

Современная  
психотерапия

Шелдон РОУТ

# Психотерапия

искусство  
постигать  
природу



Когито-Центр

Современная психотерапия (Когито-Центр)

Шелдон Роут

**Психотерапия. Искусство  
постигать природу**

«Когито-Центр»

1987, 1990

## **Роут Ш.**

Психотерапия. Искусство постигать природу / Ш. Роут —  
«Когито-Центр», 1987, 1990 — (Современная психотерапия  
(Когито-Центр))

Работа известного американского психоаналитика Шелдона Роута освещает многие темные пятна в психотерапевтической практике. Несмотря на то, что главы этой книги называются по-разному, содержание каждой из них посвящено переносу, его многочисленным граням и оттенкам, а также его влиянию на успех или неудачу психотерапии. Книга принесет несомненную пользу тем, кто готовит себя к карьере психоаналитика, специалистам-психологам, психотерапевтам, а также всем интересующимся проблемами психоанализа.

## Содержание

Благодарности	6
Предисловие	7
Предисловие к русскому изданию	8
Глава 1. Личность терапевта: Почему психотерапия – профессия невозможная?	10
Глава 2. Перенос: Нить Ариадны	21
Глава 3. Контрперенос: Как розу мы ни назовем...	37
Конец ознакомительного фрагмента.	52

# **Шелдон Роут**

## **Психотерапия. Искусство постигать природу**

Sheldon Roth, M.D.  
Psychotherapy  
The Art of Wooing Nature

Перевод с английского под общей редакцией *В. И. Белопольского*  
Научный редактор *А. М. Боковиков*  
Научный консультант *К. В. Ягнюк*

© Sheldon Roth, 1987, 1990  
© Институт практической психологии и психоанализа, 2002  
© Перевод на русский язык, оформление «Когито-Центр», 2002

## Благодарности

К сожалению, одной страницы благодарностей в книге по психотерапии явно недостаточно, поэтому я не могу перечислить здесь всех пациентов, в чью жизнь мне было позволено войти. Тем из вас, мои пациенты, кому удастся взглянуть на эту страницу, я выражаю мою непреходящую благодарность за ваше доверие и признательность за возможность работать вместе с вами.

Очень много я почерпнул также от моих стажеров, практикующихся в психиатрии, психологии и других науках, относящихся к области психического здоровья, которые помогли мне прийти к пониманию того, как надо объяснять сложные вещи. Действительно, значительная часть книги представляет собой собрание комментариев, которые могут оказаться полезны как студентам, так и начинающим карьеру коллегам.

Целый ряд учителей и коллег оказали мне неоценимую помощь в работе психотерапевта. Трудно перечислить всех, и я боюсь, что могу пропустить кого-то из них. Многие названы в этой книге, но и вклад остальных я очень ценю. Специально хочу упомянуть недавно умершего Эдвина Семрада, не только как человека, но и как основателя традиции, которую он сам воплощал. Если бы вы попросили меня описать эту традицию, то мой ответ звучал бы примерно так: «Это просто, но сложно; может быть, моя книга поможет объяснить ее лучше».

Особо хочу поблагодарить миссис Элизабет Глиссон Хамез, чья усердная и тактичная работа по редактированию позволила увидеть компонент самоанализа в попытке написать книгу и сердцем, и головой. Окончательная редакторская правка была профессионально выполнена мисс Джуди Гельман и миссис Лори Вильямс из издательского дома Ясон Аронсон Инк. Я бесконечно благодарен д-ру Ясону Аронсону за стимулирующую поддержку этого проекта и за полезные практические советы по его выполнению.

Моей жене, Коре, и моим сыновьям Адаму, Эли и Габриэлу я выражаю особую благодарность за годы любви, учебы и за нескончаемую возможность совершенствования.

## Предисловие

Я весьма тронут тем, как прекрасно приняли эту книгу. Удивительно, что постоянный комментарий рецензентов был таков: «Эта книга в той же степени адресована новичку, как и опытному психотерапевту». Как это могло получиться?

Мне вспомнились интересные факты, относящиеся ко времени моего профессионального образования. Тогда вводные лекции по важным дисциплинам читали выдающиеся, авторитетные специалисты. Для этих лекций были характерны очень простые и очень четкие формулировки основных научных принципов – информации, которой мне вполне хватало для дискуссий с людьми, весьма осведомленными в данной области. Однако дальнейшее изучение предмета обычно выталкивало меня из светлой области понимания и погружало в темный туннель путаных представлений. Если я настойчиво следовал за всеми деталями фактов и сомнений по этому лабиринту, то в конце концов я выбирался из дальнего конца туннеля на свет понимания. И когда я позже мог уже участвовать в более сложном обсуждении того же предмета, я убеждался в том, что по-прежнему использую те же основные принципы, которые усвоил вначале. Естественно, это явное понимание было неявно пропитано как знанием, так и незнанием.

В связи с этим меня очень тронуло сознание того, что читатели поняли мое намерение. В начале своей психотерапевтической практики, как и на протяжении всего пути, вплоть до настоящего момента, проблемы, с которыми я боролся интеллектуально и эмоционально, всегда были в своей основе одни и те же. Я постоянно наблюдал, что мое позднее, доставшееся тяжким трудом осмысление предмета было очень близко к моему восприятию многолетней давности. А поскольку эта книга отражает мое переживание психотерапии, в нее включена история моего понимания этой профессии.

Некоторые читатели найдут определенное сходство между процессом обучения и самой работой психотерапевта, бесконечной интеграцией прямолинейных образов прошлого в практические и узнаваемые понятийные структуры настоящего. У меня нет никаких сомнений, что это так. Психотерапия вылеплена из того же теста, что и хорошее образование.

При написании этого предисловия к новому изданию книги я повторяю, ничуть не меняя, слова благодарности, выраженные в первом издании. Чувства признательности остались теми же, только стали сильнее.

## Предисловие к русскому изданию

Бессознательное пронизано любовью. Эта любовь, как стены в зеркальной комнате, отражает всю прежнюю любовь, реальную и воображаемую, обретенную и неизведанную. История наших чувств определяет наш характер и формирует нашу судьбу. С удивительным упорством мы вновь и вновь пытаемся побороть сегодняшнюю реальность с помощью воображаемого прошлого, желая восстановить добро и избавиться от зла. Хотя это может звучать банально, психология каждого человека совершенно уникальна и в интимных проявлениях, в деталях – полна творчества. Бесконечный, вечный поток прозы, поэзии и философии охватывает все таинства прошлого и настоящего, индивидуального и всеобщего, предопределения и свободы. И сквозь чашу противоречивых психических переживаний бредут, спотыкаясь, терапевт и пациент.

Что направляет эту терапевтическую пару, испытывающую на себе действие противоречивых сил, стоящую на перекрестке путей, находящуюся под гнетом неприкрытого страдания? На этот сложный вопрос отвечает название книги: «Психотерапия: Искусство постигать природу». Мастерство психотерапевта в наибольшей степени проявляется тогда, когда своей главной задачей он ставит распознавание основных чувственных влечений человека, осознанных и неосознанных, а также доведение добытых им фактов до полного осознания пациента. Поступая таким образом, терапевт не творит любовь, а работает с существующей любовью, бережет ее и заботится о ней. Терапевт должен воздавать должное уже существующей природе, как садовник, который не может относиться к розовому кусту, как к кактусу. Это требует от нас почтительного отношения к индивидуальному для каждого пациента балансу между болью и удовольствием. Любое дезадаптивное психологическое состояние имеет адаптивную грань, и эта адаптивная грань исходит из либидо, из поиска любви. Нет худа без добра. Способность переносить боль психотерапии и достижение успеха в лечении в существенной степени зависят от того, насколько пациент может переживать себя любящим и любимым человеком. Да, в этом заключается странная фрустрирующая психотерапевта ирония: совершенно неважно, сколько заботы и внимания может проявлять он по отношению к пациенту, неважно и то, насколько искусным оказывается этот психологический садовник, ибо надежда и перспектива изменений в первую очередь зависят от отношения пациента к любви.

Хотя возможности терапевта непосредственно вызывать любовь ограничены, его возможности пробуждать любовь, связанные с искусством работы с переносом, огромны. В отношениях переноса прошлое встречается с настоящим, любовь – с ненавистью; печаль выступает между ними посредником. Агрессия, беда и грусть стремятся обладать своим психологически твердым голосом. Другого пути быть не может, а если он успешен, то влечет за собой скорбь, ограждающую нас от нестерпимого. Несмотря на то, что главы этой книги называются по-разному, содержание каждой из них посвящено переносу, его многочисленным граням и оттенкам, а также заложенным в нем возможностям успеха и неудач. Разновидностей переноса столько же, сколько создающих его людей, то есть целые мириады. Поэтому данная книга может быть только черновиком, а по сути – толчком, требующим дальнейшего развития. В конце концов, у нас есть только один учитель – пациент.

Россия. Я счастлив возможности преподавать здесь, ибо Россия открывает свою душу и сердце психоаналитической терапии. Меня всегда приводила в восхищение та сила интеллектуальной и эмоциональной страсти первых современных российских психотерапевтов, которые хотят научиться и открыться психотерапии, ориентированной на отношения переноса. Их радостное возбуждение вызвало у меня ощущение, словно я присутствую при зарождении психоанализа, которое нашло отражение в описаниях первых открытий Фрейда. Это возбуждение само по себе – значительно, ибо я верю в то, что такая преданная страсть дойдет до пациентов, станет неотъемлемой частью терапевтического процесса и укрепит надежду, которая поддер-

живает лечение и задает ему направление. Это часть станового хребта хорошего терапевта, и я восхищаюсь этим качеством, наблюдая развитие российской психотерапии.

Я выражаю свою неизменную признательность доктору Гэри Н. Голдсмит и доктору Хомеру С. Куртису, сопредседателям Российско-Американского Комитета по Вопросам Образования при Американской Психоаналитической Ассоциации за возможность реализации столь замечательного и полезного проекта. Благо, которое принесла их работа, будет иметь далеко идущие последствия. Я особенно благодарен тем русским из Москвы и Санкт-Петербурга, с которыми мне довелось вместе работать.

*Шелдон Роут, доктор медицины*

*Ньютон, Массачусетс*

## **Глава 1. Личность терапевта: Почему психотерапия – профессия невозможная?**

Специалист, преуспевающий в искусстве и науке психотерапии, хорошо знает, что его профессиональные навыки накапливались не только в процессе напряженной повседневной работы с пациентами, но и в результате углубленного и тщательного самопознания. Базовое образование позволяет нам сформировать объективный, научный взгляд на лечение пациента. Мы учимся распознавать знаки, симптомы, паттерны и клинические синдромы: все они относятся к внешней реальности – к другому человеку, то есть совершенно от нас не зависят. Однако, принимая на себя роль терапевта, мы неожиданно вовлекаемся в особые, органичные отношения с этой аккуратно подобранной коллекцией клинических ярлыков под названием «пациент». Потом, внезапно или постепенно, мы начинаем осознавать, что реальное воздействие на терапевтический процесс оказывают и наши собственные знаки, симптомы, паттерны и особенности поведения. Субъективная интуиция и эмпатия, которые зависят от нашего самосознания и самообладания, становятся неопределимым дополнением к объективному знанию, если мы действительно хотим настроиться на пациента, в море непредсказуемых эмоций которого мы можем либо утонуть, либо с удивительной легкостью поплыть в нужном нам направлении.

### **Враждебность**

И новичка, и опытного терапевта часто поражает та степень враждебности, с которой воспринимаются их добрые намерения. Если, выбирая профессию психотерапевта, человек что-то недооценивает, так это, наверное, ту степень враждебности и отвержения, которые выпадают на его долю при искреннем желании оказать терапевтическую помощь. Серьезной угрозой для самоощущения личностной целостности и значимости становится решительный отказ пациента принять искреннюю помощь терапевта, отвержение усилий быть полезным, попыток поделиться с пациентом своими наблюдениями, проявляя при этом величайшее терпение и сдержанность. Несмотря на все эти качества терапевта, пациент все равно может объявить его неадекватным, некомпетентным и невнимательным. Чем сильнее у пациента регрессия и чем серьезнее его психические нарушения, тем более разрушительной становится его враждебность. Никто, кроме самых дальновидных психотерапевтов, даже не представлял при выборе этой профессии, какую значительную часть их повседневного опыта будет составлять эта открытая враждебность.

Требуется огромный запас уверенности в собственной ценности и в своих мотивах, чтобы выдержать эмоциональные взрывы пациентов и их нападки, задевающие самооценку психотерапевта. К сожалению, развитию такого ощущения уверенности в себе не принято уделять достаточного внимания ни в процессе обучения терапевта, ни в первые годы клинической практики.

Хороший терапевт – обязательно реалист. Чувство собственной профессиональной компетентности возникает лишь тогда, когда профессиональные навыки терапевта подтверждаются на практике. В начале клинической деятельности терапевту крайне важно пройти хорошее обучение и продолжать работать с супервизорами, впитывая в себя опыт их успехов и неудач. Действительно, даже терапевты с многолетним стажем работы будут рады разделить и бремя собственной неуверенности, и трудности работы с группой на встречах с коллегами, на профессиональных конференциях, при чтении научных журналов. Все это дает возможность для сравнения, подтверждения своих идей и обучения чему-то новому.

## Изоляция

Хотя роль психотерапевта выглядит весьма привлекательной для тех, кто испытывает глубокий интерес к жизни и переживаниям других людей, психотерапия – это профессия, которая парадоксальным образом приводит человека к одиночеству. С окружающими можно поделиться лишь очень немногими из своих повседневных профессиональных забот: отчасти по этическим соображениям, отчасти из-за недостатка времени для полноценного изложения клинического материала, отчасти из-за страха отыгрывания нежелательного контрпереноса. Не менее важно и то, что интенсивный психотерапевтический опыт имеет регрессивный, сновидный характер, и его, как и обычное сновидение, невозможно полностью описать словами. Кроме того, общение с пациентом пробуждает у психотерапевта такое количество защитных инстинктов, что почти сразу же после вхождения в клинический материал у него непроизвольным образом развиваются процессы подавления и вытеснения, способствующие сохранению его здоровья.

## Слушание

Раз я начал с указания на тот шквал трудностей, который обрушивается на психотерапевта, наверное, было бы полезно рассмотреть те качества, которыми обязан обладать человек, желающий посвятить себя такой профессии, как психотерапия. Фриде Фромм-Райхманн, заслужившей широкое признание своей высокопрофессиональной работой с пациентами, находившимися в глубокой регрессии или страдавшими серьезными психическими расстройствами, задали вопрос: что, по ее мнению, в психотерапии самое важное? Она ответила: «Если бы меня попросили сформулировать ответ в одном предложении, я бы сказала, что психотерапевт должен уметь слушать» (Fromm-Reichmann, 1950, p. 7). В этом коротком ответе была названа чрезвычайно многоплановая личностная черта, сочетающая в себе много разных явных и скрытых качеств.

Один терапевт, который осознал некоторые глубинные причины удовольствия, получаемого им в процессе слушания, объяснял его так:

«Моей матери совсем не хватало терпения чему-то меня учить... Например, когда я был маленьким, она как-то пыталась научить меня играть в гольф. Каждый раз, когда я ошибался, она приходила в ярость и часто просто не могла себя сдерживать. Ей ничего не стоило ударить меня по руке или по голове!.. Наконец, она от меня отстала и с отвращением сказала: «Пусть тобой займется отец!»

Я чрезвычайно терпелив с моими пациентами ... Я могу слушать, слушать и слушать! У них есть столько времени, сколько нужно... Я знаю, что значит иметь дело с человеком импульсивным, находящимся в состоянии крайнего раздражения и даже ярости... Я буду делать все возможное, чтобы другие меня не воспринимали таким образом».

Женщина-терапевт рассказала эпизод из своего прошлого, который сформировал у нее способность к слушанию:

«Пытаться как-то разговорить членов моей семьи, заставить их раскрыться – все равно что выдергивать зуб. Я никогда не знала, что у них на уме, и это вызывало у меня состояние крайней фрустрации... именно поэтому терапевтом быть просто прекрасно. Люди не замолкают никогда! Они не хотят уходить, а я могу просто сидеть и слушать... слушать разные истории... это

очень успокаивает... С 12 лет я постоянно общалась с друзьями по телефону, а теперь просто перенесла разговоры в свой рабочий кабинет».

Желание слушать должно возникать и как следствие неумного любопытства по отношению к окружающим; кроме того, оно обязательно должно включать в себя подлинное эмпатическое сопереживание другому человеку. Возникают периодические попытки идентификации: мы то встраиваемся в психику пациента, то отстраняемся от нее. Довольно часто такое встраивание бывает вполне приемлемым, и на какое-то время мы оказываемся на месте пациента. Желание повторять носит навязчивый характер, и люди снова и снова воспроизводят то, что они делали и говорили раньше, иногда с мазохистской целью еще раз пережить собственную неудачу, иногда пытаясь совладать с собой. Терапевт должен оставаться в положении любителя хорошей музыки, которому не надоедает слушать одни и те же темы и вариации. Хороший терапевт – конечное прибежище людей, страдающих ностальгией; он никогда не устает слушать о старых добрых временах. Прошлое – плохое или хорошее, но никогда не безразличное – это источник настроения, меланхолии, удовольствия и боли, мир героев и злодеев, любви и ненависти. Сравнивая собственное отношение к определенным вещам с тем, как к ним относится пациент, я получаю удовлетворение, восстанавливаю свою самобытность, начинаю все лучше и лучше понимать и уважать себя и поддерживать те же процессы в других людях.

