очень мне нравилась. Только после того, как выявилось более глубокое значение этого поведения и все переносное значение этого паттерна стало понятным, грубость исчезла. В общем, нелюбовь аналитика к пациенту не вмешивается в его понимание до тех нор, пока подавленные элементы не откликнутся в аналитике. Когда понимание достигнуто, эти поверхностные реакции нелюбви обычно пропадают.

Если нет особенных поводов для обратного, аналитик обычно заинтересован и любит пациента, с которым работает. Аналитик, кроме того, проводит с пациентом много часов, узнает его о конфликтах и трудностях; пациент становится объектом усилий аналитика и, таким образом, центром его определенных нарциссических интересов. Я думаю, совершенно естественно, что расположение аналитика не основывается на подлинном контрпереносе и поэтому не становится чрезмерно сильным.

Несмотря на истинность того, что абсолютной зеркальной нейтральности не существует, следует применять правило абстиненции и для аналитика, и для пациента (Reich, 1951; 1960). Это не означает отрицания или

полного сокрытия реальной личности аналитика, что и невозможно. Последователи Балинта (Balint, Balint, 1939) указывали, что каждый аналитик приносит определенные реалии в аналитическую ситуацию, такие как манера говорить, интерпретировать, обставлять свой рабочий кабинет и т. д. Все эти вещи будут и должны быть представлены в анализе в какое-то время; они не должны быть табу. Если существует возможность говорить о них, они не будут очень сильно беспокоить или даже могут внести в анализ важный материал. Нужно помнить, что не все, что говорится пациентом об аналитике, является переносом; это также может быть и реальностью. Но даже реальность может быть использована для целей переноса. Преувеличенная отчужденность аналитика устанавливает запрет для пациента думать о нем, исходя из реальности, и представляет собой один из видов контрпереноса.

Появляется новая тенденция обходиться с контрпереносом не как с нарушением, которого следует как можно больше избегать, а как с чем-то, что наверняка имеет место и из чего можно извлечь особую выгоду, как, например, это было показано в статье Росса и Каппа (Ross, Kapp, 1962). Особенно верят в позитивную ценность контрпереноса те группы, которые не могут принять перенос как оживление чувств и импульсов, первоначально принадлежавших инфантильным объектам, но которые верят, что интерперсональные отношения и реакции, поддерживающие эмоции, проявляются в переносе. Следует не только узнавать и анализировать контрперенос, но также и информировать пациента о его наличии и содержании. В таком случае, считают они, аналитик становится человеком. Я твердо верю в то, что это загружает пациента посторонним материалом, который, по крайней мере, будет мешать развитию его переноса и спонтанному прогрессу в его анализе.

Конечно, случается, что кто-то допускает промах, ошибку в счете, путается во времени, что кто-то забывает что-нибудь из материала пациента или делает ошибку в интерпретации. Такие вещи следует свободно признавать, но я не вижу какого-либо основания для того, чтобы пациент анализировал аналитика. Однако аналитик должен стараться разглядеть, что стоит за таким парапраксисом.

Больше всего шума вокруг контрпереноса поднимают не последователи Хорни или Салливана, а кляйнианцы. Маргарет Литтл рассматривает анализ как взаимное отражение пациента и аналитика в определенного рода зеркале, которое преподносит бессознательное каждого из них другому (Little, 1951; 1957).

Идея, что анализ контрпереноса следует использовать как инструмент для понимания, базируется на том, что любой отклик аналитика является его собственным ответом на то, что возникает из бессознательного пациента, и путем понимания этого отклика он всегда может уловить что происходит в пациенте, как если бы каждый отклик был типичным и обнаруживал содержание бессознательного пациента. Например, Ракер полагает, что любой пациент одного с аналитиком пола представляет родителя того же пола и любой пациент другого пола — другого родителя (Racker, 1953). Следовательно, т. к. все сводится к эдипову комплексу, можно вычислить как по таблице умножения, что происходит в контрпереносе и переносе. Это слишком явная и слишком схематичная мифология.

Аналитик не может делать выводы о том, что происходит с пациентом, исходя из своих эмоций. Гнев аналитика не может быть понят только как «естественная» реакция на агрессивные импульсы пациента. Давление со стороны пациента, которым он хочет спровоцировать наказание, может быть псевдо-агрессивным. Не существует простого перевода эмоций аналитика в скрытый смысл того, что происходит с пациентом. Наоборот, любая сильная эмоция аналитика будет запутывать происходящее.

Уже было указано на то, что понимание достигается через прямой контакт между продукцией пациента и воспринимающим инструментом аналитика или путем временной идентификации. Совсем другое дело, когда аналитика беспокоят его собственные внутренние конфликты. Любая сильная эмоция является знаком того, что «воспринимающий инструмент» испорчен. Поэтому отклик аналитика будет слишком специфическим,

слишком личным, слишком частным; это не будет центрировано на пациенте, но слишком сильно будет касаться самого аналитика и сделает правильное понимание невозможным. Будут иметь место только типичные для него ошибки понимания. В худшем случае будут происходить прямые отыгрывания. Таким образом, ответная реакция аналитика не только не содержит знания о том, что пациент чувствует и что он имеет в виду, но аналитик охвачен очень специфическими реакциями на свое собственное прошлое, которое совсем не обязательно должно соответствовать прошлому пациента.

Приведу недавно доложенный мне пример злоупотребления контрпереносом: аналитику стало досаждать то, что пациент оставляет дверь открытой. Он расценил это как попытку пациента манипулировать им, на которую терапевт по собственным причинам реагировал гневом. Но потребность оставлять дверь открытой основывалась на клаустрофобическом страхе пациента. Таким образом, эмоциональная реакция аналитика была полностью неадекватна; он реагировал на что-то в себе, а не в пациенте. Его реакция отвлекла пациента от того, что могло бы возникнуть спонтанно, и прервала естественную последовательность событий.

Мне нечего больше сказать о контрпереносе. Аналитик постоянно должен быть внимательным и отслеживать свои собственные контрпереносы и стараться использовать самоанализ для совладания с ними. В случае нужды, когда он начинает осознавать чрезмерную вовлеченность, желательно перед тем, как он отыгрывал что-то с пациентом, ему следует самому пройти анализ. Если он вначале уступит контрпереносным желаниям и затем отошлет своего пациента другому аналитику, боюсь, что второй анализ начнется при неблагоприятных обстоятельствах.

Подводя итоги, отмечу, что имеется существенная разница между эмпатическим использованием своего бессознательного и отыгрыванием в контрпереносе. Эмпатическое понимание представляет собой активность Эго, в то время как контрперенос базируется на прорыве импульсов Ид, которые должны находиться под контролем более-менее невротических защит. Кажется, что возможность превратить эти импульсы в понимание является реальной сублимацией и зависит от количественных факторов. Эмоции, импульсы или защиты аналитика не должны быть слишком сильными. Возможность скольжения от контролируемого, намеренного использования бессознательного аналитика к состоянию, когда бессознательное управляет им, всегда присутствует. Кто так свободен от вины, что сможет первым бросить камень?

Перевод К. Куркиной

Литература

ARLOW, J.A. (1963) The supervisory situation. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 11: 576–594.

BALINT, A. & BALINT, M. (1939) On transference and counter-transference. *Int. J. Psychoanal.* 20.

DEUTSCH, H. (1926) Okkulte Vorgange wahrend der Psychoanalyse. *Imago*, 12.

FENICHEL, O. (1941) *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: Psychoanal. Q.

FERENCZI, S. (1919) On the technique of psychoanalysis. In: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1952, p. 177–189.

FLIESS, R. (1942) The metapsychology of the analyst. *Psychoanal. Q.*, 11.

FREUD, S. (1900) The interpretation of dreams. *S.E.*, 4–5.

— (1912) Recommendations to physicians practising psycho-analysis. *S.E.*, 12.

ISAKOWER, O. (1963a) Minutes of the New York Psychoanalytic Institute faculty meeting, October 14 (unpublished).

— (1963b) Minutes of the New York Psychoanalytic Institute faculty meeting, November 20 (unpublished).

KOHUT, H. (1959) Introspection, empathy and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7: 459–483.

— (1966) Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14: 243–272.
LITTLE, M. (1951) Counter-transference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.*, 32.
— (1957) «R» — The analyst's total response to his patient's needs. *Int. J. Psychoanal.*, 38.
RACKER, H. (1953) A contribution to the problem of counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 34.
REICH, A. (1951) On countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 32: 25–31.
— (1960) Further remarks on countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 41: 389–395.
REIK, T. (1937) *Surprise and the Psycho-Analyst*. New York: Dutton.
ROSS, W. & KAPP, F. (1962) A technique for self-analysis of countertransference. Use of the psychoanalyst's visual images in response to patient's dreams. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 10.

III. Развитие теории и техники

Заметки о контрпереносе*

Отто Кернберг (1965)

Концепция контрпереноса

Можно описать два противоположных подхода к понятию контрпереноса. Назовем первый подход *классическим* и определим концепцию контрпереноса в рамках данного подхода как бессознательную реакцию психоаналитика на перенос пациента. Данный подход близок первоначальному использованию термина Фрейдом, а также его рекомендации о том, что аналитик должен преодолевать свой контрперенос (Freud, 1910; 1912). В рамках данного подхода существует тенденция рассматривать невротические конфликты аналитика как главный источник контрпереноса.

Назовем второй подход *тоталистическим* (totalistic). Здесь контрперенос рассматривается как тотальная эмоциональная реакция психоаналитика в ситуации лечения. В рамках данной школы считается, что сознательные и бессознательные реакции аналитика на пациента в ситуации лечения являются реакциями как на реальность пациента, так и на его перенос, а также на реальные потребности самого аналитика и на его невротические потребности. Второй подход подразумевает, что эти эмоциональные реакции аналитика тесно связаны между собой, и хотя несомненно, что контрпе-

* Kernberg O. (1965) Notes on countertransference. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 13: 38–56.

Доклад представлен на осенней встрече Американской психоаналитической ассоциации (Нью-Йорк, 7 декабря 1963 г., Фонд Меннингера, Топека, Канзас). Статья направлена в журнал 11 мая 1964 г.

ренос следует прорабатывать до полного его разрешения, он помогает аналитику лучше понять пациента. Кратко говоря, в этом направлении используется более широкое определение контрпереноса и пропагандируется его более активное техническое использование. Некоторые радикальные сторонники данного подхода считают частью аналитической работы — при определенных условиях — обсуждение эффекта контрпереноса со своими пациентами.

А. Райх, Гловер, Флисс и в некоторой мере Гительсон являются основными сторонниками классического подхода (Reich, 1951; 1960; Glover, 1955; Fliss, 1953; Gitelson, 1952). Среди главных сторонников тоталистического подхода такие аналитики, как Коэн, Фромм-Райхманн, Хайманн, Ракер, Вайгерт, Винникотт, и в некоторой степени Томпсон (Cohen, 1952; Fromm-Reichmann, 1950; Heimann, 1950; Racker, 1953; Weigert, 1952; Winnicott, 1949; 1960; Thompson, 1952). Определение контрпереноса, данное Литтл, ближе классическому подходу, но предложенное ею использование контрпереноса ближе «радикальному» крылу тоталистического подхода (Little, 1951; 1960). Она стала самым влиятельным сторонником использования контрпереноса как материала, который следует сообщать пациенту. Меннингер и Орр занимают промежуточную позицию (Menninger, 1958; Orr, 1954).

Критика, высказываемая в рамках классического подхода по отношению к тоталистическому, в основном такова: расширение термина *контрперенос* до степени включения в него всех эмоциональных переживаний терапевта запутывает и приводит к потере специфического значения данного понятия. Представители классического подхода считают, что расширение понятия контрпереноса приводит к преувеличению значения эмоциональной реакции аналитика с губительным уклонением от позиции нейтральности, на которой аналитик должен оставаться в идеале. Приверженцы этого направления также указывают на опасность чрезмерного вмешательства личности аналитика в ситуации, когда его эмоциональная реакция выносится на передний план. С другой стороны, Райх указывает, что представители тоталистического подхода несправедливы к классическому направлению, заявляя, что под нейтральностью аналитика подразумевается холодная отстраненность и недостаток человечности (Reich, 1960). Фрейд достаточно ясно говорит, что нейтральность не означает утрату спонтанности и природной теплоты аналитика, и что «апатичное равнодушие» со стороны аналитика может вызвать у пациента сопротивление (Freud, 1963).

Основные критические замечания в адрес классического подхода со стороны приверженцев тоталистической ориентации таковы.

1) Ограниченное определение контрпереноса имеет тенденцию затенять его значимость, поскольку в нем предполагается, что контрперенос — это что-то, изначально «неправильное». Таким образом, по мнению критиков, поощряется фобическое отношение аналитика к своей эмоциональной реакции, чем ограничивается его понимание аналитической ситуации.
2) Соединение влияний переноса пациента и его реальности с одной стороны и прошлой и настоящей реальности терапевта с другой предоставляет много важной информации о невербальной коммуникации между пациентом и аналитиком — информации, которая может быть утрачена, если усилия аналитика будут сконцентрированы на том, чтобы элиминировать свои эмоциональные реакции, вместо того чтобы сосредоточиться на них и их источниках. Когда аналитик чувствует, что его эмоциональная реакция является важным техническим инструментом в понимании пациента и оказании ему помощи, он свободней обращается с позитивными и негативными эмоциями, возникающими в ситуации переноса, у него меньше потребности в их блокировке, и он может использовать их в аналитической работе.
3) Важная группа — пациенты с серьезными расстройствами характера, пограничными и психотическими уровнями организации, которые, тем не менее, все же могут получить пользу от аналитически ориентированной психотерапии. Интенсивный, прежде-

временный и быстро изменяющийся перенос у таких пациентов ведет к возникновению у терапевта интенсивных контрпереносных реакций, которые временами могут дать значимое понимание того, что является центральным в хаотическом самовыражении пациента (Kernberg, 1960).

Я хотел бы далее рассмотреть некоторые положения тоталистического подхода. Не только перенос, но также и реальность пациента (и в аналитической ситуации, и в жизни вне анализа) может вызывать сильные эмоциональные реакции аналитика, которые на самом деле вполне оправданы. Винникотт указывает на существование «объективного контрпереноса», т. е. естественных реакций аналитика на несколько чрезмерные манифестации поведения пациента по отношению к нему (Winnicott, 1947). Фромм-Райхманн упоминает также аспекты реакции терапевта на пациента, определенные конкретной профессиональной принадлежностью терапевта, который не работает в вакууме, а представляет некий профессиональный стандарт, статус и группу (Fromm-Reichmann, 1950). Эти аспекты реальности терапевта проявляются в его работе с любым пациентом. Ракер ссылается на то, что он называет «косвенным контрпереносом», т. е. эмоциональную реакцию терапевта на третьих лиц, каким-либо образом вовлеченных в программу лечения (Racker, 1953). Тауэр анализирует влияние на терапевтические действия аналитика со стороны его обучающего аналитика (Tower, 1956).

Гительсон (Gitelson, 1952) также рассматривает эти аспекты реальности как контрпереносные реакции, но отличные по типу от того, что он называет «переносными реакциями» аналитика. Он заявляет, что переносные реакции аналитика — это его «тотальные» реакции на личность пациента, которые появляются чаще всего в начале лечения и могут даже привести к тому, что аналитик будет неспособен продолжать работу с данным пациентом. Контрпереносные реакции, продолжает Гительсон, принадлежат, напротив, к типу частичных реакций — они колеблются, изменяются в зависимости от материала, представляемого пациентом. Однако, как указывает Коэн, «тотальные реакции» на личность пациента присутствуют в течение всего курса анализа, они вовсе не ограничены начальным периодом и не могут быть отчетливо отделены от контрпереносных реакций в терминах Гительсона (Cohen, 1952). Хайманн проводит критику, похожую на критику Коэна (Heimann, 1960). Томпсон заявляет, что сложно определить грань между нормальной реакцией аналитика на пациента и реакцией, основанной на его собственных проблемах (Thompson, 1952). Тоталистическая концепция контрпереноса отдает должное понятию об аналитической ситуации как об интерактивном процессе, в котором прошлое и настоящее двух участников, их обоюдные реакции на свое прошлое и настоящее сливаются в уникальную эмоциональную позицию, вовлекающую обоих участников. Салливан делает эту концепцию интерперсонального интерактивного процесса краеугольным камнем своих теорий (Sullivan, 1956a; b). Меннингер особо выделяет ее в связи с контрпереносом (Menninger, 1958).

Большинство примеров контрпереноса в литературе относятся к эмоциональным реакциям аналитика, которые обычно осознанны и в которых бессознательные аспекты проявляются как временные «слепые пятна», преодолеваемые аналитиком позднее за счет их открытого рассмотрения. Конечно, можно сказать, что только первоначальные, бессознательные слепые пятна являются контрпереносом, но это будет несправедливо по отношению к тому факту, что очень часто проблема для аналитика заключается не столько в том, чтобы обнаружить один из аспектов его чувств, о котором он мог и не подозревать, сколько в том, как ему справиться со своими очень сильными эмоциями, которые влияют на лечение. Меннингер утверждает: «Манифестации контрпереноса могут быть сознательными, хотя интрапсихические условия, которые приводят к их появлению, могут быть бессознательными» (Menninger, 1958). Это релевантно и в отношении управления контрпереносом, которое подразумевает возможность понимания аналитиком функции своей контрпереносной реакции в конкретном аналитическом взаимодействии,

несмотря на то, что отчасти происхождение этой реакции из его собственного прошлого может оставаться от него скрытым. Хотя аналитик может быть неспособен обнаружить в прошлом корни определенной контрпереносной позиции, он тем не менее может осознавать не только интенсивность и значение своей эмоциональной реакции, но также то, до какой степени данная реакция обусловлена реальностью и пациента, и его самого. Таким образом аналитик может определить границы участия в контрпереносе своего собственного прошлого. Райх (Reich 1951; 1960) разделяет «постоянные» контрпереносные реакции и «острые», рассматривая первые как реакции, обусловленные расстройством характера аналитика, а вторые — как определенные различными переносными манифестациями пациента. Она считает, что гораздо труднее справиться с постоянными контрпереносными реакциями, которые в идеале требуют более глубокого анализа самого аналитика. Однако даже те контрпереносные реакции, которые отражают преимущественно неразрешенные проблемы характера терапевта, тесно связаны с аналитическим взаимодействием с пациентом.

Через механизм эмпатической регрессии определенные конфликты пациента могут реактивировать подобные конфликты, коренящиеся в прошлом аналитика. Такая регрессия аналитика может также реактивировать у него прежде оставленные, старые защиты характера. Кроме того, когда сильные негативные контрпереносные реакции длятся в течение долгого периода времени, каково бы ни было их происхождение, аналитик в своем взаимодействии с определенным пациентом может вернуться к прежним невротическим паттернам, которые были давно отброшены в контакте с другими пациентами и в жизни вне часов анализа. Аналитик, можно сказать, поворачивается к определенному пациенту своей худшей стороной. Если использовать ограниченную концепцию контрпереноса, появляется искушение списать всю эту реакцию на проблему характера аналитика и не рассматривать в достаточной мере те особые способы, при помощи которых пациент провоцирует эту реакцию в аналитике.

Можно описать континуум реакций контрпереноса, разворачивающийся в диапазоне от реакций, связанных с симптоматическими неврозами, и до реакций психотических. В этом континууме различные компоненты реальности и переноса — как пациента, так и терапевта — значительно отличаются друг от друга. По мере того как мы продвигаемся от «невротического полюса» континуума к «психотическому», в контрпереносной реакции аналитика все большее место занимает вклад пациента, манифестации переноса которого замещают аспекты контрпереноса, происходящие из прошлого аналитика. Имея дело с пограничными или сильно регрессировавшими пациентами, в противоположность работе с пациентами с симптоматическими неврозами и многими расстройствами характера, терапевт в процессе лечения обычно весьма рано начинает испытывать интенсивные эмоциональные реакции, которые в большей мере соотносятся с незрелыми, интенсивными и хаотическими переносами пациентов, а также со способностью самого терапевта выдерживать психологический стресс и тревожность, нежели с какой-либо определенной, специфической проблемой в прошлом терапевта. Иными словами, если предположить — совершенно гипотетически, — что достаточно уравновешенные терапевты будут работать с одним и тем же сильно регрессировавшим и дезорганизованным пациентом, их контрпереносные реакции будут в какой-то степени похожими, и будут в гораздо большей степени отражать проблемы пациента, нежели специфические проблемы, обусловленные прошлым каждого из аналитиков. Литтл заявляет, что чем более дезинтегрирован пациент, тем сильнее потребность в хорошо интегрированном аналитике, и с психотическими пациентами контрперенос может проделывать большую часть работы, возможно, на основе механизма идентификации с Ид пациента (Little, 1960). Наблюдения Уилла также подтверждают эту точку зрения (Will, 1959).

