

ЗНАЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРПЕРЕНОСА*

Г.РАКЕР

*Генрих Ракер (1910-1961) относится к числу классиков психоанализа. Блестяще образованный европеец, эмигрировавший в Аргентину и поселившийся в Буэнос-Айресе перед Второй мировой войной, он стал одной из самых ярких звезд южноамериканского психоанализа. Ракер известен прежде всего своими работами по технике психоанализа, в частности, проблемам контрпереноса. (Он, кстати, родился в тот год, когда Фрейд впервые употребил этот термин, определив контрперенос как негативное явление, одно из помех анализу.) Ракер не только реабилитировал контрперенос в психоанализе, но и превратил его из «Золушки» в настоящую психоаналитическую «принцессу». Ракер относится к тому направлению (Мелани Кляйн и ее последователи, другие британские теоретики объектных отношений) и тому поколению в психоанализе, которое стало понимать анализ как сложное межличностное взаимодействие и уделять наибольшее внимание переносу/контрпереносу в их сложной, взаимообусловленной динамике и нерасторжимой связи. Имя Ракера связано с выделенными им двумя разновидностями контрпереноса – **конкордантным** (идентификацией аналитика с Я пациента: его текущими эмоциональными переживаниями и позицией по отношению к внутренним (внешним), в том числе проецируемым на аналитика объектам) и **комплементарным** (идентификацией аналитика с внутренними объектами пациента: их переживаниями и их позицией по отношению к Я пациента/аналитика).*

Представляемая вашему вниманию работа Генриха Ракера «Значение и использование контрпереноса» (1957) – одна из его наиболее известных и цитируемых. Читая ее, вы не только познакомитесь с одним из актуальных взглядов на контрперенос в современном психоанализе, но и, надеюсь, получите удовольствие от того интригующего, почти детективного стиля, которым автор излагает свои тонкие наблюдения и

* Перевод выполнен по: H.Racker. The Meanings and Uses of Countertransference. // H.Racker. Transference and Countertransference. L., 1968, p.127-173.

размышления.

Фрейд описывает перенос и как величайшую опасность, и как наилучшее орудие аналитической работы. При этом он имеет в виду работу по переводу вытесненного прошлого в сознание. Кроме двух этих подразумеваемых значений переноса, Фрейд указывает третье значение: в переносе анализируемый может заново пережить прошлое в более благоприятных условиях и исправить патологические решения и судьбу. Аналогично этому можно выделить и три значения контрпереноса. Он также может быть величайшей опасностью и, в то же время, важным орудием понимания, помощником аналитика в его интерпретациях. Более того, он влияет на поведение аналитика; он вмешивается в его поведение как объекта нового переживания пациента в новом фрагменте его жизни – аналитической ситуации, в которой пациент должен встретить больше понимания и объективности, чем его было в реальности или фантазии его детства.

Что говорят современные авторы о проблемах контрпереноса?¹

Лоранд (*Lorand*, 1946) пишет, в основном, об опасности контрпереноса для аналитической работы. Он также указывает на важность учета контртрансферентных реакций, поскольку они могут указывать на некие важные темы, которые необходимо проработать с пациентом. Он акцентирует внимание на необходимости того, чтобы аналитик всегда осознавал свой контрперенос, и обсуждает специфические проблемы, такие, как сознательное желание исцелять, облегчение, которое анализ может приносить аналитику в его собственных проблемах, нарциссизм и вторжение личных мотивов в клинические вопросы. Он также подчеркивает тот факт, что эти проблемы контрпереноса затрагивают не только новичков, но также и опытных аналитиков.

Винникотт (*Winnicott*, 1949) особенно озабочен «объективной и оправданной ненавистью» в контрпереносе, особенно при лечении психотиков. Он рассматривает то, как аналитику следует обращаться со своими эмоциями: должен ли он, например, выносить свою ненависть молча, или сообщать о ней анализируемому? Таким образом, Винникотт озабочен определенной контртрансферентной реакцией, в той мере, в какой она воздействует на поведение аналитика, являющегося объектом анализируемого при повторном переживании им своего детства.