Повторение – повседневное событие в психической жизни большинства из нас. Существуют архетипические переживания, которые мы воспеваем чуть ли не каждый день, подобно священнослужителям, которые, совершая религиозные ритуалы, пересказывают основные события своей истории. Для некоторых людей такое переживание – это мимолетное чувство, имевшее место в прошлом, поражение или успех, потерянная любовь, частично сохранившаяся картина. Для тех же, кому более свойственна навязчивость, повторение может превратиться в тщательно отрепетированную и искусно исполняемую психическую драму. Так или иначе это интрапсихическое явление ежедневно врывается в драматическое межличностное пространство психотерапевтического кабинета, и недостаточный интерес к подобному чуду приведет к тому, что значительная область психической жизни окажется недоступна психотерапии. В подобной микродраме сфокусированы общие закономерности навязчивого повторения.

Иногда мои пациенты недоумевают, как я могу терпеливо выслушивать их бесконечные пересказы. Тогда я им говорю, что уже много лет живу в одном и том же месте, поблизости от работы, и каждый раз наслаждаюсь, проходя тем же самым путем, которым до этого проходил уже бесконечное число раз. И действительно, привычность пути является одной из составляющих привлекательности пешей прогулки. Люди жаждут знакомого с той же страстью, что и нового. Мы обладаем неистощимыми творческими способностями в сохранении функций детского убаюкивающего одеяла и плюшевого мишки и трансформации их в душевный покой повседневного счастья последующей взрослой жизни.

По аналогии с вуайеристом (подсматривающим человеком) хороший терапевт является по преимуществу «подслушивающим». Огромное удовольствие ему доставляет само слушание. В теоретических рассуждениях о психосексуальных истоках занятия психотерапией делается акцент на вуайеризме, развивающемся из эксгибиционистских импульсов, характерных для раннего детства, и удовлетворения, получаемого при наблюдении запретных сцен, в которых нельзя принять участия. Аналогичным образом в раннем детстве ребенка окружает огромное количество разговоров, при которых ему запрещено присутствовать, звуков из закрытых комнат, где происходят какие-то тайные события семейной жизни. Возможно, психологи так мало написали о роли «подслушивающего психотерапевта», потому что она разыгрывается ежедневно, а отыгранное в основном остается вне зоны сознательного самонаблюдения.

Желание подслушать, узнать об интимной жизни других, известное начиная со времен устных сказаний Гомера, сохраняет свою побудительную силу и для большинства из нас. В

современной культуре, несмотря на появление кино, а затем и телевидения, голос радио отнюдь не потерял своей волшебной притягательности. Несмотря на преимущественную визуальность современной культуры, атмосферу, где «сама среда – это послание», на радио стремительно увеличивается число ток-шоу, причем многие радиостанции ведут их круглосуточно. Бесконечно число людей, желающих позвонить по телефону, чтобы их выслушали. На всем протяжении психотерапевтической практики самые трогательные отклики пациентов, независимо от их диагноза, содержат в своей основе глубокую благодарность терапевту за его способность и интерес к слушанию.

## Терапия для терапевта

Для этого психологического путешественника поистине бесценным качеством является ненасытное любопытство, очищенное от влияния Супер-Эго (нельзя осуждать кого-либо за изучение нрава другого человека). С жадным интересом и почтением, характерными для хорошего антрополога, археолога или ученого-исследователя, терапевт вторгается в раскрывшуюся перед ним незнакомую жизнь, проявляя заботу и естественный такт. Пациент обычно испытывает сильные чувства вины и стыда, и, чем меньше подобных чувств проявляет терапевт, тем легче становится пациенту.

Как только мы начинаем обсуждать эти вопросы, мы вступаем в область личной терапии терапевта, содержанием которой являются те конфликты и черты его характера, которые мешают ему в работе. Для терапевта крайне важно пройти индивидуальную терапию. Совершенно очевидно, что, несмотря на наличие определенных психологических способностей, необходимых для вступления в нашу профессию, их можно выявить и развить в процессе индивидуальной терапии. Но еще важнее, что терапевту в процессе индивидуальной терапии нужно получать такую же профессиональную помощь, которую он предлагает другим людям. Непосредственные доказательства того, что данный метод действительно работает, придают терапевту глубокую убежденность и вселяют надежду в его старания, которым в то же время сопутствуют постоянная неопределенность, неуверенность и сомнения. Ощущение собственной способности помочь пациенту кардинально обновляется благодаря убежденности, приобретаемой терапевтом на собственном опыте.

Однако посредством анализа невозможно выявить способность терапевта к психологическому инсайту или его склонность интуитивно чувствовать тайные уловки бессознательного. В какой-то мере такой талант должен присутствовать изначально. Индивидуальная терапия или анализ могут усилить эти способности, равно как и важное умение выдерживать состояние тревожности без резких изменений в поведении, затрудняющих осознание. И наоборот, терапевту необходимо развить у себя способность так переживать аффект, чтобы чрезмерные интеллектуализация и теоретизирование не сбили его с более психологически достоверного аффективного резонанса с пациентом и со своим собственным Я.

## Страдание

Фрейд писал:

«Прервемся на мгновение, чтобы заверить аналитика в нашем искреннем сочувствии в том, что в своей деятельности он должен удовлетворять столь серьезным требованиям. Создается впечатление, что анализ – чуть ли не третья “невозможная” профессия, где заранее можно быть уверенным в неудовлетворительном результате. Две другие профессии, которые уже были очень давно известны, – это образование и управление. Разумеется,

нельзя требовать, чтобы будущий аналитик достиг совершенства прежде, чем стал заниматься анализом, то есть чтобы в эту профессию приходили только очень редкие в высшей степени совершенные люди. Но где и как должен тогда приобрести бедолага те идеальные качества, которые потребуются в его профессии? Ответ таков: в процессе собственного анализа, с которого начинается его подготовка к будущей деятельности. Из практических соображений этот анализ может быть лишь кратким и неполным» (1937а, р. 248).

Рекомендация «Врач, исцелись сам» вызывает у терапевта большое напряжение. Нет никаких сомнений в том, что люди, которых привлекает профессия терапевта, сами чувствуют различные недомогания и душевную боль. Действительно, таков источник нашей способности сопереживать страданиям пациентов. В своей автобиографии Льюис Томас писал, что в будущем при наличии контроля над инфекционными заболеваниями, включая широко распространенную простуду и грипп, врачам будет чрезвычайно трудно сопереживать пациентам и интуитивно чувствовать их клиническую симптоматику, ибо такими врачами могут оказаться люди, которые не болели сами. Возможно, в систему медицинского образования придется включить заражение молодых студентов-медиков ангиной или вирусом гриппа, чтобы они могли узнать на себе, что значит болеть и быть пациентом, и, таким образом, получить экспериментальную базу для повышения их клинической эмпатии. Сомневаюсь, что в психоаналитической психотерапии когда-нибудь возникнет такая проблема!

Рассмотрим следующий диалог между Элвином Семрадом (который был образцом эмпатичного и увлеченного своей профессией специалиста для целого поколения терапевтов Бостонской школы) и участником учебного психиатрического семинара:

*«Участник семинара:* Что, на ваш взгляд, помогло вам сформировать у себя способность помогать людям переносить сильные чувства одиночества и потери?

*Семрад:* Жизнь, полная грусти, и возможность, которую мне дали некоторые люди, чтобы эту грусть преодолеть и жить с ней дальше» (Semrad, 1980, р. 206).

По-видимому, чувствительность терапевта, которую он выстрадал в прошлом, отчасти заставляет его страдать впоследствии, в ходе индивидуальной терапии, а также испытывать страдания, которые в той или иной степени оказываются неизбежной платой за перенос. У терапевта могут быть невротические проблемы, связанные с его характером; иногда они даже желательны, но по своей природе они не должны препятствовать его дальнейшему профессиональному росту и личностному развитию. Крайняя степень садизма, неспособность получать от жизни удовольствие из-за невротических проблем, возникших в раннем детстве, и ригидные защиты, основанные на тревожности, связанной с борьбой против проявлений нарциссизма (например, инфантильного всемогущества), – это лишь некоторые из самых первых барьеров на пути к профессии терапевта. Людям с такими личностными особенностями следовало бы поискать другую профессию.

Садизм, в частности, оказывает разрушительное влияние на терапевтические отношения. Пациенты страдают от агрессивных импульсов, стремящихся расщепить их личность на элементарные самораспадающиеся части. Когда подобные аффективные импульсы исходят от терапевта, битва за пациента заранее обречена на неудачу. Но из нескольких садистских ниток можно соткать золотую терапевтическую пряжу. Шарп (Sharpe, 1930) указывала, что стремление лечить отчасти основано на желании избавиться от инфантильных садистских импульсов, заставляющих калечить, разрушать или убивать. Постоянная внутренняя тревожность, вызываемая этими устремлениями, порождает желание лечить, исцелять и делать добро.

## Насколько совершенным должен быть терапевт?

Ясно, что индивидуальная терапия необходима, чтобы помочь нам, терапевтам, попытаться разрешить те проблемы, которые поддаются разрешению, узнать, насколько это возможно, свои психологические «белые пятна» и определить, какие наши шрамы останутся неизгладимыми, а также познакомить нас с ускользающей природой бессознательного. Важно сместить баланс от Супер-Эго, которое, побуждаемое чувством вины, осуществляет управление восприятием реальности, как внешней, так и внутренней, в сторону Эго. Нам следует стремиться к тому, чтобы видеть жизнь такой, какая она есть, а не такой, какой ей следует быть. Развивая способность Эго справляться с чувством тревожности (Zetzel, 1949), мы можем точнее оценить факты, которые, возможно, просто не заметили бы, отрицая, вытесняя и подавляя их. С развитием этой способности тесно связана необходимость развития способности Эго справляться с чувством печали и распознавать депрессию, выполняющую функцию защиты от этого первичного аффекта.

Но до какой степени нужно развивать эти способности? Конечно, анализ всегда остается незавершенным, но когда он является достаточным? В какой мере в основе наших терапевтических неудач лежат наши непроанализированные проблемы? В такие психологически неопределенные области легко внедряются персонифицированные фантазии. Одна из таких фантазий – известный «миф о полностью проанализированном терапевте». По мнению Гловера (Glover, 1955), это одна из последних версий мифа о герое, детская идеализация, воспламененная чувствами разочарования, униженности и потребности в компенсаторном нарциссическом совершенстве.

Когда чувство вины терапевта, которое стимулируется агрессивными и сексуальными импульсами, направленными на пациентов, становится нарциссическим, а потому – невыносимым, его поведение может во многом напоминать псевдорелигиозное, мазохистское подчинение Ид очищенному, рациональному Эго. Такая «добродетель» достигается ценой психологической самокастрации. Получается так, что вызывающий раздражение комплекс или черту характера можно было бы в принципе «проанализировать до самых основ» (качественно, а не только количественно). Но такое представление ошибочно, оно характерно для периода зарождения психоанализа, когда считалось, что симптом абсолютно автономен от целостной личности.

Такое мифическое терапевтическое решение ограничивает терапевта фантазиями о профессиональных объектах переноса и препятствует получению новых знаний. Одним из источников этой проблемы может быть странный способ профессиональной подготовки аналитиков и терапевтов. Например, когда по окончании сеанса он поднимается с кресла или встает с кушетки, это вовсе не означает «до свидания», как это бывает с другими пациентами. Вместо этого анализируемый терапевт говорит «здравствуйте», выступая уже как профессионал, и часто становится членом того же сообщества, института или учебного центра, к которому принадлежит его аналитик. Такие действия приводят к стиранию крайне важных различий между новичком и опытным терапевтом. Молодому терапевту приходится потом в течение многих лет освобождаться от стиля и мировоззрения своего прежнего терапевта, чтобы приобрести большую спонтанность восприятия, обучаясь уже у своих собственных пациентов. Один из уважаемых американских аналитиков, урожденный американец, рассказывал, что, когда он впервые стал сам проводить анализ, он поразился, осознав, что говорит с немецким акцентом.

## Учебные переносы

Точно так же развиваются «учебные переносы», задерживая и тормозя становление обучающегося терапевта. Мнение и мудрость авторитетных учителей и супервизоров идеализируются, что защищает их магические фигуры. Идеализация продолжается столько, сколько нам потребуется, чтобы почувствовать свою безопасность и адекватность в том психологическом поле, где мрак и неопределенность повседневности являются скорее правилом, чем исключением. Ощущая потребность быть хорошими, ответственными терапевтами, мы храним в своем воображении образы соответствующих «докторов Споков», теоретиков и методистов, часто не видя за ними конкретного пациента.

Из мифа о полностью проанализированном терапевте часто проистекает не слишком явное, но настойчивое требование привести к совершенству наших пациентов и достичь предела возможностей применяемого метода, которое по характеру становится требованием Супер-Эго. Это подпитывает фантазии о «завершенной» терапии, или «абсолютно полном разрешении переноса». И нам самим, и нашим пациентам полезно помнить замечание Ганса Захса, что самый лучший анализ подобен царапине на поверхности материка.

Из всего сказанного становится ясно, что я не недооцениваю необходимость основательного личного переживания терапевта в процессе его собственного анализа. Я лишь указываю на некоторые его ятрогенные аффекты, которые мешают эффективно и осмысленно действовать. Я не устаю повторять, что позитивный опыт терапии самого терапевта чрезвычайно важен для того, чтобы вселять чувство надежды в наших пациентов. Для обретения внутренней уверенности терапевту принципиально важно знать, что метод, которым он пользуется, действительно работает. Эту уверенность может дать только опыт собственной терапии. Его нельзя получить из учебника или из статьи независимо от того, насколько хорошо представлен и усвоен данный материал.

## Проективная кладовая

Мне часто приходилось наблюдать, что талантливые и терпеливые терапевты, способные особенно глубоко сопереживать слабостям и боли своих пациентов, происходили из семей, имеющих специфическую внутреннюю структуру. В своих семьях эти люди часто были носителями болезненных переживаний горя и печали, гнева и напряженных отношений, существовавших между членами семьи: несчастные браки, острое соперничество братьев и сестер, все переживания, выпадающие на долю единственного ребенка, и т. д. В таких семьях будущий терапевт был единственным, кто обращал внимание на скрытое эмоциональное напряжение. Часто его отцу или матери было свойственно избегание, отрицание или вытеснение болезненной психологической реальности. Хотя будущий терапевт мог находить людей и места вне семьи, чтобы поделиться своим бременем, его жизнь в семье очень мало способствовала развитию его способности к осознанию и восприимчивости.

Исходя из концепции групповой динамики Биона, мы можем сказать, что будущий терапевт служил своего рода проективной кладовой для нежелательных и болезненных фактов семейной жизни, уменьшая тем самым сознательное психическое бремя для других членов семьи. Такая изоляция является одним из источников эмпатии по отношению к эмоционально отстраненным пациентам, в особенности к психотикам. Он испытывает сильное желание дать пациенту то, что хотел бы получить сам, естественным образом следуя заветам Золотого Правила (относись к людям так, как хочешь, чтобы они относились к тебе). Это стремление лежит в характере терапевта так глубоко, что о нем упоминают крайне редко. Переживается же оно скорее как повышенный интерес к личности пациента: желание слушать усиливается, поскольку

рассказ другого человека о своей жизни воспринимается как собственная история. Слушание становится терапевтическим воплощением замечания Гарри Стэка Салливена: «Все мы больше похожи на людей, чем непохожи».

Вместе с тем такая восприимчивость не противоречит уважительному отношению и даже восхищению жизнью и иными ценностями другого человека. По-видимому, существует некое чувство сбалансированного удовлетворения в нахождении общих закономерностей и самых невероятных различий в переживаниях людей, изумление психологического путешественника перед неизведанными областями мышления и переживаний другого человека. Отчасти такое изумление уходит корнями в детскую способность к игре, которая должна найти свое продолжение в исследовательских устремлениях терапевта. Умение играть часто оказывается отличительным признаком детского терапевта. С ним связано чувство юмора – целебное средство для спасения от болезненных переживаний, которое отличается от остроумия своим родительским заботливым теплом, вниманием и сопричастностью.

### **Эмпатия и терапевт в качестве «ребенка-родителя»**

Эмпатия, психологическая способность «прочувствовать» переживания другого человека, – это черта, которую часто связывают с отношениями между матерью и младенцем (а учитывая современные тенденции в уходе за маленьким ребенком, сюда следовало бы включать и отношения с отцом), когда родитель «ощущает» телесные и эмоциональные потребности младенца. Эмпатия становится формой восстановления контакта младенца с матерью (Greenson, 1967), формой их невербального единения; она перебрасывает мост от одного человека к другому. Поэтому эмпатия может усиливаться, когда ребенок рано сталкивается с депрессивными переживаниями. Она становится попыткой почувствовать мать и вчувствоваться в нее, когда та несколько отстранена от ребенка и особенно если она находится в состоянии депрессии.

Многими терапевтами движет бессознательное желание избавить мать от депрессии, спасти ее, проявляя глубокое сочувствие и понимание, которые выражаются в форме эмпатии. Способность погрузиться в депрессию и справиться с возникающими при этом трудными переживаниями благодаря собственному жизненному опыту или личной терапии является одной из главных предпосылок понимающего терапевта. Она обеспечивает естественную среду для того, чтобы слушать истории о грустных и трагических событиях жизни, что составляет неотъемлемую часть профессиональной деятельности психотерапевта.