Таким образом контрперенос становится важным диагностическим инструментом, предоставляющим информацию о степени регрессии пациента и его превалирующей эмоциональной позиции по отношению к тера-

певту, а также об изменениях, происходящих в этой позиции. Чем более интенсивна и преждевременна эмоциональная реакция на пациента, тем больше угрожает она нейтральности терапевта, и чем более изменяющейся, колеблющейся и хаотичной оказывается эта реакция, тем больше у нас оснований считать, что терапевт столкнулся с тяжелой регрессией пациента. На другом конце континуума, в работе с пациентами, страдающими симптоматическими неврозами и не слишком серьезными нарушениями характера, подобные интенсивные эмоциональные реакции терапевта случаются только временно, «нарастая» несколько позже (обычно по прошествию начального периода лечения), и они гораздо менее угрожают стабильности и нейтральности аналитика.

Регрессия и идентификация в контрпереносе

Флисс говорит, что отношение аналитика основано на эмпатии, которая, в свою очередь, зависит от «преходящей пробной идентификации» («transient trial identification») с пациентом (Fliss, 1942). Шпиц заявляет, что процесс пробной идентификации можно рассматривать как форму регрессии на службе Эго (Spitz, 1956). В более поздней статье Флисс описывает такую преходящую пробную идентификацию в ситуации, когда в контрпереносе наблюдается значительная регрессия (Fliss, 1953). Подобная регрессия мотивирует то, что Флисс называет «контридентификацией» аналитика, т. е. чрезмерную и более устойчивую идентификацию с пациентом, что включает в себя дублирование аналитиком некоторой определяющей идентификации (constituent identification) пациента. Контридентификация, утверждает он, постоянно и серьезно вмешивается в работу аналитика. Райх конкретизирует концепцию Флисса и утверждает, что неудача преходящей пробной идентификации и появление «контридентификации» как раз и подразумевают контрперенос (Reich, 1960). Она говорит, что одно из последствий этой неудачи — возврат импульсов, следующий принципу талиона, когда аналитик стремится воздать любовью за любовь и ненавистью за ненависть, или может «застрять» в идентификации, которая приносит ему нарциссическое удовлетворение.

То, что Флисс рассматривает как определяющую идентификацию терапевта и дублирование эквивалентной определяющей идентификации пациента, относится к тому, что Эриксон назвал бы ранней идентичностью Эго, т. е. осадком идентификаций, включающих в себя очень ранние объектные отношения (Erikson, 1950; 1956). Опасность «застревания» в такой определяющей идентификации связана с тем фактом, что она включает в себя вытесненную или диссоциированную раннюю идентичность, содержащую болезненные или травматические межличностные переживания, которые Эго не могло интегрировать в то время, когда эти ранние идентификации происходили. Эта диссоциированная ранняя идентичность Эго также содержит деривaты прегенитальных агрессивных импульсов, и соответствующие идентификации носят крайне враждебный характер из-за активации, проекции и реинтроекции этих агрессивных импульсов в ранних взаимодействиях. Наконец, эта идентичность Эго также включает в себя архаические защитные операции Эго, среди которых механизм проективной идентификации, описанный Кляйн, Хайманн и Розенфельдом, кажется мне наиболее интересным (Klein, 1946; 1955; Heimann, 1955; Rosenfeld, 1949; 1952).

Проективную идентификацию можно рассматривать как раннюю форму механизма проекции. В терминах структурных аспектов Эго, проективная идентификация отличается от проекции тем, что импульс, спроецированный на внешний объект, не проявляется как нечто чуждое и отдаленное от Эго, так как связь Эго с этим спроецированным импульсом все еще продолжается, и таким образом Эго «эмпатизирует» объекту. Тревога, которая первоначально спровоцировала проекцию импульса на объект, теперь становится страхом этого объекта, сопровождаемым потребностью контролировать его, чтобы предотвратить его атаку на Эго

под влиянием этого импульса. Последовательным или параллельным развитием действия механизма проективной идентификации становится размывание границы между Эго и объектом (утрата границ Эго), так как часть спроецированного импульса все еще признается в пределах Эго, и таким образом Эго и объект довольно хаотически смешиваются.

Когда в переносе проявляются очень ранние конфликтные объектные отношения, что часто случается при тяжелых нарушениях характера или у более дезорганизованных пациентов, терапевт вовлекается в процесс эмпатической регрессии, чтобы удержать эмоциональный контакт с пациентом. На определенном этапе регрессии могут реактивироваться ранние идентификации самого терапевта, вместе с механизмом проективной идентификации. Теперь терапевт сталкивается с несколькими опасностями, исходящими изнутри: (1) возобновление тревоги, связанной с ранними импульсами, особенно импульсами агрессивного характера, которые теперь направлены на пациента; (2) некоторая утрата границ Эго во взаимодействии с конкретным пациентом; (3) сильное искушение контролировать своего пациента согласно идентификации его с объектом из собственного прошлого аналитика.

Флисс и Райх указали на опасность такого развития в контрпереносе. Но все же эмоциональное переживание аналитика на этом этапе также может быть полезным. Оно может предоставить информацию о разновидности страха, который пациент испытывает в это время, и о связанных с ним фантазиях, потому что процесс в аналитике прошел путем «дублирования» процесса в пациенте. Также, когда терапевт способен осознать свои собственные агрессивные импульсы, не слишком их пугаясь, это может послужить основой чрезвычайно полезной передачи пациенту [ощущения] эмоциональной безопасности. К счастью, в аналитике действуют важные компенсаторные механизмы. Некоторые аспекты его Эго остаются незатронутыми, тогда как другие вовлечены в эмпатическую регрессию вплоть до того уровня, на котором возникают проективные идентификации как часть активации в нем «определяющей идентификации». На зрелом уровне продолжает функционировать главная часть Эго аналитика, включая развитую идентичность Эго и связанные с ним адаптивные и когнитивные структуры. Проективная идентификация приводит к утрате границ Эго аналитика только в секторе его взаимодействия с пациентом, что компенсируется особым напряжением более продвинутых функций Эго, которые обычно сохраняют границы Эго хорошо определенными.

Терапевт может утратить свою «аналитическую объективность» во время сессий, но после окончания работы или несколько часов спустя он медленно обретает равновесие — даже при лечении сильно регрессировавших пациентов. В терапевте происходит процесс проработки, в котором стабильные, адаптивные и когнитивные структуры, сформированные вокруг его поздней и более зрелой идентичности Эго действуют, можно сказать, поддерживающим образом по отношению к той части Эго, в которой были активированы примитивные идентификации, защитные механизмы и импульсы, и где границы Эго стали подвижными. Когда этот процесс не срабатывает, аналитик постепенно теряет способность «избавляться» от контрпереносной позиции, созданной конкретным пациентом.

По прошествии дней, недель или месяцев аналитик обнаруживает, что он все более вовлекается в постоянное эмоциональное искажение по отношению к пациенту. Некоторыми симптомами этой «фиксированной» контрпереносной позиции, кроме тех общих признаков контрпереносной реакции, которые указаны в литературе (Cohen, 1952; Glover, 1955; Little, 1960; Menninger, 1958; Winnicott, 1960), являются: развитие подозрительности в связи с данным конкретным пациентом и даже параноидных фантазий о неожиданных атаках с его стороны и формах, которую они могут принять; расширение внутренней реакции на данного пациента таким образом, что другие люди оказываются вовлеченными в эмоциональные реакции терапевта, связанные с его отношениями с данным пациентом; и, наконец, развитие некоторого рода «микропараноидной» реакции у аналитика. В этих случаях происходит вот что: прора-

ботка в пределах Эго аналитика терпит неудачу, в основном из-за того, что пациент добился разрушения более стабильной и зрелой идентичности Эго аналитика в этих отношениях, и аналитик дублирует эмоциональную позицию пациента без контроля Эго.

Нам следует помнить, что аналитик переживает регрессию на службе Эго для того, чтобы поддерживать контакт с пациентом, а не как реакцию на натиск, оказываемый его поведением. Сама толерантность и нейтральность по отношению к пациенту, которые являются частью попыток аналитика поддерживать с ним эмоциональный контакт, могут усилить опасность того, что аналитик окажется незащищенным, столкнувшись с неуместным, особо агрессивным поведением сильно регрессировавших пациентов. Действительно, некоторые аналитики, особо заинтересованные в работе с сильно регрессировавшими пациентами, помимо своей воли становятся пассивными жертвами поведения пациента, поскольку слишком большая часть усилий аналитика оказывается поглощенной борьбой с его внутренними эмоциональными реакциями, приведенными в действие пациентом.

Идентичность Эго зависит от непрерывности и подтверждения [внутренней] концепции самости, и это верно также для аналитика в его отношениях с пациентом. В конкретном взаимодействии с пациентом, который угрожает аналитику и индуцированием значимой контрпереносной регрессии, и своим поведением, такого подтверждения не происходит. Идентичность аналитика постоянно подрывается, и в конце концов те самые силы — структуры его зрелой идентичности Эго, — которые в другом случае компенсировали бы его регрессию на службе Эго, становятся недоступными. С практической точки зрения, эти рассуждения подчеркивают значение определенной внешней структуры как части аналитической работы с сильно регрессировавшими пациентами, некоторого предела, до которого пациенты могут дойти и до которого им позволено будет дойти, предела, которого аналитик должен, таким образом, твердо и неукоснительно придерживаться, прямых указаний пациенту на то, что определенное поведение не позволено во время сеанса, структуры, укрепленной госпитализацией, или других дополнительных инструментов лечения.

Ракер расширяет возможность использования контрпереносных реакций аналитика для получения информации о внутренней эмоциональной констелляции пациента, различая два типа идентификаций, имеющих место в контрпереносной реакции: *согласующуюся идентификацию* (concordant identification) и *дополнительную идентификацию* (complementary identification) (Racker, 1957). Согласующаяся идентификация, согласно Ракеру, — это идентификация аналитика с соответствующей частью психического аппарата пациента: Эго с Эго, Супер-Эго с Супер-Эго. Под влиянием согласующейся идентификации аналитик переживает в себе центральную эмоцию, которую испытывает пациент в то же самое время. По мнению Ракера, эмпатию можно рассматривать как прямое выражение согласующейся идентификации.

Дополнительная идентификация (это понятие впервые сформулировала Хелен Дойч) отсылает к идентификации аналитика с объектами переноса пациента. В этой позиции аналитик переживает эмоцию, которую пациент вкладывает в свой переносный объект, тогда как сам пациент переживает эмоцию, которую он испытывал в прошлом в своем взаимодействии с этим конкретным родительским образом. Например, аналитик может идентифицироваться с функцией Супер-Эго, связанной с образом строгого, запрещающего отца, чувствуя критический настрой и искушение контролировать пациента каким-то определенным образом, тогда как пациент может испытывать страх, подчинение или непокорность, связанные с его отношениями с отцом. Ракер утверждает, что аналитик колеблется между этими двумя видами контрпереносной идентификации.

Именно на том уровне регрессии, на котором аналитик сталкивается в себе с проективной идентификацией, происходит максимальное развитие дополнительной идентификации. И, как указывалось, в то время, когда аналитик борется с усилением примитивных импульсов в себе самом и с тенденцией контролировать пациента как частью попыток контролировать эти импульсы, он тем самым воспроизводит ранние отношения пациента

с важным родительским образом. Таким образом возникает чрезвычайно значимая и специфическая ситуация, которая, будучи понятой и проработанной, может стать краеугольным камнем аналитической работы с конкретным пациентом. В этих обстоятельствах аналитик может осуществить фундаментальные изменения в структуре Эго пациента через корригирующий опыт, возникающий в аналитической ситуации. По контрасту, наибольшей опасностью в аналитической ситуации на данном этапе является угроза травматического повторения ранних фрустрирующих детских переживаний пациента. Когда аналитик не в состоянии «избавиться» от контрпереносных уз, он вновь устанавливает порочный круг взаимодействия пациента с родительским образом.

Некоторые хронические контрпереносные фиксации

Мы уже говорили о повторном проявлении предшествующей невротической структуры характера аналитика, от которой он, в общем, уже избавился, но она вновь в значительной мере реактивировалась в его работе с определенным пациентом. Это повторное ее проявление часто принимает особую форму, так что определенная патология аналитика подвергается обработке в терапевтическом взаимодействии и напоминает структуру личности самого пациента или дополняет ее таким образом, что пациент и аналитик оказываются «соответствующими» друг другу. Такой вид хронической контрпереносной связи является, несомненно, губительным для обоих участников. При данных обстоятельствах происходит следующее: невротические защиты характера аналитика являются его самой безопасной защитой от довольно примитивных тревог, которые имеют тенденцию появляться в его контрпереносе, и особое дополняющее характерное образование, которое он устанавливает вместе с пациентом, является продуктом взаимного влияния проективной идентификации в них обоих.

Установлено, что конфликты вокруг прегенитальной агрессии занимают центральное место при пограничных или психотических реакциях, или во время глубокой регрессии у всех пациентов в аналитическом лечении (Fromm-Reichmann, 1952; Fromm-Reichmann, 1958; Klein, 1946; Lidz, Lidz, 1952; Little, 1960; Rosenfeld, 1955; Winnicott, 1960). Повсюду в литературе мы видим, что примеры наиболее серьезных контрпереносных нарушений и сложностей в работе с ними встречаются там, где присутствует этот вид сильной архаичной агрессии у пациентов. Проявляются они обычно эмоциональной реакцией терапевта на поведение пациентов, которые всегда будто вынуждены кусать руку, которая их кормит. Какую позицию вы бы не занимали в споре о том, существует ли инстинкт смерти или агрессия вторична по отношению к фрустрации, есть достаточные доказательства весьма сильной предрасположенности психического аппарата к обращению агрессии на себя. Агрессия вовне и агрессия, направленная на себя, сливаются в попытке пациента нейтрализовать способность аналитика помочь ему, и оба эти элемента также присутствуют в эмоциональном отклике аналитика на эту ситуацию.

Выражаясь очень простыми терминами, переживание отдачи чего-то хорошего и получения в ответ чего-то плохого, также как невозможность корректировки этого переживания при помощи обычных способов отношения с реальностью, являются драматической частью работы аналитика. Это похоже на другое основное переживание, в котором не удается построение того, что Эриксон называет «базовым доверием», или того, что Мелани Кляйн называет «сохранением хорошего внутреннего объекта». Как будто в отношениях с данным конкретным пациентом утрачивается уверенность в силах, которые могли бы нейтрализовать агрессию, что в свою очередь реактивирует мазохизм аналитика. Мани-Кёрл указывает, как агрессия пациента внедряется в функции Супер-Эго аналитика, провоцируя параноидные страхи или депрессивную вину (Money-Kyrle, 1956). Работая с сильно регрессировавшими пациентами, преданные своему делу терапевты с различным опытом переживают фазы почти мазохистического подчинения агрессии пациента, непропорциональные сомнения в собственных способностях и преувеличенный страх критики третьей стороной. На этих фа-

зах аналитик идентифицируется с агрессией пациента, параноидной проекцией и виной. Данная базовая ситуация может быть затемнена вторичными защитами против этой эмоциональной позиции аналитика, особенно его характерологическими защитами.

Повторное появление старой невротической структуры характера аналитика, в особой дополняющей интеграции с характерологической патологией пациента, является одной из форм, которую может принять хроническая контрпереносная связь. Еще одной часто используемой вторичной защитой является нарциссический уход или отстранение терапевта от пациента таким образом, что утрачивается эмпатия и под угрозой оказывается сама сохранность аналитического отношения к пациенту. Есть случаи, которые, говоря эмоциональным языком, прерваны уже в течение некоторого времени до того, когда на самом деле происходит неудачное окончание. Еще одним защитным решением, возможно, более патологическим, чем вышеупомянутое, является нарциссический уход аналитика от реальности, с появлением нереалистической уверенности в своей способности помочь пациенту (можно сказать, повторное появление архаичного всемогущества). В этом случае терапевт стремится расположить себя вместе с пациентом на своего рода острове, чтобы помочь пациенту отвести свою агрессию от аналитика и направить ее на внешние объекты. Аналитик поглощает некоторую часть этой агрессии в мазохистическом подчинении пациенту, рационализируя ее как «абсолютную преданность делу», что также обеспечивает определенное нарциссическое удовлетворение. По истечении времени эта защитная операция, как правило, разрушается, часто довольно резким образом, после чего вновь проявляется симптоматология пациента, часто одновременно с наступлением окончания лечения. Такой «мессианский дух» весьма отличается от подлинной заботы (concern) о пациенте, так как зрелая забота должна учитывать реальность.

Нарциссический уход от пациента в форме пассивного равнодушия или внутреннего отказа со стороны терапевта и нарциссический уход от внешней реальности в дополняющие отношения с пациентом являются потенциально опасными, особенно для аналитиков, чей собственный нарциссизм был недостаточно проработан в их личном анализе. Такие аналитики чаще прибегают к нарциссическим защитам характера; это происходит не только из-за защитного возврата к старым паттернам характера, но также благодаря тому, что сами по себе эти защиты характера часто направлены на прегенитальные конфликты, включая раннюю агрессию. Контрпереносная регрессия в этих случаях является особо опасной.

Значение озабоченности как общей черты аналитика

Одной из важных сил в нейтрализации и преодолении действия агрессии в контрпереносе — агрессии вовне и агрессии, направленной на себя, — является способность аналитика заботиться о пациенте. Озабоченность в этом контексте подразумевает осознание аналитиком серьезности природы деструктивных и самодеструктивных импульсов в пациенте, потенциальной возможности развития таких импульсов в самом аналитике, а также ограничений, присущих его терапевтическим усилиям в работе с пациентом. Озабоченность также подразумевает истинное желание и потребность помочь пациенту, несмотря на его временную «плохость». На более абстрактном уровне можно сказать, что озабоченность подразумевает признание серьезности деструктивности и самодеструктивности людей в общем и надежду на то, что битва с этими тенденциями может быть успешной в индивидуальных случаях (но не уверенность в этом). Анализируя значение надежды как одной из основных человеческих тенденций, Меннингер описывает ее как манифестацию инстинкта жизни, направленного против сил деструктивности и самодеструктивности (Menninger, 1959). Мани-Кёрл говорит, что забота о благополучии пациента происходит из комбинации репаративных влечений аналитика, противодействующих его ранним деструктивным тенденциям, и из его родительских идентификаций (Money-Kyrle, 1956). Франк в другом контексте подчеркивает важное значе-

ние веры терапевта в себя и свою технику как предпосылки успеха терапии (Frank, 1959). В дополнение можно привести негативное описание озабоченности, сказав, что она не означает отказ от аналитической позиции нейтральности аналитика; забота о пациенте также не означает отказа от реальности.