Хайман (*Heimann*, 1950) обращается к контрпереносу как к орудию понимания анализируемого. «Главная идея состоит в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Этот глубинный раппорт выходит на поверхность в форме чувств, которые аналитик обнаруживает в своих реакциях на пациента, в своем контрпереносе». Поэтому такой эмоциональный отклик аналитика часто ближе к психологическому состоянию пациента, чем сознательные суждения аналитика.

¹ Я ограничусь здесь только работами, опубликованными начиная с 1946г.

Литтл (*Little*, 1951) обсуждает контрперенос как нарушение при понимании и интерпретации и его влияние на поведение аналитика, оказывающее решающее воздействие на повторное переживание пациентом своего детства. Она подчеркивает тенденцию аналитика повторять поведение родителей пациента и удовлетворять некоторые собственные потребности, а не потребности анализируемого. Литтл акцентирует внимание на необходимости признания своего контрпереноса перед анализируемым и интерпретации его, и необходимость делать это не только по отношению к «объективным» контртрансферентным реакциям (Винникотт), но и по отношению к «субъективным».

Анни Райх (*Reich*, 1951), в основном, интересуется контрпереносом как источником нарушений в анализе. Она проясняет концепцию контрпереноса и дифференцирует два его типа: «контрперенос в узком смысле» и «использование аналитиком анализа в целях отыгрывания вовне (*acting out*)». Она исследует причины этих феноменов и пытается понять, какие условия ведут к хорошим, блестящим или неудачным результатам аналитической деятельности.

Гителсон (*Gitelson*, 1952) различает «реакции аналитика на пациента как целое» («перенос» аналитика) и «реакции аналитика на частные аспекты пациентов» («контрперенос» аналитика). Он также озабочен проблемами вторжения контрпереноса в аналитическую ситуацию и утверждает, что если такое вторжение происходит, то с контрпереносом аналитик и пациент должны работать вместе, в чем он согласен с Литтл.

Вайгерт (*Weigert*, 1952) выступает за анализ контрпереноса, если он вторгается в аналитическую ситуацию, и советует аналитику на продвинутых стадиях лечения быть менее сдержанным и более спонтанно проявлять контрперенос.

В предыдущей главе я обсуждаю контрперенос как опасность для аналитической работы. После анализа сопротивлений, которые по-прежнему осложняют исследование контрпереноса, я пытаюсь наглядно показать, как эдиповы и преэдиповы конфликты, а также параноидные, маниакальные и другие процессы проявляются в «неврозе контрпереноса» и как они вмешиваются в понимание, интерпретации и поведение аналитика. Мои замечания относятся как к «прямому», так и к «косвенному» контрпереносу².

В другой статье (1952) я описываю использование контртрансферентного опыта для понимания психологических проблем, особенно трансферентных проблем анализируемого. В своих принципиальных взглядах я согласен с Хайман (*Heimann*, 1950) и подчеркиваю следующие положения.

1) Контртрансферентные реакции большой интенсивности, даже

² Это различие в целом соответствует двум типам контрпереноса у Анни Райх. Я бы добавил, однако, что когда аналитик использует анализ для собственного отыгрывания вовне (то, что я называю «косвенным» контрпереносом), анализируемый репрезентирует собой объект аналитика («полу-перенесенный» объект), а не просто «орудие».

патологические, также должны служить в качестве средств анализа.

2) Контрперенос является выражением идентификации аналитика с внутренними объектами анализируемого, а также с его Ид и Эго, и может использоваться в этом качестве.

3) Контртрансферентные реакции имеют специфические характеристики (специфическое содержание, тревоги и механизмы), из которых мы можем сделать выводы об особом характере психических событий пациента.

Данная работа направлена на развитие моих замечаний о контрпереносе как орудии понимания психических процессов пациента (включая, в частности, его трансферентные реакции) – их содержание, механизмы и интенсивность. Осознание контрпереноса помогает понять, что и когда надо интерпретировать. Эта работа также рассматривает влияние контрпереноса на поведение аналитика по отношению к анализируемому. Это поведение оказывает решающее влияние на позицию аналитика как объекта нового переживания детства, влияя, таким образом, на процесс излечения.