«Прототерапевт», выполняющий в семье роль спасителя, – яркий пример человека, которого семейные терапевты называют «ребенком-родителем». Помимо матери, в семье может быть много людей, которым требуется помощь. Роль спасителя особая, это палка о двух концах, ибо не только очень рано повышает личную ответственность и укрепляет самооценку, но и порождает несоразмерное чувство вины за принятие на себя бремени, превосходящего человеческие возможности. Если такая психодинамика затянулась, то у самого терапевта она может вызвать мазохистское отношение к пациентам, например, к тем из них, оскорбительное поведение которых требуется ограничить.

Важным положительным талантом, дополняющим эмпатическую интуицию, является способность к общению. Можно лишь изумляться ее разнообразным проявлениям: диапазон выразительных средств простирается от простонародных, грубоватых, общеупотребительных, уличных слов и идиом до элегантных, четко сформулированных, замысловатых и интеллектуальных выражений, несущих примерно тот же смысл. Те качества, от которых зависит ощущение, что вас поняли, мало связаны со стилем общения, они скорее связаны с тактом, уважением, своевременностью подачи материала, его дозированием и с проявлением внимания к самооценке и самоуважению пациента. К тому же терапевт и пациент создают собственный стиль общения, характерный только для них, который еще отсутствует в самом начале терапии.

## Лицом к фактам

Кохут (Kohut, 1977) дал яркое описание личности Фрейда, в основе которой лежала неиссякаемая и неистребимая любовь к истине. Вне всякого сомнения, страстное стремление к установлению фактов и преодолению искажающего влияния тревожности – очень ценное качество терапевта. Именно поэтому многие аналитики пытались понять истоки таких интеллектуальных установок. Некоторые связывали их с ранним развитием, в частности с оральной рецептивностью (Greenson, 1967). Если отвлечься от строгих психосексуальных формулировок, то можно представить себе младенца и маленького ребенка, которых поощряют получать удовольствие от еды, новой деятельности, игрушек, переходных объектов и, наверное, самое важное – от тепла материнского тела, от ее присутствия и таинственной неизвестности. Умение справиться с неизвестным – это новое приятное переживание, приносящее ощущение компетентности.

Диалектика развития проявляется в том, что наряду с уверенностью, которая требуется начинающему терапевту для проникновения в полную одиночества темноту, он нуждается также в приятном переживании противоположного знака, в желании пережить чувство похожести. Характерное для раннего детства слияние матери и младенца, их телесный и психологический симбиоз порождает тенденцию к накоплению сходств и интеграции их на единой основе. Эта функция наиболее заметна в великих произведениях искусства, которые в цвете, форме, содержании, языке и приемах исполнительского мастерства объединяют, интегрируют, синтезируют все важнейшие сферы человеческого переживания. Даже изображая одиночество, искусство может способствовать преодолению физического и эмоционального расстояния, соединять людей, увеличивать их ценность в глазах друг друга.

Эти две тенденции противоположной природы – слияние и дифференциация – созвучны базовым психологическим темам интеграции прошлого человека с его настоящим, отделения его от других, его индивидуализации. Естественная установка терапевта по отношению к этим тенденциям будет влиять на его способность повернуться лицом к истинам, которые только на первый взгляд кажутся противоречивыми.

## Особые черты личности психотерапевта

Многие говорят о том, что терапевт должен быть широко образован в области культуры, быть знаком с классической литературой, живописью, музыкой и другими формами эстетического выражения, знать историю, политику, социологию, быть сведущим в сфере естественных и физических наук, а также в области медицины. У меня нет никаких сомнений: при условии, что обучение приносит истинное удовольствие, погружение в эти предметы благоприятно скажется на углублении и расширении эмпатических и когнитивных способностей будущего терапевта. Но мне ясно и другое: люди, которых почти не интересует ни один из этих сложных предметов, могут проявить свой талант, а в считанных случаях – даже гениальность при контакте с пациентами и проведении глубоко осмысленной психотерапии.

Какими же качествами обладают такие талантливые люди? С одной стороны, они получают истинное наслаждение от близкого ознакомления со значимыми (и не столь значимыми) подробностями интимной психической жизни других людей. Более того, они проявляют такой же глубокий интерес к последующему развитию личности пациентов, какой они выказывали к их прошлой жизни.

Некоторые из успешных терапевтов чувствуют и ведут себя так, словно они – большие плюшевые мишки, которых можно мысленно обнять, потискать, потрепать и погладить, использовать какое-то время, а затем выбросить, когда отпадает необходимость. Такая способ-

ность утешать у большинства терапевтов заметна не сразу, и осознание ее начинается лишь спустя некоторое время, когда пациент почувствует себя в безопасности, находясь в зависимости от терапевта и полагаясь на этого еще совсем недавно чужого ему человека. Чем больше у терапевта качеств, присущих любимой мягкой игрушке, тем естественнее ведет он себя с пациентами, охваченными неудовлетворенными желаниями, лишенными привязанностей, например, страдающими пограничными расстройствами личности и психозом. Когда же эта доступность переходного объекта отступает на задний план в личности терапевта, тогда более вероятен его успех в работе на невротическом полюсе диагностического спектра (то есть с людьми, обладающими вполне приемлемым собственным внутренним плюшевым мишкой и приходящими к терапевту из-за других неприятностей). Некоторые неординарные терапевты работают с пациентами всего диагностического спектра. Других на разных стадиях профессиональной карьеры больше привлекает то та, то иная категория пациентов.

Есть люди, которые считают, что терапевт должен быть похож на врача, поскольку ему дано видеть тайны инстинктивной жизни пациента, а врач знает все продукты жизнедеятельности и части человеческого тела, которые в повседневной жизни скрыты от посторонних взглядов. Но еще до появления такого представления о враче формируется образ матери, постоянно находящейся рядом с ребенком, очень для него доступной и принимающей на себя все заботы о нем. Если образ врача и влияет каким-либо образом на психику пациента, то в основном благодаря связанным с матерью ранним детским переживаниям и включению в этот терапевтический перенос. В истории психотерапии известно немало талантливых специалистов, пришедших в эту область из сфер деятельности, весьма далеких от медицины.

### **Идентификация с матерью**

Отметим кратко, что те основные черты личности, а также источники эмпатии, которые передаются от матери, приводят некоторых терапевтов, вне зависимости от их пола, к сильным женским идентификациям. Дискомфорт, вызванный этой психической реальностью, будет серьезно мешать терапевту открыто проявлять эмпатию, заботу, внимание и способность к симбиотическому слиянию при углублении терапевтических отношений. Родительский образ и идентификации наиболее важны при долгосрочной психоаналитической терапии, которая, как и воспитание детей, зависит от способности спокойно ждать, когда начнется развитие, не обусловленное тем, что делают родители. В данном случае пассивность приобретает форму восприимчивости к процессу развития, происходящему в рамках психотерапии. Без спокойного, восприимчивого ожидания терапевт просто неспособен проявить эмпатию.

### **Награда**

Эмпатическое погружение в психологическое прошлое и настоящее пациента и сопоставление фактов с похожими, резонирующими событиями из жизни терапевта предлагает головокружительный, захватывающий материал для ежедневных размышлений практикующего психотерапевта. Несмотря на то, что заботливый терапевт часто ощущает фрустрацию и сердечную боль, постоянными наградами, обогащающими его как человека, являются особое удовлетворение от успеха, объединяющее ощущение своей компетентности, когда метод действительно работает, когда абстрактные принципы приносят конкретные результаты. Не последнее место в удовлетворении терапевта занимает особая возможность узнать, пропустить сквозь себя так много разнообразных, богатых событиями и переживаниями страстных историй жизни людей. Юнг в автобиографии отразил это очень точно:

«Из своих встреч с пациентами я постиг чрезвычайно много, и это было не просто знание, а гораздо больше – озарение, инсайт относительно своей собственной сущности... мои пациенты так приблизили меня к реальности человеческой жизни, что я неустанно учился у них очень важным вещам. Встречи с такими разными людьми, находящимися на столь разных уровнях психического развития, оказались для меня несопоставимо важнее, чем отрывочные разговоры со знаменитостями. Самые тонкие и самые важные беседы в моей жизни были анонимными» (Jung, 1961, p.145).

Кроме того, в людях настолько сильна склонность к разрушению, что одна из самых острых социальных потребностей для мужчин и женщин – это потребность в создании таких мест, где два человека могли бы сесть вместе, не ограниченные временем, с надеждой, что в конце концов при благоприятных условиях из хаоса и страдания вдруг возникнет процесс исцеления. Эти двое образуют структуру, способную уменьшить разрушительные последствия безудержной агрессии и усилить творческую способность к привязанности и любви, ко взаимной выгоде обеих сторон. В нашей современной цивилизации это настоящий подвиг. Совершенно ясно, что для многих из нас это главный стержень того, что делает возможной нашу «невозможную профессию».

## Глава 2. Перенос: Нить Ариадны

### Психотерапия и перенос

Психотерапия – это изучение и осознание превратностей любви. Это означает, что терапевту нужно обнаружить тот момент, когда произошел кризис развития, и выявить адаптивные паттерны, которые использовались, чтобы справиться с этой фрустрацией. Агрессия, проявляющаяся как вина и гнев или как садизм и мазохизм, чаще всего оказывается вторичной по отношению к фрустрации любви и возникающему в результате этого чувству незащищенности и дисгармонии.

При таком сложном и запутанном положении дел существенной опорой может служить форма изложения пациентом истории своей жизни, а также перенос – его появление требует времени и искусства, – который становится для нас нитью Ариадны в мрачных закоулках лабиринта бессознательного. Нить переноса ведет терапевта и пациента на место преступления (обычно бывает много мест и много преступлений), к драме воспроизведения желания и реальности, соединяя их самым причудливым образом. Сложность внешней и внутренней психической жизни создает феномен «Расемона»<sup>1</sup>: это взгляд взрослого пациента, осмысление терапевта, воскрешенное детское восприятие, взгляд матери, отца, братьев, сестер и т. д. или ретроспективное осознание на разных этапах прошлого в циклическом процессе жизни. Реконструкция прошлого, необходимая для осмысления настоящего, превращается в постоянный процесс, продолжающийся всю жизнь и не прекращающийся после завершения терапии.

### Перенос

Перенос – это бессознательная склонность к смещению нашего эмоционального интереса на новых людей или на неодушевленные объекты в надежде оживить прошлое и добиться цели там, где мы раньше потерпели неудачу. Перенос неадаптивен в той мере, в которой мы остаемся вечными жертвами навязчивых повторений. Перенос потенциально адаптивен в той мере, в которой он отражает стремление человека справиться с проблемами прошлого и постоянно предоставляет возможности это сделать. Перенос становится интегрирующим, привнося в настоящее богатство безвозвратно ушедшего прошлого.

Когда молодой человек начинает учиться в колледже и впервые встречается со своими преподавателями, у него уже существует по отношению к ним некая изначальная эмоциональная валентность, основой которой является прошлый опыт отношений с родителями и другими воспитателями. Возможно, он станет идеализировать своих преподавателей, но со временем он начнет отличать реальность от фантазии (переноса) и тогда может соответственно изменить свое мнение. Он оказывается в плену бессознательного переноса в той мере, в какой его изначальная эмоциональная валентность остается неизменной под влиянием реальности. Здесь я хочу подчеркнуть, что перенос существует и вне клинической психотерапевтической ситуации. Психотерапия – это просто метод, который использует факторы, вызывающие и поддерживающие тенденции переноса.

---

<sup>1</sup> «Расемон» – фильм Акиро Куросавы, в котором каждый из четырех очевидцев излагает свою версию одного и того же события. – *Примечание редактора.*

## **Перенос как адаптация**

Перенос существует как реально наблюдаемый факт, гораздо менее понятна мотивация поведения, вызванного переносом. Очевидно, что, если бы не существовало склонности к переносу, самые первые источники любви в семье оставались бы незаменимыми. Тогда в критический период развития происходил бы импринтинг, запечатление, и мы уподобились бы подопытному утенку, следующему только за деревянной уткой-мамой, рядом с которой он оказался в первые дни своей жизни. Адаптация создает у людей определенную степень гибкости, позволяющей бороться с отсутствием в семье реальной возможности удовлетворить все потребности своих членов. Как только давление этих потребностей начинает нарастать (особенно с развитием в подростковом возрасте сексуальных влечений), идет очень интенсивный поиск подходящей замены объекта удовлетворения потребностей.

В повседневной жизни перенос представляет собой многокомпонентную, сложную комбинацию. Подросток может искать в своей подруге идеализированную в детстве мать (проигрывание его фантазии), стремясь в то же время к тому, чтобы молодая женщина стала для него всем, чем не смогла быть мать (его желание). Он может пытаться разрешить не разрешенные в прошлом конфликты и справиться с ними. В новых любовных отношениях он может преодолеть некоторые запреты и стыдливость в эмоциональной и сексуальной сфере.

Вместе с тем перенос начинает выполнять функцию синтеза, когда зреющее Эго совершает попытку интеграции. В новых отношениях молодой человек творчески и гармонично соединит культурные паттерны прошлого и нормы социализации и при этом начнет фокусировать на одном человеке различные сексуальные влечения (оральные, анальные, генитальные). Некоторые из этих чувств он будет переживать прямо, другие – сублимированно.

Тем не менее при всей адаптивности некоторые конфликты в новых любовных отношениях в силу психологической ригидности останутся неразрешенными. Если цена за компромисс между конфликтующими импульсами окажется для психики слишком высокой, появятся соответствующие признаки, симптомы или дисфорические аффекты, отражающие психологически неприемлемый компромисс (Brenner, 1982). Так, например, излишняя идеализация может крайне деформировать возрастающую сексуальность и сделать невозможным ее внешнее выражение, если на помощь призывается инцестуозный запрет Супер-Эго. Именно такие психологически неприемлемые компромиссы (клинические конфликты) препятствуют дальнейшему развитию. Проявляясь в переносе, такие запрещающие компромиссы становятся главным источником сопротивления и фокусом для ключевых интерпретаций в психоаналитической психотерапии.

## **Желания, сновидения, действие и перенос**

В результате изучения сновидений, как собственных, так и своих пациентов, Фрейд разработал теорию психоанализа. Понятие переноса впервые возникло в связи со снами. Фрейд описал перенос аффекта от одного образа сновидения к другому (смещение); при этом перенос служил способом достижения скрытого и запрещенного удовлетворения бессознательным образом. В сновидении человек открыто проявляет пристальное внимание к собаке таксе, находящейся на одном конце поводка (символизация), тогда как латентный аффект привязывает его к другому концу поводка – к желанной красивой женщине.

Позже, в ходе клинической работы, Фрейд открыл, что в процессе проработки травматических воспоминаний у пациента развиваются сильные чувства по отношению к аналитику. Первоначально эти чувства, обычно эротического характера, рассматривались как помеха и сопротивление воспоминаниям, но вскоре их стали понимать как сами воспоминания, кото-

рые человек бессознательно аффективно отыгрывает в настоящем, представляющем для него повторение прошлого (реального или желаемого). Фрейд назвал это отыгрывание переносом. То, что сначала считалось сопротивлением терапии, теперь само оказалось в фокусе лечения. Например:

Молодой человек приходит на сеанс психотерапии, находясь под воздействием марихуаны. Он смутно осознает, что хочет вызвать у меня раздражение и разозлить до такой степени, чтобы я ограничивал и контролировал его. Вскоре выясняется, что такое поведение повторяет его детское деликventное поведение, с помощью которого он стремился добиться от своей отстраненной душевнобольной матери проявления заботы о нем. В переносе пациент воспроизводит эти воспоминания в виде действий. Это перенос как повторение.

Впервые Фрейд в полной мере стал понимать перенос как сопротивление и как необходимый фокус лечения в случае с Дорой, после того, как она внезапно прервала лечение. Дора ушла от Фрейда, когда ее бросил отвергнувший ее любовь господин К. Это был перенос как желаемое повторение прошлого.

Как заметил Гринсон (Greenson, 1967), в переносе гораздо чаще присутствуют желание и фантазия о прошлом переживании, чем простое повторение. Онтогенез повторяет филогенез – развитие индивида повторяет развитие вида. Каждый терапевт найдет в переживании переноса много от фантазии об исполнении желаний, которая, как оказывается в ходе длительной терапии, никогда не выходила за рамки воображения. Так, например, истории о сексуальности и агрессии между пациентом и его родителями в детстве, отраженные в переносе, могут оказаться всего лишь проявлениями желания и фантазии. Это отношение к переносу повторяет путь, которым Фрейд пришел к его открытию: сначала он считал, что всех невротиков действительно соблазнили в детстве, а затем усмотрел в их воспоминаниях значительную долю фантазии. Именно этот элемент – уход от болезненной реальности – превращает перенос в основное сопротивление, а потому он постоянно попадает в фокус психотерапии.

