

Юлия Овчинникова

## Особенности контрпереноса при работе с травмой

Овчинникова Юлия Германовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и экспериментальной психологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», юнгианский аналитик, руководитель психологического центра «Диалог».

### Введение

Про проблему контрпереноса можно сказать слова, которые относят к психологии в целом: у нее долгое прошлое, но короткая история. В широком смысле рождение бессознательного аффективного отклика на другого человека можно наблюдать на ранних этапах развития человечества. Контрперенос как психотерапевтический термин появился в психоанализе: З. Фрейд дал ему значение невротического переноса аналитика, направленного на пациента (Хиншелвуд, 2005). То есть аналитик является «носителем» части опыта клиента, не имея возможности привнести этот опыт в сознательный пласт работы или соотносить его с фактами из жизни клиента. Более того, Фрейд требовал, чтобы аналитик искоренял контрперенос с помощью самоконтроля. Он часто описывал свой технический подход в безличных терминах: стальной взгляд хирурга или даже телефонная трубка (Хиншелвуд, 2005).

В середине XX века ситуация меняется, начинается этап критики восприятия аналитика как «чистого экрана», признается интерактивная природа переноса и контрпереноса. Во многом благодаря работам П. Хайманн, контрперенос попадает в центр внимания аналитиков и из побочного нежелательного невротического эффекта превращается «в один из самых важных инструментов работы, ... в средство исследования бессознательного пациента» (Хиншелвуд, 2005). Начинается эра исследований аналитических отношений и их целительного потенциала.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных проблеме контрпереноса, данный вопрос не утратил актуальности и в

наши дни. Аналитические отношения и виды контрпереноса столь многогранны, что трудно представить завершенность и полную изученность темы. Изменение социальных и культурных условий жизни (глобализация, ускорение ритма жизни, изменение коммуникаций, и появление новых средств связи, угроза терроризма и т.д.) приводят к формированию новых особенностей аналитических отношений. Взаимопроникновение различных терапевтических подходов и влияние этого процесса на работу с контрпереносом также является малоизученным процессом. Нам хотелось бы подчеркнуть и фактор, специфичный для России, — появление большого количества образовательных программ по подготовке практических психологов и, соответственно, молодых специалистов.

Опыт обучения студентов, проведения индивидуальных и групповых супервизий показывает, что одна из основных проблем, с которой сталкиваются начинающие и опытные специалисты, — это контрперенос. Пользуясь словами Дж. Винер (Винер, 2011), можно сказать, что они работают в контрпереносе, но имеют значительные трудности при работе с контрпереносом. Собственные эмоциональные реакции на пациента не опознаются, вызывают беспокойство и страх, приписываются собственной неопытности или поведенческим особенностям пациента.

Еще одним важным фактором, влияющим на актуальность вопроса, является невыраженность рефлексии начинающих специалистов. В проведенном под нашим руководством исследовании Япаровой В.В., были выявлены личностные диспозиции студентов-психологов, специализирующихся по направлению «Психология личности. Психотерапия и консультирование личности» (факультет психологии НИУ-ВШЭ). Результаты исследования показали, что ни первому, ни пятому курсу психологов не свойственен анализ собственного поведения, мыслей, чувств. Они не склонны проявлять интерес к другим людям. Такая важная для профессиональной деятельности диспозиция как самопознание студентам-психологам не свойственна, тогда как с точки зрения экспертов-психологов (данные получены методом экспертной оценки) самопознание является одной из основных особенностей будущего профессионала.

Данные наблюдения подчеркивают актуальность проблемы и говорят о необходимости исследований, направленных в том числе и на обучение работе с контрпереносом. Мы согласны с точкой зрения

В.К. Калинин, который в предисловии к русскому изданию книги Дж. Винер пишет: «Можно с уверенностью утверждать, что в скором будущем компетентность в области работы с переносом-контрпереносом станет условием профессионализма практического психолога» (Винер, 2011, с. 11).

Отдельно хочется сказать о важности изучения контрпереноса при работе с психической травмой. В современной действительности мы наблюдаем множество пациентов, чью психическую организацию можно описать как имеющую травму. Анализ супервизионных случаев показывает, что молодые специалисты также постоянно сталкиваются с явлениями диссоциации и травмирующими событиями в жизни своих пациентов. Аналитическая психология предлагает концепцию работы с внутренним миром травмы (Калшед, 2001). Однако следует отметить дефицит собственно аналитических работ по данной проблематике, а также недостаточную изученность контрпереноса и работы с ним в терапии пациентов с психической травмой.