Психоаналитики различных ориентаций описывают различные генетические и динамические предпосылки, обусловливающие способность переживать заботу о ком-то. Винникотт предполагает, что забота порождается модулированными и сдержанными чувствами вины (Winnicott, 1963). Он предполагает, что такое развитие становится возможным благодаря успешному прорабатыванию ребенком повторяющихся циклов агрессии, вины и репарации. Каково бы ни было их происхождение, манифестации способности аналитика испытывать озабоченность можно описать в связи с непосредственной реальностью ситуации лечения каждого пациента. Если говорить конкретно, озабоченность подразумевает непрекращающуюся самокритику со стороны аналитика, нежелание пассивно воспринимать невозможные ситуации и постоянный поиск новых способов совладания с продолжительным кризисом. Это подразумевает активное участие терапевта в противовес нарциссическому уходу, и реализацию непрекращающейся потребности в консультациях и помощи коллег. Последний пункт является очень важным: желание рассмотреть определенный случай с консультантом или коллегой, в отличие от скрытности по поводу своей работы, является хорошим признаком озабоченности. На аналитика оказывается профессиональное давление с целью ограничить его способность признавать ограничения и его усилия преодолеть их. Во время аналитического обучения кандидату приходится бороться с искушением использовать пациента нарциссически, потому что излечение последнего может быть необходимым для получения диплома: желание сохранить «хорошего» пациента и избавиться от «плохого» может представлять контрпереносную реакцию, на которую сильно повлияли желания кандидата или страх в связи с выполнением требований. Бенедек описывает некоторые контрпереносные осложнения, возникающие у аналитика в пределах психоаналитического сообщества (Benedek, 1954). Давление, которое действует на аналитика, когда он является частью сложного лечебного сеттинга, также оказывает влияние на его контрперенос и может ограничивать, реально или в его фантазии, его внутреннюю свободу обращения с тяжелыми ситуациями в лечении. Сэвэйдж упоминает этот момент в связи с психоаналитически ориентированной психотерапией шизофренических пациентов в больничном сеттинге (Savage, 1961). Мэйн провел иллюстративное исследование, включающее изучение контрпереносных реакций, происходящих в условиях больничного лечения (Main, 1957).

Однако не все сложности или кризисы в лечении задействуют контрпереносные связи. Следует отличать недостаток опыта, технических или теоретических знаний терапевта от его контрпереносной реакции. Это нелегко, так как эти два фактора влияют друг на друга.

Инсайт аналитика в отношении значения своей контрпереносной реакции сам по себе не помогает пациенту. Пациенту помогает использование этой информации аналитиком в его интерпретациях переноса; помогает принятие аналитиком необходимых мер защиты себя и своего пациента от ситуаций в лечении, которые действительно невозможно обработать; помогает предоставление аналитиком пациенту — через их взаимоотношения — доказательств своего желания и способности сопровождать пациента в его прошлое, не теряя из виду настоящего.

Заключение

В общих чертах были представлены противоположные взгляды на контрперенос и его клиническое использование. Мы полагаем, что контрперенос может оказаться полезным инструментом для оценки степени регрессии пациента и прояснения парадигм переноса в ходе тяжелой регрессии.

Пациенты с потенциалом к сильной регрессии в анализе или экспрессивной психотерапии имеют тенден-

цию стимулировать серьезные контрпереносные осложнения, особенно *контридентификацию*.

Предполагается, что контрпереносные осложнения в форме контридентификации относятся к частичной реактивации в аналитике ранних идентификаций Эго и ранних защитных механизмов. Эти контридентификации не только могут стать источником важной информации об аналитической ситуации, они являются также серьезной угрозой анализу и предрасполагают аналитика к развитию «хронической контрпереносной фиксации».

Описаны следующие признаки хронической контрпереносной фиксации: повторное появление преодоленных невротических черт характера аналитика в его взаимодействиях с конкретным пациентом; *эмоциональное прерывание* анализа; нереалистичная *абсолютная преданность*; *микропараноидные* установки по отношению к пациенту. Эти контрпереносные осложнения особо ярко представлены в лечении пациентов с потенциалом к сильной регрессии, чьи конфликты сконцентрированы вокруг прегенитальной агрессии. Описано также значение «озабоченности» как общей черты аналитика, полезной при защите его от вышеупомянутых контрпереносных осложнений. Рассмотрены также некоторые характеристики, предпосылки и реальные ограничения развития озабоченности.

Перевод Е. Пчельниковой,
сверка перевода З. Баблояна

Литература

BENEDEK, T. (1954) Countertransference in the training analyst. *Bull. Menninger Clin.*, 18, p. 12–16.

COHEN, M.B. (1952) Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15, p. 231–243.

ERIKSON, E.H. (1950) Growth and crises of the healthy personality. In: *Identity and the Life Cycle. Psychological Issues*, 1, p. 50–100. New York: International Universities Press, 1959.

— (1956) The problem of ego identity. *American Psychoanal. Assn.*, 4, p. 56–121.

FLIESS, R. (1942) The metapsychology of the analyst. *Psychoanal. Q.*, 11, p. 211–227.

— (1953) Countertransferences and counteridentification. *American Psychoanal. Assn.*, 1, p. 268–284.

FRANK, J.D. (1959) The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry*, 22, p. 17–39.

FREUD, S. (1910) The future prospects of psycho-analytic therapy. *Standard Edition*, 11, p. 139–151, London: Hogarth Press, 1957.

— (1912) Recommendations for physicians on the psychoanalytic method of treatment. *Standard Edition*, 12, p. 109–120, London: Hogarth Press, 1958.

— (1963) *Psychoanalysis and Faith: The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister* / ed. H. Meng & E.L. Freud. New York: Basic Books, p. 113.

FROMM-REICHMANN, F. (1950) *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

— (1952) Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics In: *Psychotherapy with Schizophrenics*. Ed. E. B. Brody & F. C. Redlich. New York: International Universities Press.

— (1958) Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychiatry*, 21, p. 1–6.

GITELSON, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *Int. J. Psychoanal.*, 33, p. 1–10.

GLOVER, E. (1955) *The Technique of Psycho-Analysis*. New York: International Universities Press.

HEIMANN, P. (1950) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31, p. 81–84.

— (1955) A combination of defence mechanisms in paranoid states. In: *New Directions in Psycho-Analysis*. Ed. M. Klein, P. Heimann, & R. E. Money-Kyrle. London: Tavistock Publications, p. 2 40–265.

— (1960) Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, p. 9–15.

KERNBERG, O. (1960) Manejo de la contratransferencia en la escuela analitica de Washington. Presented to the Chilean Society of Psychoanalysis, December, 1960.

Контрперенос и ролевая откликаемость*

Джозеф Сандлер (1976)

Как мы знаем, термин *контрперенос*, как и термин *перенос*, имеет великое множество значений. Фрейд отметил, что контрперенос связан со слепыми пятнами аналитика, являющими собой препятствия для анализа. С самого начала контрперенос последовательно рассматривался Фрейдом как «препятствие к свободному пониманию аналитиком пациента». В этом контексте Фрейд рассматривал психику аналитика как «инструмент... эффективному функционированию которого в аналитической ситуации препятствует контрперенос». Контрперенос у аналитика приравнивался к сопротивлению у пациента (Sandler, Dare, Holder, 1973).

Что же касается *переноса*, вспомним, что вначале Фрейд также рассматривал его как препятствие, однако позже стал считать его незаменимым орудием аналитической работы. В отношении контрпереноса он не предпринял сходных шагов, но эти неизбежные шаги были предприняты уже после Фрейда. Решающим поворотом в развитии психоаналитической теории стал момент, когда контрперенос «стал рассматриваться как важный феномен, помогающий аналитику понять скрытый смысл приносимого пациентом материала. Основная идея ... заключается в том, что аналитик обладает элементами понимания и оценки процессов, происходящих у пациента, что эти элементы не являются непосредственно сознательными, а могут быть обнаружены аналитиком, если он отслеживает свои собственные психические ассоциации, возникающие при слушании пациента» (Sandler, Dare, Holder, 1973). Первое явное утверждение о *позитивной* ценности контрпереноса сделала Паула Хайманн (Heimann, 1950). Другие авторы развили и расширили эту тему. Две работы Хайманн следует выделить как поворотный пункт в изменении взглядов на контрперенос (Heimann, 1950; 1960). Она начала с того, что стала рассматривать контрперенос как относящийся ко всем чувствам, которые аналитик испытывает к пациенту. Хайманн отмечает, что аналитик должен быть способен «*переносить* все чувства, которые у него возникают, в противоположность их разрядке (что делает пациент), для того чтобы *подчинить* их аналитической задаче, а именно исполнению им функций зеркального отражения пациента». Она заключает, «что бессознательное аналитика понимает пациента. Этот раппорт на глубоком уровне выходит на поверхность в форме чувств, которые отмечает у себя аналитик и которыми он откликается на пациента, т. е. его *контрпереноса*» (Heimann, 1950).

Я не буду упоминать другие важные работы в данной сфере, хотя, конечно же, о контрпереносе писали и до работы Хайманн, и при этом указывалось на то, что контрперенос — нормальный феномен. Но, похоже, подчеркивалась именно разница между тем, что можно назвать «приемлемым» и «полезным» контрпереносом, с одной стороны, и «опасным» или «нежелательным» контрпереносным откликом, с другой. Вклад Хайманн заключается в том, что она ясно показала, что реакция аналитика может быть полезна как первый ключ к пониманию того, что происходит с пациентом.

В нашей книге «Пациент и психоаналитик» подробно обсуждается литература по переносу, и, комментируя ее, мы приходим к выводу, что, с нашей точки зрения, «...перенос не обязательно ограничивается иллюзорной апперцепцией другого человека, ... но может также включать бессознательные (и часто тонкие) попытки манипулировать или провоцировать ситуации

* Sandler, J. (1976) Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3: 43–47.

Первоначально доклад был представлен на симпозиуме «Значение контрпереноса в повседневной психоаналитической практике» на англоязычной конференции Британского психоаналитического общества (Лондон, сентябрь 1974 г.).

с участием других людей, являющиеся скрытым повторением ранних переживаний и отношений. Ранее указывалось, что, когда такие переносные манипуляции или провокации встречаются в каждодневной жизни, личность, на которую они направлены, может либо показать, что не принимает эту роль, либо, если у данной личности имеется бессознательная предрасположенность к этому, принять роль и вести себя соответственно. Вероятнее всего, такое принятие или отвержение переносной роли основывается не на сознательной осведомленности о том, что происходит, но скорее на бессознательных намеках. Элементы переноса в различной степени проникают во все взаимоотношения, и эти отношения (например выбор супруги или работодателя) часто определяются некоторыми характеристиками другого человека, в котором (сознательно или бессознательно) представлены черты важной фигуры из прошлого» (Sandler, Dare, Holder, 1973).

В наших выводах о переносе мы опирались на представление о *проекции* или *экстернализации* пациентом некоторых аспектов или фигур его прошлого на личность аналитика и расширили это представление до *всех* его попыток манипулировать аналитиком или провоцировать его. Я полагаю, что такие «манипуляции» являются важной частью объектных отношений вообще. И в «пробной» форме участвуют в «сканировании» объектов в процессе выбора объекта. В переносе пациент множеством тонких способов пытается подтолкнуть аналитика к особому поведению и бессознательно сканирует свое восприятие реакций аналитика. Аналитик может быть способен «удерживать» свой отклик на это «подталкивание» в сознании как воспринимаемую им *свою собственную* реакцию, и я связал бы определенные контрпереносные отклики и перенос через поведенческое (вербальное и невербальное) *взаимодействие* между пациентом и аналитиком. Паула Хайманн отметила, что отклик аналитика на пациента можно использовать как основу для понимания материала пациента, часто посредством того, что аналитик нечто принимает и удерживает в себе. Я попытаюсь в рассмотрении этого вопроса продвинуться дальше.

Нет сомнений в том, что аналитику следует продолжать анализ своего контрпереноса. Я полагаю, мы можем начать с утверждения, что понимание контрпереноса действительно очень важно. Мой собственный интерес к этой теме в последние годы развивался параллельно интересу к психоаналитической психологии объектных отношений, и то, что я представлю далее, базируется на заключении, что отношение, или по крайней мере взаимодействие, развивается между двумя сторонами, участвующими в аналитическом процессе. Все мы знаем об особых чертах аналитической ситуации с ее способностью индуцировать регрессивное оживление прошлого в настоящем таким способом, который полностью бессознателен для пациента или рационализируется им. С другой стороны, мы знаем, что аналитик использует свои специальные навыки, включая свою способность к свободно парящему вниманию, к самоанализу и к сохранению того, что Винникотт назвал «профессиональной установкой» (Winnicott, 1960). Под свободно парящим вниманием я не имею в виду «очищение сознания» от мыслей и воспоминаний, но скорее способность аналитика позволить проникать в свое сознание всевозможным мыслям, фантазиям и ассоциациям, тогда как сам он в это время продолжает слушать пациента и наблюдать за ним.

Я упомянул взаимодействие между пациентом и аналитиком, и оно в значительной мере (хотя, конечно, не полностью) определяется тем, что я буду обозначать как интрапсихические ролевые отношения, в которые каждая сторона пытается включить другую сторону. Один из аспектов таких ролевых отношений может соответствовать текущей задаче, т. е. работе анализа. Конечно, со стороны пациента мы можем видеть весь спектр проявляющихся специфических ролевых отношений. Я хочу подчеркнуть, что ролевые отношения пациента в анализе в каждое конкретное время состоят из роли, которую он выбирает для себя, и из дополнительной (complementary) роли, к которой он в каждое конкретное время подталкивает аналитика. Перенос пациента, таким образом, представляет собой его попытку установить взаимодействие или взаимоотношение

(в самом широком смысле этого слова) между собой и аналитиком. Сегодня у многих аналитиков складывается убеждение (или по крайней мере тягостное чувство), что концептуализация переноса как либидинозного или агрессивного энергетического катексиса пациентом прошлого объекта, перенесенного на образ аналитика в настоящем, чрезвычайно неадекватна. Бессознательные желания и механизмы пациента, с которыми мы соприкасаемся в нашей работе, выражаются интрапсихически в (описательно) бессознательных образах или фантазиях, в которых взаимодействующие самость и объект представлены в конкретных ролях. В каком-то смысле пациент в переносе пытается актуализировать[1] их искаженным образом с учетом рамок и ограничений аналитической ситуации. Делая это, он сопротивляется пониманию инфантильных отношений, которые пытается установить. Здесь я хотел бы подчеркнуть различие между манифестным содержанием того, что приносит пациент, и латентным бессознательным содержанием (в частности, инфантильными ролевыми отношениями, которые он стремится выразить или разыграть (enact), а также защитными ролевыми отношениями, которые он, возможно, сконструировал). Если пациент придерживается правил, он предпочтет говорить, а не разыгрывать, а мы как аналитики с помощью нашего восприятия и наших аналитических инструментов получим доступ к бессознательным внутренним ролевым отношениям, которые пациент пытается установить.

Даже простейшие инстинктивные желания на самых ранних стадиях жизни можно рассматривать как желание ввести и пережить ролевые отношения, а не только как средство инстинктивного удовлетворения. Однако то, что я хочу здесь сказать, применимо не только к бессознательным инстинктивным желаниям, но и ко всей гамме бессознательных желаний (включая также пред-

[1] Я хочу использовать термин *актуализация* в словарном смысле слова, а не в специфически техническом, как делают некоторые авторы. Оксфордский словарь английского языка определяет актуализацию как «делание актуальным, превращение в действительный факт; реализацию в действии».

сознательные), относящихся ко всем разновидностям потребностей, удовлетворений и защит.

Параллелью «свободно парящему вниманию» аналитика является то, что я хотел бы назвать его свободно парящей откликаемостью. Аналитик, конечно, не представляет собой машину с абсолютным самоконтролем, которая получает переживания на входе и выдает интерпретации на выходе, хотя в литературе часто изображается именно такая картина. Помимо всего прочего, аналитик разговаривает, приветствует пациента, договаривается о практических моментах, может пошутить и в некоторой степени позволяет своим откликам отклоняться от классических психоаналитических норм. Я думаю, что и в явных реакциях аналитика на пациента, и в его мыслях и чувствах проявляется то, что можно назвать его *ролевой откликаемостью*. Это происходит не только в чувствах, но также в установках и поведении аналитика, представляя собой решающий элемент в его «полезном» контрпереносе.

Хотелось бы привести один или два примера для иллюстрации того, что я имею в виду.

I

Этот 35-летний пациент не проходил ранее анализ и мало что знал об аналитическом процессе. Его направили ко мне из-за его чрезвычайной тревожности в связи с публичными презентациями на работе, хотя он чувствовал себя абсолютно компетентным и свободным в частных неформальных дискуссиях. У него была достаточно узкая сфера образования. Он был сыном иммигрантов из Восточной Европы, но благодаря своим финансовым и организационным талантам поднялся до очень высокой позиции в чрезвычайно большой финансовой организации. На начальном интервью я обнаружил, что он хорошо реагирует на пробные интерпретации, и почувствовал, что работа с ним будет приносить отдачу и удовольствие. В первую неделю или две его анализа я обнаружил, что говорю гораздо больше, чем обычно. Должен заметить, что я не чрезмерно молчаливый аналитик. Через некоторое время я почувствовал, что меня что-то тревожит в связи с этим пациентом,

и моя собственная аналитическая рефлексия показала мне, что я боюсь его ухода, хочу удержать его и понизить уровень его тревоги, чтобы он смог остаться в анализе, и что я говорю более, чем обычно, для того чтобы избежать агрессивной стороны его амбивалентных чувств. Когда я это увидел, я почувствовал облегчение и вернулся к своему более обычному аналитическому поведению. Однако одновременно с этим я отметил свое желание разговаривать во время сессий и тот факт, что пациент легким изменением интонации в конце каждого своего предложения заканчивал фразу своего рода вопросительным знаком, хотя явный вопрос при этом не формулировал. Я счел возможным указать ему на то, что он делал (он не осознавал этого, как и я прежде не осознавал этого в нем), и показать, как сильно он нуждается в том, чтобы я поддерживал его своим разговором. Затем он вспомнил, как чувствовал чрезвычайную тревогу, будучи ребенком, и когда отец возвращался домой с работы, пациент импульсивно вовлекал его в разговор, задавая множество вопросов, чтобы удостовериться, что отец на него не сердится. Отец его был профессиональным борцом, склонным к насилию, и пациент боялся его, но при этом нуждался в отцовском восхищении, любви и хотел быть любимым ребенком. (Позже в анализе мы, как можно предположить, обнаружили его страх собственной враждебности к отцу.) Он сказал мне, что у отца была привычка не слушать его и не отвечать, и это очень пугало. Пациент осознал, что с раннего детства он разработал трюк неявного задавания вопросов, и это стало частью его характера, усиливаясь в ситуациях, когда он боялся неодобрения и нуждался в поддержке со стороны авторитетных фигур.

Здесь я хотел бы отметить, что помимо «обычных» элементов своей аналитической работы аналитик часто будет явно реагировать на пациента таким образом, который, как он чувствует, указывает *лишь* на его собственные (аналитика) проблемы, на его собственные «слепые пятна», и он может успешно прибегать к самоанализу с целью обнаружить патологию за его данным конкретным откликом на пациента или отношением к нему. Однако я бы предположил, что очень часто иррациональный отклик аналитика, который его профессиональная совесть заставляет рассматривать лишь как собственное слепое пятно, иногда может не без пользы рассматриваться как компромиссное образование между его собственными тенденциями и *рефлексивным принятием той роли, которую навязывает ему пациент.*

Естественно, некоторые аналитики будут более, чем другие, склонны к принятию определенных ролей, и пропорция вклада пациента и аналитика будет в значительной степени различаться от случая к случаю. И конечно, не все иррациональные действия и реакции аналитика являются отражением той роли, к которой его подталкивает пациент. В данном примере я хочу показать только то, как пациент с помощью достаточно тонких элементов своего поведения вызывает явный отклик со стороны аналитика, на первый взгляд, кажущийся *только* иррациональным контрпереносом. Позвольте мне эмпатически сказать, что я абсолютно не согласен с той идеей, что все контрпереносные отклики аналитика являются следствием того, что навязывает ему пациент.

Приведу еще один пример.