### **Клинический перенос**

Для понимания сопротивления переноса важно отличать перенос вообще от его особых форм и их сочетаний, которые вслед за Фрейдом, как правило, называют неврозом переноса. Предположим, я еду по автострате и, видимо, не совершаю ничего незаконного, однако полицейский останавливает меня у обочины. У меня, как и у подавляющего большинства людей, возникает небольшая тревога: я опасюсь, что где-то нарушил правила и должен заплатить за это штраф. Моя вегетативная нервная система начинает работать в аварийном режиме. У меня сразу происходит перенос Супер-Эго на образ представителя закона, одетого в полицейскую форму. Но, когда оказывается, что полицейский заблудился и спрашивает у меня, как добраться в нужное ему место, я сразу ощущаю, как исчезает тревожность, а вместе с ней совершенно исчезает и образ Супер-Эго. Это – плавающий перенос, который легко устраняется при простой проверке реальности.

Совершенно по-иному проявляется невроз переноса. В процессе регулярной терапии, даже если она проводится один раз в неделю, приблизительно через восемь – десять месяцев лечения наступает такой момент, когда некоторые чувства пациента начинают фокусироваться на личности терапевта и простая проверка реальности больше не рассеивает его тревожную мнительность. Так, например, несмотря на все убеждения и интерпретации терапевта, у пациента может появиться ощущение, что он не интересен и скучен терапевту и что тот предпочитает ему других пациентов. В этой ситуации могут вновь возникнуть те переживания, которые в

первую очередь побудили пациента начать терапию; кроме того, эта ситуация может оказаться похожей на события в прошлом пациента, особенно в детстве.

Вплетение нити переноса в ткань психики пациента погружает личность терапевта глубоко в бессознательную основу эмоционального ощущения пациентом своего Я. По мере прояснения переноса происходят некоторые изменения во внутренней ткани психики пациента. Например:

Молодая, разумная и рассудительная женщина начинает терапию с нескрываемой долей оптимизма и энтузиазма, несмотря на жалобы на затруднения в общении и периодические депрессии. Сначала она воспринимает меня как эмоционально теплого, откровенного и принимающего ее человека, к тому же понимающего и эмпатичного. После шести месяцев терапии пациентка оказывается в депрессии и все больше и больше начинает воспринимать меня как холодного, неприступного и не способного ее понять. Если я говорю довольно много, то напоминаю ей довлеющего, авторитарного и часто жестокого отца; если становлюсь спокойнее, чтобы справиться с такой ее реакцией, то напоминаю ей шизоидную, отстраненную и равнодушную мать.

Кажется, ни одна моя позиция не могла привести к положительному результату, о чем я и сказал пациентке, предположив, что она точно так же чувствовала себя в своем домашнем окружении. Это эмпатичное предположение ее поразило, и тогда она стала гораздо яснее понимать то положение, в которое она меня ставит.

Объяснение стало для нее своеобразной маршрутной картой, помогающей ей структурировать переживания переноса. Но нам следует ясно представлять себе, что предстоит еще долго разбираться со множеством «как» и «почему», прежде чем значительно ослабнет изолирующий и порождающий депрессию перенос.

Вместе с тем отметим, что эта обвитая вокруг меня двойная эмоциональная нить переноса – нить насилия и эмоциональной отстраненности – поддерживала наш постоянный контакт с двумя «музейными экспонатами», двумя фигурами из прошлого – отца и матери, искусно сохраняя связь с огромными проблемами в личной истории.

## Трансформации в переносе

Когда продолжительность лечения была меньше, особенно на ранней стадии работы с истерическими пациентами в 1880–1890 годах, Фрейд в основном занимался невротическими симптомами. Среди них были тяжелые фобии, истерические параличи, тики и прочие разновидности наблюдаемых симптомов, на которые мог уверенно ссылаться пациент, консультируясь у врача. Таким образом, первое определение невроза переноса обязательно предполагало воспроизведение невротических симптомов в отношениях с терапевтом. По мере того как продолжительность психотерапии увеличивалась, развилось более детальное понимание невроза переноса. Фрейд писал:

«Когда пациент оказывается полностью погруженным в процесс лечения, вся новая продукция его болезни становится сконцентрированной вокруг единственного момента – отношения к врачу... Когда перенос приобретает такое значение, работа над воспоминаниями пациента отступает на задний план. Правильно было бы сказать, что имеешь дело не с прежней болезнью пациента, а с заново созданным и *трансформированным*

неврозом, заменившим первый... Все симптомы пациента лишились своего первоначального значения и приобрели новый смысл, связанный с переносом, или остались только такие симптомы, которым удалась подобная *трансформация*» (Freud, 1914, p. 444).

Вейншел (Weinshel, 1971) также отмечает, что такая трансформация говорит о том, что невроз переноса – не просто статическое воспроизведение прошлого, но и интегрирующий учет настоящего. Во всех составляющих невроза переноса проявляются многочисленные уровни развития, а также их связь с настоящим. Так, у страдающего фобией пациента не обязательно разовьется фобия по отношению к терапевту. На месте существующей фобии могут появиться другие элементы содержания психики (например, эдиповы победы). Или же фобия может вообще проявиться не в кабинете терапевта, а развиться где-нибудь вне терапевтической ситуации.

Говоря о неврозе переноса, мы имеем в виду не только существующие симптомы, но и всю конфликтную личность в целом, с которой приходится иметь дело терапевту. Это значит, что следует учитывать общие характерологические установки пациента, защиты Эго, аффекты, которые могут использоваться для защиты и разрядки, коммуникативные сигналы, а также его фантазии, желания и воспоминания. Современная психоаналитическая терапия – это действительно терапия характерологических проблем. Источники нынешних неприемлемых компромиссов можно проследить по нити переноса до области прошлых переживаний. Перенос раскрывает то, как эти переживания встроены в существующую ткань психики личности. Как средство анализа характера перенос важен во всем диагностическом спектре: от неврозов до пограничных состояний и психозов.

### Установки Эго в переносе

Перенос выявляет уязвимые элементы Эго, которые делают поведение неадаптивным. Например, паранойяльная пациентка может не считать, что каждую ночь я «посылаю к ней в спальню радиоволны», но все равно будет держать меня на дистанции, проявляя большую подозрительность и отчужденность и редко упоминая о важной роли моей личности в ее жизни. Однако мы оба можем согласиться, что она ужасно боится попасть от меня в зависимость, боится расставания и потери и поэтому в переносе защищается отстраненностью. Внешне похожая отстраненность может развиваться в переносе и у пациента с неврозом навязчивых состояний. Такой человек тоже может редко говорить о важной роли, которую я играю в его жизни, но при этом осознавать свои гомосексуальные страхи, возникающие при слишком тесном сближении со мной, а также дискомфорт, вызываемый чувством соперничества. В его чувствах сепарационная тревога может занимать определенное место, но ее роль не столь велика и не вызывает столько страха, как у женщины, страдающей паранойей. Однако у обоих пациентов, независимо от исходного или повторяющегося впоследствии болезненного симптоматического расстройства, трансформация этих симптомов в невроз переноса отражает прежде всего характерные установки Эго, а именно отстранение и дистанцирование от значимых и любимых людей.

Я снова делаю акцент на том, что понятие *невроз переноса* исторически связано с исходными теоретическими концепциями Фрейда, возникшими в результате изучения феноменов, которые тогда считались невротическими симптомами. Многие из таких симптомов встречались у пациентов, которых в настоящее время относят к личностям с пограничными расстройствами или к психотикам. Я уверен, что вместо того, чтобы создавать новые штампы, как, например, «поддерживаемая реакция переноса» или «перманентное смещение переноса»,

важно акцентировать внимание на устойчивости паттерна переноса и сохранить оригинальное понятие *невроз переноса*.

По мнению Фрейда, либидинозные энергии (определяющие степень значимости или уровень психологического интереса) при перенесении на образ терапевта становятся «клейкими», или «прилипчивыми». Тогда пациент может видеть окружающий мир как бы сквозь очки, тонированные чувствами переноса:

Один коллега поведал мне о том, что, когда во время собственного анализа он находился в состоянии глубокого невроза переноса, оказавшись однажды на свадьбе, он пришел в изумление, увидев там своего аналитика, который танцевал, ел, общался с гостями и при этом совершенно не замечал его. Тогда его сильно обидело такое отношение. На следующем сеансе он укорил аналитика в его неподобающем поведении, а тот огорошил его заявлением, что на свадьбе его вообще не было. Это послужило своеобразным уроком для пациента.

Такая ошибочная идентификация при увлеченном поиске любимого человека сама по себе не является невротическим симптомом, но с теоретической точки зрения служит примером невроза переноса.

### **Миграция симптомов в перенос**

В основном, чем дольше длится психотерапия и чем чаще сеансы, тем более вероятно, что начальные симптомы в неврозе переноса примут более сложную и утонченную форму. В противоположность этому психотические симптомы хронических психотиков часто присваиваются терапевту, и тогда он может превратиться в дьявола, в источник сексуальных «радиоволн» или даже оказаться внешним стимулом для галлюцинаций.

В клинической практике встречаются и другие случаи, когда симптом «перекладывается» на терапевта, а освободившийся от этого тяжелого бремени пациент прекращает лечение.

Измученный мужчина, еще не достигший 30-летнего возраста, пришел ко мне, жалуясь на известные из учебников симптомы: частое мытье рук, навязчивые мысли на тему «Бог накажет», страх заразиться сифилисом от своей подруги, с которой он давно был в близких отношениях. Самым главным симптомом был постоянный гнетущий страх, что он, управляя автомобилем, сбил насмерть пешехода. Этот страх заставлял его постоянно звонить в полицию, чтобы, сопоставляя факты, избавиться от своей фантазии. Со страхом перед отыгрыванием агрессии были связаны и его затруднения в работе. Он был блестящим физиком, его открытия применялись в военных целях, но вместе с тем его не покидал смутный страх божьего возмездия.

После года интенсивной психотерапии все симптомы исчезли. Эти изменения в какой-то степени освободили его перегруженное Супер-Эго, и он почувствовал себя лучше, чем когда-либо в своей жизни. Его единственная тревога была связана с тем, что он встречался со мной в клинике, где я тогда принимал клиентов: он был уверен, что, встречаясь со мной там, он заразится неизлечимой болезнью. Он завершил терапию, вполне удовлетворенный наступившим прогрессом в лечении.

Очевидно, что как источник болезни я был для этого мужчины воплощением потенциально разрушительного для него переноса, а потому

наши отношения завершились без того, чтобы этот негативный элемент нашел свое разрешение.

Неразрешенный негативный перенос – широко распространенная причина преждевременного прекращения аналитической психотерапии и главный источник возникновения тупиков в процессе анализа (Bird, 1972).

Это обстоятельство приводит нас к очень важному клиническому выводу относительно негативного невроза переноса. Молодой человек, о котором мы только что говорили, пришел ко мне на прием через несколько лет после вступления в брак. Его симптомы не были такими сильными, как раньше, но он испытывал сильную тревогу (должен был родиться ребенок), а также депрессию и смутное чувство вины. Поскольку мой кабинет находился далеко от места его жительства и я все еще работал в клинике, где было множество больных, он попросил, чтобы я направил его к терапевту, приемная которого располагалась ближе, что я и сделал.

Задачей следующего терапевта должно было стать не только исследование прошлого пациента и переноса, развивающегося между ними, но также переноса на меня, так и оставшегося неразрешенным. В клинической практике довольно часто приходится наблюдать пациентов, у которых психологический стресс и напряжение переплелись с образом их последнего терапевта и, не будучи разрешены, продолжают преследовать пациентов подобно тому, как их преследуют проблемы раннего детства. Главными в проработке такого неразрешенного переноса являются темы печали<sup>2</sup> и расставания с привязанностью к призраку прошлого терапевтического переноса.

Как правило, современные пациенты, приходящие на прием, в подавляющем большинстве уже имеют опыт психотерапии и часто страдают из-за недостаточно проработанных переживаний в переносе. Эти переживания можно назвать ятрогенными заболеваниями, которые, хотя и связаны с проблемой, заявляемой пациентом, вместе с тем являются следствием неполного излечения.

### **Быстрое развитие переноса**

Начиная терапию с пациентом, который еще находится под влиянием глубокого неразрешенного переноса на предыдущего терапевта, мы можем наблюдать быстрое развитие невроза переноса. Пациент может облечь нас, «новых» терапевтов, в мантию своего прежнего терапевта или же облечь в нашу мантию своего прежнего терапевта. При этом, считая прежнего терапевта неумелым, некомпетентным или неэмпатичным, он наделяет нового идеализированного терапевта противоположными чертами и качествами, связывая с ним новые надежды. Эта идеализация может помочь начальному продвижению новой терапии, однако для того, чтобы терапия была успешной, все равно необходимо будет отдать соответствующую дань негативному переносу. Чем сильнее идеализация, тем больше она маскирует бессознательное обесценивание.

Обсуждая столь быстрое появление невроза переноса, отметим несколько случаев, в которых этот особый феномен действительно существует. Пациенты в состоянии ярко выраженного психоза, особенно те, у которых он протекает очень остро и мучительно, зачастую сразу начинают отождествлять терапевта со своими бессознательными образами. Чрезвычайно быстро формируются глубокие привязанности, особенно если терапевтическая ситуация

---

<sup>2</sup> Мы переводим «morning» как печаль, придерживаясь традиции русского перевода статьи Фрейда «Печаль и меланхолия» (1917), которая в английском переводе получила название «Morning and melancholia». При этом необходимо иметь в виду, что значение слова «morning» не совсем совпадает со значением слова «печаль» и подразумевает активный процесс переживания горя, потери, оплакивания любимого объекта, как реального, так и фантазийного, как внешнего, так и внутреннего. – *Примечание переводчика*

структурирована правильным образом и терапевт продолжает клиническую работу с пациентом на стадии компенсации.

Мужчина, находящийся в состоянии острого психоза и страдающий манией величия, несколько недель пребывал в кататоническом ступоре. В течение этого времени, как он признался позже, я казался ему волшебником с ключами от розового «Кадиллака». По его мнению, я ждал, когда он начнет «хорошо себя вести», чтобы отдать ему эти ключи. «Хорошее поведение» означало его отказ от фантазий о разрушении мира, то есть выход из психоза.

В процессе его компенсации мой образ постепенно превращался в образ Божьего пастыря (подобно образу его отца), следящего за сохранением равновесия между его добрыми и злыми поступками. Когда он компенсировался полностью, я превратился в «справедливого психоаналитика», которому предназначено вынести справедливый приговор его сумасбродной и скандальной жизни и направить его на стезю более разумной (и добродетельной) жизни.

Такая напряженная концентрация на быстро чередующихся образах при переносе составляла часть нашей работы в течение трех месяцев. В не охваченном психозом Эго при столь кратковременном взаимодействии можно было наблюдать лишь самые слабые и вторичные (производные) мысли и чувства, близкие упоминавшимся выше; причем этим мыслям и чувствам явно не хватало бы психотической страсти.

### **Пограничные состояния и мгновенный перенос**

У некоторых пациентов с пограничными расстройствами в начале терапии будет быстро развиваться невроз переноса, который обычно характеризуется сильной зависимостью, идеализацией и поиском разнообразной материнской опеки. У пациента по отношению к терапевту появляются такие высокие требования и ожидания, которые могут существовать только у маленького ребенка по отношению к матери. Это регрессивное качество людей с пограничными расстройствами разделяет психотерапевтическое сообщество на два лагеря.

Цетцель (Zetzel, 1966, 1971) предложила принимать таких пациентов только раз в неделю. При этом работа во время сеанса должна проводиться преимущественно в рамках тем, не подлежащих исследованию. Она рекомендовала терапевту оказывать пациенту поддержку, быть директивным и уверенным в себе, а также отказаться от своей нейтральности и тем самым гарантировать, что бессознательный трансферентный голод таких пациентов не вызовет переноса, с которым не сможет справиться их хрупкое Эго. Данная установка предполагает, что у этих пациентов ранняя депривация (прежде всего материнская) была настолько значительной, что вызвала устойчивый дефект Эго. Никто не в состоянии возместить утраченную в прошлом любовь и притупить боль, и было бы бессмысленно полагать, что пациент в переносе может вернуть потерянную любовь. Можно быть абсолютно уверенным в том, что пациент никогда не сможет выдержать фрустрацию, возникающую при нейтральной позиции терапевта.

Тогда получается, что бессознательное имеет такую власть, что пациент хочет видеть в терапевте чуть ли не родную мать вместо того, чтобы пользоваться переносом как трамплином для осознания актуальных проблем в любви (в основном вне терапевтических сеансов). Разумеется, все пациенты, позволяющие себе глубоко погружаться в невроз переноса, в какой-то момент ощущают, что терапевт может, должен быть или будет такой желанной трансферентной фигурой. С точки зрения тех, кто рекомендует ограниченную и структурированную терапию, разница между такими пациентами и людьми с пограничными нарушениями заключается в том, что человек с пограничными расстройствами личности нелегко переходит через эту

желательную для него фазу переноса на стадию реалистичного исследования (интерпретации и проработки переноса).

Кернберг (Kernberg, 1972, 1976), как и многие другие авторы с противоположными взглядами на терапию, утверждает, что только полное развитие переноса таких пациентов позволит сколько-нибудь существенно изменить структуру их личности. Структурное изменение происходит постоянно, независимо от связи с терапевтом; оно проявляется, например, в усилении способности выдерживать тревогу и депрессию, печаль и сепарацию, которая может отразиться в повышении устойчивости к фрустрации, а также в уменьшении тенденции к регрессии и отреагированию как способам разрядки дисфорических и болезненных аффектов. Люди с такими изменениями, как правило, будут чувствовать себя хорошо и без поддержки терапевта.