Позвольте мне кратко рассмотреть вопрос контрпереноса в истории психоанализа. Мы встречаемся со странным фактом и разительным контрастом. Открытие Фрейдом (*Freud, 1910*) контрпереноса и его огромного значения для терапевтической работы дало толчок развитию института тренинг-анализа, ставшего основой и центром психоаналитического обучения. Однако контрперенос не получил практически никакого научного рассмотрения в течение последующих сорока лет. Только в последние несколько лет ситуация достаточно внезапно изменилась, и контрперенос стал предметом частого и подробного исследования. Как можно объяснить это первоначальное признание, это последующее пренебрежение и эту недавнюю перемену? И не резонно ли тогда поставить под вопрос успешность тренинг-анализа по выполнению возложенных на него функций, если сама эта проблема, открытие которой привело к возникновению тренинг-анализа, получила столь слабую научную разработку?

Эти вопросы, несомненно, важны, и те, кто лично наблюдал значительную часть развития психоанализа в последние сорок лет, имеют наибольшее право ответить на них³. Я предложу только одно объяснение.

Недостаточность научного исследования контрпереноса должна объясняться отрицанием, обнаруживающим собственные неразрешенные борения психоаналитиков со своей примитивной тревогой и виной. Эти борения тесно связаны с теми инфантильными идеалами, которые выжили из-за недостатков при личном анализе тех самых трансферентных проблем, которые позднее воздействуют на контрперенос аналитика. Эти недостатки тренинг-анализа, в свою очередь, были частично обусловлены

³ Майкл Балинт (*Balint, 1948*) рассматривает сходную проблему – скудное количество работ по системе психоаналитического обучения. Исследование этой проблемы приводит его к нескольким интересным замечаниям о взаимоотношениях тренинг-аналитиков и кандидатов.

контртрансферентными проблемами, недостаточно решенными у тренинг-аналитиков, как я покажу позже. Таким образом, мы оказываемся в порочном круге; но мы видим, где можно пробить брешь. Мы должны начать с пересмотра наших чувств по поводу собственного контрпереноса и попытаться преодолеть собственные инфантильные идеалы, более полно принимая тот факт, что мы по-прежнему дети и невротики, даже если мы взрослые и аналитики. Только таким путем – путем большего преодоления отрицания нами контрпереноса – мы сможем добиться таких же результатов с кандидатами.

Недостаточное разрешение этих идеализаций, подспудных тревог и чувств вины приводит к особым трудностям, когда ребенок становится взрослым, а анализируемый – аналитиком, поскольку аналитик бессознательно требует от себя полной идентификации с этими идеалами. Я думаю, что, по крайней мере, частично по этой причине эдипов комплекс ребенка по отношению к его родителям и пациента по отношению к аналитику рассматривается гораздо более подробно, чем у родителей по отношению к детям и у аналитика по отношению к анализируемому. По той же самой причине переносу уделяют гораздо больше внимания, чем контрпереносу.

Тот факт, что контртрансферентные конфликты определяют недостаточность анализа переноса, становится ясным, если мы вспомним, что перенос является выражением внутренних объектных отношений; поскольку понимание переноса будет зависеть от способности аналитика не только идентифицироваться с импульсами, защитами и внутренними объектами анализируемого, но и осознавать эти идентификации. Эта способность аналитика, в свою очередь, будет зависеть от того, в какой степени он принимает свой контрперенос, поскольку его контрперенос аналогичным образом основан на идентификации с Ид и Эго пациента и его внутренними объектами. Можно также сказать, что перенос является выражением отношений пациента с воображаемым и реальным контрпереносом аналитика. Ибо так же, как контрперенос является психологическим откликом на реальные и воображаемые переносы анализируемого, так и перенос является откликом на воображаемые и реальные контрпереносы аналитика. Анализ фантазий пациента о контрпереносе, которые, в самом широком смысле, являются причинами и следствиями переносов, – самая существенная часть анализа переносов. Восприятие фантазий пациентов относительно контрпереноса будет зависеть, в свою очередь, от того, в какой степени сам аналитик воспринимает свои контртрансферентные процессы – от постоянства и глубины его сознательного контакта с самим собой.