II

Этой пациентке было меньше тридцати лет, и она работала учительницей в школе. Она пришла в терапию вследствие своих социальных и сексуальных сложностей, и через некоторое время стало ясно, что она боялась своей зависти к пенису и враждебности к матери; у нее было множество фобических тревог, и она нуждалась в том, чтобы с помощью интеллектуализаций и контроля над другими людьми (включая свою преподавательскую деятельность) «структурировать» свой мир таким образом, чтобы всегда в точности знать, «где она находится». Ее потребность в этом проявлялась и в переносе, и после приблизительно трех лет аналитической работы ее психопатология стала более понятной, ее состояние улучшилось, она стала более счастливой. Однако один аспект в ее материале по-прежнему

оставался достаточно неясным. С самого начала она плакала на каждой сессии, и я машинально придвигал к ней коробку с салфетками, когда она начинала плакать. Сейчас я не знаю, почему я так делал, но когда я начинал практиковать, я не склонен был менять это без убедительных причин. Не знаю почему, я не чувствовал возможным указать на то, что она не носит собственных салфеток или носового платка, хотя с другими пациентами я бы это сделал. Для ее плача было множество причин, включая скорбь по матери, которую она хотела убить, по отцу, которого, как она чувствовала, она должна оставить, и т. д. Оказалось, что когда ей было около двух лет, родился ее младший брат, второй ребенок в семье, и она чувствовала, что утратила внимание матери; она вспоминала, что когда ей было два с половиной года, ее отправляли самостоятельно играть во двор, пока брата купали и меняли ему пеленки. Примерно в это время ее повели в детский сад, и она помнила, что была очень замкнутой и забиралась в клетку с кроликами в детском саду, прижимаясь к белому кролику. Она рассказала мне, что позже узнала, что в детском саду психолог диагностировал ее как «аутичного» ребенка; она явно была тогда регрессировавшей, и у нее бывали неконтролируемые вспышки раздражения и ярости. К этому моменту ее анализа мы смогли подойти к повторению в настоящем ее страха испачкаться и опозориться и к ее потребности контролировать свои объекты так же, как она должна была контролировать свой сфинктер. Однако здесь явно была еще какая-то невыявленная бессознательная фантазия. У меня было чувство, что мы в каком-то смысле «застряли» в аналитической работе. Однажды в анализе произошло нечто достаточно необычное. Она начала молча плакать, но на этот раз я не отреагировал; и неожиданно она разразилась критикой в мой адрес, браня меня за то, что я не пододвинул к ней салфетки. Она стала паниковать, обвиняя меня в черствости и невнимательности. Я сказал ей, что не знаю, почему на сей раз не пододвинул к ней салфетки, но если она будет продолжать говорить, возможно, мы оба сможем лучше понять этот момент. И тогда проявился материал, специфичность которого была связана с тем, что нам не удавалось прояснить ранее. Стало ясно, что ее потребность в контроле и «структурах» в своей жизни базировалась не на страхе запачкаться, но скорее на страхе того, что она может запачкаться или обмочиться, *а рядом не окажется взрослого, который переоденет ее*. Оказалось, что этот страх довлел над всей ее жизнью. Это была специфическая фантазия, похоже, развившаяся в конце анальной фазы под влиянием отстраненности матери, вызванной рождением второго ребенка. Обнаружение и проработка этой специфической фантазии была решающим моментом в ее анализе. Я не хочу вдаваться в подробности относительно ее материала, скажу лишь, что, как мне кажется, я уловил тогда бессознательные намеки пациентки, которые подтолкнули меня к определенному поведению в анализе — к тому, что я долгое время пододвигал ей салфетки, а затем забыл это сделать. (Было бы чистой спекуляцией сравнивать два с половиной года анализа и возраст, когда впервые возникла ее тревога.) Я полагаю, что эта пациентка подтолкнула меня (с ее и с моей стороны бессознательно) к роли родительского интроекта, которую я частично разыграл: сперва заботливой матери, а затем, внезапно, родителя, не переодевшего ее. На сессии меня не оказалось рядом, чтобы убедиться, что она чистая, так же как после рождения брата мать, уделяя ему больше внимания, не оказывалась рядом, чтобы переодеть ее.

Из-за ограниченности объема данной презентации я не могу углубляться далее в эту тему, и в заключение я ограничусь лишь одним или двумя замечаниями. Я предположил, что аналитик в определенных границах обладает свободно парящей поведенческой откликаемостью в дополнение к свободно парящему сознательному вниманию.

В рамках границ, установленных аналитической ситуацией, аналитик, пока он это не осознает, будет соответствовать ожидаемой от него роли и интегрировать ее в свой способ реагирования на пациента. В норме, конечно, он отследит такой контрпереносный отклик, в особенности если он будет неадекватным. Однако он

может осознать это, лишь наблюдая собственное поведение, отклики и установки *уже после того, как они были осуществлены в действии.* В данной статье я говорю об особом случае, когда аналитик считает определенный аспект своего поведения имеющим только внутренние причины, тогда как более полезно будет рассматривать его как *компромисс* между его собственными тенденциями или склонностями и ролевыми отношениями, которые пациент бессознательно пытается установить. Я должен добавить, что не считаю термины *проекция, экстернализация, проективная идентификация* и *помещение своих частей в аналитика* достаточными для объяснения и понимания процессов динамического взаимодействия, которые происходят в переносе и контрпереносе. Похоже, что здесь задействована сложная система даваемых и получаемых бессознательных намеков. Такого рода процесс происходит не только в обсуждающихся здесь аспектах переноса и контрпереноса, но и в нормальных объектных отношениях, а также в процессе временного или постоянного выбора объекта.

Перевод предоставлен Санкт-Петербургской психоаналитической группой

Литература

HEIMANN, P. (1950) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31, p. 81–84.

— (1960) Counter-transference. *Br. J. med. Psychol.*, 33, p. 9–15.

SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1973) *The Patient and the Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process.* London: Allen & Unwin.

WINNICOTT, D. W. (1960) Countertransference. *Br. J. med. Psychol.*, 33, p. 17–21.

Некоторые технические проблемы **контрпереноса***

Джейк Арлоу (1985)

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:

> «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, p. 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

* Arlow, J. (1985) Some technical problems of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 54: 164–174.

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, p. 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 случае 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 цент-

ральному 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, вы-

нуждавшие 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 мазохистическими 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 мазохистических 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 мазохистической, 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 отслежи-

вают 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 в заключение 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.

Перевод С. Дураса

Литература

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

ARLOW, J.A. (1963) The supervisory situation. *J. 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. J. Psychoanal.* 19: 1–16.

REICH, A. (1951) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.* 32: 25–31.

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

Контрперенос как компромиссное образование*

Чарльз Бреннер (1985)

Контрперенос — это вездесущий феномен, набор компромиссных образований, включающий в себя перенос аналитика на пациента (или пациентов). В данной статье обсуждаются некоторые последствия этого явления, включая ситуации, в которых контрперенос становится препятствием на пути анализа.

Фрейд обсуждает понятие контрпереноса в своей статье 1915 года, посвященной любви в переносе. Он предполагал тогда, что контрперенос обнаруживается в следующем: под влиянием обусловленной переносом любви пациента к аналитику у самого аналитика могут возникнуть ответные любовные переживания; в этом и заключается контрперенос. Однако в настоящее время дискуссии о контрпереносе основываются преимущественно не на этой идее, а на других концепциях, которые были сформулированы на тридцать лет позже. Наиболее часто цитируемой и концептуально значимой работой о контрпереносе является статья Анни Райх, написанная в 1951 году. Определение контрпереноса, предложенное Райх, существенно шире оригинального фрейдовского определения. Согласно Райх, контрперенос «возникает как следствие неосознаваемых потребностей самого аналитика и конфликтов в его понимании или технике» (Reich, 1951, p. 26). Это определение по-прежнему актуально, но лишь в том случае, если рассматривать его вне контекста статьи, где оно было предложено. Из контекста статьи следует, что Райх обозначала понятием *контрперенос* только неблагоприятные и вредные влияния, оказываемые неосознаваемыми потребностями аналитика на его понимание аналитической ситуации и технику.

Судя по многочисленным статьям коллег, посвященным данной теме, все мы согласны с тем, что контрперенос далеко не всегда является вредным. Последователи Мелани Кляйн в этом отношении ушли настолько далеко, что объявили контрперенос одной из функций Эго, вернее — функцией Эго, благодаря которой возможен сам анализ. С их точки зрения, контрперенос является синонимом интуиции и эмпатии (Heimann, 1977). Однако когда мы просим привести клинические примеры контрпереноса, речь всегда идет о ситуациях, на которые указывала Райх, т. е. о неких влияниях, вмешивающихся в нормальный ход аналитического процесса или даже делающих последний невозможным.

То, о чем собираюсь сказать я, относится к обратным ситуациям. Я хочу привести примеры, показывающие, что контрперенос иногда способен содействовать прогрессу анализа. Мой тезис заключается в следующем: контрперенос — явление вездесущее и неизбежное, как и перенос. На самом деле нет даже необходимости в отдельном термине. Контрперенос — это перенос аналитика в аналитической ситуации (Brenner, 1976; McLaughlin, 1981). Процесс становления аналитика, аналитическая практика в каждом индивидуальном случае как-то связаны с дериватами детских конфликтов аналитика. В этом нет ничего патологического или невротического. Фактически это так же неизбежно в профессии психоаналитика, как в любой другой про-

* Brenner, C. (1985) Countertransference as compromise formation. *Psychoanalytic Quarterly*, 54: 155–163.

Эта статья вместе со статьями докторов Арлоу и Сильвермана является частью тематической дискуссии о контрпереносе, происходившей в Принстоне, Нью-Джерси, 9 июня 1984 в рамках встречи Регионального совета психоаналитических обществ Нью-Йорка: Ассоциации психоаналитической медицины, Психоаналитического общества Лонг-Исланда, Психоаналитического общества Нью-Джерси, Нью-Йоркского психоаналитического общества, Психоаналитической ассоциации Нью-Йорка и Вестчестерского психоаналитического общества.

фессиональной деятельности. Выбор психоанализа как сферы профессиональной деятельности — это столь же нормальное компромиссное образование, как и выбор любой другой взрослой профессии. Аналитическая работа подвергается искажениям в тех случаях, когда в профессиональной деятельности аналитика обнаруживаются патологические компромиссные образования. Случаи контрпереноса, препятствующего нормальному ходу аналитической работы, как раз и являются примерами такого рода патологических или невротических компромиссных образований.

Нижеследующие рассуждения помогают понять, как это происходит. В компромиссных образованиях обнаруживаются дериваты детских влечений, которые дают начало тревоге, депрессивным аффектам и конфликтам, включающим эти компоненты. Такого рода компромиссные образования представляют собой смесь или сочетание нескольких компонентов. Одним из компонентов является исполнение желания, т. е. удовлетворение дериватов влечения. Второй компонент — неудовольствие в форме тревоги и депрессивного аффекта, которое тоже порождается влечениями. Наконец еще одним компонентом является защитный механизм, направленный на редукцию или полное устранение неудовольствия. Кроме того, присутствуют различные проявления функций Супер-Эго. Перечисленные компоненты обнаруживаются в каждом компромиссном образовании, происходящем от конфликта, в который вступают дервиаты детских влечений. Рассуждая о контрпереносе, важно не упускать эти факты из внимания, поскольку каждый конкретный случай контрпереноса является компромиссным образованием. Не менее важно помнить, что дериваты ранних детских влечений сопровождают нас на протяжении всей жизни. Они никогда не исчезают. Как никогда не исчезают и конфликты, ими порождаемые. Когда вы разрешаете спор между индивидами или даже между нациями, спор исчезает. Воцаряется гармония. Интрапсихический конфликт никогда не разрешается в этом смысле. Конфликты никогда не исчезают. Что же тогда происходит? Компромиссные образования, возникающие из конфликта, становятся более нормальными. Вместо патологического конфликта появляется нормальный. Это изменение, часто называемое разрешением конфликта, очень важно с практической точки зрения. Именно в нем заключается различие между болезнью и здоровьем. Именно такого изменения мы ожидаем в результате успешно проведенного анализа. Однако конфликт не исчезает. Проявления конфликта становятся иными, но сам конфликт по-прежнему остается на своем месте. Душевная жизнь каждого человека, по крайней мере после раннего детства, в значительной степени определяется конфликтами и компромиссными образованиями.

При этом для нас всегда важно влияние, оказываемое окружением ребенка, в частности — людьми, присутствовавшими в его жизни. Каждый дериват детского влечения, каждое желание, направленное на удовлетворение влечения, должны быть связаны с определенным человеком или несколькими людьми, с определенными воспоминаниями, с определенной формой удовлетворения, и каждый из этих компонентов уникален. Более того, объекты ребенка и его окружение могут оказывать как благотворное, так и негативное влияние на его душевную жизнь. Имеется даже специальное обозначение для условий, которые отличаются особой неблагоприятностью, — мы называем их травматическими событиями. Иначе говоря, конфликты и компромиссные образования в детстве частично формируются под воздействием внешних или средовых факторов. Компромиссное образование может развиваться в направлении патологии (в случае, если имела место психическая травма) либо в направлении нормальности (если имели место обстоятельства, противоположные травматическим). Я должен добавить, что вышесказанное в равной мере верно и по отношению к позднейшим этапам жизни, хотя мы знаем, что возникающие позднее компромиссные образования менее зависимы от внешних обстоятельств, чем детские. Иначе говоря, мы знаем, что у старших детей и взрослых людей центральную роль в развитии психопатологии играет так называемый интрапсихический конфликт — т. е. отголоски

того, что происходило в психической жизни и психическом развитии ребенка на ранних стадиях. Как это соотносится с проблемой контрпереноса? Следующим образом. Во-первых, быть аналитиком для каждого из нас означает воплощать компромиссное образование. Во-вторых, наши отношения с каждым пациентом, как и с любой сколько-нибудь значимой фигурой в нашей жизни, также являются компромиссным образованием. В-третьих, текущие события в нашей жизни могут оказывать определенное влияние на наши конфликты, тем самым изменяя наши компромиссные образования. Я имею в виду, что любые происходящие в нашей жизни события, включая конфликты, переносные желания, поведение пациентов, с которым мы сталкиваемся в процессе аналитической работы и т. п., при неблагоприятном стечении обстоятельств могут оказать влияние на наши профессиональные действия и представления о том, что для наших пациентов желательно с точки зрения анализа, а что нет.

Позвольте мне более детально аргументировать это утверждение, выделив три наиболее важных момента. Во-первых, само становление аналитика, практикующего аналитика, является образцом компромиссного образования. В истинности этого утверждения каждый из нас мог убедиться на личном опыте, поэтому мои слова скорее всего будут звучать настолько ординарно, что кому-то могут показаться банальностью.

Какие дериваты влечений удовлетворяются в профессиональной деятельности аналитика? Безусловно, стандартного набора не существует, и у каждого аналитика они будут другими. Однако в большинстве случаев имеет место желание наблюдать страдания другого человека. Мы, как и все остальные доктора и терапевты, зарабатываем себе на жизнь, используя страдания и болезни других людей. В качестве аналитиков мы проводим дни, наблюдая за страданиями других. Еще одним распространенным желанием, которое получает удовлетворение в аналитической работе, является сексуальное любопытство. Знать о том, чем родители занимаются в постели, узнать о них все, поучаствовать в первичной сцене хотя бы в роли наблюдателя — все эти детские желания регулярно удовлетворяются в аналитической работе. Вы можете возразить, что ни эти, ни другие подобные желания раннего детства не удовлетворяются аналитиком в своей первичной форме, что все они претерпевают серьезную модификацию. Вы можете отметить, что аналитик в процессе анализа позволяет себе выразить только сублимированные, глубоко модифицированные формы этих желаний. Если у вас возникнет это возражение, я соглашусь с вами, поскольку сам разделяю эту точку зрения. У аналитика это детское желание наблюдать за страданиями другого человека покрыто реактивным образованием. Как аналитик, он беспокоится о том, чтобы не причинить боль пациенту или не заставить его страдать больше или дольше, чем это необходимо. Аналитик испытывает чувство вины и сожаления, когда ему не удается своевременно облегчить страдания пациента, а не счастье оттого, что ему удалось увидеть эти страдания. Следовательно, депрессивный аффект и тревога играют здесь роль столь же очевидную, как и роль дериватов влечения, их порождающих. Свою роль играют и защитные механизмы, деятельность которых направлена на избегание неудовольствия, причиняемого депрессивным аффектом и тревогой. Одной из причин того, что аналитик читает, учится, ходит на региональные собрания и часами выслушивает разговоры о психоанализе, является в конечном итоге его желание обрести способность облегчать страдания своих пациентов и таким образом устранить или ослабить собственную тревогу и депрессивный аффект. Все это — часть того нормального компромиссного образования, которое представляет собой деятельность психоаналитика. Аналитики вытесняют желание наблюдать за страданиями другого человека, отрицают это в себе и приписывают подобные желания другим людям везде, где это возможно. Вместе с этим аналитики придают большое значение своему желанию помогать и исцелять, идентифицируясь с великими целителями (такими, как Фрейд) и целителями помельче (например, со своими собственными аналитиками или учителями). Короче говоря, аналитики всеми доступными способами защищаются от желания, по-

рождающего тревогу и депрессивный аффект. В конечном итоге аналитики делают все возможное, для того чтобы жить в согласии с собственными моральными требованиями. Когда это не удается, они испытывают вину, скорбят, наказывают себя за ошибки. Если деятельность Супер-Эго менее активна, аналитик может испытывать усталость от аналитической работы, не получать от нее удовлетворения и жаловаться всему миру на сложность работы психоаналитика и неадекватно низкую (по сравнению с другими, менее достойными профессиями) оплату.

Все вышесказанное имело своей целью продемонстрировать (если здесь еще нужны демонстрации), что аналитическая практика является набором компромиссных образований, в которых соединяются дериваты детских влечений, тревога, депрессивные аффекты, защитные механизмы и влияния Супер-Эго. Интересно отметить, что аналитик в работе с некоторыми пациентами получает большее удовлетворение, чем с другими. Если пациенту не удается достичь улучшений и он сильно страдает, то аналитика охватывает тревога и он начинает винить в происходящем себя. Иначе говоря, работа с трудным пациентом приносит меньшее удовлетворение, чем работа с пациентом, который страдает не так сильно и более уверенно приближается к выздоровлению. Снова-таки причины в каждом конкретном случае могут быть разными, но я рискну предположить, что всегда спектр переживаний, вызванных анализом различных пациентов, является результатом изменений в структуре компромиссных образований, влияние которых на выбор профессии аналитика сложно переоценить.

Предположим, к примеру, что желание наблюдать за страданиями другого человека является одним из компонентов компромиссных образований. Это желание связано с неудовольствием, т. е. с тревогой и депрессивным аффектом, и с защитными механизмами, которые стремятся уменьшить неудовольствие. В роли типичного защитного механизма в данном случае выступает реактивное образование. Компромиссное образование может быть выражено в высказывании такого рода: «Я могу получать удовольствие, наблюдая за страданиями пациента, если я делаю это для того, чтобы уменьшить его страдания. В этом случае я действительно могу получать удовольствие от того, что я делаю, и не испытывать чувства вины». Если пациент сотрудничает с аналитиком, прилагая усилия к тому, чтобы выздороветь, это «помогает» аналитику чувствовать себя комфортно. Верно и обратное: если сотрудничества нет, аналитик чувствует себя хуже, а иногда даже более или менее плохо.

Все это может происходить в рамках нормы. Аналитик, не выходя за границы нормы, может в работе с некоторыми пациентами чувствовать себя менее комфортно, менее удовлетворенно. Очевидно, что приведенный мною пример — лишь один из огромного множества случаев. Я не утверждаю, что неудовольствие, испытываемое аналитиком в процессе работы с некоторыми пациентами, всегда является следствием возрастающего или продолжающегося страдания пациента, наблюдая за которым аналитик сам подвергается воздействию внутреннего конфликта. Причины неудовольствия могут быть самыми разными, начиная с либидинозных или соревновательных желаний и заканчивая желанием всемогущества. Я лишь хочу показать, что обстоятельства аналитической работы, т. е. природа проблем пациента, могут оказывать влияние на конфликты аналитика и это влияние достаточно сильно, для того чтобы под его воздействием компромиссные образования аналитика подвергались определенным изменениям. Если изменения незначительны, то мы оцениваем их как нормальные. Под «нормальностью» в данном случае подразумевается лишь то, что такие изменения достаточно часты, чтобы называть их типичными, и достаточно незначительны, чтобы не превратиться в существенное препятствие для аналитической работы. Подобная установка неявно предполагает, что контрперенос фактически является тем, что делает возможной саму работу психоаналитика. Если бы работа психоаналитика не обеспечивала каждого из нас определенной комбинацией удовлетворений, защит и функций Супер-Эго, специфичных для наших компромиссных образований, то никто из нас не был

бы аналитиком. Мы бы занимались чем-то другим, как ни назови эту деятельность. Высказанное некоторыми коллегами предположение, согласно которому именно контрперенос делает возможной аналитическую работу, в своей основе содержит зерно истины, хотя и не той, что ими подразумевалась (Heimann, 1977). Контрперенос — это не синоним интуиции или эмпатии. Это набор компромиссных образований, которые выражают конфликтующие и кооперирующиеся психические тенденции, присутствующие в психике аналитика и определяющие его профессиональные способности. Подобно тому как некоторые обстоятельства (в частности — определенные пациенты) способны причинять неудовольствие аналитику и снижать его работоспособность, другие обстоятельства (в частности — другие пациенты) в состоянии сделать отдельно взятого аналитика более удовлетворенным и работоспособным.