Кернберг считает, что «поддерживающая» терапия будет способствовать подкреплению признаков, симптомов и затруднений у людей с пограничными расстройствами, а не открывать перспективы для дальнейшего развития и достижения личностной зрелости, которое предполагает психоаналитическая, исследовательская терапия. Следует подчеркнуть, что исследовательская установка часто приводит к госпитализации пациента; это дает возможность поддержать его способность справляться с сильными примитивными переносами и найти способы их проработки. Это возвращает нас к главе 1, а также к той роли, которую играет личность терапевта в предпочтении определенного рода пациентов и техники работы.

### **Госпитализация как средство работы с тупиковым состоянием при переносе**

Практикующий в клинике терапевт хорошо знаком с переносом, который становится прямой причиной декомпенсации и госпитализации. Есть доля иронии в том, что пациенты с более выраженными нарушениями, чем у ранее упоминавшегося молодого физика, прекратившего у меня лечение, испытывают декомпенсации, которые часто являются попытками сохранить терапевта и справиться со своим мучительным переносом, но при этом готовы прибегнуть к самым последним средствам. Если Эго такого пациента не в состоянии адекватно переработать проблемы фрустрации и любви и вызываемые ими примитивные ярость и агрессию, клиника превращается в некое подобие вспомогательного Эго.

В таких случаях терапевт, работающий на базе клиники, часто играет роль консультанта или семейного терапевта. Тупик в трансферентных отношениях пациента и терапевта становится главной причиной госпитализации. Консультирующий терапевт и клиническая среда работают на преодоление этого тупика. Самые очевидные тупики – это психозы пациентов во время отпуска терапевта; менее серьезные, но не менее частые тупики возникают в процессе проработки негативных элементов переноса. Все психотики и многие пациенты с пограничными нарушениями боятся почувствовать повышенную раздражительность и злость по отношению к терапевту, как в прошлом они боялись проявления этих эмоций по отношению к значимым для них людям. Скорее у пациента наступит декомпенсация, чем возникнет риск, что он убьет терапевта, совершит самоубийство или (на уровне менее интенсивных переживаний) согласится с утратой любимого терапевта.

Часто случается, что, работая с такими трудными пациентами, терапевт испытывает проблемы (контрперенос) с трансферентным тупиком, похожие на те, в которых оказывается пациент. Клиническая обстановка создает какую-то подавленность и безысходность. Может оказаться, что терапевт не осознает этой трудности и считает, что кризис исходит только от пациента. Больничные службы с их многочисленными источниками информации позволяют выделить эту проблему и обеспечить соответствующее профессиональное обсуждение, позволяющее найти решение. Клиника становится самой безопасной средой для пациента и терапевта, где они могут обсуждать темы, казалось бы, не поддающиеся обсуждению.

## Психоз переноса

Определенные особенности развития пациента в раннем детстве могут повысить риск появления у него психоза при углублении переноса. Если в раннем детстве значимые для пациента люди были психотиками и у него произошла глубинная идентификация с ними, он может погрузиться в психотическое состояние, когда эти идентификации вновь оживают в ходе регрессивной аналитической психотерапии. Стоит добавить, что, если в детстве или в подростковом возрасте у пациента был психоз, при актуализации прошлого существует большой риск повторного развития психоза.

Поскольку невроз переноса теоретически воспроизводит инфантильные паттерны невротического переживания, два последующих примера, строго говоря, можно было бы отнести к психозам переноса (Reider, 1957), ибо они просто по определению опираются на ядро инфантильного прошлого, чтобы воспроизвести его в настоящем.

У женщины, которая большую часть жизни функционировала на пограничном уровне, мать, отец и брат страдали шизофренией. К психотерапевту ее заставили обратиться приступы сильной паники. Ее тревога, как правило, получала разрядку в крайне невоздержанном сексуальном поведении. При углублении переноса у нее снова проснулось стремление обрести «хорошую» мать. Вместе с желанием близости с матерью возникла необходимость слияния с ее психотической личностью. Это возобновление инфантильных психотических identifications с матерью привело к психозу, и тогда ей потребовалась госпитализация.

У таких пациентов любовь к матери смешивается с величайшей, нечеловеческой мукой. Мать для них словно превращается в пламя; согреться от нее – значит сгореть в этом пламени.

Психоз, возникающий во время лечения пациентов с пограничными расстройствами или даже психотических пациентов, у которых болезнь развилась уже во взрослом возрасте, более точно определен как психотическое состояние при переносе, а не как психоз переноса. Такие пациенты обладают хрупким Эго, склонным к отрицанию, искажению и проекции. Когда Эго угрожает чрезмерная тревога, печаль и убийственная ярость, это часто приводит к бессознательному господству чувства реальности и проверке реальности. Хотя в прошлом пациента могла содержаться потенциальная возможность для развития психоза, а тщательное клиническое обследование могло выделить угрожающие тенденции в его мышлении и аффектах, обычно нет данных о предшествующих острых психотических состояниях. По сути, в настоящее переносятся настроение, восприятие или процесс мышления, которые соответствуют в какой-то степени ранним фазам развития, но проявления которых у взрослого являются явными психотическими признаками.

Однако позвольте мне усомниться в таком понимании, вспомнив утверждение Салливана (Sullivan, 1962), что тщательное обследование взрослых шизофреников все-таки позволяет обнаружить психотические эпизоды в их подростковом возрасте. Такие эпизоды обычно бывают связаны с какими-нибудь проблемами: тупиком или неудачей в подростковой гетеросексуальности, безысходной горечью утраты либо возникновением любви, – вызывающими развитие мини-психоза. Напряжение, присущее бурному подростковому переживанию, говорит о непрочных границах Эго, которому в будущем грозит шизофрения.

Мой собственный клинический опыт подтверждает это положение. Однако сам пациент в тот момент не оценивал подобные эпизоды как психотические, и окружающие также редко считали их таковыми. На самом деле переживание переноса взрослым человеком обычно позволяет понять и прояснить пугающие и мистифицирующие переживания прошлого. Важно

отметить, что этот смутный эпизод случается в подростковом возрасте, когда пациенты (впоследствии оказывающиеся на нормальном или невротическом уровне) испытывают приступы дурного настроения и периодически склонны к особому иррациональному образу мышления. Попутно можно отметить, что такие смены настроения, характерные для подросткового возраста, похожи на накатывающие волны страха у людей со склонностями к психозу. Обычно мы помним конкретные факты, относящиеся к подростковому возрасту, лучше, чем присущие ему аффективные бури, тогда как в воспоминаниях раннего детства, наоборот, мы больше помним общее настроение, чем конкретные факты.

### **Перенос как адаптация**

В первых исследованиях по вопросам биохимии питания подопытных животных лишали определенных витаминов. Было замечено, что, когда этим животным давали без ограничения самую разнообразную пищу, они стремились есть именно ту, которая компенсировала дефицит витаминов. Аналогичным образом в переносе пациент прежде всего ищет удовлетворения потребностей, которые были фрустрированы в прошлом и не находят своего удовлетворения в настоящем. Это очень важное обстоятельство, без которого мы теряем представление о бессознательной структуре, указывающей нам путь (нить Ариадны), и «разгадывание» переживаний переноса теряет смысл. Именно Эго-адаптивная функция переноса влечет пациента к неразрешенным проблемам в развитии его способности любить. Есть доля иронии в том, что, хотя болезненность этого процесса стимулирует тенденцию к подавлению, возникающий перенос является *антирепрессивным* (Bird, 1972), поскольку вызывает на основную сцену драму забытого прошлого.

### **Подготовка «места действия» для переноса**

Терапевт подготавливает почву для развития переноса; при этом ему не следует совершать почти никаких манипуляций, чтобы вызывать его появление. Однако существуют побочные эффекты терапевтической техники и самого места проведения терапии, помогающие тому, чтобы находившийся в зимней спячке медведь (то есть перенос) вылез из своей берлоги. Возможно, здесь первую и основную роль играет внушение.

Фрейд всегда открыто говорил о роли внушения в психотерапии. Мы внушаем пациентам, что, позволив себе полностью раскрыться и рассказать все (в том числе и то, что препятствует рассказу), они смогут осмысливать и осознавать, а значит, получать возможность справиться с неразрешенным конфликтом (наследием детской беспомощности). Терапевт указывает пациенту тот же путь, каким сновидение пытается соединить в одно целое столько переживаний, сколько позволяет первичный процесс. В терапии, как во время сна со сновидениями, мы исключаем внешний мир, закрываем дверь кабинета, помалкиваем и без крайней необходимости стараемся не прерывать пациента. Мы постоянно поддерживаем определенный порядок, поэтому обстановка в кабинете может отступить на второй план. Наше поведение почти приближается к «нейтральному». Мы стараемся не позволять собственному мнению подавлять переживание пациента и, находясь в тени, возводим декорации, чтобы пациент мог проецировать на них свою драму. В какой-то мере нам приходится принимать участие в этой драме, не информируя постоянно пациента о том, что мы совсем не соответствуем его описанию.

## Условия для развития переноса

Крайне важно, особенно на ранних стадиях терапевтического процесса, чтобы перенос мог проявляться и развиваться спонтанно, другими словами, чтобы пациент мог чувствовать себя с нами комфортно, так как первоначально мы кажемся ему странными и совершенно на него не похожими. Слишком ранние интерпретации разрушают качество «как если бы». Например:

Мне вспоминается, как один терапевт работал с молодой женщиной-католичкой, которая вскоре после начала терапии стала его воспринимать как одного из своих любимых, идеализируемых священников. Пытаясь вызвать и укрепить негативный перенос, терапевт продолжал убеждать ее в том, что она ошибается. Пациентка смутилась, у нее появилось раздражение (из-за ложной эмпатии), что привело к остановке в развитии ее переноса.

Я посоветовал терапевту, чтобы он сначала позволил пациентке почувствовать себя у него в кабинете «как дома», прежде чем нарушить ее ощущение безопасности, и найти ту идеализированную любовь, о которой она так мечтала. Как иначе она смогла бы осознать все превратности, неудачи и несчастья, которые могли быть связаны с ее несбывшейся любовью?

В своих первых комментариях к феномену переноса Фрейд отмечал: «...когда все сказано и сделано, никого невозможно погубить *в его отсутствие или в его образе*» (1912а, р. 108). Необходимо, чтоб перенос развился во всей его интенсивности и жизненности. Реакции переноса, которые то возникают, то пропадают, труднее прояснять, определять, исследовать, и, что всего важнее, – они менее убедительны и для терапевта, и для пациента.

## Такт

Чувство такта и тонкая эмпатия – дар богов психологии терапевту, так как именно они помогают ему справиться с элементами сопротивления сформировавшегося невроза переноса. С одной стороны, как отметил Фрейд в своей работе «Воспоминание, повторение и переработка», перенос – это одно из проявлений навязчивого повторения, форма отыгрывания воспоминаний, существующая вместо аффективно заряженного вербального воспоминания. В своем блестящем описании данного феномена Фрейд утверждал:

«Бывают случаи, когда пациент не вспоминает о том, что был упрям и отвергал авторитет родителей, а ведет себя соответствующим образом по отношению к врачу. Он не вспоминает, что остановился в своем инфантильном сексуальном исследовании растерянный и беспомощный, а пересказывает множество запутанных сновидений и мыслей, являющихся ему, жалуется, что ему ничего не удастся и что судьба преследует его, не давая возможности довести до конца ни одно предприятие. Он не вспоминает, что очень сильно стыдился определенных сексуальных проявлений и боялся, что они раскроются, а показывает, что стыдится лечения, которому подвергается, и больше всего старается скрыть его» (Freud, 1914, р. 150).

В данных примерах трансферентные установки закрывают доступ к влечениям и импульсам прошлого. Недоступными остаются и страхи, вызывающие и поддерживающие подавление. Сбрасывая эти покровы, терапевт делает пациента уязвимым для тревоги, сильной печали о

неудачных попытках любви и чрезвычайно трудного признания, что его самые лучшие намерения приводят к неудаче.

Любовь в переносе (особенно в тех случаях, когда терапевт и пациент оказываются разного пола) часто чрезвычайно трудно анализировать с точки зрения сопротивления (аспекты «несопротивления» будут обсуждаться в другой главе). Переживание страсти является подлинным, аффекты – истинными. Кроме того, в терапевтическом процессе возникает такой период, когда анализ этого аффекта становится совершенно бесполезным. В этот период терапия очень напоминает беседу с подростками (мальчиками или девочками), когда им говорят, что их нынешнее «увлечение» – ошибка, и указывают, кого им было бы разумнее выбрать. Сходным образом преждевременная интерпретация вызывает у пациента испуг и тревогу, а также ощущение обманутости и непонятости.

Следствием терапевтического опыта и мудрости является признание пользы пассивного принятия и спокойного переживания изначального смещения сильных чувств. В какой-то момент, когда пациент начинает страдать от фрустрации и смутно осознавать свою неспособность справиться с этими сильными страстями, лучше объяснить ему, что с ним происходит. В тех случаях, когда начинается адекватная проработка такого переноса, образ терапевта в глазах пациента может впоследствии совершенно измениться. Одна женщина, которая три года считала меня «героем своего романа», очень мягко и тактично сообщила мне в завершающей фазе терапии, что она ошибалась. Она кратко и чрезвычайно точно перечислила характерные особенности моей личности (которые я не стану здесь называть), однако все они мало ее волновали.

Эротизированные переносы, которые быстро развиваются на начальной стадии лечения, создавая смутную ауру сексуальности и соблазна, обычно являются признаком того, что в будущем развитии невроза переноса ранние отношения с матерью окажутся центральной темой. Пациенты с такими переносами не способны строить с терапевтом адекватные и доверительные отношения, кроме таких, где связующей силой является сексуальность. В биографии пациентов обычно существовали ранние детские депривации в сфере материнско-детских отношений. Например, такие женщины хотят, чтобы мужчины прежде всего заменяли им мать, и только когда эти желания становятся очевидными в переносе, начинается осознание подспудных неудовлетворенных желаний и влечений.

### **Сила позитивного переноса**

Иногда пациент прекращает лечение, чтобы сохранить позитивный перенос, продолжая держаться за то, что было достигнуто под его влиянием.

Молодой профессор медицины пришел ко мне в состоянии серьезной депрессии во время жестокого кризиса, связанного с разрушением супружеских отношений. Он похудел на 12 килограммов, потерял сон, возможность работать и думать и большую часть дня непрерывно ходил по комнате, испытывая безумную тревогу. У него стали проявляться признаки паранойи, и он чувствовал, что находится на грани самоубийства. В ходе частых и напряженных сеансов у него быстро развился позитивный перенос по отношению ко мне. Все, что я говорил или делал, с его точки зрения, было совершенно правильным. Вместе с тем у него произошла полная компенсация, и он стал продуктивно работать.

Спустя четыре месяца пациент мне сообщил, что нам придется прекратить лечение, которое, по его ощущениям, было чрезвычайно успешным. Он рассказал, что психиатр, к которому он обращался сначала,

сообщил адвокату его жены о его «эмоциональных нарушениях», и это заявление пациент рассматривал как крупное предательство. Он боялся, что на суде это обстоятельство может обернуться против него. У него возникла паранойя и страшная ярость, направленная на прежнего психиатра, но по отношению ко мне он ничего подобного не чувствовал. Пациент объяснил, что наши встречи могли бы помешать благоприятному протеканию судебного процесса, принимая во внимание мерзкий поступок того психиатра. Лучше всего нам было бы закончить лечение, ибо он чувствовал себя очень хорошо.

Мои деликатные расспросы об этом решении вызвали у него сильное сопротивление, и я посчитал целесообразным позволить ему самому регулировать свою внутреннюю психодинамику, допуская, что он чувствует ее предельные возможности лучше, чем я.

Однако давайте на минуту сделаем паузу и отдадим дань уважения силе поддерживающего, позитивного и непроанализированного переноса. Много лет назад доктор Карл Абрахам рассказывал о психопате-невротике, которого ему пришлось обследовать, находясь на военной службе во время Первой мировой войны. Не чувствуя ни эмпатии, ни влияния Супер-Эго, этот человек совершил множество преступлений. При этом он следил за тем, чтобы не заходить слишком далеко, поэтому его наказание заключалось лишь в увольнении с позором. Спустя несколько лет доктор Абрахам случайно встретил этого человека в маленьком немецком городке. Тот был облачен в мантию почетного гражданина этого города и носил медали – награды бургомистра. Несомненно, он пользовался уважением местного общества. Доктор Абрахам вторично познакомился со своим бывшим пациентом и спросил, что послужило источником его успеха в жизни. Оказалось, что вскоре после войны этот человек познакомился с одной весьма обеспеченной вдовой, имевшей детей, женился на ней и полностью вошел в ее жизнь. С тех пор изменилось все его существование. «А что случится, – поинтересовался доктор Абрахам, – если вы вдруг потеряете свою жену?» «О, – сказал его бывший пациент, – если я когда-нибудь потеряю свою мамочку, то опять окажусь в том же положении, в котором был до встречи с ней!»

### Слои переноса

Перенос может иметь бесконечное множество самых невероятных проявлений. Иногда умеренный стабильный позитивный перенос не позволяет развиваться негативному переносу, порождая более сильные и страстные позитивные сексуальные переносы.