Таким образом, целью нашей работы является исследование особенностей контрпереноса в терапии пациентов с психической травмой. В качестве основной гипотезы мы формулируем предположение, что при работе с психической травмой возникает опережающий контрперенос. То есть терапевт является носителем различных аспектов травмированной части психики пациента задолго до того (от нескольких месяцев до лет), как эти аспекты станут доступны сознанию и интерпретациям в фактической работе. Вторая гипотеза: терапия пациентов с травмой актуализирует радиацию контрпереноса (на внешние отношения: супервизор, аналитик, другие клиенты, семья; на внутренние отношения: сновидения, синхронистичные события, телесные состояния). Методологической базой исследования являются концепции Ференци, Балинта, Кейсманта, Фельдмана, Хиншеллвуда, Винер.

#### Проблема контрпереноса: краткая история и современные представления

Понимание контрпереноса проделало путь от невротической, требующей устранения реакции аналитика на пациента до ключа или одного из главных инструментов понимания и исцеления душевных ран человека в терапии. Поворотной точкой на этом пути стали идеи М. Кляйн, которая показала важность объектных отношений. Однако

развитие представлений о контрпереносе как о значимой и неотъемлемой части терапевтического процесса произошло в школе британских Независимых психоаналитиков.

Р. Хиншелвуд анализирует их концепцию по следующим критериям:

- 1) Чувства аналитика – это важный (возможно, единственный) фактор в создании терапевтической атмосферы в сессинге.
- 2) Цель анализа – создание новых отношений, это процесс совместного творчества с пациентом.
- 3) Представления об Эго в младенчестве – рассмотрение постнатальной фазы через слияние и инфантильное всемогущество, что в аналитическом сессинге выражается в виде взаимного построения игры.
- 4) Понимание разыгрывания – совместное творчество, что отражает позитивную сторону этого процесса.

На основании сравнения кляйнианского подхода к контрпереносу, идей британских Независимых психоаналитиков, а также последующего развития вопроса Р. Хиншелвуд делает вывод о том, что психоанализ все более признает, что личное есть профессиональное (Хиншелвуд, 2005). Аналогичную позицию занимает Дж. Винер: «Важный компонент аналитической установки – прослеживание связи между аффективными состояниями пациента и аналитика» (Винер, 2011, с. 53).

Представитель лондонской психоаналитической школы М. Фельдман также является сторонником данной точки зрения. В своей работе, посвященной проективной идентификации, он пишет: «...сознательное или бессознательное давление на аналитика влияет на его работу, однако одновременно оно может оказаться бесценным источником информации о бессознательной психической жизни пациента, в частности о его внутренних (интернализированных) объектных отношениях» (Feldman, p. 35). И далее, ссылаясь на Хофмана, добавляет, что эмоциональный отклик аналитика на перенос пациента является ключом к пониманию природы межличностного пространства, которое пациент создает в переносе (Feldman, p. 52).

В аналитической психологии полемика об относительном значении переноса представлена, с одной стороны, сторонниками идеи о развитии символов как формирующих эмоции, связанными с комплексами, архетипами и реальными жизненными отношениями, с

другой стороны, защитниками представления о переносе как об одном из главных факторов терапевтического воздействия (Винер, 2011). Наш взгляд, здесь нет противоречия. Работать с переносом, не обращаясь к символам, невозможно. Винер указывает, что «эмпатическое и творческое использование аналитиком контрпереноса напрямую зависит от его высокоразвитой способности к воображению и к преобразованию ощущений в нечто исполненное смысла, в нечто такое, о чем можно размышлять и чем можно делиться» (Винер, 2011, с. 70). В.К. Калинин поясняет: «... как раз, символические отношения дают возможность эффективно работать с переносом — контрпереносом, предоставлять пациенту возможность вновь пережить и проработать прошлые травмы в защищенном пространстве» (Калинин, 2011, с. 30). Невозможно осмыслить свой контрперенос, найти для него форму и вербальное выражение без посредничества символов. Вы можете работать в контрпереносе, не обращаясь к символическому уровню, но работать с контрпереносом, то есть интерпретировать материал для пациента и для себя вне этого уровня представляется маловероятным.

С точки зрения пациента, потребность в символах и их связь с переносом отражена в раннем опыте столкновения с непроницаемым объектом. Бион поясняет: «ребенок, который столкнулся с субъективно непроницаемым объектом, становится одержим желанием проецировать на такой объект с удвоенной силой. Ранний опыт таких трудностей с восприимчивостью объекта может привести пациента к желанию вовлечь аналитика в такой процесс, в котором его разум окажется, действительно, замутнен, или заставить его быть преследующим или уступчивым. Начинает казаться, будто пациент настолько сомневается в возможности символической коммуникации или в восприимчивости объекта к любым формам проекции, что он не может успокоиться, пока не получит доказательств своего влияния на разум и тело аналитика. Если этих доказательств нет, что подтверждает ранний опыт недоступного ненавистного объекта, пациент может в отчаянии сдаться» (Feldman, 2009, p. 41).