Если суммировать, то вытеснение контрпереноса (и любая другая патологическая судьба, которая ему уготована) с необходимостью ведет к недостаточному анализу переноса, что, в свою очередь, ведет к вытеснению и другим ошибкам в обращении с контрпереносом, когда кандидат становится аналитиком. Это наследуется от поколения к

поколению, аналогично наследованию идеализации и отрицаний, касающихся родительских образов, которые продолжают работать, даже когда ребенок становится отцом или матерью. Мифология ребенка продолжается в мифологии аналитической ситуации⁴, причем сам аналитик становится частично подвержен ей и бессознательно сотрудничает в ее поддержании у кандидата.

Перед тем, как проиллюстрировать эти утверждения, позвольте кратко рассмотреть один из этих идеалов в его специфическом, психоаналитическом выражении: идеал объективности аналитика. Никто, конечно же, не отрицает существования субъективных факторов у аналитика и контрпереноса как такового; но существует, кажется, важное различие между тем, что обычно признается на практике, и реальным положением вещей. Первое искажение правды в «мифе об аналитической ситуации» – то, что анализ – это взаимодействие между больным и здоровым человеком. Правда состоит в том, что это взаимодействие между двумя личностями, у каждой из которых Эго находится под давлением со стороны Ид, Суперэго и внешнего мира; каждой личности присущи свои внутренние и внешние зависимости, тревоги и патологические защиты; каждая – это также и ребенок со своими внутренними родителями; и каждая из этих целостных личностей – личностей анализируемого и аналитика – реагирует на любое событие в аналитической ситуации⁵. Помимо этого сходства между личностями аналитика и анализируемого, существуют также и различия, и одно из них состоит в «объективности». Объективность аналитика состоит, в основном, в определенном отношении к своей собственной субъективности и контрпереносу. Невротический (обсессивный) идеал объективности ведет к вытеснению и блокировке субъективности и, таким образом, явному воплощению мифа об «аналитике без тревоги или гнева». Другой невротической крайностью является «утопание» в контрпереносе. Истинная объективность основана на форме внутреннего разделения, позволяющей аналитику сделать себя (собственный контрперенос и субъективность) объектом своего постоянного наблюдения и анализа. Эта позиция также позволяет ему быть относительно «объективным» по отношению к анализируемому.

II

⁴ Литтл (*Little*, 1951) говорит, например, о «мифе безличного аналитика».

⁵ Очень важно осознавать это «равенство», поскольку иначе существует огромная опасность, что определенные пережитки «патриархального порядка» приведут к искажению аналитической ситуации. Дефицит научных исследований контрпереноса является выражением «социального неравенства» в сообществе аналитиков и анализируемых и указывает на необходимость «социальной реформы», которая может осуществиться только через большее осознание контрпереноса. Потому что, пока мы вытесняем, например, наше желание невротически доминировать над анализируемым (а мы действительно этого хотим одной из частей своей личности), мы не можем освободить его от его невротической зависимости, и, пока мы вытесняем нашу невротическую зависимость от него (а мы действительно частично зависим от него), мы не можем освободить его от потребности невротически доминировать над нами.

Майкл Балинт (*Balint*, 1948) сравнивает атмосферу психоаналитического обучения с церемониями инициации у примитивных народов и подчеркивает существование «внутреннего давления» («*intropressure*») Суперэго (Ференци), которому нелегко противостоять любому из кандидатов.