Незаурядный молодой человек старался справиться с опустошающим чувством собственной неполноценности, для чего поступил в семинарию и, надеясь повысить самооценку, вел праведную жизнь и занимался благотворительностью. Несмотря на все старания и усилия, продиктованные стремлением защититься от депрессии и заслужить одобрение, все закончилось плохо. Кульминацией стал краткий психотический эпизод, во время которого он в присутствии священников произнес страстную речь, полную полубредовых толкований евангельских заповедей. Покинув семинарию, он обратился за помощью к психотерапевту.

На протяжении нескольких лет в его переносе ощущались вежливость, рациональность, благожелательность и подтрунивание над самим собой. При появлении малейших признаков негативного переноса, например чувства ревности по отношению к другим моим пациентам или нетерпения к моим минутным опозданиям, мы тщательно прорабатывали эти немногие эпизоды

недовольства. Я предположил, что ему было стыдно обнаружить передо мной свою неудовлетворенность и несчастье, поскольку он боялся, что я начну его игнорировать или, хуже того, найду какой-нибудь вежливый способ совсем от него избавиться. После этого его воображение захлестнули фантазии о том, как он откусывает мужские пенисы, об изнасиловании своей матери с помощью «пениса-бритвы» (его отец был продавцом ножей). Эти картины перемежались фантазиями о том, как он подвергает меня таким же или другим извращенным и деструктивным сексуальным действиям.

Я предоставил ему возможность на протяжении нескольких недель развивать эти образы и мысли, особенно не интерпретируя их, что привело к появлению новых фантазий. Он стал представлять себя таким, каким он представлял себя в подростковом возрасте: толстым, дряблым, с отвисшими грудями. В детстве отец дергал моего пациента за его «маленький пенис» и часто высмеивал его, когда тот проявлял активность и начинал соперничать. Пациент стал испытывать ужасный страх, что я буду делать то же самое (в буквальном смысле) на наших сеансах.

Его пугала моя способность выслушивать все то, что он говорит, и он страстно желал, чтобы я его бил так, как это делала его мать, находясь в состоянии раздражения, напряжения и депрессии. Он чувствовал, что такое поведение приносило ей некоторое облегчение в несчастливом браке с отцом (усложненная форма мазохизма, поскольку он побеждает отца в борьбе за мать и одновременно излечивает ее от депрессии). Он полагал, что если я стану его бить, то получу такое же облегчение.

После целого года проработки и прояснения этих чувств появился новый сильный позитивный перенос. Этот перенос стал центральным фокусом терапии и источником силы для пациента. Это привело к существенной компенсации состояния его Эго и в личной жизни. Я превратился в долгожданного сильного отца, который не только мог осчастливить мать, а значит, сделать ее доступной и для него тоже, но и придать пациенту сил; отца, который не только не боялся, но и жаждал соперничества с ним.

Этот новый позитивный перенос трансформировал пассивные, женственные подростковые переживания в гомосексуально окрашенный положительный перенос. Через него пациент пережил всю любовь, которой так сильно желал и не получал от своего шизоидного отца и которой безрезультатно добивался от священников в семинарии. Прежний жесткий рационализм оказался отчасти шизоидным сопротивлением позитивного переноса против яростных негативных чувств и еще более пугающих гомосексуальных влечений. Эта потребность в любящем отце, выразившаяся в устойчивом позитивном переносе, стала главной темой последующей терапевтической работы.

## **Заключение**

Мы сделали первый шаг в определении переноса и демонстрации некоторых его клинических проявлений. Перенос бессознательно смещает переживания прошлого в символическое представление о настоящем. В нем могут отражаться факты, проживаемые фантазии или то, какими мы хотим видеть события и обстоятельства. Если говорить о переносе как о навязчивом повторении, то такая работа может быть адаптивной или неадаптивной; она позволяет

улучшить сознательную память, возвращая в нее вытесненный материал. Иногда эту работу переноса можно использовать, чтобы по-новому справиться с неудачами в прошлом. Кроме того, перенос творчески интегрирует пройденные этапы жизни и ее ключевые моменты с актуальными переживаниями в настоящем.

Проницательный клиницист отдает должное переносу, видя в нем квинтэссенцию биографии пациента, и позволяет ему развиваться в такой форме, которая ведет и пациента, и терапевта к клинически значимым событиям и конфликтам психической жизни. Умение распознавать эти события и конфликты и эмпатический такт – ключевые условия, позволяющие справиться с сопротивлением переноса.

Процессы переноса и невроза переноса настолько многоаспектны, что их присутствие можно заметить во всех без исключения проявлениях психотерапевтических отношений. Только в ходе продолжительного изучения и объяснения этого процесса появится более реалистичное и осмысленное понятие переноса.

## Глава 3. Контрперенос: Как розу мы ни назовем...

### Перенос и контрперенос до открытия Фрейда

Обсуждая проблему сновидений, Фрейд отмечал, что люди, конечно же, видели сны и до появления психоанализа. И феномен переноса на фигуру целителя психологически проницательные люди заметили еще до открытия Фрейда. Регрессивная потребность в воспроизведении прошлого, в изложении своей личной истории через аффект и действие, чтобы с помощью другого человека овладеть ею в настоящем, нашла свое отражение в следующем примере интуитивной психологии, взятом из проповедей учителя и мистика Рабби Нахманна (1771–1810) из Брацлава, или Братиславы (Matt). Рабби Нахманн был одной из тех хасидских «пламенных душ», чья неумная энергия концентрировалась и на земных, и на духовных таинствах.

#### *История человека, который стал индюком*

Один принц сошел с ума и вообразил себя индюком. Скинув с себя одежду, юноша обнаженным сел под стол и отказывался принимать обычную пищу. Он ел лишь овес и обгладывал мелкие косточки.

Его отец, король, созвал докторов со всего света, чтобы вылечить сына, но те ничего не могли сделать. Наконец, к королю пришел один мудрец и сказал: «Я берусь вылечить твоего сына».

Он сразу снял с себя всю одежду, залез под стол и, сев рядом с принцем, стал собирать с костей кусочки мяса и зерна овса и класть их себе в рот.

Принц спросил его: «Кто ты такой и что ты здесь делаешь?» Мудрец ответил: «А кто ты такой и что ты здесь делаешь?» Принц ответил: «Я индюк». Мудрец сказал: «Я тоже индюк».

Так эти два индюка сидели вместе, пока не привыкли друг к другу. Как только мудрец это заметил, он намекнул королю, что было бы неплохо принести ему рубашку. Он надел ее и сказал принцу: «По-твоему, индюкам нельзя носить рубашку? Можно, даже если он ее наденет, все равно останется индюком». Принц прислушался к его словам и тоже согласился надеть рубашку.

Несколько дней спустя мудрец попросил короля, чтобы ему принесли штаны. Надев их, он сказал принцу: «Ты считаешь, индюку не разрешается носить штаны? Разрешается, и, если он их наденет, все равно останется настоящим индюком». Принц с этим согласился и тоже надел штаны.

Так постепенно, следуя наставлениям мудреца, принц полностью оделся. Затем мудрец попросил, чтобы на стол поставили нормальную человеческую еду. И тогда он взял пищу и стал ее есть; при этом он сказал принцу: «По-твоему, индюку нельзя поесть немного хорошей пищи? Можно есть лучшую пищу в мире и оставаться настоящим индюком». Принц с этим согласился и стал есть, как все остальные.

Увидев это, мудрец сказал принцу: «По-твоему, индюк действительно должен сидеть под столом? В этом нет никакой необходимости! Индюки могут ходить где угодно, и никто не скажет ничего против». Принц внял сказанному и принял совет мудреца. Сначала он вылез из-под стола, встал на ноги и пошел, как все нормальные люди, а затем стал вообще вести себя, как все, забыв о том, что он – индюк.

В этой истории принц регрессировал на раннюю стадию младенческого состояния. Он правит детским царством под защитной крышей материнского символа – стола, на котором находится пища, оставленная его заботливыми родителями. Он становится упрямым и крайне негативистски настроенным и выставляет напоказ свое несчастье. Из повествования неясно, чем именно была вызвана его регрессия. Нет полной ясности и в том, почему он регрессировал именно на данный уровень. Ясно лишь, что принц поставил себя в зависимое положение от окружающих его людей, при этом явно отвергая их помощь. Это классическая ситуация, в которую попадают многие пациенты-психотики.

С точки зрения современного человека поступки мудреца кажутся психологически невероятными. Он поступает так, словно прочитал Фрейда и Сирлза (Searls, 1965), возможно, даже труды экзистенциалистов, ибо знание и суждение отходят в сторону в интересах жизни и сопричастности к тому, что происходит. Он работает неторопливо, конфронтирует немного и проявляет эмпатию, позволяющую принцу выйти из позиции нейтрального наблюдателя и медленно раствориться в симбиозе с мудрецом, в котором и он сам, и принц считают себя индюками. Только когда был достигнут этот «индюшиный» трансферентный симбиоз, поведение мудреца изменилось: он стал больше интерпретировать, причем его интерпретации были направлены на достижение сепарации и индивидуации. Такое поведение прекрасно иллюстрирует описанные Сирлзом стадии взаимодействия терапевта и пациента в процессе лечения шизофрении (Searls, 1961b).

Гибкость «рабочего Эго» мудреца является принципиально важной для «участвующего наблюдателя» в концепции Г. С. Салливена. Принимая перенос принца, целитель в то же время берет в расчет отщепленное Эго пациента, находящееся вне психоза, и предлагает непсихотическое Эго для идентификации с ним. У принца развиваются два переноса: первый – инфантильная фантазия об индюке; второй – исходящий от зрелого Эго, которое у него все-таки существует. Мы можем назвать это непсихотической частью Эго. С помощью этого более зрелого переноса мудрец пытается изменить наказывающее «индюшиное» Супер-Эго и таким образом дать выход находящимся под запретом импульсам и расширить диапазон возможного отношения Эго к реальности.

Рассказ о смелом опыте мудреца, который подстроился к трансферентным нуждам принца, подводит нас к следующей теме – контрпереносу. Эмпатическое вхождение мудреца в роль – это регрессия его «рабочего Эго» на пользу терапевтическому процессу. Не так давно возник большой интерес к работам Джона Розена, который применял такой же подход к неконтактным пациентам, находящимся в состоянии острого психоза («прямой анализ»). Так, например, Розен мог играть роль «Бога-отца», включаясь в религиозные галлюцинации психотического пациента, крича, убеждая и управляя его вниманием. Сами по себе такие действия не могли существенно повлиять на лечение, однако способность терапевта входить в роль является важной составляющей эмпатического резонанса с регрессивными потребностями пациента.

Существует огромный соблазн начать с допущения, что перенос – процесс односторонний. У пациента происходит перенос на терапевта, а тот по инерции, словно дверь, которую пнули в сердцах, выместив на ней свой гнев, отражает весь процесс пациенту, следуя одной из рекомендаций Фрейда. Фрейд говорил, что терапевту следует

«...во время психоаналитического лечения брать в пример хирурга, отбрасывающего в сторону все свои чувства и даже человеческое сострадание и направляющего все свои душевные силы к одной цели – сделать операцию как можно искуснее... Эмоциональная холодность аналитика создает для обеих сторон самые благоприятные условия...» (1912b, p. 115).

«Врач должен быть непроницаем для своих пациентов и, как зеркало, не показывать им ничего, кроме того, что они показывают ему» (1912b, p. 118).

Признавая тот факт, что аналитикам недостает хирургической точности, Фрейд в 1910 году впервые употребил термин *контрперенос*, открывавший новые возможности для расширения границ психоаналитического понимания.

«Другие нововведения техники касаются личности врача. Теперь мы стали осознавать существование “контрпереноса”, появляющегося у врача благодаря воздействию пациента на бессознательные чувства врача, и не далеки от того, чтобы предъявить врачу требование, что он должен распознавать и одолеваять этот контрперенос... Всякий психоаналитик успевает настолько, насколько допускают его собственные комплексы и внутренние сопротивления, и мы требуем поэтому, чтобы он начал свою деятельность с собственного анализа и непрерывно его углублял по мере увеличения его клинического опыта» (1910a, p. 144–145).

Здесь надо, однако, привести и другое его известное замечание: «...главным барьером для самоанализа является контрперенос».

И только намного позже (1918) основной задачей психоаналитического образования стал учебный анализ у другого аналитика. Фрейд понимал, что бессознательное аналитика аффективно возбуждается в процессе восприятия и «считывания» переноса пациента. В этом отношении история контрпереноса похожа на историю переноса: сначала его наличия просто не предполагали, затем его заметили и рассматривали в основном как сопротивление. Только уже после Фрейда контрперенос, наряду с переносом, начал рассматриваться как важный инструмент лечения. И действительно, поиск и прояснение смысла контрпереноса, а также его использование стали, наверное, одними из самых больших творческих достижений в психоанализе и психотерапии со времен Фрейда. Понятие контрпереноса позволило совершить переход от узкой индивидуальной интрапсихической психологии к чрезвычайно сложной психологии двух индивидов, изучающей результаты взаимодействия двух психических реальностей.

### **Психология двух взаимодействующих персон**

Еще до смерти Фрейда возник интерес к психологии двух взаимодействующих людей. В. Райх (Reich) писал:

«И, наконец, неправильно понимать основное правило психоанализа так, что аналитик должен оставаться для пациента непроницаемым экраном, на который тот проецирует перенос, и предполагать, что терапевт по своему поведению всегда напоминает только некое подобие неодушевленной мумии. В таких условиях могут “растаять” лишь очень немногие пациенты, а значит, неизбежно потребуются искусственные, неаналитические средства. Нет никаких сомнений, что к агрессивному пациенту следует подходить иначе, чем к пациенту-мазохисту, а к гиперактивному истерику – иначе, чем к человеку, находящемуся в депрессии; что терапевт изменяет свою установку по отношению к пациенту соответственно ситуации, коротко говоря, терапевт не ведет себя невротическим образом, даже если он сталкивается с собственными невротическими проблемами» (1933, p. 139).

Хайманн (Heimann, 1950) сделала шаг вперед, рассматривая контрперенос в качестве основного средства понимания пациента, а не только как сопротивление такому пониманию.

Когда этот шаг был сделан, контрперенос повторил путь переноса. Сандлер с соавт. (Sandler et al., 1970) кратко описали нововведение Хайманн следующим образом:

«Бессознательное аналитика “понимает” бессознательное пациента. Эта глубинная связь проявляется в виде чувств, которые аналитик испытывает по отношению к пациенту в своем контрпереносе ... [Аналитик должен] сдерживать разбуженные чувства, а не давать им разрядку [как, впрочем, и пациент], подчиняя их аналитической задаче зеркального отражения... аналитик может осознать возрастание своих эмоционально окрашенных реакций на пациента, которые сразу нельзя связать с поверхностным содержанием его ассоциаций, но которые все же указывают на определенную роль, которой пациент бессознательно наделяет аналитика. Таким образом, осознание аналитиком своих реакций может открыть дополнительную возможность понимания бессознательного пациента» (р. 85).

Приблизительно в это же время Литтл, работавшая с пациентами, способными к глубокой регрессии, утверждала, что перенос и контрперенос – две стороны одного феномена: «Контрпереноса следует бояться и избегать не больше, чем переноса; фактически его нельзя избежать, можно лишь заниматься его поисками, чтобы в какой-то мере им управлять и, по возможности, использовать» (Little, 1951, р. 40).

### **Определение контрпереноса и его формы**

Совершив этот краткий экскурс в историю, попытаемся дать предварительные определения и прояснить смысл феномена контрпереноса. В самом строгом смысле это перенос терапевта, своего рода дополняющая часть к переносу пациента на терапевта. Контрперенос – это бессознательная склонность терапевта смещать свой эмоциональный интерес со значимых людей и с прошлых переживаний на личность и образ пациента. Бессознательный перенос терапевта на пациента наносит ему максимальный вред главным образом тогда, когда он является продолжением невроза переноса. В качестве невроза переноса он подразумевает (как это бывает у пациента) *сопротивление* осознанию материала и – прямо по определению – отыгрывание со стороны терапевта. Поскольку образ терапевта, сложившийся у пациента, менее нейтрален, чем образ пациента в глазах терапевта, у последнего нет нейтрального фона, помогающего ему в проверке реальности и интерпретации. Кроме того, разные формы контрпереноса могут зависеть от самых разных факторов. Далее мы кратко охарактеризуем эти формы контрпереноса, а затем исследуем каждую из них более основательно.

1. *Эмпатический контрперенос*. Терапевт бессознательно придает форму и усиливает существующие и/или потенциально возможные черты своей личности в ответ на трансферентные требования пациента. Например, терапевт может слишком верить паранойяльным жалобам пациента на всемирную несправедливость или все больше следовать настойчивому желанию находящегося в пограничном состоянии пациента видеть в нем бездонный источник любви и понимания. Менее явными могут быть злость и раздражение терапевта, вызванные поведением пациента, который бессознательно добивается, чтобы его отвергли и бросили.

2. *Уникальный контрперенос*. Существует изначально неблагоприятное сочетание черт личности психотерапевта и пациента, которое вызывает существенное «встроенное» сопротивление проработке основных трансферентных конфликтов пациента. Так, неразрешенные гомосексуальные проблемы терапевта могут привести к появлению у него затруднений и страха в работе с пациентами-гомосексуалистами. У терапевта с неразрешенной проблемой подросткового бунта могут возникнуть трудности с установлением ограничений для импульсивных пациентов или пациентов с упорным отыгрыванием. Терапевт с заметными склонностями к

мазохизму может получать бессознательное удовлетворение от чувства вины при работе с пациентами с ярко выраженными садистическими чертами.