Как я уже сказал, моя цель — привлечь внимание к тем случаям контрпереноса, в которых аналитик теряет способность к анализу под влиянием своих собственных психических конфликтов. Речь идет о случаях, в которых каким-то образом нарушился баланс между компонентами психического конфликта, связанного с дериватами влечений, удовлетворяемыми в процессе аналитической работы, вследствие чего сформировавшиеся компромиссные образования стали помехой для адекватного аналитического понимания и приемлемого аналитического поведения. Возможные следствия этого нарушения тесно связаны с различными компонентами самого конфликта. Например, дериваты влечений аналитика могут выразиться неаналитическим способом; тревога и депрессивный аффект могут стать излишне сильными; защитные механизмы могут мешать аналитическому процессу; может вмешаться тяга к самонаказанию и/или самоповреждению. Цитируя Райх, можно сказать, что различные сочетания этих факторов могут подрывать аналитическое понимание и технику (Reich, 1951). Природа нарушений, возникающих вследствие этого влияния, будет в каждом отдельном случае иной. Аналитик может злиться или удовлетворять дериваты либидинозного влечения, открыто или в замаскированной форме; аналитическая работа может стать скучной, неинтересной, или даже отвратительной; явное значение определенной части аналитического материала может игнорироваться или искажаться под действием защитных механизмов; аналитик может наказывать себя или вредить себе таким способом, который затрудняет нормальный ход аналитической работы. Какой бы ни была в каждом отдельном случае природа нарушений, можно утверждать, что контрперенос (который прежде был нормальным набором компромиссных образований, придававших аналитической работе привлекательность и насыщенность) по какой-то причине превратился в набор компромиссных образований, препятствующих нормальному ходу аналитической работы или делающих ее совершенно невозможной. Каждый из клинических примеров, приведенных в двух нижеследующих статьях, говорит в пользу этого утверждения[1].

Такого рода превращение можно сравнить с началом невроза у пациента. Вместо нормального компромиссного образования возникает патологическое. Как и в случае невротической симптоматики, личный анализ оказывается лучшей превентивной мерой для предотвращения патологического контрпереноса. Без удовлетворительного личного анализа контрперенос чаще всего оказывается лишь препятствием для аналитической работы. Когда контрперенос становится одной из основных проблем в работе, нормальным решением зачастую оказывается возврат к личному анализу. То же самое происходит в случаях, когда бывший пациент начинает страдать от новых симптомов, т. е. когда патологические компромиссные образования возникают у пациента, который уже успешно избавился от симптомов в ходе анализа. Если патологическое компромиссное образование провоцирует возникновение не столь серьезных контрпереносных затруднений, то обычно достаточно и самоанализа, тем более, если

[1] Речь идет о статьях других авторов, которые были представлены в вышеуказанной дискуссии о контрпереносе. — Прим. науч. ред.

аналитик уже знаком с такого рода конфликтами по опыту предыдущего анализа (Kern, 1978). Если возникновение патологического компромиссного образования было спровоцировано событиями, которые вряд ли повторятся (например, смертью в семье аналитика или тяжелой болезнью), то острота проблемы снизится просто под влиянием времени. Короче говоря, решение о том, какие лекарства показаны в конкретном случае, может быть принято только на основании всестороннего знания. Психологические факторы, которые содействовали превращению компромиссных образований аналитика из нормальных в патологические, в любом случае будут уникальными; то есть в двух разных случаях провоцирующие факторы никогда не будут одинаковыми, а сами эти факторы никогда не могут быть установлены без хорошего знания конкретной ситуации.

Подводя итог, хочу отметить, что контрперенос вездесущ и представляет собой набор компромиссных образований, под влиянием которых аналитическая работа обретает ценность для аналитика. Именно из-за существования контрпереноса личный анализ является существенной частью нашей аналитической подготовки. Как все компромиссные образования, контрперенос подвержен изменениям. Новые или измененные компромиссные образования способны содействовать либо препятствовать успеху аналитической работы.

Перевод С. Дураса

Литература

BRENNER, C. (1976) *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict*. New York: Int. Univ. Press.

FREUD, S. (1915) Observations on transference-love (further recommendations on the technique of psychoanalysis III). *S.E.* 12.

HEIMANN, P. (1977) Further observations on the analyst's cognitive process. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 25: 313–333.

KERN, J.W. (1978) Countertransference and spontaneous screens: an analyst studies his own visual images. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 26: 21–47.

McLAUGHLIN, J. T. (1981) Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanal.* Q. 50: 639–664.

REICH, A. (1951) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.* 32: 25–31.

Самость и объект в контрпереносе*

Михаэль Лукас Мёллер (1977)

I. Об определении контрпереноса

Контрперенос, как нам известно, впервые привлек к себе внимание как помеха психоаналитическому лечению (Freud, 1910). Сорока годами позже в отношении к контрпереносу произошло типичное изменение, которое еще ранее было характерно для развития понятий *сопротивление* и *перенос*. То, что было препятствием, стало эффективным инструментом терапии. Паула Хайманн понимала под контрпереносом все эмоции, которые возникают в аналитике из бессознательных глубин как реакция на пациента. Таким образом, бессознательное становится ключом к пониманию (Heimann, 1950).

Хотя лишь недавно контрперенос начал привлекать все большее внимание, расширение понятия привело к путанице множества определений различного характера (Orr, 1954).

Основные позиции могут быть классифицированы следующим образом:

1) «*тоталистическая*» (totalistic) концепция контрпереноса: все чувства и установки врача к пациенту рассматриваются как контрперенос;
2) так называемая *классическая* концепция интерпретирует контрперенос как бессознательную реакцию аналитика на перенос пациента (к этому относятся невротические и не-невротические реакции со стороны аналитика);
3) позиция тех, кто видит в контрпереносе дополнение или дубликат (complement or counterpart) переноса пациента, т. е. перенос аналитиком собственных инфантильных чувств на пациента.

Кроме того, до сих пор в литературе отношение аналитика классифицировалось главным образом на основе четырех критериев: отношение нормальное или невротическое, реактивное или общее (т. е. чувства к людям вообще).

Мне кажется, проблема состоит в том, что, с одной стороны, контрперенос понимается как терапевтически приемлемая и важная эмоциональная реакция для открытия переноса пациента, а с другой стороны, как неуместная эмоциональная реакция, искажающая терапию и стремящаяся скорее помешать вскрытию переносных отношений. Предыдущие определения контрпереноса не делали отчетливого различия между невротическим и не-невротическим поведением или реакциями со стороны аналитика. Таким образом была потеряна возможность показать с помощью окончательного определения контрпереноса, к чему могут быть отнесены, в конечном счете, трудности терапии: к невротическому конфликту пациента или врача.

Множественные интерпретации понятия *контрперенос* заставляют любого автора в каждом случае ясно очерчивать, что он подразумевает под контрпереносом. В целях дискуссии я бы истолковывал контрперенос в том значении, которое наиболее близко к классическому пониманию, но еще более точно и ограниченно, а именно, *как особую не-невротическую реакцию аналитика на перенос пациента* (как то, что Мани-Кёрл в 1956 году называл «нормальным контрпереносом» (Money-Kyrle, 1956)). Если, например, аналитик отвечает на отцовский, или материнский, или сиблинговый перенос специфическими отцовскими, материнскими или относящимися к сиблинговым чувствами и представлениями, это будет его контрперенос.

* Moeller, M.L. (1977) Self and object in countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 58: 365–374.

Только если рассматривать контрперенос в том значении, которое предложено здесь, можно, на мой взгляд, преуспеть в полном понимании переноса пациента. Контрперенос действительно является необходимым *дополнением переноса*. Каждый обусловливает реакции другого с точки зрения перносно-контрпереносного уравнения. Они создают *функциональное единство*.

Я бы хотел кратко обозначить аспекты, которые не содержатся в предложенном понятии. Подразумевается, что влияние инфантильных конфликтов врача, т. е. его невроза, не включается в это определение. Это кажется мне оправданным, так как никто не может описать один и тот же феномен, а именно феномен переноса, с помощью двух различных названий, особенно в области знания, которая и так уже достаточно страдает от неопределенности своих понятий. То, что Гринсон, например, подразумевает под контрпереносом, то есть невроз контрпереноса и контрпереносные реакции (Greenson, 1974), может быть ясно и просто выражено в наших сегодняшних понятиях как перенос, невроз переноса и переносные реакции врача на своего пациента (Gitelson, 1952). Приставка *контр-* должна применяться к неискаженному и, следовательно, более приемлемому, как бы идеальному отклику врача на перенос своего пациента.

Во-вторых, такое понятие контрпереноса не покрывает собой ни реальные, ни рабочие отношения. Если контрперенос, в его всеобъемлющем определении, означает все что угодно, наука от этого ничего не приобретает. В итоге каждый вынужден объяснять понятие, которое охватывает так много, с помощью дополнительных дифференцирующих понятий. Однако некоторые из этих понятий мы уже имеем — это рабочий альянс и реальные отношения. Я не могу обсуждать их здесь, хотя они и представляют весьма различные матрицы для контрпереносных реакций. В них имеется связь с так называемыми ложными нормальными Эго (fictive normal egoes). Но в той интерпретации контрпереноса, которую я предпочитаю и которую выдвигаю здесь, предполагаются другие отношения, а именно связь между погруженной в конфликт невротической частью Эго пациента и здоровой частью Эго аналитика, реагирующей на иррациональные процессы в пациенте.

Разумеется, в положениях, объясняемых здесь, не подразумевается, что четыре измерения реципрокных отношений между врачом и пациентом, то есть контрперенос, перенос, реальные отношения и рабочие отношения должны пониматься как параллельные и четко разделенные. Они всегда тесно взаимосвязаны. Реальные отношения, рабочий альянс, контрперенос могут действительно искажаться переносными реакциями аналитика на пациента. Кроме того, перенос со стороны аналитика вызывает специфические (контрпереносные) реакции со стороны пациента (Racker, 1957). Взаимосвязь переносной и контрпереносной ситуаций может даже приводить к *folio a deux* безумию на двоих (Haak, 1957) или к сговору (Willi, 1975).

Таким образом, определение, предложенное здесь, рассматривает контрперенос как продукт или дополнение переноса. Он вызывается в аналитике пациентом. Однако отличие этого определения от классического состоит в том, что расстройства самого врача, коренящиеся в инфантильном конфликте, сюда не включаются.

На практике невротические и нормальные элементы психики врача образуют неразрывное психическое целое, которое может приобретать различные формы в зависимости от переноса пациента. Возможно, в конечном итоге это является чисто академическим вопросом, и может быть, в действительности невозможно отделить невротические и нормальные аспекты контрпереноса. Даже наши невротические чувства, к примеру чувство тревоги, могут быть полезными сигналами, если мы можем распознать их (Greenson, 1974). Гораздо более важным, чем вопрос, невротично или нормально наше поведение, является другой: был ли контрперенос понят аналитиком и применен для понимания пациента, способен ли аналитик, например, контролировать собственную тревогу. Для дальнейшего обсуждения определение границ «нормального» переноса несущественно. Однако принятие этого отграничения делает дискуссию свободной от осложнения дальнейшими многочисленными проблемами.

2. Измерение самости и измерение объекта в контрпереносе

Я бы хотел сейчас посвятить свое внимание исключительно тому, что аналитик переживает в контрпереносе (в том значении, в котором мы его здесь понимаем).

Мы достигаем эмпатического понимания наших пациентов в значительной степени с помощью чувств, возникающих из нашего бессознательного (через наши фантазии, установки, поведение) и в то же время через когнитивную концептуализацию.

Пример. Пациент, начиная час, говорит и говорит; живые красочные сцены сменяют друг друга. Несмотря на живость и силу изображения, я не могу сконцентрироваться и ответить ему должным образом. Я где-то блуждаю. Затем я осознаю, что не могу установить отношение с ним. После этого я понимаю, что пациент устанавливает отношение со мной как бы по принуждению. В результате того, что мое поведение в ходе сессии было корректным (так как я следовал за процессом свободных ассоциаций), пациент смог проявить свое сопротивление установлению (гомосексуального окрашенного) контакта со мной.

Я думаю, что вопрос заключается в том, были ли мои переживания контрпереносной реакцией[1]. Пациент вызвал их во мне. Таким образом, я воспринял аспекты его самости. Сократим до формулы: «*Я чувствую (сам), кем является пациент, или я чувствую, как пациент*».

Без такого доступа к пациенту через контрперенос не была бы достигнута реальная глубокая коммуникация с ним. Я был бы не способен понять его. Я сделал такой акцент на том, что очевидно, потому что мы скоро подойдем ко второй форме контрпереноса, которая должна быть четко отделена от первой.

[1] Гомосексуальная тревога самого аналитика должна быть исключена здесь. Она, в соответствии с нашим определением, была бы переносной реакцией.

Фактически наши пациенты вынуждают нас исполнять роли их первых объектов, партнеров и конфликтных фигур. Таким образом, мы переживаем классическое содержание переноса, а именно «характерное перемещение некоторых ранних персон на личность терапевта», как это сформулировал Фрейд. Снова сократим до формулы: «*Я чувствую (в себе) то, что пациент видит во мне, или я чувствую, как чувствовал отец (мать) пациента*».

Итак, на мой взгляд, контрперенос имеет два измерения: мы воспринимаем актуализированные репрезентации самости наших пациентов и их актуализированные репрезентации объекта. Другими словами, в контрпереносе есть как измерение самости[1], так и измерение объекта. *Обе эти формы контрпереноса* присутствуют, помоему, *в каждом психическом нарушении*: в так называемых классических формах невроза, как и в нарциссических расстройствах, столь широко обсуждаемых сегодня, и в случаях функциональных и структурных нарушений Эго.

Когда воспринимаются аспекты самости, это, несомненно, относится к контрпереносу. Латентный бессознательный гнев, глубоко скрытая депрессия и многие другие аффективные состояния раскрываются для нас через контрперенос. Это соответствует мнению Паулы Хайманн, принятому сегодня почти всеми (Heimann, 1950).

Здесь можно сомневаться только в том, что контрперенос, хотя и является, конечно, реакцией на специфические качества пациента, связанные с невротическими конфликтами, может не быть реакцией на его перенос (Sandler, Dare, Holder, 1973). В переносе врач замещается некоторыми ранними конфликтными фигурами. Здесь присутствует, кроме того, «специфическая

[1] Выражение «измерение самости» уместно, только если самость понимается в определении Хартманна (Hartmann, 1960) как «психическая репрезентация личности», а не как то, что подразумевается в более недавнем определении, в котором репрезентации объекта также рассматриваются как принадлежащие самости. Имея различные значения понятия самости, возможно, более корректно иногда говорить «измерение субъекта».

иллюзия» (ibid.), которая, по-видимому, не появляется, когда аспекты самости передаются с помощью того, что в основном является превербальной бессознательно-предсознательной коммуникацией.

Это подводит нас к ключевому вопросу, ответ на который в последующем обсуждении, конечно же, не может считаться исчерпывающим. В рамках этой статьи я сначала ограничусь так называемым *классическим неврозом переноса.*

Сначала мы должны обратиться к проблеме переноса. Если мы не уловим последовательности событий, мы не сможем понять контрперенос. Среди других вещей здесь можно различить следующее:

1) регрессию пациента;
2) процесс переноса, который, хотя и разворачивается между пациентом и врачом, строго говоря, в своем развитии является главным образом интрапсихическим феноменом;
3) и наконец, в основном бессознательно-предсознательную коммуникацию реактивированных инфантильных и травматических отношений пациента.

Я не хочу углубляться в вопрос о регрессии в целом, а рассмотрю только один аспект, который важен для контрпереноса. Регрессия ведет, как мы знаем, к мобилизации ранних конфликтных фигур, инфантильных образов объекта: возможно, строгого отца, негативной матери и т. д. Предположим, что эти родительские фигуры переносятся на аналитика. Судьба этих мобилизованных образов объекта в формировании переноса детально описана. Я процитирую только наиболее важное: в соответствии с Фрейдом, перенос состоит из «характерного перемещения персон из прошлого на личность терапевта» (Freud, 1905) и в слиянии бессознательных инфантильных потребностей, направленных на ранние объекты, с актуальными предсознательными установками по отношению к личности врача (Freud, 1900). Нунберг на этом фоне различает два процесса (Nunberg, 1951). Первый возникает как подготовка к переносу. Эго пациента пытается установить идентичность между актуальной репрезентацией объекта, которым является образ врача, и инфантильной репрезентацией объекта (например строгого отца). Это процесс замещения, который формирует основу для «специфической иллюзии» пациента по отношению к аналитику (Sandler, Dare, Holder, 1973).

Вторым процессом, в соответствии с Нунбергом, является истинный перенос, а именно процесс перемещения инстинктивных потребностей и чувств с до сих пор вытесненных и, следовательно, бессознательных инфантильных репрезентаций объекта (например отца) на актуальную репрезентацию объекта, которую пациент сформировал по отношению к аналитику. Оба процесса являются, безусловно, тесно взаимосвязанными. Тем не менее, можно различать их как две части переноса.

Я приношу извинения за то, что детально объясняю уже известное. Но когда я беспристрастно пересмотрел судьбу объекта в переносе, поиск перспективы взаимодействия заставил меня понять, что подобных ясных идей или рабочих гипотез в отношении субъекта явно недостает.

Регрессия не только мобилизует инфантильный объект. Она также мобилизует инфантильные аспекты самости, которые, в конечном счете, извлекаются *из того же самого раннего периода.* Инфантильному объекту соответствует связанная с ним инфантильная самость (субъект, или точнее, мотивационная, инстинктивная вытесняемая часть субъекта), которая направляет его инстинкты и желания к этому самому объекту. Те инфантильные потребности, которые, в соответствии с наблюдениями Фрейда, сливаются в переносе с актуальной установкой по отношению к аналитику, принадлежат к содержанию ранней самости. Я полагаю психоаналитически признанным, что в регрессии актуализируется ранняя организация самости, что и приводит переносу. Анна Фрейд еще в 1936 году указывала, что в переносе мобилизуются ранние части Эго, например защитные механизмы данного периода (Freud, A., 1936). В соответствии с Лохом, понятие невроза как «подсистемы личности в целом» хорошо соответствует клиническим наблюдениям (Loch, 1936). Ле Контр в недавней работе обнаружил (среди прочего), что цент-

ральным патогенетическим фактором в развитии невроза является расщепление Эго (Le Countre, 1970). Результатом этого является отщепление части Эго, которая вновь выходит на поверхность в переносе. Куипер говорит о возрождении целостной ранней ситуации (Kuiper, 1969).

Пациенты часто отмечают, что они чувствуют себя как дети, т. е. не в соответствии с их актуальной самостью взрослых людей. Они часто обнаруживают, что их поведение изменилось в сторону детскости, они становятся — даже вне аналитической ситуации — неожиданно жаждущими любви или дерзкими; иногда они даже считают, что они выглядят более по-детски, и проверяют это в зеркале; фактически иногда они могут даже воображать, что их тело менее развито, т. е. что они стали меньше или более неуклюжи. Разве эти реакции не присущи в равной степени и специфической иллюзии, вызванной в действительности не из инфантильного объекта, а из инфантильной самости? Ниже я бы хотел предложить несколько предварительных рассуждений.