Подчеркивая важность работы с контрпереносом, Дж. Винер ссылается на понятие «имплицитного знания в отношениях» или интересубъективных бессознательных переживаний. Такие переживания, возникающие в процессе терапии, исследователи называют «моментами встречи», новым опытом, не менее важным, чем интерпретации

аналитика при форсировании им изменений состояния пациента <...> эти моменты встречи создают предпосылки для более сложного и тесного бытия вместе, при котором происходит изменение представлений о возможностях общения, существующих в имплицитном знании каждого из участников. Эти данные, наряду с некоторыми другими, убедительно доказывают, что необходимо уделять самое пристальное внимание процессам переноса и контрпереноса, поскольку они играют главную роль в распознавании благотворных изменений и создании условий для них.

В нашей работе за основу мы возьмем определение контрпереноса, данное М. Фордхэмом. Под контрпереносом он подразумевал «неопределенное количество (бессознательных) восприятий аналитика пациентом, вызванных проекцией отщепленных или неинтегрированных частей психики пациента на или в аналитика» (Винер, 2011, с. 27). По мнению Дж. Винер, в этом определении также содержится указание на интенсивность реакций. Аналитик может иметь дело с «нечто — менее интенсивно проецируемым и, в меньшей степени воспринимаемым аналитиком, который соблюдает традиционный нейтралитет и поэтому способен заниматься проекциями пациента» (Винер, 2011). Второй полюс представлен более мощной проективной идентификацией, которая вторгается в аналитика и воздействует на него, нравится ему это или нет (Винер, 2011).

Результаты современных исследований в области нейробиологии и когнитивной науки говорят о том, что явление переноса — контрпереноса находит подтверждение на нейрофизиологическом уровне. Дж. Винер, ссылаясь на Шора (Schore), пишет: «Невербальное взаимодействие при переносе и контрпереносе, происходящее на уровне предсознания и бессознательного, представляет собой обмен быстродействующими, автоматическими, регулируемые и нерегулируемые эмоциональными состояниями между правым полушарием мозга пациента и правым полушарием мозга аналитика <...> В контексте терапии, способствующей развитию, смысл не постигается в одиночестве, а создается в диаде» (Винер, 2011, с. 53). Таким образом, в различных психоаналитических исследованиях и работах, выполненных в русле юнгианской психологии, подчеркивается значимость контрпереноса и ставится вопрос: как работать с контрпереносом и как обучать аналитиков этой работе. Следует отметить, что аналитическая психология предлагает свой подход к этой проблеме (Якоби, 2007).



### Работа с контрпереносом: о бытии в аналитических отношениях и его рефлексии

П. Кейсмент говорит об аналитических отношениях как о фоне для разворачивающегося переноса и мощном факторе анализа. Без рассмотрения контрпереноса, этого уникального продукта личности каждого из участников, невозможно увидеть полную картину внутренней жизни пациента. Работа с данным процессом может стать источником понимания и глубинных изменений (Кейсмент, 2005). Такет (Tuckett), на примере разыгрывания очень ясно формулирует, как рассмотрение контрпереноса делает наше понимание пациента целостным: разыгрывание позволяет увидеть, почувствовать и сформулировать, передать словами глубинные бессознательные идентификации и примитивные уровни функционирования, о которых иначе пришлось бы только догадываться или обсуждать на сугубо интеллектуальном уровне (Feldman, p. 35). Однако для этого нужно быть готовым встретиться со всеми трудностями процесса и не слишком защищаться, чтобы неизбежно оказаться втянутым в такие формы отношений, которые во многом напоминают отношения между ребенком любого возраста и матерью или ребенком (чаще старшего возраста) и отцом (Кейсмент, 2005).

Обретение целостности достигается не только прочувствованием глубинных бессознательных идентификаций, но и их познанием. По мнению Юнга, пациенты проецируют еще не известные им части себя на аналитика, чтобы изучить их (Винер, 2011, с. 37).

То есть проявления контрпереноса следует искать как минимум в трех сферах: рациональной рефлексии (все возникающие мысли и образы); эмоциональных реакций; телесных состояний (понятие физического резонанса М. Стоуна). Важно отметить, что аналитик может испытывать состояния, в которых эти три уровня сочетаются. Например, его могут посетить художественные образы или музыкальная фраза.