3. *Ситуационный контрперенос*. Ситуационный контрперенос определяют два характерных элемента: особые личные обстоятельства терапевта и особенности данного терапевтического окружения и культуры. Следует учитывать влияние на терапевта существенных изменений в его личной жизни и профессиональном развитии. Все эти изменения в той или иной степени длительны и преходящи (это случаи болезни, смерти, вступление в брак, рождение детей, изменение целей в профессиональной сфере). На аналитика могут оказывать влияние установки и взгляды терапевтической среды на психотерапию, регрессию и длительность лечения, а также общее культуральное отношение к психоаналитическим методам лечения.

4. *Характерологический контрперенос*. Характерологические факторы – это прежде всего общее мировоззрение и установки терапевта, не связанные с отношением к какому-либо конкретному пациенту. В большой степени они основываются на остаточных элементах переноса терапевта, а также на его темпераменте. Именно эта область определяет характерный уровень толерантности аналитика к стрессу и фрустрации, соотношение оптимизма и пессимизма, а также его компетентность и степень профессионального интереса.

### **Перенос, контрперенос и реальность**

Винникотт употребляет термин *объективный контрперенос*: «Объективный контрперенос – это ответная реакция любви и ненависти аналитика на реальную личность и поведение пациента, основанная на объективном наблюдении» (Winnicott, 1947, p. 195). Хотя этот феномен отчасти подпадает под категорию «эмпатического контрпереноса», Винникотт подчеркивает реалистический и адекватный аспект реакции терапевта – такая реакция на данного пациента возникла бы у большинства людей. Называть такие реакции контрпереносом – значит в какой-то мере вносить путаницу, ибо на пациента ничего не переносится. Соглашаясь с тем, что терапевт может реагировать «реалистично», мы одновременно утверждаем, что далеко не все происходящее между пациентом и терапевтом является, строго говоря, переносом. Свободное употребление понятия *контрперенос* приводит к тому, что само это понятие становится запутанным и расплывчатым, особенно если рассматривать контрперенос одновременно как некий барьер и как ключ к пониманию особенностей психодинамики переноса пациента. Перенос включает в себя довлеющее, эмоционально окрашенное воздействие прошлого на актуальное восприятие реальности. Реалистичные реакции – влияние реальной действительности на способность человека к восприятию и формированию осмысленных суждений. Точно так же можно противопоставить «проживание» и вызванное переносом «отреагирование». Эти понятия противоположны друг другу; в противном случае понятия «рост», «развитие» и «реальность» имеют мало смысла.

### **Эмпатический контрперенос**

Эмпатический контрперенос не оставляет равнодушным ни одного человека, увлеченного психоаналитическим процессом – процессом, который выманивает из укрытия перенос во всех его осязаемых и живых проявлениях. Психотерапия испытывает судьбу тем, что заставляет нас жить на самом острие эмоциональных переживаний. Бессознательно мы примериваем на себя и играем многие роли, полностью или частично проживая их; причем эти роли нам приписывают пациенты, и часто мы начинаем играть эти роли прежде, чем их осознаем. Терапевт испытывает некое удовольствие, подстраиваясь под трансферентные потребности пациента.

Чтобы предоставить пациенту возможность для проекции, терапевт должен обладать определенными личностными качествами. Одна довольно наблюдательная женщина как-то

заметила, что она никогда не смогла бы овладеть моей профессией. «Ваша работа – это мой симптом!» – сказала она, имея в виду свою склонность поддаваться и уступать желаниям других людей. Реакции контрпереноса отвечают этой роли «участвующего наблюдателя» (Sullivan, 1954), а также умение входить в роль и исполнять ее (Sandler, 1976). Терапевт всегда проявляет известную степень такой податливости до того момента, пока не осознает ее; однако подобное осознание может появиться далеко не сразу. Поскольку не только у пациента, но и у терапевта интегративные процессы продолжают и после завершения терапии, возможно, только лишь после расставания с пациентом мы в состоянии ясно осознать те роли, которые мы бессознательно играли и интуитивно интерпретировали.

### **Использование эмпатического контрпереноса**

Бывает трудно сказать, какие реакции переноса будут вербализованы и осознаны, а какие – нет. Терапевт часто испытывает серьезное усиление контрпереноса (от которого он может прийти в отчаяние), пока наконец не наступит некоторое облегчение, связанное с возможностью вербализовать и понять его содержание. Например:

После нескольких месяцев терапевтического лечения у пациентки появилась тенденция все оспаривать и предъявлять претензии. В чрезвычайно резкой форме она оспаривала любое замечание и любую интерпретацию, настаивая на том, чтобы я объяснял свои мотивы, подходы, цели и намерения. Считая, что на это не стоит тратить время сеансов, она заваливала меня длинными и подробными письмами, требуя, чтобы я наметил план лечения и стал более активным и открытым. Она стала часто звонить мне по телефону с такими же просьбами. Получалось так, будто я оказался пациентом, а она – в некотором смысле деятельным терапевтом, постоянно осуществляющим интервенции. Произошла смена ролей, или, в других терминах, в представлении пациентки объект и саморепрезентация поменялись местами.

Хотя я постоянно старался сохранять сочувствующую, тактичную, но при этом нейтральную позицию в исследовании ее поведения, я все больше и больше начинал думать, что не смогу с ней работать. Меня пугали ее нападки, ее постоянное «сканирование» (я не мог даже моргнуть, не услышав затем ее замечания или комментария), и я чувствовал себя так, словно в ее власти находится не только мой рассудок, но и мое тело. Слово «отвращение» не будет слишком сильным определением ощущения, сопровождавшего мои открытия в те редкие моменты, когда мне как терапевту удавалось избегать чувства вины и быть честным с самим собой.

Дальше произошло то, что я меньше всего предполагал, а именно: последовал ее трогательный рассказ об ужасной болезни матери, начавшейся, когда пациентка была еще подростком. Тогда произошла смена ролей. Мать требовала, чтобы дочь стала ее личной сиделкой и помогала ей в отправлении ее интимных физиологических функций. Она должна была следить не только за мочеиспусканием и деятельностью кишечника, но и менять вагинальные свечи, а нередко и мыть гениталии матери. Пациентка заново переживала отвращение, беспомощность и непереносимое чувство давления и эмоциональной переполненности. Затем я осознал, что в течение нескольких недель в своем поведении по отношению ко мне она словно была больным, наполненным смертельным страхом материнским телом и постоянно

изображала свои прошлые переживания, вынуждая меня выполнять те же функции и испытывать те же чувства, которые были у нее по отношению к матери.

Как терапевты мы не предлагаем себя сознательно для таких ролей; в какой-то момент просто оказывается, что мы их играем, а затем, если повезет, понимаем их. Огромное значение для понимания сущности переноса имеет то, что это понимание вытекает из нашего опыта, а вовсе не из абстрактных идей.

### **Ненависть в контрпереносе**

Винникотт (Winnicott, 1947) делал акцент на той роли, которую играет ненависть в контрпереносе, особенно в процессе лечения пациентов-психотиков. Поскольку проекция является основной защитой психотиков, постоянная перегруженность деструктивными фантазиями и импульсами приводит к тому, что они видят подобные качества в терапевте. Следовательно, терапевт постоянно испытывает побуждение вести себя таким образом, что пациент истолковывает его поведение как проявление сильной неприязни или даже ненависти. Пациент начинает провокативно тестировать терапевта, постепенно ослабляя его способность отвечать своим невероятно возрастающим требованиям и в конце концов вызывая у терапевта настоящие чувства неприязни и ненависти, которые он вынужден подавлять.

Женщина, страдающая паранойей и склонная к сверхточным детальным описаниям, считала, что я говорю в основном неверные вещи, и часто обвиняла меня в полном ее непонимании. Она так часто обвиняла меня в психологической бестактности, что я не переставал изумляться тому, что она все еще продолжает у меня лечиться. Она высмеивала мои привычки, манеру одеваться и обстановку у меня в кабинете. Она делала пренебрежительные замечания о людях моего социального круга, и было совершенно ясно, что эти замечания относятся и ко мне, и к моей семье. При этом она часто приходила в ярость по поводу моих прошлых оплошностей, за которыми она буквально «охотилась», и постоянно была готова освежить мою слабую память, перечисляя факты моих упущений и нарушений профессиональных обязанностей. Мои малейшие попытки проанализировать ее поведение вызывали у нее регрессивные паранойяльные состояния, когда она яростно обличала мою неспособность заботиться о ее благополучии и учитывать ее чувствительность к стрессам.

Не считая этих обвинений, имеющих явную цель разрушить мое чувство профессиональной компетентности, она редко думала обо мне. После нескольких лет лечения у пациентки не возникло ни малейшей романтической увлеченности моей личностью, и, следуя собственным путем, она продолжала себя «анализировать». Несмотря на все мои усилия понять психодинамику такого поведения (что было совсем нетрудно, ибо у нее в прошлом было много повторяющихся травматических событий, а ее родственники страдали нарушениями психики: ее отец был по меньшей мере пограничной личностью, а мать испытывала периодические приступы психоза), несмотря на «вызывание духов» из своего прошлого (всех бесконечно терпеливых учителей, владевших искусством работы с сильно нарушенными пациентами) и несмотря на свое желание участливо относиться к страдающему человеку, я стал в конце концов испытывать злобу к этой женщине.

Несколько лет такого лечения привели к тому, что я все чаще стал осознавать, что иногда я ненавижу ее по-настоящему и получал огромное удовольствие и облегчение, когда она пропускала сеанс. Я продолжал с ней работать прежде всего потому, что она продолжала приходить на сеансы (что никогда не прекращало меня изумлять), а также потому, что в ее жизни происходили существенные перемены к лучшему.

Однако враждебность изматывает, и в какой-то момент мой нарциссизм не выдержал. Я дал волю своей ненависти, вкладывая ее в интерпретации ее ледяного холода; при этом я чувствовал, что мне все равно, примет она их или нет. У меня было не меньше прав на существование, чем у нее. Я добился прежде всего внутренней сепарации от нее. Если я не мог вылечить ее «эмпатически», это вовсе не означало, что я виноват. Именно такой сепарации пациентка до сих пор не могла достичь в отношениях со своей психотической матерью.

Возможно, как раз из-за отсутствия чувства вины в моем изменившемся отношении к пациентке я с удивлением обнаружил, что, оказывается, она прислушивается к моим словам. Она подчеркнула, что я оказал важное влияние на ее способность выносить тяготы жизни, и, рассказывая о своем несчастном детстве, объяснила, почему ей было необходимо пренебрежительно от меня отстраняться и защищаться от привязанности. Она оживила в моем контрпереносе свое ощущение необходимости выдерживать жестокие удары судьбы в надежде на исцеление своих больных психозом родителей. Я стал ее беспомощным детским Я, когда она отыгрывала роль своей отстраненной психотической матери, высокомерной женщины, которая защищала себя от ощущения страшного несчастья, унижая других. Но, в отличие от нее, я себя вылечил и нашел возможность для сепарации, не испытывая чрезмерного чувства вины.

Моя болезненная психологическая одиссея имеет отношение к глубинному желанию многих тяжело нарушенных пациентов: если они исцелят отчаявшуюся трансферентную фигуру терапевта, в которой отразился собирательный образ родителей и их израненного детского Я, то тогда есть надежда на исцеление их самих. После описанного выше периода терапии я обнаружил, что моя ненависть к этой женщине существенно ослабла. Появилась глубокая нежность, а вместе с ней стало возрастать эмпатическое терпение. Такой же процесс (но еще более интенсивный) затем повторился в психике пациентки и вызвал важные изменения. Она обнаружила свою любовь к родителям, которую она в отчаянии скрывала в детстве, чтобы переносить ледяную атмосферу царящего дома психоза. Это привело к тому, что она идентифицировалась с агрессором.

В таких случаях, когда степень ненависти превышает допустимый эмоциональный предел, легко похоронить все неприятные чувства. Терапевт не может терпимо относиться к наличию у себя ненависти к пациенту; в такие моменты стоит задать себе вопрос: «Если я испытываю такие чувства, то зачем продолжать работать с этим пациентом?» Или еще лучше: «Почему бы мне не найти другой подход в своей работе?» Но, когда негативный перенос и контрперенос оказываются под контролем, эта явная ненависть вытесняется и в пациенте, и в терапевте.

В процессе любой аналитической психотерапии могут оживать все ранние инфантильные способы агрессивной защиты. Терапевт – не вычислительная машина, действующая исключительно на основе логических операций. Способность чувствовать – одно из главных достоинств терапевта, которое должно постоянно в нем присутствовать. Вспомним замечательную фразу Винникотта о том, что «мать ненавидит ребенка задолго до того, как ребенок начинает ненавидеть мать, и до того, как он узнает, что мать его ненавидит» (Winnicott, 1947, p. 200). Винникотт

считал, что терапия будет неполной, если пациент никогда не придет к пониманию того, что пришлось вынести терапевту ради поддержания терапевтического процесса. Без такого понимания, полагал Винникотт, пациент «в какой-то мере находится в положении ребенка, который не в состоянии понять, чем он обязан своей матери» (1947, р. 202). Отсюда становится ясно, что при такой психотерапии терапевт платит определенную цену за то, чтобы понять пациента. Нейтральное отражающее зеркало известной метафоры Фрейда превращается в процессе лечения тяжело нарушенных пациентов в зеркало Алисы из сказки Льюиса Кэрролла: пациент совершает прыжок и «приземляется» на нашей эмоциональной территории, вызывая у нас удивление, изумление, оцепенение и, возможно, удовольствие.

### **Уникальный контрперенос**

В основе уникального контрпереноса лежит легко актуализирующаяся взаимосогласованность трансферентных потребностей пациента и терапевта. Такой контрперенос является одним из источников тупиков или ухудшений в терапии, ибо его разрешение таит в себе потенциальную угрозу для душевной организации терапевта, который либо не может осознать сопротивления контрпереноса, либо отвергает его, избегая сталкиваться с болезненными последствиями собственной терапии.

Это осложнение в отношениях переноса-контрпереноса часто привлекает к себе внимание, если включает отыгрывание сексуальных чувств, выступающих в качестве сопротивления интерпретации переноса и его разрешению. Обычно это очень грустные для обоих участников истории.

Молодая, довольно красивая женщина-модельер, обладающая приятными манерами, жаловалась на усиливающуюся тревогу, неспособность сконцентрироваться и наркотическую зависимость. Кроме того, ее мучило навязчивое промискуитетное поведение. После нескольких месяцев лечения у мужчины-терапевта она решила, что все эти симптомы у нее ослабли. В основном ее мысли и чувства были заняты идеализированным ею терапевтом, которого она посещала трижды в неделю. Ее терапевт, мужчина, недавно расторгнувший свой крайне неудачный брак (к тому же имеющий длинную череду неудачных отношений с женщинами), также оказался под сильным влиянием этого идеализированного отношения пациентки.

Когда пациентка стала явно выражать свое страстное желание, чтобы психотерапевт ее обнимал, утешал и перечислял все свои прошлые неудачи в попытке добиться безусловной любви, он постепенно стал подчиняться ее желаниям. Сначала это были нежные и продолжительные объятия в конце сеанса, но вскоре пациентка и терапевт вступили в сексуальные отношения во время сеанса. Затем терапевт и пациентка перенесли свою страстную любовь из лечебного кабинета в другое место; между ними возникла постоянная связь. Одновременно терапевт продолжал лечить пациентку (и, как обычно бывает в таких случаях, перестал брать у нее плату за лечение).

Прошло немного времени, и пациентка обнаружила, что идеализированный ею терапевт является слабым и зависимым и не способен сделать ее счастливой. С возвращением всех прежних симптомов она стала себя чувствовать еще более несчастной.

В данном случае эротизация служила прикрытием более глубоких проблем, связанных с дефицитностью в материнско-детских отношениях. Эти проблемы повлекли за собой фрагментирующую депрессию в

терапевтической проработке. И терапевт, и пациентка использовали эротическое влечение для защиты от невыносимой и пугающей печали и грусти, порожденных событиями прошлого и настоящего. Кроме того, определенную роль в истории жизни пациентки сыграла ее депрессивная психотическая мать, которая делала странные лесбийские предложения дочери, когда та была ребенком. Ведущая гетеросексуальность стала защитой от этих страшных детских переживаний, а также от сопровождающей их депрессии.

Консультируя этот клинический случай, я направил пациентку к терапевту, который умел работать с такой формой сопротивления депрессии и понимал необходимость переживания печали для того, чтобы примириться с прошлым. Первый терапевт отказался принимать участие в консультации, однако обратился за помощью к своему собственному аналитику. Важно отметить, что второй терапевт также не был защищен от сексуальных чувств, вызываемых этой пациенткой, которая воспроизводила в переносе свое прошлое и свои способы справляться с тревогой. Но различие между ними заключалось в том, что второй терапевт не отреагировал на эти чувства, а стремился распознать их внутри себя, чтобы понять переживания пациентки.

Перенос пациентки в этой новой для нее терапевтической обстановке был чрезвычайно болезненным. Соблазнив своего терапевта, она столкнулась бы с угрозой его потери, ибо он оказался бы в ее глазах таким же ранимым и не заслуживающим доверия (как ее соблазняющий отец). Она боялась, что неудачная попытка соблазнения приведет к потере любимого объекта и она будет покинута, поскольку чувствовала уверенность только в отношениях, основанных на сексуальности.