Основываясь на опыте психоаналитической практики, я считаю бесспорным, что пациенты, кроме формирования относительно умеренной специфической иллюзии в отношении аналитика, также формируют соответствующую специфическую иллюзию и в отношении самих себя. Как можно представить себе этот процесс формирования иллюзии? Не разумно ли сделать вывод, что этот процесс сродни судьбе объекта в переносе? Актуальная самость пациента вынуждена частично совпадать с актуализированной инфантильной самостью. Результатом частичной идентичности является специфическая иллюзия пациента, что он не такой взрослый, каким должен был бы быть. В то же время его инфантильные потребности передаются от его инфантильной самости его актуальной самости. Мне кажется, невозможно отрицать представление, что в конце концов часть актуальной самости в ходе психоаналитического лечения активирует детскую ситуацию, раскрывает детские сцены и выражает инфантильные потребности (Argelander, 1970). Если эти идеи обоснованны, в переносе были бы выражены, кроме объектных процессов, почти идентичные процессы между репрезентациями самости. Если говорить более точно, перенос, который до сих пор рассматривался почти исключительно как процесс переноса с инфантильных на актуальные репрезентации объекта, должен был бы, по определению, быть дополнен рассмотрением процесса переноса с инфантильной на актуальную репрезентацию самости.

Я думаю, что эту идею можно найти уже в формулировке Фрейда: слияние инфантильных потребностей с актуальным отношением к аналитику может в конце концов быть понято, если постигаются и то, и другое: ранние потребности и сегодняшние установки внутри отношений (Freud, 1900). Инфантильные потребности имеют субъект — инфантильную самость — и объект, например родительскую фигуру того времени. В переносе изменения должны происходить с обеих сторон взаимодействия. *Характерное перемещение инфантильной самости на актуальную личность пациента* также должно иметь место.

Хотя процессы, происходящие между инфантильными и актуальными репрезентациями объекта и между инфантильной и актуальной репрезентациями самости, должны пониматься с этой точки зрения как идентичные, остается открытым вопрос, должен ли использоваться и в этом случае термин *перенос*. Во всяком случае, оба процесса происходят в интегрированной форме в каждом переносе. Там, где это необходимо, нужно уточнять, имеется ли в виду объектный процесс или процесс самости. Реакция контрпереноса, на мой взгляд, включает в себя оба феномена.

Я думаю, что довольно размышлять об интрапсихическом процессе в структуре переноса. Перед тем как мы перейдем к вопросу, как эти продукты переноса передаются аналитику, и таким образом подойдем к проблеме контрпереноса, я бы хотел указать на один из многих аспектов проблемы, которую я не мог обсудить здесь в отношении переноса. Я ограничил себя интрапсихическим аспектом, для того чтобы лучше сконцентрироваться на этом ходе мыслей. Естественно, в этом контексте нужно осознавать, что простая генетическая

перспектива, которую выделял среди прочих Куипер, является совершенно неадекватной (Kuiper, 1969). Естественно, перенос можно понять только с целостной метапсихологической точки зрения. Прежде всего перенос не является чистой генетической копией ранних отношений самость-объект, с динамической и адаптивной точек зрения он искажается работой защит. Действительно, прежде всего возможна только такая ситуация, «потому что это дает удовлетворение также сопротивлению», например сопротивлению воспоминанию (Freud, 1912). По словам Фрейда, перенос колеблется между «новым впечатлением» и «повторным изданием» (Freud, 1905). Лох говорил о прямой корреляции между переносом и сопротивлением (Loch, 1965).

Во-вторых, то, что перенос развивается интрапсихически — это общее место, но он, естественно, также тесно вплетен в актуальные отношения с аналитиком. Кемпер подчеркивал, что перенос запускается не только на основе субъективно воспринимаемых характеристик аналитика (интрапсихически выражаемых через актуальную репрезентацию объекта), но также благодаря субъективно воспринимаемому поведению аналитика (к которому, более того, относятся также его перенос и особые формы контрпереноса) (Kemper, 1969). Так, Фрейд упоминал не только о чистом замещении, но также о более бесхитростных, ослабленных и осознаваемых переносах, которые происходят из искусно используемых реальных качеств личности врача или реальных обстоятельств. Субъективное восприятие пациента затем, естественно, искажается переносом.

Здесь действительно необходимо проводить различие. Пациент рассматривает аналитика *двойственно*. В рамках переноса у него есть картина аналитика, искаженная образом родителей; в рамках же реальных отношений и рабочего альянса у него есть образ аналитика-профессионала. Картина переноса и картина реальных отношений постоянно обусловливают друг друга, более того, обе они, рассматриваемые долгосрочно, постоянно изменяются. То же самое верно и для образа самости. Существует постоянное взаимодействие между актуальным образом самости и бессознательным инфантильным ее прообразом. Актуальная самость постоянно наблюдает за своей всплывающей предшественницей, отклоняя ее или получая инсайт. Это является психическим достижением терапевтического расщепления.

3. Коммуникация переноса и ее принятие в контрпереносе

Я бы хотел посвятить несколько слов вопросу о том, как перенос, возникающий в постоянном взаимодействии с аналитиком, передается врачу.

Отношения между инфантильной самостью (субъектом) и инфантильным объектом разыгрываются снова и снова в отношениях врач-пациент. Необходимое условие для этого: врач должен знать обе стороны этих отношений. Регрессивная самость *и* инфантильный объект должны, следовательно, коммуницироваться пациентом врачу, и интрапсихически ассимилируется последним. Пациент ясно передает двойное сообщение переноса: свою, на первых порах бессознательную, регрессивную самость и вытесненный инфантильный объект — с помощью быстрой последовательности главным образом превербальных, предсознательных и бессознательных сигналов. Это, естественно, обычно происходит в реципрокных отношениях между врачом и пациентом.

Врач должен развить соответствующую дополнительную способность ассимилировать то, что предлагается пациентом в переносе. В результате возникает контрперенос. В соответствии с моим определением, он является реакцией на перенос. Способностью, соответствующей коммуникации пациента, было бы сочувствующее понимание (эмпатия) со стороны врача. Сейчас под эмпатией обычно подразумевается лишь сочувственное понимание аспектов самости пациента. Но точнее, принимая во внимание двойное сообщение в переносе, она должна включать сочувственное понимание обоих аспектов: самости и репрезентации объекта как классического содержания переноса. (Ссылаясь на

свои новые идеи, Сандлер в данном контексте говорит о «ролевой откликаемости» (Sandler, 1976). См. ниже.) Мы уже включили это в формулу: «Я (сам) чувствую, что собой представляет пациент *и* что он делает из меня», или: «Я чувствую, как Вы, *и* как Ваш отец (мать и т. д.)». Согласно Ференци, аналитик должен *конструировать* бессознательное своего пациента из информации, которую тот сообщает, и из его поведения (Ferenczi, 1919). Аргеландер проводит различие между эмпатией и герменевтическим восприятием, «которое лишь постепенно концептуализирует бессознательный образ личности пациента как внутренний объект или имаго» (Argelander, 1976). Гринсон также упоминает рабочую модель, которую аналитик постепенно собирает из материала пациента (Greenson, 1960). Такая репрезентация объекта находится в явном противоречии с сознательной репрезентацией объекта и манифестируемой частью личности пациента. Таким образом, аналитик также понимает пациента двойственно. Но он не только понимает его. Эмпатия означает скорее пробную идентификацию с пациентом. И эта пробная идентификация воспроизводит только качество, а не интенсивность сообщаемого материала (Greenson, 1960). Она не включает полностью, например, сопротивление пациента, хотя чувствует его. По моему мнению, мы должны постоянно переживать в нашем контрпереносе двойную идентификацию с коммуницируемыми репрезентациями самости и репрезентациями объекта.

Это означает, что врач во время формирования переноса пациента должен быть способным в своем контрпереносе усвоить установку на принятие как аспектов самости, так и аспектов объекта. Лишь такое двойное принятие делает возможным формирование переноса-контрпереноса.

Перенос-контрперенос, кроме того, основан на том факте, что инфантильная самость и инфантильный объект переноса интрапсихически представлены одновременно и в пациенте, и во враче. Не может быть, чтобы во враче был представлен лишь инфантильный объект переноса, а в пациенте — только инфантильная регрессивная самость. В таком случае проявлялась бы изоляция, несвязанность самости и объекта. Только благодаря тому, что оба они актуальны и проявляются одновременно, партнеры аналитического взаимодействия оказываются в позиции установления и, в конечном счете, понимания отношений.

Врач теперь вынужден, с одной стороны, участвовать в переносе через свою восприимчивость и эмпатию и, таким образом, развить контрперенос, а с другой стороны, быть наблюдателем. Он должен занимать обе позиции одновременно или колебаться от одной к другой. Он должен, следовательно, расщепить функции своего Эго (Greenson, 1960). Для врача это эквивалентно терапевтическому расщеплению в рамках контрпереноса.

В контрпереносе в таком случае врач должен выполнять следующие функции.

1) Пробную идентификацию с репрезентацией инфантильного объекта, который пациент описывает ему, например, строгого отца в детстве.
2) Пробную идентификацию с регрессивной или инфантильной самостью, например с бессознательной частью личности.
3) Наблюдение за этой двойной эмпатией, включая концептуализацию рабочей модели, что влечет за собой контрпереносное расщепление.

Также вовлеченными в рабочие отношения (но не в контрперенос в узком смысле слова) является пробная идентификация и наблюдение за манифестируемой сознательной самостью, — все это особенно важно в определении такта, дозы и времени интерпретации.

Независимо от этих размышлений и уже после их формулировки я натолкнулся на работы двух авторов-психоаналитиков, которые встретились с такими же проблемами. Хелен Дойч обозначила как *дополнительный перенос* то, что я назвал *объектным переносом*; дополнительный потому, что он дополняет изменяющуюся внутреннюю ситуацию пациента (Deutsch, 1926). Однако Ракер в своей второй работе по контрпереносу рассмотрел проблему двойной идентификации в контрпереносе более детально и с большей ясностью (Racker,

1957). В точности, как и я, он описывает контрперенос, во-первых, как форму идентификации с аспектами психической структуры пациента, которую он называет *согласующейся идентификацией*, и во-вторых, как *дополнительной идентификацию* с ролью объекта, которую пациент приписывает аналитику (согласно модели Хелен Дойч). Так как обе идеи были сформулированы независимо друг от друга, это точное совпадение, казалось бы, должно по крайней мере указать на присутствие проблемы. Андрэ Грин описал, как сталкиваясь с ранними структурными нарушениями Эго пациента, и с так называемым *psychose blanche*[1], аналитик в контрпереносе становится двойником (double) пациента (Green, 1975). Это подобно согласующейся идентификации и, возможно, это полностью соответствует представленной здесь концепции измерения самости в контрпереносе. Однако сам Грин, по-видимому, ограничивает данную форму контрпереноса ранними нарушениями.

4. Контрперенос и репрезентация отношений

Я бы хотел приступить к дальнейшему рассмотрению ситуации контрпереноса.

Две формы контрпереноса связаны друг с другом особым образом. Они соотносятся *не только благодаря одновременности возникновения, но и непосредственно друг с другом*. Дело не только в эмоциональном состоянии и не в том, что регрессивное Эго пациента просто-напросто проявляется одновременно с репрезентацией объекта или какой-нибудь фигуры переноса. Напротив, самость и объект встречаются в специфических, значимых взаимоотношениях, например, беспомощная, разгневанная, инфантильная самость — с всесильным, угрожающим объектом. Следовательно, то, что повторяется в контрпереносе, в своем полном развитии является актуализированной ранней репрезентацией объекта, с релевантной инфантильной репрезентацией самости в специфических, нагруженных конфликтами взаимоотношениях, которые прежде вытеснялись и, естественно, искажались защитами. Эти отношения передаются аналитику в своей целостности. Он может чувствовать в себе напряжения и конфликты этих отношений между субъектом и объектом, он должен стремиться ухватить эти взаимодействия и концептуализировать их в своей рабочей модели. Эмпатия и рабочая модель охватывают, кроме того, не только субъект и объект переноса. Психический материал контрпереноса и переноса шире: это прежде всего *отношения* между самостью и объектом. Таким образом, то, что возникает между врачом и пациентом, не покрывается целиком понятиями инфантильной репрезентации самости и репрезентации объекта. *Специфические отношения между этими двумя составляющими*, которые на самом деле важны, в данном определении не упоминаются. Чтобы быть более точными, мы можем говорить об инфантильных, вытесненных, травматических или невротических *репрезентациях отношений*, которые присутствуют в переносе-контрпереносе. Похоже, наши пациенты переживают это непосредственно.

> Пример. Одна из моих пациенток однажды опоздала на сессию на 20 минут. Она согласилась, что у нее не было веской причины для этого. В это время сопротивление оживлению мощных сексуальных и инцестуозных чувств в ситуации переноса стало действительно очевидным. Она рассказала, что лежала на кровати, как ребенок, и просто пропустила момент, когда нужно было идти на анализ. И тогда последовало замечание, которое я хочу отметить. Пациентка сказала: «Почему-то это необходимо было делать с отвращением. Но была ли я сама себе противна, или Вы, или скорее сами отношения были мне отвратительны?».

Сущностью ситуации переноса-контрпереноса является не ранняя родительская фигура и регрессивная самость, а интенсивное, нагруженное конфликтом взаи-

[1] «*Psychose blanche*», фр. — «слепой психоз». — Прим. науч. ред.

модействие, травматическое отношение довольно специфического качества. Это обостряет взгляд на события и достижения в контрпереносе. Здесь возникает вопрос не просто о двух идентификациях (с объектом и субъектом), но о (пробной) идентификации с отношениями в целом. Мюллер-Брауншвейг, отвечая на вопрос, *кто* или *что* является действительным объектом анализа, пишет: «Пациент — не единственный и не настоящий объект анализа. Настоящий объект — это общая ситуация двух личностей» (Müller-Braunshweig, 1955).

Когда такие отношения переноса интрапсихически ухватываются аналитиком — более или менее сознательно, предсознательно или бессознательно, — они теряют свое значение в распределении ролей между врачом и пациентом. Совсем недавно Сандлер выдвинул в своей работе очень близкую концепцию, подкрепленную впечатляющими клиническими примерами (Sandler, 1976). Он говорит об «интрапсихических ролевых отношениях», которые пациент пытается создать, т. е. оживить, с аналитиком в аналитической ситуации. Здесь также в центре концепции находятся отношения. То, что две довольно простые концепции развиваются независимо друг от друга в рамках одной и той же области знания, несомненно, должно рассматриваться как подтверждение их истинности. Мне кажется, что по сравнению с Сандлером я больше выделяю один момент: чтобы понять патологию пациента, мы должны ухватить *обе стороны* ролевых отношений, субъект и объект; ухватить интрапсихические отношения в целом, до того как встанем на какую-либо позицию.

К сожалению, в настоящей работе я не могу касаться более полно важной проблемы размещения субъекта и объекта и процедуры распределения ролей, в результате которой аналитик принимает на себя часть функций объекта, а пациент — субъекта. Аналогично, я должен пропустить ситуацию нарциссических расстройств и нарциссических форм переноса, при которых этот вопрос становится особенно важным по причине недостатка дифференциации и отсутствия разделяющей линии между самостью (субъектом) и объектом.

Кроме того, идея репрезентации отношений больше проясняет то, что между самостью (субъектом) и объектом существует комплекс взаимоотношений. И в нем отражены не только отношения ребенка с родительской фигурой, но и отношения родителя с ребенком. Актуально переживаемые, так же как и предполагаемые установки прежних родительских объектов, которые были присвоены самостью, имеют теперь первостепенное значение с точки зрения развития и в своих искаженных формах подлежат рутинному психоаналитическому лечению. Рихтер подчеркнул важность предписывающих ролей, которые родители навязывают своим детям (Richter, 1963). Лох обратил внимание на тот факт, что перенос пациента в психоаналитическом лечении является, в конечном счете, его контрпереносом по отношению к детерминирующим переносам на него его родителей в детстве (Loch, 1965) (Кемпер называет это «контр-контрпереносом» (Kemper, 1969).) Аналитик затем идентифицирует себя в контрпереносе (с помощью пробной идентификации) с переносом родительской фигуры. Дети, в свою очередь, применяют защитные стратегии, чтобы прийти к согласию с этими травматическими отношениями. Таким образом (как во сне) внутри переноса-контрпереноса из бессознательного возникают явные отношения, которые ассимилируются в актуальную ситуацию (Argelander, 1970), искажаются защитами и функционируют как защиты. Именно поэтому в психоаналитическом процессе должны быть проработаны реальные латентные травматические репрезентации отношений раннего детства.

Хороший и знакомый пример репрезентации взаимодействий[1] может быть найден в защитном механизме идентификации с агрессором. Лежащая в его основе латентная репрезентация отношений является частью травматических агрессивных отношений, которые угрожали самости. Она искажается работой защиты. По-

[1] Можно отличать отношения как согласованную и наполненную смыслом психическую целостность и взаимодействия, создающие отдельные элементы, из которых строятся отношения. Можно найти аналогию в различии идентичности и идентификаций (Erikson, 1956).

следняя заключается в обмене ролями: два партнера — самость и объект — меняются местами. Даже в своей манифестируемой форме данная репрезентация отношений походит на свои латентные условия: агрессивные отношения между нападающим и жертвой остаются неизменными. В любом случае она остается взаимодействием «я атакую другого».

Интересно утверждение Анны Фрейд, что идентификация с агрессором нередко является промежуточной стадией в формировании Супер-Эго (Freud, A., 1936). В конечном счете, отношения Эго и Супер-Эго происходят из разнообразия репрезентаций отношений, особенно — авторитетных родительско-детских отношений.

До тех пор пока мы рассматриваем взаимодействие (или объектное отношение в смысле реципрокного процесса) как решающий генетический и, следовательно, также патогенетический элемент, мы можем психоаналитически принимать за отправную точку то, что репрезентации отношений (то есть следы памяти и субъективные рабочие версии объектных отношений) более важны для нас, чем репрезентации самости и объекта, которые в своем генезисе должны пониматься скорее как продукты взаимодействий. Если бы мы психически ограничили себя только репрезентациями самости и объекта, то язык, который мы бы создали, был бы языком без глаголов, то есть без связей, подобных специфическим соединениям субъекта и объекта (C. Balkányi, personal communication). Кроме того, с точки зрения развития мы знаем по опыту, что объекты, которые приобрели в нашей жизни решающее значение, не являются изолированными, подобно прохожим на улице. Напротив, они стали объектами только за счет личностного отношения, которое они установили с нами, а мы — с ними. То существенное, что можно сказать об объектах, — это главным образом их отношения, их связи с нами, специфическое качество отношений, то, что обогащает нас или причиняет нам вред.

Что означает это для нашего контрпереноса? Под влиянием своих переносов родители причинили вред нашим пациентам в детстве. Они установили имеющий решающее значение принцип реальности (в иерархии других принципов реальности (Loch, 1965)). Они оставили отпечаток на невротических желаниях своих детей. Как более сильные в этих отношениях, они были способны переложить свои конфликты на детей. С помощью этого они уменьшили свои собственные тревоги (Richter, 1963). И теперь мы, аналитики, переживаем в своем контрпереносе обе позиции этого деформированного взаимодействия. До сих пор, однако, мы придавали особое значение присутствию в контрпереносе родительской фигуры. Мы могли хладнокровно заявить, что это, в конечном счете, является результатом переноса пациента. Но почему в теории переноса субъект, ребенок, так скромно отступает на второй план? Я полагаю, что для этого имеются причины не теоретические. При распределении ролей родителя-агрессора и ребенка-жертвы для большинства из нас должно казаться менее опасным занять более сильную психосоциально позицию: идентифицировать себя с агрессором и локализовать собственную инфантильную депрессивную самость в пациенте. Таким образом, мы принимаем на себя роль, которую родители, как более сильные, были способны присваивать себе. Они могли более легко компенсировать свои конфликты за счет своих детей. За этим бастионом мы можем держать на почтительном расстоянии по крайней мере некоторые конфликты, воспринятые нами в контрпереносе, и уменьшать нашу тревогу. Мы можем отказаться от этой позиции только тогда, когда доведем всю эту деструктивную драму («дуэль переноса-контрпереноса» (Benedek, 1953)) до конца. Тогда мы переживем двойное облегчение: признав тот факт, что в повторении невротических отношений мы являемся более сильными и несущими меньшую родительскую ответственность и, в конце концов, что мы на самом деле не являемся этими родителями.