*На определенном этапе в работе с клиенткой мне напевалось внутри: «И уже осатанело // Ноют губы, ноет тело // День прожить, тебя не видеть // Словно чашу яда выпить». В этих строчках выразилось слияние, гомосексуальные тенденции (автор песни гомосексуальной ориентации), сексуальное чувство, телесно-физическое ощущение соединенности, страх потери (покинутости), зависимость, демонизация сексуальной энергии, деструктивные тенденции, суицидальные импульсы, тема смерти*

*(слово «осатанело» не случайно). Причем последние феномены появились в работе, в выраженном контрпереносе и моем сознании только год спустя. Это был опережающий контрперенос.*

Нам бы хотелось подробнее остановиться на соматических реакциях в контрпереносе, так как они характерны для работы с травмой. По мнению М. Стоуна, резонирующее тело представляет определенную сложность для аналитика, так как ему приходится выдерживать состояние большего смятения и незнания, чем обычно (Стоун, 2006). Однако на наш взгляд, это не только сложность, но и в определенном смысле благо. Физический резонанс с меньшей вероятностью может ускользнуть от внимания аналитика. Он лучше осознается как состояние, возникающее в пространстве аналитических отношений, а не принадлежащее только одному из участников процесса. Первое время осмысление телесных реакций может быть затруднено, однако, благодаря своей выделенности из других состояний они остаются доступны и ждут своего часа, чтобы быть проанализированными. Мы согласны с М. Стоуном в том, что физический резонанс как феномен контрпереноса чаще встречается при работе с детскими травмами, а также с довербальными состояниями, которые пациент переживает как телесный опыт. Психосоматическая дисфункция символически выражает потребности человека, а отсутствие вербальной символизации переживаний заставляет искать выход в теле (Макдугалл, 2007).

На наш взгляд, в физическом резонансе важно выделить как проприоцептивный компонент, так и моторный. К последнему мы относим телесные двигательные проявления, которые происходят вне сознания аналитика.

*Клиентка рассказывала о своем отношении к коллеге. Рассказывала пятый месяц подряд, уже бесстрастно и, как мне казалось, больше с целью подразнить меня. Я чувствовала жуткую сонливость и сидела отстранившись. В какой-то момент поймала себя на едва заметном движении — я гладила пальцем подлокотник своего кресла. Приятное гладкое дерево. Шелковистое и одновременно теплое. Как будто не просто гладила, а ласкала. Что это? Мой палец как будто был в контакте с кем-то другим, с его кожей, нежной и шелковистой. Смешанное чувство «бытия на связи» с другим существом и одновременно тонкий аромат сексуальной энергии. Я поняла, что, несмотря на сильную сонливость, все равно остаюсь в контакте с клиенткой. Для нее очень важно хотя бы кончиком*

*пальца чувствовать контакт. Она удерживает меня в нем, чтобы не допустить повторения ее страшного опыта «непроницаемого объекта». «Ласкает кресло»... Возникшее пару сессий назад предположение про эротический перенос окрепло, но его еще только предстоит понимать.*

Подводя итоги, можно выделить два общих положения работы с контрпереносом: это эмоциональное чувство и телесное ощущение «изнутри» и познание «снаружи». Интересно, что здесь происходит обмен между аналитиком и пациентом: аналитик знает (предполагает), как функционирует психика пациента, но не чувствует этого, пациент же, напротив, чувствует, но не осознает. Таким образом, аналитик и пациент дополняют друг друга, приходя через единство интеллекта и аффекта к целостности личности.

Из общих положений можно вывести ряд следствий. Аналитик изнутри помогает пациенту распознать и оценить его субъективные образы, внутренние фигуры, одновременно отличить личные проекции от архетипических. Затем помочь пациенту дифференцировать личные отношения с аналитиком и безличные факторы и осознать, что эти отношения несут в себе внеличностное начало, которое способствует движению вперед. Следующим шагом становится осознание того, что «сокровище» есть у самого человека, оно «не находится больше в объекте, от которого они зависят» (Винер, 2011, с. 35).

Р. Хиншелвуд выделяет три аспекта контрпереноса: проективную идентификацию, контейнирование и разыгрывание.

**Проективная идентификация.** Наше повседневное общение складывается из передачи своих чувств собеседнику и готовности собеседника принять этот опыт. Мани-Кёрл высказал мнение, что обычные процессы взаимодействия между людьми происходят посредством интрапсихических процессов проекции и интроекции. С ним соглашается Розенфельд, говоря о необходимости самому чувствовать и переживать то, что происходит внутри пациента. Такая эмпатия основана на проекции со стороны пациента и интроекции со стороны аналитика. Циклическое повторение этих механизмов образует нормальный процесс (Хиншелвуд, 2005). Фельдман пишет о том, что в анализе мы сталкиваемся с многократным повторением проективной идентификации. Лондонский аналитик считает это неизбежным и, возможно, даже необходимым явлением, так как оно помогает пациентам почувствовать, что их отщепляемое и проецируемое в аналитика «я» принимается и не является таким ужасно поврежденным (Feldman, 2009).