Это пример неблагоприятного навязчивого эротизированного переноса, требующего от терапевта глубокого понимания самого себя, чтобы справиться со скрытыми переживаниями горя и печали.

Однако может иметь место и совершенно противоположное соотношение.

Женщина в течение многих лет проходила терапию, прорабатывая с терапевтом первичные травмы раннего детства, нарциссизм и чувство инфантильного всемогущества, а также многие другие проблемы, непосредственно связанные с периодом раннего детства. Все эти проблемы действительно существовали, и работа с ними принесла пациентке реальную пользу, однако после завершения этого удачного лечения оказалось, что она по-прежнему сталкивалась с трудностями в отношениях с мужчинами. Тогда она обратилась к другому терапевту, который прежде всего сконцентрировал свое внимание не на материнско-детских отношениях, а на сексуальных чувствах по отношению к мужчинам и чувстве соперничества по отношению к женщинам. Она вспомнила, что многие из этих проблем возникали в процессе прежнего лечения, но тогда зрелая сексуальность не заняла центрального места в лечении. (Другая пациентка первого терапевта также сталкивалась с подобными трудностями.)

### **Избегание негативного переноса**

Часто проблемой, связанной с контрпереносом, является неспособность терапевта выдерживать прямое воздействие негативного переноса. У таких терапевтов постепенно скла-

дывается практика, состоящая главным образом из благодарных пациентов. Такие терапевты проявляют исключительную поддержку, необычайно расположены к телефонным разговорам с пациентами и к предоставлению дополнительных сеансов. Они редко указывают пациенту на свойственную ему агрессивность и даже стараются вести себя таким образом, что пациенту трудно испытывать злость. Плата за терапию у таких аналитиков может быть чрезвычайно низкой; они позволяют пациенту долго не оплачивать анализ, нередко вызывая у того чувство вины и желание раздражать такого великодушного терапевта. Иногда, если профессия пациента связана с психологией или психиатрией, терапевт может рекомендовать его кому-то как специалиста, создавая тем самым зависимость его заработков от своей доброй воли. Терапевт может попасть под влияние потворствующего, идеализирующего переноса, ошибочно считая, что поддерживающая, заботливая и эмпатичная атмосфера создает «корректирующий эмоциональный опыт». Такие факты обычно понятны сторонним наблюдателям – друзьям пациента и коллегам терапевта, наблюдающим подобные истории на протяжении многих лет. Любые, даже очень тактичные замечания в адрес такой терапевтической пары обычно легко вызвали к жизни непроработанный негативный перенос.

Существует множество возможных форм такого искаженного взаимодействия, но точное их число неизвестно. Помимо того, что о случаях такой «рассогласованности» не всегда сообщается, они не всегда осознаются, что не позволяет оценить даже их относительное количество и частоту. Однако именно тупиковое состояние психотерапевтического процесса может послужить аналитику указанием на то, что в сложившейся ситуации он избегает негативного переноса (хотя терапевт может считать, что для этого есть другие причины).

### **Ситуационный контрперенос**

Этот вид контрпереноса связан со спецификой ситуации или обстановки, в которой протекает терапевтический процесс и которая в значительной степени его определяет. К таким ситуациям относятся, в частности, изменения в жизни терапевта: его болезнь, смерть значимых для него людей, любовь и вступление в брак, рождение детей и ключевые этапы его профессионального развития. Кроме профессиональной позиции самого терапевта, существуют и общие установки профессиональной среды, в которой терапевт работает.

### **Неудачи в лечении, фантазии о спасении и мазохизм**

В определенные ключевые стадии развития начинающий терапевт склонен к сильным реакциям, которые с течением времени и накоплением опыта могут повторяться уже не так интенсивно. Несколько лет назад я попросил каждого участника семинара психиатров-ординаторов выбрать случай из своей практики с большой частотой сеансов и продолжительностью не менее года, который оказался трудным для них и закончился неудачей. Сам выбор случаев был весьма примечателен с точки зрения их сходства, а также с точки зрения развития отношений переноса-контрпереноса.

Все пациенты имели тяжелые пограничные нарушения или были явными психотиками. В некоторых случаях они оказались в числе первых пациентов в практике ординаторов. Истории жизни и внутренние конфликты этих пациентов не слишком сильно отличались от историй жизни и внутренних конфликтов самих ординаторов; кроме того, они были примерно одного возраста. Изначальная идентификация терапевта с пациентом была чрезвычайно сильной, а потому поглощала много энергии. Например, один из пациентов был приблизительно одного возраста с терапевтом, одного с ним пола, был таким же отличным футболистом и, подобно терапевту, прошел прекрасную школу атлетической подготовки. Аналогичные сходные черты были отмечены у женщин, и, как заметила одна женщина-терапевт с характерной

для нее искренностью, даже стили их защиты были сходными. И в других случаях были отмечены аналогичные явные элементы идентификации между пациентом и терапевтом.

В самом начале своего обучения анализу каждый терапевт жаждет и чувствует себя обязанным «спасти» пациента. Эта фантазия о спасении заставляет терапевта потворствовать переносам пациента, проявляя к нему постоянную эмпатию. Пациенты чувствовали заботу и внимание со стороны столь участливых терапевтов. На первой стадии лечения возникали огромные изменения в психическом состоянии пациента, еще более подкреплявшие интерес и не позволявшие угаснуть пылу каждого из начинающих терапевтов.

Однако по окончании периода медового месяца перенос приобретал все более негативный характер. Терапевтическое сочувственное принятие превращалось в мазохизм, поскольку все терапевты начинали чувствовать возрастающее недовольство пациентов, считавших их ответственными за свои проблемы и несчастья. Терапевты оказались не в силах интерпретировать необузданный нарциссизм, боясь пошатнуть то, что они считали «хрупким Эго» пациента.

Возникал порочный круг: чем активнее проявлялся паранойяльный садизм пациента, тем глубже терапевт погружался в мазохистическую позицию. Так, например, один из терапевтов столкнулся с тем, что его суицидальный пациент стал ему угрожать, вынув нож, и заявил, что у него имеется и ружье. Все терапевты погружались в отчаяние и депрессию из-за своих пациентов. Именно они, а не пациенты испытывали грусть и депрессию, чувствуя, как постепенно исчезает их фантазия и утрачивается возможность эффективной работы с пациентами. Последние оставались в паранойяльной позиции обвинения и превосходства, не будучи в состоянии справиться с этой установкой и проработать свои депрессивные переживания.

Далее обычно состояние терапевта быстро и резко изменялось, что, однако, не способствовало проработке. Поразительно, что все ординаторы рассказали о периоде «введения законов», об установлении границ, что в двух случаях было равносильно установке «или принимаете условия, или уходите». Несколько пациентов прекратили терапию и так и не возобновили ее впоследствии, а остальные пациенты во взаимодействии с терапевтами стали занимать позицию «поддержки».

Эта последовательность развития событий, столь откровенно описанная умными и талантливыми молодыми психиатрами, не является уникальной и специфичной только для них. В первые годы обучения терапевтов можно наблюдать точно такую же картину, но в явном и открытом виде она уже больше не повторяется никогда.

## Лечение контрпереносом

Однако проявление особого внимания к пациенту в первые годы обучения терапевта может дать и позитивный результат:

Страдающую шизофренией женщину в возрасте около 30 лет перевели из одной клиники в другую, где ее лечащим врачом стал психиатр первого года ординатуры. Несколько лет она была совершенно недееспособна, много раз попадала в стационар, не получая никакого облегчения, и лечилась у одного из ведущих терапевтов по работе с тяжело нарушенными пациентами. Этот терапевт сказал ординатору: «Не тратьте время попусту: это совершенно безнадежный случай», – и рассказал ему о своих многолетних бесплодных усилиях.

Эти слова произвели впечатление на ординатора, однако он признался своему супервизору, что ему нравится пациентка, которая, по его мнению, была с ним достаточно открыта (хотя она вела себя точно так же и с прежним, доведенным до крайности терапевтом). Ординатор получил совет следовать

своему интуитивному чувству, включаясь в процесс настолько, насколько он может, и работать с проблемами по мере их появления.

В течение последующих нескольких лет жизнь этой женщины кардинально изменилась, и ей больше не требовалась госпитализация. Ее жизнь постепенно улучшается. Прошло уже четырнадцать лет, и она продолжает лечиться у этого терапевта.

Похожий процесс наблюдался во многих обучающих программах (Barchilon, 1958). Казалось бы, безуспешные терапии, часто ведущиеся опытными терапевтами, «расцветали» в тепле позитивного контрпереноса молодого терапевта. Хотя более опытные терапевты с облегчением вздыхают, удалившись на безопасное расстояние от своих бурных переживаний контрпереноса с первыми пациентами, многие из них признают нехватку того поразительного энтузиазма в начале своей работы, который зачастую приводил их к неожиданному и уникальному успеху и который с приобретением опыта куда-то исчезал и больше не возвращался.

### **Кризисы развития и судьба**

Совершенно невозможно предсказать, какое именно влияние могут оказать ключевые моменты развития личности терапевта. Естественно, это влияние очень сильно зависит от личности того, с кем происходят кардинальные изменения. Однако сам факт влияния предсказуем. Например, влюбленному терапевту легче представить себе влюбленность пациента. Но нередко бывает и так, что терапевт отвлечен чем-то и его внимание к пациентам на время уменьшается. Так происходит и тогда, когда терапевт вступает в брак, если у него рождаются дети или он заболевает, в особенности если болезнь оказывается смертельной.

В каждом терапевтическом сообществе есть свои «ужасные истории» о страданиях терапевта, связанных либо с ухудшением психического состояния, либо с неизлечимой болезнью. Тогда контрперенос зачастую распространяется на все сообщество, и лишь очень немногие могут осмелиться даже подумать о том, чтобы сказать какому-нибудь уважаемому терапевту преклонного возраста, что ему пора прекращать практику. Примечательно, как много может выносить в данной ситуации пациент, отрицая, подавляя или рационализируя снижение профессиональных способностей важного и значимого для него терапевта, которому он доверяет. Неизлечимая болезнь может вызывать у терапевтов необычные реакции; некоторые из них отрицают серьезность болезни, отказываясь признать, что у них не хватает сил на пациентов.

Я знаю терапевтов, которые отказывались говорить своим пациентам правду, а когда некоторые из них, заподозрив что-то неладное, стали сомневаться, их сомнения были интерпретированы как перенос. В таких ситуациях возникает сильное чувство вины и тревоги. Пациент лишается возможности оплакать потерю вместе с человеком, которого он теряет, и быть рекомендованным другому аналитику, пока еще жив его теперешний терапевт. Не так уж редко о смерти терапевта пациента извещают по телефону (что делает другой терапевт, который берет на себя эту обязанность, или же друг умершего), в то время как он даже не знал о том, что его терапевт болен и умирает.

С другой стороны, существует много примеров, когда терапевты сообщают своим пациентам о подобных фактах и пациент вместе с терапевтом выбирают лучший способ продолжения терапии. В таких случаях завершение лечения становится более глубоким и более осмысленным, чем тогда, когда терапевт до конца остается в якобы «нейтральной» позиции.

## Терапевтическая среда и культура

Переходя к другому типу ситуационного контрпереноса, рассмотрим некоторые последствия влияния терапевтической среды. Психиатрическая служба и клиническая обстановка, которые должны отвечать экономическим потребностям краткосрочного стационарного лечения, создают атмосферу психотерапевтического процесса, совершенно не способствующую регрессии. Пациенты, страдающие психозом или другими декомпенсациями, используют регрессивные способы выражения конфликта и психологических защит как последнее средство самостабилизации. Спешное пресечение столь сложного и болезненного процесса перекрывает все важные каналы коммуникации, характерные для таких состояний; коммуникации, ради которой пациент в отчаянии цепляется за последние сохранные фрагменты психики.

В такой терапевтической среде терапевту могут сказать, что регрессия является «плохой»; его могут обвинить во вредном отыгрывании, если он считает, что пациент должен достичь определенного уровня регрессии или что ему необходима длительная госпитализация. Давление на терапевта оказывает влияние и на пациента, поскольку терапевт его торопит и может показаться, что он сокращает «лечебные беседы» за счет фармакологического лечения состояний декомпенсации. Пациент может подумать, что терапевт не желает его слушать, тогда как последний просто реагирует на сильное внешнее давление. В других обстоятельствах он вполне мог бы иметь желание слушать пациента. Например:

Молодой практикующий психиатр возбужденно рассказывал во время супервизии о крайне необычной ситуации, сложившейся в процессе лечения. Пожилой мужчина, которого он лечил от серьезной депрессии, не мог принимать антидепрессанты по состоянию здоровья, и психиатр «просто» несколько раз в неделю с ним разговаривал. К великому изумлению терапевта, пожилому пациенту стало лучше. Сначала я подумал, что терапевт просто меня разыгрывает, зная мою психоаналитическую ориентацию. Но он говорил серьезно. Несмотря на знание трудов Фрейда и других аналитиков и супервизии со мной, этот молодой человек находился под таким сильным влиянием прекрасного психиатрического обучения, прочно ориентированного на медикаментозное лечение, что ему нужно было самому открыть для себя существование «лечения беседой».

Полезно напомнить читателю, что Семрад, говоря о паттернах психотерапевтического обучения, использовал известный постулат: онтогенез повторяет филогенез. Развитие индивида последовательно проходит этапы развития вида. Точно так же терапевты, обучающиеся психоанализу, часто видят, что рамки классического психоанализа, полностью соответствующие ситуациям, в которых они создавались, начинают использоваться и при работе с неаналитическими пациентами. Упомянувшийся ранее принцип «нейтрального зеркала» становится их основной техникой. Подобно многим аналитикам прошлых поколений, они могут потратить годы, чтобы интуитивно найти свои собственные способы творческого использования спонтанного и эмпатического контрпереноса.

Контрперенос в обстановке психиатрической клиники – это отдельная тема. У госпитализированных тяжело нарушенных пациентов часто возникают затруднения при интеграции отдельных противоречивых частей личности. Они не в состоянии испытывать ненависть к любимому человеку, поэтому они ищут одного человека для проявления ненависти и другого – для проявления любви. Это противоречие способно привести к дальнейшему расщеплению – и тогда появляется один человек, к которому они испытывают сексуальное влечение, и дру-

гой, от которого они зависят. Этот процесс расщепления может развиваться и далее по многим эмоциональным линиям.

Все те, кто относится к медицинскому персоналу (санитары, медсестры и т. д.) и кому приходится принимать на себя эти эмоции, будут считать себя единственными понимающими «истинное» эмоциональное состояние пациента. Это пациента в различных состояниях взаимодействует с разными представителями медицинского персонала (медсестрами, санитарями, нянечками). В результате может возникнуть упорная и тяжелая борьба между терапевтом и персоналом, поскольку каждый из этих людей считает себя самым компетентным знатоком истинного состояния пациента. Так происходит потому, что каждое из Эго-состояний пациента является аутентичным, но далеко не единственным. Данное положение вещей можно сравнить с колодой карт, на каждую из которых сделали ставки эти медсестры, санитары и нянечки, причем каждый из них считает свою карту козырной. На долю руководства персоналом выпадает обязанность перетасовать эту колоду карт и разложить их на психологическом столе для всего обслуживающего персонала. Подобные пояснения лучше всего делать во время ежедневных рабочих обсуждений, а также при клиническом разборе стратегии лечения в присутствии всех сотрудников (включая терапевта).

Коротко говоря, персонал выполняет интегративную, синтетическую функцию фрагментированного Эго пациента. В данном случае очень важно вытащить все «нити» контрпереноса и составить из них «законченный гобелен». Это поможет значительно прояснить ситуацию и для терапевта, и для всего обслуживающего персонала, иначе каждый из них может оказаться в изоляции и иметь дело лишь с одной частью переживаний пациента.

### **Характерологический контрперенос**

Характерологический контрперенос включает отношение терапевта к миру и людям в целом: эта форма контрпереноса не основана на реакции терапевта на конкретного пациента. Терапевты отличаются по своим интересам и установкам по отношению к разным пациентам и формам психотерапии. Одни терапевты не любят работать с детьми и подростками; другие, наоборот, считают работу с незрелой личностью живой и ищут возможность постоянно отвечать на вызов и проявлять гибкость, которые требуются при работе с детьми. Мне вспоминается фильм о семейном интервью, которое проводит сначала Н. Аккерман (N. Akkerman), потом М. Боуэн (M. Bowen). Во время интервью с Аккерман дети могли свободно бродить по комнате, как бы воплощая символически семейное Ид. Работая с той же семьей, Боуэн предложил детям покинуть комнату, так как усомнился, сможет ли получиться у взрослых людей серьезный разговор в присутствии детей.

Здесь мне вспоминается 12-летний мальчик, который пришел на прием в весьма раздраженном состоянии. (Мы с ним работали несколько месяцев.) Он принес показать мне свои бейсбольные карточки и стал быстро манипулировать с ними, желая продемонстрировать свою меткость и быстроту. Вскоре приблизительно две сотни карт облепили меня и мой кабинет. Я позволил ему вести себя подобным образом, поскольку считал, что ему важно почувствовать, что я смогу вытерпеть его импульсивность и агрессивность, не ощущая себя ни испуганным, ни парализованным.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.