Я предполагаю, что это оправдание роли объекта в переносе-контрпереносе, то есть неизбежной пробной идентификации с родителями, является частичным объяснением эмпирического открытия — антидепрессивного эффекта роли психоаналитика. Мы повторяем

здесь (даже в нашем *нормальном* контрпереносе) в точности то, чего добились вызвавшие травму родители: освобождения себя от депрессивных эффектов своих конфликтов путем переноса на своих детей. Эта позиция, несомненно, создает для нас особое искушение переложить на пациентов наши собственные конфликты в переносе. Более того, эта ситуация ведет также к тенденции уделять слишком малое внимание своей собственной инфантильной самости в контрпереносе.

В нашей сегодняшней дискуссии по структурным нарушениям Эго пациентов (нарциссическим расстройствам и т. д.) необходимо уделять внимание таким же дефектам в нас самих и особенно их значению в контрпереносе.

Перевод Э. Зиминой

Литература

ARGELANDER, H. (1970) Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche* 24: 325–345.
— (1974) Über psychoanalytische Kompetenz. *Psyche* 28: 1063–1076.
BENEDEK, T. (1953) Dynamics of the countertransference. *Bull. Menninger Clin.* 17: 201–208.
DEUTSCH, H. (1926) Occult process occurring during analysis. In: G. Devereux (ed.), *Psychoanalysis and the Occult*. New York: Int. Univ. Press, 1953.
ERIKSON, E. H. (1956) The problem of ego identity. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 4: 56–121.
FERENCZI, S. (1919) On the technique of psychoanalysis. In: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. 2-nd ed. London: Hogarth Press, 1950.
FREUD, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: Hogarth Press.
FREUD, S. (1900) The interpretation of dreams. *S.E.* 4–5.
— (1905) Fragment of an analysis of a case of hysteria. *S.E.* 7.
— (1910) The future prospects of psychoanalytic therapy. *S.E.* 11.
— (1912) The dynamics of transference. *S.E.* 12.
GITELSON, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int. J. Psychoanal.* 33: 1–10.
GREEN, A. (1975) The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. *Int. J. Psychoanal.* 56: 1–22.
GREENSON, R. R. (1960) Empathy and its vicissitudes. *Int. J. Psychoanal.* 41: 418–424.
— (1974) Loving, hating and indifference towards the patient. *Int. J. Psychoanal.* 1: 259–266.
HAAK, N. (1957) Comments on the analytical situation. Int. J. Psychoanal. 38: 183–195.
HARTMANN, H. (1939) *Ego-Psychology and the Problems of Adaption*. New York: Int. Univ. Press, 1958.
HEIMANN, P. (1950) On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.* 31: 81–84.
KEMPER, W. W. (1969) Übertragung und Gegenübertragung als funktionale. *Einheit Jahrb. Psychoanal.* 6: 35–68.
KUIPER, P. C. (1969) Zur Metapsychologie von bertragung und Gegenübertragung. *Psyche* 23: 96–120.
LE COUNTRE, R. (1970) Die Ichspaltung als zentrale Neuroseerscheinung. *Psyche* 24: 405–422.
LOCH, W. (1963) Regression. Psyche 17: 516–545.
— (1965) Übertragung–Gegenübertragung. In: *Loch*, 1972.
— (1972) *Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse*. Frankfurt/Main: Fischer.
MONEY-KYRLE, R. E. (1956) Normal countertransference and some of its deviations. *Int. J. Psychoanal.* 37: 360–366.
MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, C. (1955) Zur menschlichen Grundhaltung. Psychologie und Technik der psychoanalytischen Therapie. *Psychol. Beiträge* 2: 56–69.
NUNBERG, H. (1951) Transference and reality. *Int. J. Psychoanal.* 32: 1–9.
ORR, D. W. (1954) Transference and counter-transference: a historical survey. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2: 621–670.

RACKER, H. (1957) The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal.* Q. 26: 303–357.
RICHTER, H. E. (1963) *Eltern Kind und Neurose.* Reinbek: Rowohlt.
SANDLER, J. (1976) Countertransference and role-responsiveness. *Int. J. Psychoanal.* 3: 43–47.
SANDLER, J., DARE, C. & HOLDER, A. (1973) The *Patient and the Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process.* London: Allen & Unwin.
WILLI, J. (1975) *Die Zweierbeziehung.* Reinbek: Rowohlt.

К вопросу об инструментах, процессе и «гештальте» аналитического часа*

Йоханн Михаэль Ротманн (1998)

I. Гештальт, теории и инструменты аналитика: эвристические понятия и стратегии

Уникальный гештальт рабочего часа, складывающийся во время сеанса, существует даже в том случае, если все сеансы с одним пациентом очень похожи друг на друга. Этот гештальт является чем-то большим, нежели простая сумма его составляющих. Данная статья является попыткой описать процесс формирования гештальта аналитического часа и особенности восприятия этого процесса аналитиком и пациентом как сотрудниками. В центре внимания оказывается следующий вопрос: какие из инструментов, используемых психоаналитиком, обеспечивают достижение понимания? Формирование аналитического часа является творческим, последовательно разворачивающимся процессом, и это прекрасно показано Джеймсом Стрэчи в письме к своему брату Литтону от 6 ноября 1920 г. В этом письме Дж. Стрэчи описывает свои впечатления от психоанализа, который он проходил у Зигмунда Фрейда:

> «... Каждый день, кроме воскресенья, я провожу час на кушетке у Профессора... Я более чем смутно представляю себе, что же это собственно такое... Во всяком случае, иногда это чрезвычайно увлекательно, а иногда — очень болезненно, поэтому мне кажется, в этом *что-то* есть.. Про-

* Переработанная версия статьи, написанной ко дню 70-летия Хан Гроен-Праккен.

фессор — сама любезность и поражает меня своим артистизмом. Практически каждый час ему удается превращать в *органичную эстетическую целостность*. Драматические эффекты временами абсолютно ошеломляющи. В течение первой половины сеанса все очень смутно: здесь скрыта загадка, там — тьма... Постепенно все начинает сгущаться и казаться очень многозначным; ты чувствуешь, что внутри тебя происходят ужасные вещи, но никак не можешь понять, что же именно это может быть; затем он дает тебе небольшую подсказку, и ты вдруг на мгновение четко видишь промелькнувшую перед глазами картину, связанную с чем-то; затем возникает следующая картина, и в конце концов целая серия вспышек врывается в тебя; он спрашивает тебя еще о чем-то; ты даешь последний ответ — и одновременно с тем, как в твоей голове возникает образ целостной и ясной истины, Профессор встает, пересекает комнату, нажимает кнопку электрического звонка и указывает тебе на дверь» (Meisel, Kendrick, 1986, p. 30–31).

Это взгляд пациента. Частицы и обрывки сбивающих с толку ассоциаций постепенно складываются в органичную эстетическую целостность (Rose, 1980). А что же в это время происходит с аналитиком, при участии которого возникает подобное эстетическое событие?

Вне всяких сомнений, каждый аналитик имеет свои, ясно и неясно выраженные теории и концепции, которые не обязательно полностью им осознаются, но которые руководят его клиническим пониманием (Sandler, 1983, p. 38; Thomä, Kachele, 1987, p. 17). Теории аналитика образуют «таблицы, развернутые на доске» (Duncan, 1993, p. 27). Однако эта тема остается за рамками данной статьи.

Нас прежде всего интересуют инструменты эмоциональной и когнитивной[1] работы психоаналитика. Даже если он художник, то вынужден быть ремесленником. Аналитик, подобно ремесленнику, должен уметь пользоваться инструментами.

1) *Когнитивные* процессы, среди которых следует упомянуть перцепцию, суждение, творческое мышление, решение проблем, избирательное распределение внимания, припоминание, забывание и особенно воображение, фантазирование, образное мышление являются инструментами, которые аналитик использует в работе (Holt, 1964; Heimann, 1977, p. 316). Воображение может протекать либо в пределах активности первичных процессов, либо — активности вторичных процессов (Beres, 1960; Heimann, 1977, p. 317) и, следовательно, быть как сознательным, так и бессознательным. Если допустить, что фантазирование и воображение являются когнитивными процессами Эго, то можно утверждать, вслед за П. Хайманн, что контрперенос аналитика является инструментом работы с бессознательным пациента. *Однако контрпереносом является далеко не все, что сознательно переживается аналитиком!* Ситуация серьезно усложняется из-за существования так называемого «периода запаздывания» — временной разницы между сознательным и бессознательным восприятием (Heimann, 1977, p. 300). Бессознательная интроекция и бессознательная идентификация аналитика с пациентом, которую можно обнаружить только непрямыми путями, должна быть уяснена и осознана. Проще говоря, аналитик с легкостью эмпатически резонирует в ответ на перенос пациента. *Эмпатия*[1], фрейдовское *Einfühlung* (*вчувствование*), является когнитивным и сознательным состоянием чувств. Но поскольку существует бессознательное сопротивление переносу, *которое аналитику не удается*

[1] Хайманн одобрительно цитирует Холта: «Понятие *когниция* по своему содержанию значительно шире понятия «мыслительный процесс». Оно охватывает восприятие, суждение, образование представлений, научение (особенно вербальную его форму), воображение, фантазирование, творчество и решение проблем». Понятие *когнитивный* охватывает все аспекты символического поведения, включая язык (Holt, 1964, p. 650).

[1] Предложенный Винникоттом (Winnicott, 1971, p. 131) термин «кросс-идентификация», обозначающий способность «вникнуть в положение другого человека, влезть в его шкуру», кажется мне более подходящим, чем термин *эмпатия*, поскольку последний в меньшей мере учитывает взаимодействия, происходящие внутри аналитической диады. Неудобство, однако, заключается в том, что чувственное состояние эмпатии более текуче, чем идентификация, хотя и базируется на ней.

понять, он *переживает* неожиданные эмоции уникальной силы. Впоследствии аналитик должен *проследить истоки искажений* в переносе пациента. Контрперенос, согласно этой модели, является искаженной формой эмпатии, основывающейся на бессознательной идентификации с пациентом. Если же рассматривать эти искажения с позиций самоанализа, то контрперенос из искажения превращается в рабочий инструмент аналитика, с помощью которого он работает с бессознательным пациента.

Аналитик работает в рамках аналитического сеттинга, понимаемого как обстановка и т. п., однако в то же время сеттинг представляет собой некую концепцию и отражает часть личности терапевта (Klöß-Rotmann, 1997). Поэтому я отношу сеттинг к рабочим инструментам аналитика. Идея использования вышеперечисленных когнитивных процессов в качестве аналитических инструментов была очень изящно сформулирована Паулой Хайманн. Ниже я дам *беглый комментарий* ее концепции.

2) Какую же цель преследует аналитик-ремесленник, используя свои когнитивные процессы как рабочие инструменты? *Цель*, конечно, заключается в том, чтобы *понять пациента*: «мы понимаем другого человека, создавая его психический образ, улавливая образным восприятием его проблемы, конфликты, желания, тревоги, защиты, настроения, и т. п.» (Heimann, p. 298).

3) Сами по себе инструменты бесполезны до тех пор, пока художник не узнает, как ими пользоваться. За инструментами стоят установки, теории и концепции, которые я *faute de mieux* называю *рабочими операциональными теориями аналитика*. К числу таких установок относятся свободно парящее внимание аналитика, соответствующее так называемому свободному ассоциированию пациента, и некоторые другие, о которых я скажу ниже. По моему мнению, сеттинг является такого же рода установкой.

4) Существует пять основных видов активности, или базовых психических *позиций*, из которых берутся аналитические инструменты, основывающиеся на операциональных теориях. Аналитик наблюдает, слушает (мысля и чувствуя), говорит, действует и подвергает свою работу фиксации и критической проверке.

5) Позиции аналитика, инструменты, операциональные теории и их цели могут в совокупности быть названы *эвристическими стратегиями* (Thomä, Kachele, 1987). Эвристические стратегии становятся частью вторичной и автоматической спонтанности аналитика и позволяют аналитику слышать «третьим ухом». Таким образом, в данной статье вы ознакомитесь с моим собственным, идиосинкразическим подходом к аналитической работе. Применяя модель пяти основных позиций, служащих отправной точкой в использовании когнитивных процессов как инструментов, я постараюсь более четко продемонстрировать характерные особенности моего подхода. Многое в этой статье является лишь уточнением идей Паулы Хайманн, изложенных в одной из ее последних работ «Дополнительные наблюдения за когнитивными процессами аналитика» (Heimann, 1977). Клинические примеры, приведенные в статье, иллюстрируют мою собственную точку зрения.

2. Аналитик за работой. Инструменты и их применение

2.1. Наблюдение

Посмотрим на работу аналитика. В моем офисе пациент нажимает кнопку звонка на входной двери, затем стучит в дверь рабочей комнаты, входит, и за считанные секунды его настроение, выражение лица, его сегодняшняя одежда и моя реакция на появление пациента становится для меня источником важной информации. Подобным образом и расставание с пациентом в конце рабочего часа может дать важные подсказки. Безусловно, пациент точно так же наблюдает за аналитиком. Но расскажет ли он об этом? Аналитик осторожно наблюдает за тем, как он сам использует сеттинг и как это делает пациент. Таким путем ему удается проследить развитие бессознательной сцены (unbewußte Szene) (Argelander, 1970) аналитического

часа. Это позволяет аналитику обратить внимание на угрозу крушения диалога (Sprachdialog) (Klüwer, 1983; 1995) и начало разыгрывания, диалога действий (Handlungsdialog) (Klüwer, 1995).

Для моей пограничной пациентки, практически невосприимчивой к интерпретациям, стало привычкой опаздывать на сеанс на 2–3 минуты. Внешне это выглядело как безобидное разыгрывание. Только спустя годы мы пришли к пониманию: постоянные опоздания символизировали, что пациентка смирилась с глубоко укоренившейся в ней мыслью о том, что она совершенно неспособна ощутить себя как источник чего-то позитивного. Испытав глубокое разочарование, пациентка отказалась от идеи интактного эдипова треугольника. Символизация была очень слабой, и в ней не было надежной/безопасной репрезентации отцовской фигуры. Только позже я понял (почему только позже — это уже другая история), что уходя, эта пациентка останавливалась возле самого порога и всегда оборачивалась для того, чтобы посмотреть на меня. Что именно она ожидала увидеть? Не искала ли она снова первичную сцену, для того чтобы наконец сформировать представление об интактном эдиповом треугольнике?

Другой пациент в начале каждого сеанса снимал очки и оставлял их на столе аналитика. Этот стол казался ему единственным безопасным местом. Пациент никогда не комментировал свое явное и одновременно скрытое переносное поведение. В свою очередь аналитик, который сам носил очки, ощущал, что это обусловленное переносом действие имеет особое и, вероятно, глубоко скрытое значение. В конце каждого часа аналитик фиксировал свои наблюдения и мысли по поводу повторяющихся в течение часа маневров. Ему стало понятною, что отыгрывание уберегало нечто чрезвычайно важное от уничтожения преждевременной интерпретацией. Поэтому аналитик продолжал строить работу на использовании контейнирования дольше, чем это обычно необходимо, целых три с половиной года, до тех пор пока не почувствовал, что пациент начал говорить о своих маневрах. Не вдаваясь в детали, можно отметить, что за повторявшимся действием скрывались воспоминания пациента о его отце, который после войны, уже находясь на грани смерти, сохранил лишь две дорогие для себя вещи: Новый завет и очки. Идентифицируясь с потерянным отцом, пациент помещал очки под защиту аналитика, демонстрируя таким образом свою потребность в скорби и сопротивление против нее (Rotmann, 1989).

Подобными примерами я хотел напомнить о том, что невротические пациенты скорее принимают сеттинг как нечто само собой разумеющееся и используют его предсказуемость как рамки безопасности. Невротические пациенты не пытаются оспорить действительность и постоянство сеттинга. Они предпочитают использовать сеттинг как основу для символизации переноса и работать над содержанием своих ассоциаций.

Более хрупкие пациенты пограничного и психотического уровней, для которых безопасность и целостность являются существенными проблемами, не столь легко доверяют обстановке: продолжительности рабочего часа, периодичности встреч, плате за пропущенные сессии, и т. п., и гарантируемой аналитиком доверительной поддержке. Пациенты, для которых привычными являются постоянные опоздания, принадлежат именно к этой группе. Используя сеттинг, они склонны отыгрывать вовне свое тревожное недоверие к объекту и языку. Такие пациенты скорее действуют, чем говорят. Когда символизация слаба, возникает опасность того, что сеттинг будет неверно истолкован пациентом как в общем, так и в частных случаях. В подобной ситуации с проблемами сетттинга можно и нужно много работать.

2.2. Слушание

Представим себе ситуацию, когда пациент говорит. Как аналитику уловить смысл в том потоке беспорядочного материала, который он слышит? Слушающий аналитик не просто молчит — он работает (Cremerius, 1966). Восприимчивость аналитика к тому, о чем говорит пациент, является результатом активной, хотя и неслышной работы. Терапевт выслушивает вопросы, фор-

мулируемые пациентом, не имея достоверных и однозначных ответов на эти вопросы. Эмпатическое психоаналитическое слушание заключается в попытке уловить, насколько это возможно, психическую реальность пациента, заранее беспристрастно относясь ко всем излагаемым им идеям (Schwaber, 1981; 1983). Именно по этой причине Бион рекомендовал аналитикам, хотя это и звучит несколько парадоксально, встречать пациента, «не имея памяти и желаний», с «открытым сознанием». Тем не менее, сколько бы мы ни старались следовать этой рекомендации, аналитик все же не чистый экран и, не желая того, он неминуемо вносит свой вклад в перенос.

Как говорила Анна Фрейд, психоанализ подразумевает сопротивление основному правилу психоанализа. Нет смысла говорить пациенту, что он может и должен сказать обо всем, что у него на уме. Когда пациент чувствует, что аналитик действительно слушает его, он обязательно станет говорить о том, о чем хочет сказать. Замечание о том, что «сопротивление предполагает наличие страдания, которое может быть облегчено посредством интерпретации» (Winnicott, 1954, p. 258), указывает на ответственность аналитика за некоторую часть сопротивлений пациента. Следующий правилу свободно парящего внимания и слушающий аналитик пытается настолько принять сторону пациента, чтобы тот отважился заговорить о вещах, о которых раньше боялся даже подумать. Когда результатом интерпретации становится облегчение тревоги, переживаемой как аналитиком, так и пациентом, последний начинает открываться. Пациент ожидает интерпретативной поддержки. «Может быть мне интересно, действительно ли вы хотите услышать это. Я буду ожидать до тех пор, пока не получу какого-нибудь знака. Если этот намек скажет мне, что я иду в верном направлении, тогда я сделаю шаг вперед. Но затем снова стану ждать следующего знака» (Smith, 1990, p. 221; Gill, 1982).

Выслушивая явные содержания, аналитик всегда старается обнаружить скрытые содержания, которые в форме вербальных и невербальных осколков и обрывков разбросаны в пространстве рабочего часа. В эмоциональном и когнитивном резонансе аналитик пытается обнаружить нить латентного содержания, берущую свое начало в отдельных наблюдениях, в кажущихся тривиальными или загадочными высказываниях, в замечаниях, которые на первый взгляд не имеют отношения к материалу часа и от которых аналитик пытается избавиться. Подобные квази-неприятные наблюдения или комментарии пациента способны неожиданно натолкнуть нас на мысль о том, какое латентное содержание может скрываться за ними. Что-то, едва заметное ранее, способно вдруг стать важной догадкой (Smith, 1990) для перевода манифестного содержания в скрытое.