**Контейнирование** подразумевает способность почувствовать сильное душевное состояние (тревогу) пациента и при этом сохранить душевное равновесие. Данное понятие восходит к идеям Биона о том, что младенцу нужна мать, которая почувствует его беспокойство и до некоторой степени будет обеспокоена сама. Он дает образ понимающей матери, которая способна пережить чувство ужаса, с которым изо всех сил борется ребенок, с помощью проективной идентификации, при этом сохраняя уравновешенность. Сигал, сравнивая развитие ребенка и процесс анализа, описывает этот механизм следующим образом: пациент спроецировал нечто невыносимое в аналитика, но аналитик способен удержать это нечто и обращаться с ним. Тогда пациент может реинтроецировать не просто свою первоначальную тревогу, а тревогу, модифицированную этим контейнированием. Он также интроецирует объект, способный контейнировать тревогу и обращаться с ней (Хиншелвуд, 2005). Розенфельд говорит об этом следующим образом: «аналитик должен совместить в своей психике запутанные, диффузные или отщепленные части довербальных процессов пациента таким образом, чтобы они постепенно приобрели смысл. Затем пациент интроецирует этот объект в хорошем (осмысленном) состоянии» (Feldman, 2009, p. 37). Таким образом, контейнирование включает принятие страдания в себя, его преодоление («переваривание» или метаболизация) и сообщение другому человеку (пациенту) знания о нем.

**Разыгрывание** как один из аспектов контейнирования вынуждает аналитика действительно играть роль фигуры переноса пациента. Фельдман поясняет природу разыгрывания: «Различие между архаичными объектными отношениями и их альтернативой в настоящем вызывает у пациента тревогу и ощущение угрозы, поэтому он стремится к уменьшению этого разрыва, пытаясь вовлечь аналитика в привычный паттерн. Временами аналитик используется исключительно как носитель (приемный пункт) проекций, которые превращают его в образ из фантазий (phantasy) пациента. Пациенту необходимо, чтобы аналитик прожил те аспекты фантазий, которые отражают внутренние объектные отношения пациента» (Feldman, 2009, p. 35–36). Кейсмент добавляет, что на определенных этапах, например, во время регрессии, от аналитика может потребоваться, чтобы он находился в полной власти пациента, как мать находится во власти младенца (Кейсмент, 2005).

Развитием идеи об аналитике как исключительно носителе проекций является гипотеза об опережающем контрпереносе. В работе

с травмированной психикой разрыв между архаичными объектными отношениями и их альтернативой переживается с усиленной тревогой и, как правило, соответствует довербальной стадии. Это делает работу с интерпретациями преждевременной для пациента и в чем-то невозможной для аналитика, так как в его сознании происходящие процессы не представлены в понятийной форме. В этой ситуации возникает опережающий контрперенос: терапевт становится носителем различных аспектов травмированной части психики пациента задолго до того (от нескольких месяцев до лет), как эти аспекты станут доступны сознанию и интерпретациям в фактической работе.

Смысл опережающего контрпереноса заключается в том, что пациент как можно быстрее «избавляется» от своей невыносимой части, помещая ее в аналитика. Иногда это происходит в первые недели терапии. Но взаимодействие с травмированной частью жизненно важно, поэтому в контрпереносе разыгрывается драма, которая казалась невозможной для внутреннего мира пациента. Особенность этой драмы в том, что аналитик и пациент становятся фигурами внутреннего мира, а их Эго словно отступает на второй план. Опережение также отражает и потребность пациента в длительном «вынашивании» его травмированной части прежде, чем он будет способен на нее посмотреть. Длительное непонимание аналитиком смысла контрпереносных реакций в контексте истории пациента соотносится с опытом ребенка, попавшего в невыносимую, «неперевариваемую» для него ситуацию.

*В какой-то момент, представляя случай этой клиентки в групповых и индивидуальных супервизиях, я стала называть ее другим именем. Это было имя, которым она называла себя в детстве, играя в «дочки-матери» и «королеву». Рациональная мотивировка казалась простой: настоящее имя в силу вопросов конфиденциальности использовать не хотелось, а говорить все время «клиентка» неудобно. Однако, я также начала использовать другое имя в индивидуальных супервизиях, хотя супервизор знал ее настоящее имя, и в сохранении конфиденциальности сомнений не было. Размышляя о процессе с ней, я тоже думала под другим именем... Через 3 месяца она сообщает о решении поменять имя. Только в этот момент я начинаю анализировать, что стоит за моей рациональной мотивировкой — желание отгородиться от импульсивной, неосознающей, недифференцированной части ее личности, символически воплощенной в настоящем имени. Эта часть как будто вобрала в себя непереносимую историю жизни этой женщины.*

Аналитик может разнообразно переживать разыгрывание. Сталкиваясь с идущим от пациента давлением, он может спокойно и уверенно выполнять свои задачи, эмпатически наблюдая, понимая, распознавая те силы, действию которых он в данный момент подвергается, размышляя об их происхождении и цели. С другой стороны, его психическое функционирование может оказаться измененным: аналитик может засыпать, чувствовать себя запутавшимся, тревожным или возбужденным. Может чувствовать что-то чужеродное, беспокоящее или несогласующееся с его привычным взглядом на себя. Он может легко выносить это и видеть в этом результат проективной идентификации пациента. Наконец, аналитик может не сразу заметить свою вовлеченность в тонкое и сложное разыгрывание. Однако время спустя отрефлексировать его как проживание важных элементов внутренних объектных отношений пациента (Feldman, 2009).

М. Фельдман выдвигает три гипотезы, которые помогают понять тонкие аспекты разыгрывания. Гипотеза 1. Расхождение между ранее существовавшими и частично подтвержденными или удовлетворенными фантазиями и теми, которые присутствуют в аналитической ситуации, ведет к использованию проективных механизмов или вариантов разыгрывания, цель которых — привести в соответствие (согласовать) ранее существовавшие фантазии и то, что переживается в аналитической сессии. Одна из задач аналитика — распознать оказываемое на него давление, и суметь выдержать (tolerate the gap) тревогу, идущую от этого разрыва (расхождения) (Feldman, 2009, p. 36).

Автор приводит удивительный пример, демонстрирующий попытку устранить этот разрыв. Клиентка Джозеф, девочка лет 8, требовала, чтобы ее аналитик сняла с себя одежду. Ей нужен был объект, дрожащий от холода. Так как девочка понимала, что Джозеф тепло, и она комфортно себя чувствует, ей понадобилось реальное физическое действие, чтобы привести аналитика к необходимому состоянию (Feldman, 2009, p. 41).

Гипотеза 2. Потребность в устранении этого разрыва может вступать в конфликт с потребностью быть понятым или контейнированным (уверенным в способности объекта контейнировать эти проекции). Недостаток связи между внешней и внутренней реальностью порождает не только зависть и сомнения в способности объекта, но также создает тревожащее пространство, которое для многих пациентов



является непереносимым. Однако именно в этом пространстве может возникнуть новое знание и понимание (Feldman, 2009, p. 42).

Гипотеза 3. То, что проецируется, не обязательно является частью пациента. В первую очередь это образ (phantasy) объектных отношений. Разыгрывание может быть конгруэнтным спроецированному образу, тогда аналитик становится слишком уступчивым или слишком жестким. С другой стороны, разыгрывание может представлять попытку аналитика привнести менее беспокоящий образ (например, дистанцировавшись от импотентной или садистической архаичной фигуры). Наконец, импульс к разыгрыванию может отражать нерешенные конфликты аналитика (Feldman, 2009, p. 42).

Особое место в анализе занимает понятие границ. В.К. Калинин отмечает важность эластичности границ, проводя аналогию «постоянно-непостоянной природы аналитической рамки с природой «растяжимого» морфического поля в концепции Шелдрейка: несмотря на эластичность, форма (воплощенность) остается неизменной (Калинин, 2011, с. 30). Для сохранения эластичности важна символическая функция в работе с контрпереносом.

На наш взгляд, пациенты с психической травмой одновременно имеют опыт жестких непроницаемых границ (интернализация «непроницаемого объекта») и их отсутствия. Атакуя границы в анализе, они пытаются втянуть аналитика в привычные паттерны, склоняя его к установлению ригидных неизменяемых границ или к их полному размыванию, которое проявляется в непостоянном сеттинге, пространстве, нарушениях оплаты и пр. Для таких пациентов эластичность границ становится, особенно, важна. Выскажем предположение, что качество границ может характерно отражаться в физическом контрпереносе. При эластичности аналитик ощущает некоторую собственную телесную растяжимость без разрывов и чрезмерного натяжения. Данное состояние можно сравнить с образом беременной женщины, у которой растягивается кожа, расходятся тазовые кости, увеличивается грудная клетка, а после родов все возвращается на место. В анализе процесс растяжения – возвращения на место – сжатия является цикличным.

На наш взгляд, необходимо рассмотреть и эластичность внутренних границ личности пациента. Обращаясь к концепции поля К. Левина, мы предполагаем существование границ между различными частями личности. В травмированной психике они оказываются непроницаемыми, что препятствует свободному прохождению энергии

и обмена между областями. Эластичность границ психотерапевтического процесса дает новый опыт пациентам, интернализовав который, они могут изменить качество и внутриспсихических границ.

### Трудности контрпереноса

Контрперенос является не только верным помощником аналитика в процессе понимания внутренней жизни пациента, но и заставляет его столкнуться с рядом непростых задач.