Наибольшее внимание я уделяю анализу *переноса* и *взаимодействий*, происходящих между пациентом и аналитиком, аналитиком и пациентом. Перенос — это загадка, и Фрейд неоднократно говорил о том, что перенос должен быть «отслежен», обнаружен, разрешен, разгадан (Gribinski, 1994). «Разгадать (нем. «zu erraten») перенос — это, может быть, единственная возможность понять, что же все-таки происходит, поскольку все происходящее в аналитической ситуации окрашено переносом. В то же время перенос является формацией бессознательного, о которой пациент ничего не может нам сказать» (Gribinski, p. 1011). Поэтому нам остается лишь доверять *намекам на перенос* (Gill, 1982), удивляясь внезапному осознанию «остатка психоаналитической ситуации» (Gill, 1979) или «остатка переноса» (Gill, 1982). Термин «остаток переноса» образован в результате игры слов от принятого в анализе сновидений понятия «дневной остаток» и подразумевает обращение к переносной теме прошлого сеанса. Возвращаясь к характерным особенностям своего подхода, хочу отметить, что я уделяю особое внимание вкладу аналитика в перенос. Анализ — это взаимно обязывающее (Э. Рехард) и обоюдное действие. Мертон Гилл разделяет точку зрения релятивистов и социальных конструктивистов, которые считают, что перенос не является искажением, а мнение пациента о своем аналитике всегда заслуживает глубокого доверия.

Рой Шафер называет это *субъективной интерпретацией* (Shafer, 1997). «Слова есть дом нашей мысли»

(Хайдеггер), и поэтому аналитик переводит свой эмпатический резонанс на язык знания и понимания. Психоаналитик сжато выражает пережитые им эмоции и слова, в которые он превратил эти переживания, в гештальте аналитического часа.

И все же можно ли дать исчерпывающий ответ на вопрос, как именно аналитик улавливает смысл в той массе материала, которая возникает в ходе сеанса? Пять основных позиций (наблюдение, слушание, говорение, действие и критическая проверка) в теории Хайманн тесно переплетаются с более тонкими концептуализациями: *подвижным вниманием* (синонимом описанного Фрейдом *свободно парящего внимания*), безмолвным *беглым комментарием* и молчаливыми *пробными интерпретациями*.

2.2.1. Беглый комментарий

Понятие *беглый комментарий* приводит нас к третьей и, в свою очередь, троичной стратегии использования аналитических инструментов. Паула Хайманн обнаружила, что высказывания пациента часто «наводят на образ трех концентрических кругов, подобных кругам на воде, в которую брошен камень» (Heimann, 1977, p. 302). Хайманн рекомендует аналитику в первую очередь слушать то, о чем пациент сознательно размышляет, что он чувствует и что хочет сообщить. Это явное содержание. Во-вторых, аналитику следует сконцентрироваться на неосознаваемых переживаниях пациента и связях этих переживаний с первичными объектами. После этого Хайманн советует уделить внимание бессознательному переносу в ситуации «здесь и сейчас», источником которого являются первичные объекты пациента или незрелые части его Я. Второй и третий пункт касаются работы со скрытым содержанием, и на этих этапах я делаю особый акцент на анализе переноса.

Беглый комментарий, происходящий в процессе свободно распределенного внимания или «подвижного внимания», используя выражение Хайманн, является «частично вербализованным». Он время от времени «вспыхивает» в голове аналитика и представляет собой предсознательную и сознательную обработку

«иерархии намеков, знаков, иносказаний и символической вербальной коммуникации, телодвижений и поведенческих реакций пациента, материала прошлых сеансов, в особенности совсем недавних, различных проявлений бессознательных уровней психики пациента, потока припоминания и забывания. Аналитик примечает, сохраняет, вмещает и запоминает их». Комментарий движется от «психической поверхности» пациента к его «психическим глубинам». «Беглый комментарий приводит к формулировке пробной интерпретации, оценивающей готовность пациента к настоящей интерпретации, которая ... может никогда и не быть предложена пациенту, поскольку в процессе дальнейшего слушания она замещается и вытесняется более точной и удачной. Подобные пробные интерпретации должны забываться. Забывание тоже имеет огромное значение ... Внимание аналитика должно оставаться подвижным и никогда не должно застревать...» (Heimann, 1977, p. 321).

2.2.2. Рабочие операциональные понятия аналитика

В то время как аналитик слушает, чувствует и размышляет, он организует свои когнитивные процессы на основе определенных допущений, гипотез, понятий и концепций. Они являются подоплекой и фоном размышлений аналитика, образно говоря, операциональной системой, которая руководит наблюдением и слушанием.

Существует множество хорошо известных концепций такого рода. Фундаментальное правило свободного ассоциирования (существующее для пациента) дополняется правилом свободно парящего внимания или подвижного внимания (существующим для аналитика). Хотя в теории Хайманн подвижное внимание направлено на пациента, оно тем не менее охватывает и все ассоциации терапевта. Аналитик отмечает все собственные аффекты, равно как и все аффекты пациента, уделяя особое внимание тревоге. Слушая пациента, аналитик пытается интерпретировать только скрытые содержания предлагаемого материала. О значимости различ-

ных сторон переноса я уже говорил ранее. Аналитик внимательно отслеживает в себе необычно интенсивные реакции или возникновение чувства отчужденности, расценивая их как возможные индикаторы бессознательного контрпереноса[1] (Heimann, 1977, p. 318). Аналитик пытается идентифицировать ощущение манипуляции и неожиданно появляющуюся склонность противоречить пациенту как возможную проективную идентификацию, которую следует отличать от реагирования на роль (Sandler, 1976).

Кроме того, я придаю большое значение *первому, о чем говорит пациент в самом начале сеанса*, и стараюсь проследить трансформации этой темы в течение всего часа. Подобный динамический способ слушания означает, что я заранее готов удивиться тому, что вспомню какие-то части материала прошлых сессий, напомненные мне пациентом. Достаточно забавно позволять своему пациенту удивлять вас.

Конечно же, мне интересны сновидения пациента, его ошибочные действия, противоречия, парадоксальность и двойственность, которые могут обнаружиться в процессе работы. Я уделяю внимание холдингу, контейнированию, сеттингу и фону аналитических установок. Кроме того, я глубоко убежден, что в аналитической работе следует различать потребность и желание (Treurniet, 1991; 1992). Пациент может нуждаться в стакане воды. Нужду следует удовлетворять. Однако, «Stillen» в немецком, кроме «жажды», означающее «кормление грудью», указывает нам на то, что инстинктивные желания должны обязательно быть проанализированы.

Упрощенную модель концепции, предлагаемой Паулой Хайманн, можно изобразить следующим образом.

[1] Для Хайманн эмпатия и контрперенос являются «когнитивными инструментами» (Heimann, 1977, p. 318) и, следовательно, функциями Эго в отличие от проективной идентификации, которая является «вторжением» и, следовательно, «межличностным действием» (p.319). Бетти Джозеф, разделяя идею Биона о коммуникативных аспектах проективной идентификации, называет последнюю «фантазией», способной оказывать на реципиента мощное влияние (Joseph, 1989, p. 66).

РАБОЧИЕ ОПЕРАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОНЯТИЯ АНАЛИТИКА: свободное ассоциирование, свободно парящее внимание, осознание аффектов, явные/скрытые содержания, остаток переноса; взаимодействие: вклад аналитика в перенос, проективная идентификация, реагирование на роль; первое предложение в ходе сеанса, сновидения, парапраксисы, загадки, противоречия, холдинг/контейнер-контейнируемое, мать-среда и мать-объект, передний план и фон.

КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ, ИНСТРУМЕНТЫ: восприятие, суждение, научение, воображение, фантазирование, творчество, решение проблем, избирательное распределение внимания, припоминание и забывание, контрперенос, сеттинг.

ПОЗИЦИИ:

наблюдение, слушание	говорение, действие, собственная супервизия (self-supervision)
подвижное внимание (свободно парящее внимание)	беглый комментарий, пробная интерпретация

2.3. Говорение

Прежде чем переходить к рассмотрению особенностей говорения в аналитической ситуации, стоит вспомнить простое и ясное замечание Эдварда Бибринга (Bibring, 1954, p. 745) о том, что все психологические методы используют пять основных разновидностей базовых техник: (1) суггестивные, (2) абреактивные (катарсические), (3) манипулятивные (в нейтральном смысле слова), (4) проясняющие, (5) интерпретативные. Вполне очевидно, что аналитическим может быть назван подход, основывающийся преимущественно на использовании техник прояснения и интерпретации. Иногда односложные звуки типа «Мм?», «Аа!», «Хм...» и т. п. несут очень глубокое значение, а временами и встречный вопрос может послужить мощнейшей интерпретацией (Heimann, 1977, p. 325, 326).

«Чем же именно является то, о чем я сейчас хочу сказать?» — интересуется внимательный и вдумчивый психоаналитик до того, как заговорить. «О чем же именно я только что сказал?» — удивляется другой аналитик, который минуту назад говорил, следуя своей вторичной спонтанности, или давал «безотлагательную интерпретацию» (Strachey, 1935; Rotmann, 1993). Переход аналитика из молчаливого состояния слушания и фантазирования в позицию говорения не так легок и создает определенный риск. «Пациент ожидает чего-то от аналитика, и эти ожидания часто очень нелегко удовлетворить» (Heimann, p. 324, 303). Говорение мешает слушать, и любящему поболтать аналитику может быть достаточно непросто вновь вернуться к слушанию после интерпретации. Аналитики обычно стараются избегать специфического психоаналитического жаргона и используют обычную для пациента лексику. Придавая большое значение условностям, я стараюсь использовать лишь тот материал, который был проговорен в течение данного часа, поступая так до тех пор, пока не возникнут достаточные основания для изменения стратегии. Пациент всегда берет инициативу на себя. Поэтому я считаю, что лучше подождать, пока пациент сам не начнет обращаться к материалу прошлых сеансов. Из приведенных мною выше примеров вы легко можете понять, что в случае необходимости я вполне могу нарушить собственное правило. Подводя итог этих размышлений о говорении, сформулирую его так: когда аналитик говорит, он всегда должен помнить, что его главная задача — интерпретировать, а не просто болтать.

2.4. Аналитик в роли собственного супервизора

За исключением Филлис Гринейкр, Фредерика Уайта и Отто Кернберга, практически никто из известных психоаналитиков не ведет записи во время сеанса. Несмотря на то, что однозначно нежелательно вести записи во время работы, именно этот прием позволяет некоторым аналитикам сохранять бдительность и не засыпать. Если возможно, заметки лучше делать сразу после окончания сеанса. Фиксация материала сеанса превращает аналитика в собственного супервизора (Heimann, 1977; Casement, 1985; 1990). Это может стать очень увлекательным занятием: ведь все мы знаем, что стоит нам начать писать, как что-то новое, незамеченное во время сеанса, возникает в нашей голове, и мы достигаем инсайта. Писание на листе бумаги напоминает использование переходного объекта и часто заключает в себе большой креативный потенциал[1]. Часто случается, что только в момент фиксации материала на бумаге гештальт часа неожиданно во всей своей полноте возникает перед аналитиком вместе с мыслью о тех интерпретациях, которые не были даны. Осторожное и внимательное составление заметок о каждом рабочем часе сразу после его окончания может существенно помочь в том случае, когда в своей работе с пациентом вы проходите кризисные периоды и испытываете растерянность. Перед началом сеанса я никогда не заглядываю в свои записи, и вы знаете почему. Я отлично помню правило «без памяти и без желаний». Изредка я все же заглядываю в них, иногда даже во время сеанса. Например, однажды мне срочно понадобилось обратиться к своим заметкам, и это помогло уберечь пациента от надвигающейся катастрофы.

3. Развитие гештальта во времени

См. в этой связи «l'ideé vient en parlant» и небольшую книгу Генриха фон Клейста «Über die allmähliche Verfertigung beim Reden», написанную раньше, чем работа «Как стать оригинальным писателем за три дня»

[1] Этот феномен был известен Фрейду, который рекомендовал своей дочери Анне записывать ассоциации к сновидениям. Акт писания значительно более креативен, чем простое ассоциативное мышление (Grubnch-Simitis, 1993). Как я уже говорил, я убежден, что особое значение имеет здесь использование третьего, переходного объекта — карандаша, бумаги и т. п. Столь же эффективным может оказаться и размеренное нажатие на педали велосипеда во время прогулки по хорошо знакомому маршруту. Мышление становится упорядоченным, когда сопровождается ритмическим действием. Роуз (Rose, 1980) говорит о музыкальной силе «ритма». Строгий и изящный канон музыкальных форм освобождает музыку от хаоса звуков.

(«Die Kunst, in drei Tagen ein Originalschrifsteller zu werden»), которую Фрейд цитировал в связи с техникой свободных ассоциаций (Freud, 1920, p. 26).

То, что аналитик должен «держать глаз на часах» (Winnicott, 1962, p. 166), является частью аналитического сеттинга. Узнать, когда заканчивается рабочий час, достаточно легко. Существует более сложный вопрос: когда именно начинается сеанс? С того момента, когда пациент садится и начинает говорить? Или когда он только входит в комнату и вы встречаетесь в физическом смысле этого слова? Когда пациент нажимает кнопку звонка (что тоже можно сделать очень по-разному: робко, мягко, настойчиво, холодно, безразлично, требовательно — каждая из перечисленных разновидностей звонка уже вызывает у аналитика определенную ответную реакцию)? Или когда вы начинаете думать о пациенте, который скоро должен прийти и которого вам не удалось понять на прошлом сеансе? А может быть гештальт смутившего вас прошлого сеанса возникает у вас утром следующего дня по дороге на работу? Оказывается, этот наивный вопрос напрямую касается проблемы двойственности аналитического времени. И все же Винни-Пух достаточно просто нашел ответ на вопрос о том, с чего следует начинать историю, сказав, что начинать нужно сначала, а заканчивать концом.

Гештальт часа, описанный Стрэчи в виде «органичной эстетической целостности», развивается во времени и требует времени для своего развития. Лично мне кажется, что психоаналитический процесс характеризуется диалектическими сменами ритма. Объективное время иногда замещается субъективным, т. е. атмосфера неспешного течения часа может неожиданно смениться ощущением стремительного действия. Высокое напряжение, вызванное ощущением чрезвычайно быстрого течения времени, может ослабеть до ощущения вялой и инертной монотонности. Подобная ситуация описана в письме Стрэчи, в том месте, где он говорит о сгущающейся атмосфере часа. Любое изменение ритма рабочего часа служит индикатором чего-то важного. Особенно это заметно в сфере переноса. Таким образом, субъективно переживаемые темп/скорость, общая продолжительность часа или анализа в целом, временные ограничения и сепарации, возникновение препятствий на фоне общей сохранности всех видов активности — все это кажется мне более важными характеристиками анализа, чем утверждение о четырех или пяти сеансах в неделю. Каждый час имеет четкое начало (в вашем понимании) и четкое завершение, он никогда сознательно не сокращается аналитиком. Между сеансами существуют перерывы. Каждая неделя либо подходит к своему завершению, либо прерывается выходными, в зависимости от субъективного значения перерыва. Субъективно каждый период аналитической работы завершается выходными днями или отсутствием пациента/аналитика по другим причинам. В конце концов анализ завершается. Реакция пациента на это событие может быть очень различной — от болезненной сепарации до умиротворенного спокойного прощания с аналитиком. Общая продолжительность анализа может оказаться важнее количества встреч в неделю. Удивительно, но сегодня практически не говорят о том, что для приобретения полноценного аналитического опыта необходимо определенное субъективное качество ежедневного анализа. Вполне возможно, что качество менее интенсивного анализа, если это действительно психоанализ, может побудить пациента включиться в атмосферу ежедневной работы. Психоаналитикам знаком этот тип диалектического мышления. Процессы, происходящие во время психоаналитического сеанса, вновь находят свое отражение в спиральном процессе понимания и (ре)конструкции, протекающем на протяжении всего периода анализа.

4. Итог

Во-первых, ремесленник в аналитике занимает две из пяти позиций: он наблюдает и слушает. В качестве инструментов в этой работе он использует когнитивные процессы (восприятие, избирательное распределение внимания, решение проблем, припоминание, забывание и т. п.), которые в свою очередь базируются на таких операциональных теориях и концептах, как свободное

ассоциирование, подвижное внимание и др. Он подвергает разнородную смесь своих идей и наблюдений беглому комментарию. Если в течение рабочего часа складывается гештальт, аналитик создает пробные интерпретации. Если какая-то из пробных интерпретаций кажется подходящей, аналитик принимает решение сообщить ее пациенту. Для аналитика целью высказывания является интерпретация. Если интерпретация была удачной, то аналитик снова может вернуться к слушанию. После завершения сеанса он ведет записи. О действии и отыгрывании вовне я вообще не говорю.

Сначала у вас была масса беспорядочного материала, с которой необходимо было разобраться. Теперь у вас есть масса концептов и стратегий, беспорядок в которых может точно так же поставить в тупик. Как же разобраться с ними? Мой собственный способ основывается на пяти базовых концептах, являющихся одновременно рабочими инструментами: (1) наблюдении за тем, как пациент реагирует на сеттинг, (2) свободных ассоциациях пациента, (3) свободно парящем внимании аналитика, (4) молчаливом *беглом комментарии*, (5) понимании переноса. Прежде всего и в основном мое внимание подчинено принципу наблюдения за происходящим в течение сеанса, за изменениями темпа и атмосферы часа. Я обращаю внимание на выражение лица пациента, когда мы приветствуем друг друга в начале сеанса, и на то, как он воспринимает сеттинг, какую атмосферу он создает, в частности, на изменение настроения пациента в течение часа. Меня интересует и моя собственная эмоциональная реакция на пациента.

Другой путь заключается в том, чтобы, встретившись с пациентом в следующий раз, забыть все, о чем я вам рассказал. Вы можете помнить лишь об одном парадоксе: перенос, как говорил Грибински, является единственной формацией бессознательного, о которой пациент ничего не может нам сказать. Я же хочу приободрить вас, сказав, что лишь пациент может дать вам все те обрывки и осколки, знаки и намеки, которые позволят вам обнаружить перенос и «разгадать» его, как сказал бы Фрейд.

Перевод С. Дураса

Литература

ARGELANDER, H. (1970) Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom-und Charakterbildung. *Psyche*, 24, 325–345.

CASEMENT, P. (1985) *On Learning from the Patient*. London, Routledge

CASEMENT, P. (1990) *On further Learning from the Patient*. London, Routledge.

CREMERIUS, J. (1966) Schweigen als Problem der psychoanalytschen Technik. In: *Cremerius, J. (1984) Vom Handwerk des Psychoanalytikers*. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik. Bd.1, Stuttgart: Frommann-Holzboog, S. 17–54.

BERES, D. (1960) Perception, imagination, and reality. *Int. J. Psycho-Anal*. 41, 327–334.

BIBRING, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *JAPA*, 2, 745–770.

DUNCAN, D. (1993) Theory in vivo. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74, 25–32.

FREUD, S. (1920b) Zur Vorgeschichte der analytischen Technik. *GW* 12, S. 307–312.

GILL, M. M. (1979) The analysis of transference. *JAPA*, 27 (suppi) 263–288. Dt.: Die Analyse der Übertragung. *Forum Psychoanal*. 9, 46–61, 1993.

GILL, M. M. (1982) *Analysis of Transference*, Vol 1. New York: International Universities Press. Dt.: Übertragungsanalyse Frankfurt am Main.

FISCHER, S. (1996) — (1984) Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 11, 161–179.

FISCHER, S. (1991) Indirect Suggestion: A response to Oremland. In: Oremland, J. D. I*nterpretation and Interaction: Psychoanalysis or Psychotherapy?* Hilllsdale, N. J., The Analytic Press, 137–163.

FISCHER, S. (1994) *Psychoanalysis in Transition*. Hillsdale, London: The Analytic Press.

GRIBINSKI, M. (1994) The stranger in the house. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 011–1021.

GRUBNCH-SIMITIS, I. (1993) *Zurück zu Freuds Texten. Stumme Dokumente sprechen machen*. Frankfurt am Main: S. Fischer.