Одну из основных трудностей представляет недостаточное понимание аналитиком собственных конфликтов. Мани-Керл так пишет об этом процессе: «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» (Хиншелвуд, 2005, с. 37). В первой из этих позиций плохо понятые аспекты пациента остаются внутри аналитика и обременяют его. Застревая во второй, проективной позиции аналитик проецирует в пациента смесь непонятых аспектов переживаний пациента вместе с собственными неизвестными сторонами. Аналитик переживает истощение, «которое часто воспринимается как потеря интеллектуальной потенций», он может прийти в замешательство и чувствовать себя глупо (Хиншелвуд, 2005).

Второй трудностью может оказаться недостаточно развитая способность аналитика к выдерживанию напряжения в терапевтическом процессе. Такое напряжение часто создается ощущением внутренней фигуры как непоправимой (неизлечимой) или преследующей. Стремление снизить напряжение провоцирует аналитика среагировать защитным стилем ре-проекции, которая заблокирует пациента и помешает дальнейшему пониманию. Еще одним фактором, снижающим способность аналитика к удержанию напряжения, является свирепость собственного Супер-Эго, которое требует немедленного понимания и оказания помощи пациентам (Feldman, 2009).

Следствием описанного выше процесса является так называемая разрядка в действии. Дж. Макдугалл пишет о прекращении эмоционального реагирования и перевода энергии в действие. Вместо размышлений мы начинаем действовать – чувствуем себя виноватыми,

испытываем тревогу или сердимся, переедаем, злоупотребляем алкоголем, можем попасть в автомобильную аварию, поссориться с близкими, заболеть. При психосоматических проявлениях действие находит свое выражение в теле. По справедливому замечанию французского психоаналитика, в данной ситуации рефлексия была бы более эффективна (Макдугалл, 2007).

К четвертой трудности можно отнести субъективную представленность разыгрывания в психике аналитика. Как правило, терапевт легко отслеживает возникшее чувство дискомфорта как возможное отражение проективной идентификации пациента. Но, предупреждает М. Фельдман, необходимо также обращать внимание и на «те ситуации, в которых мы чувствуем себя чуть более уверенными и спокойными, в которых нам хорошо и комфортно, в которых мы слишком четко понимаем, где находится патологический комплекс и кто за него несет ответственность» (Feldman, 2009, p. 40). С одной стороны, такой паттерн легче ускользает от профессиональной рефлексии. С другой стороны, комфортное, благожелательное, бесстрастное участие аналитика может являть собой бессознательное совпадение защитных потребностей аналитика и пациента и препятствовать реальному прогрессу (Feldman, 2009, p. 42).

Примером подобной ситуации может послужить стремление аналитика быть «хорошей матерью». Тогда у пациента 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, однако блокировать дальнейшее развитие пациента, не позволяя ему прожить этот опыт символически (Хиншелвуд, 2005).

В качестве пятой сложности следует отметить нарушение эмоционального состояния аналитика. В случаях интенсивного эмоционального отклика аналитику придется разбираться со своим состоянием, прежде чем он станет достаточно спокоен, чтобы посмотреть на свои переживания и проанализировать их с точки зрения ситуации пациента. Также важно отслеживать, по мнению Мани-Керл, как это нарушение, созданное пациентом, к нему возвращается и влияет.

*У меня была эмоционально и физиологически сложная сессия с клиенткой. На протяжении всего часа я испытывала постоянный стук*

*в ушах, пелену перед глазами, головокружение, сердцебиение разной интенсивности. Как мне потом сказали, симптомы подводников. Когда я обдумывала свое состояние и делала записи после сессии, возник «послеобраз». Я увидела себя в открытом море. Рядом стояла лодка и ее команда. Что-то вроде дайвинг-погружения, только на мне нет никакого оборудования, погружаюсь в обычной одежде. Я уже под водой, видимо, долго. Кто-то в лодке держит привязанный ко мне страховочный трос и следит за уровнем кислорода. Показывает, что кислорода осталось на две минуты, на одну, на тридцать секунд, начинает обратный отсчет. Кричит мне: «Юля, вылезай, все, пора, вылезай немедленно» и ... я обрезаю трос. Вижу свой взгляд, полный отчаяния, грусти и чего-то еще. Взгляд человека, который навсегда уходит в морскую пучину.*

*На этот образ у меня возникает сильнейшая эмоциональная реакция: смесь ужаса, злости, отчаяния, ощущения смерти и безумия одновременно. Чувства захлестывают, проанализировать контрперенос почти невозможно. Пытаюсь просто удержать этот образ и возникшие переживания.*

*Благодаря «после-образу», я смогла прочувствовать внутренний мир клиентки изнутри, а не строить о нем интеллектуальные предположения. Я знаю ее психическую жизнь, а не про нее. Через несколько сессий она скажет, что последние встречи как будто что-то удерживает, не дает прорваться, так как боится, что окажется в неконтролируемом состоянии затопленности и безумия. Я словно частично прожила этот прорыв.*

*Второй вопрос, о котором здесь важно думать, — для чего моей клиентке понадобилось, чтобы я ощутила все «на собственной шкуре». Возможно, ответ кроется в том, что ранний опыт недоступных объектов настолько заставляет ее сомневаться в возможности символической коммуникации или в моей восприимчивости, что ей нужны доказательства своего влияния на разум и тело аналитика. Защиты работают так, чтобы не допустить немислимое, чтобы избежать повторения травмирующего опыта непроницаемого, недоступного объекта (Калиед, 2001).*

Таким образом, можно говорить о таких контрпереносных состояниях, которые из-за эмоциональной интенсивности не поддаются анализу здесь-и-сейчас, однако рефлексироваться как реакция на клиента. Возможно, данные состояния должны быть в первую очередь подвержены контейнированию, а затем размышлению.

Данный пример отражает один из основных аспектов контрпереноса, а именно контейнирование. Бюен писал о нем так: «Фокус в том,



чтобы почувствовать ужас и при этом сохранить душевное равновесие» (Хиншелвуд, 2005). Сигал и Фельдман в своих работах поддерживают эту позицию. Также мы предполагаем, что здесь присутствовал архетипический перенос, в котором отразились темы безумия и смерти (перерезание страховки и погружение, растворение в океане), а также рождения (перерезание пуповины). По справедливому замечанию Винер, материал архетипического переноса не требует интерпретации, но, скорее, нуждается в определенном признании в ходе анализа (Винер, 2011). И тогда удержание образа было не просто его сохранением, но и установлением отношений с неинтегрированными частями Самости.

### Заключение

Проведенный теоретический обзор проблемы и ее эмпирическое исследование убеждают нас в необходимости формирования системы анализа переноса – контрпереноса. Эмоциональный отклик терапевта важно рассматривать не только здесь-и-сейчас, но в динамике, а также в полном объеме. Мы пока далеки от выделения строгих критериев анализа контрпереноса, но попробуем предложить рабочую модель работы с ним.

1. Кто аналитик в контрпереносе и для чего это нужно? Аналитик может ощущать себя родительской фигурой, образом объектных отношений, желательным (менее беспокоящим) образом объектных отношений (Фельдман), образом внутреннего мира пациента, его отщепенной частью. Второй важный вопрос, на который ищет ответ аналитик, – для чего пациенту нужно, чтобы аналитик стал носителем именно этого образа.

2. Где возникает контрперенос? Можно выделить три сферы: рациональной рефлексии (все возникающие мысли); эмоциональных реакций; физического резонанса, включающего моторный аспект и телесные состояния. Сферы могут сочетаться друг с другом или возможно доминирование одной из сфер. Их интегральным уровнем являются образы.

3. Как (каким образом) ощущается контрперенос? К характеристикам переживания можно отнести: интенсивность, конкордантность-комплементарность, Эго-синтонность и Эго-дистонность опережаемость, радиация контрпереноса, эластичность и проницаемость

собственных границ аналитика и аналитического пространства. Особо следует отметить одновременное наличие противоположностей в контрпереносе (например, присутствие выраженного чувства любви и ненависти, раздражения и интереса, дистанцированности и близости и т.д.).

Выделенные параметры помогают аналитику учесть и проанализировать различные аспекты контрпереносных реакций, а также отслеживать их изменение и преобладание той или иной характеристики, что углубляет понимание внутреннего мира пациента.

### Библиография

- Винер Дж. Терапевтические отношения. Перенос, контрперенос и обретение смысла. М.: Когито-центр, 2011.
- Калиненко В.К. Границы в анализе: Юнгианский подход. М.: Когито, 2011.
- Калшед Д. Внутренний мир травмы. М.: Академический Проект, 2001.
- Кейсмент П. Обучение на наших ошибках. Алматы: Дарын, 2005.
- МакДугалл Дж. Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам. М.: Когито-Центр, 2007.
- Хиншелвуд Р. Контрперенос: клянианская перспектива. Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований. М.: Академический проект, 2005.
- Якоби М. Встреча с аналитиком. М.: Когито, 2007.
- Япарова В.В. Специфика личностных диспозиций обучающихся в зависимости от ценностно-нормативной модели осваиваемой профессии», магистерская диссертация. М: ф-т психологии ГУ-ВШЭ, 2009.
- Feldman M. Doubt, Conviction and the Analytic Process. Routledge, 2009.
- Stone M. The analyst's body as tuning fork: embodied resonance in countertransference // Journal of Analytical Psychology Vol. 51, Issue 1, pp. 109–124.