Термину «контрперенос» придавались различные значения. Их можно суммировать утверждением, что для некоторых авторов контрперенос включает в себя все, что возникает у аналитика в качестве психологической реакции на анализируемого, тогда как для других не все из этого следует называть контрпереносом. Некоторые, например, предпочитают оставить этот термин за тем, что есть инфантильного в отношениях аналитика с анализируемым, тогда как другие проводят иные разграничения (*Reich, 1951; Gitelson, 1952*). Поэтому попытки дифференцировать некоторые из сложных феноменов контрпереноса приводят к путанице или к непродуктивным дискуссиям по терминологии. Фрейд изобрел термин «контрперенос» по явной аналогии с переносом, который он определял как новые оттиски или новые издания опыта детства, включая большую или меньшую модификацию этого первоначального опыта. Поэтому термин «перенос» часто используется по отношению ко всей целостности психологических отношений анализируемого к аналитику. Мы знаем с уверенностью, что реальные внешние качества аналитической ситуации в целом, и аналитика в частности оказывают существенное воздействие на отношения анализируемого с аналитиком, но мы знаем также, что все эти действующие факторы воспринимаются в соответствии с прошлым и фантазией – т.е. в соответствии с трансферентной предрасположенностью. В качестве детерминант трансферентного невроза и, в целом, психологической ситуации анализируемого в отношениях к аналитику у нас есть как трансферентная предрасположенность, так и нынешние реальный и особенно аналитический опыт, и перенос в своих разнообразных проявлениях является результатом двух этих факторов.

Аналогично этому, у аналитика есть контртрансферентная предрасположенность и нынешний реальный и, в частности, аналитический опыт: их результатом является контрперенос. Он представляет собой как раз такое слияние настоящего и прошлого, такую постоянную и тесную связь реальности и фантазии, внешнего и внутреннего, сознательного и бессознательного, которые требуют для себя понятия, обнимающего всю целостность психологических реакций аналитика, и в то же время очень желательно для всей этой целостности реакций сохранить привычный термин «контрперенос». Там, где это необходимо для большей ясности, можно говорить о «тотальном контрпереносе» и затем дифференцировать внутри него те или иные аспекты. Один из этих аспектов состоит как раз в том, что переносится в контрпереносе; это та часть, которая возникает в более раннее время и является особенно инфантильной и примитивной частью в рамках тотального контрпереноса. Другой из этих аспектов, тесно связанный с предыдущим, – что есть невротического в контрпереносе; главными характеристиками этого являются нереальная тревога и патологические защиты. В определенных обстоятельствах можно также говорить о неврозе контрпереноса, который я обсуждал в предыдущей главе.

Для лучшего прояснения понятия контрпереноса можно начать с вопроса, что происходит, в самых общих словах, у аналитика в его отношениях с пациентом. Первый ответ мог бы быть таким: случается все, что может случиться при встрече одной личности с другой. Но это говорит так много, что едва ли говорит о чем бы то ни было. Мы сделаем шаг вперед, если будем держать в уме, что у аналитика существует тенденция, которая в норме присуща его профессии, – тенденция понимать то, что происходит с пациентом. Наряду с этой тенденцией по отношению к пациенту существуют практически все другие возможные тенденции, страхи, и другие чувства, которые могут быть у одного человека по отношению к другому. Намерение понять создает определенную предрасположенность к тому, чтобы идентифицировать себя с анализируемым, что является основой для понимания. Аналитик может достичь этой цели путем идентификации своего Эго с Эго пациента или, говоря более ясно, хотя и с определенной терминологической неточностью, путем идентификации каждой из частей своей личности с соответствующей психологической частью пациента – своего Ид с Ид пациента, своего Эго с его Эго, своего Суперэго с его Суперэго, принимая эти идентификации в свое сознание. Но это случается не всегда, и это не все, что случается. Помимо этих идентификаций, которые можно назвать конкордантными (или гомологическими) существуют также очень важные идентификации Эго аналитика с внутренними объектами пациента, например, с Суперэго. Приспосабливая для этого выражение Хелены Дойч, их можно назвать комплементарными идентификациями⁶. Мы рассмотрим эти два вида идентификации и их судьбы позднее. Сейчас мы только можем сделать следующие замечания.

1) Конкордантная идентификация основана на интроекции и проекции, или, другими словами, на резонансе внешнего во внутреннем, признании того, что принадлежит другому, как своего собственного («эта твоя часть – это я») и на приравнивании того, что является своим собственным, к тому, что принадлежит другому («эта часть меня – это ты»). Процесс, действующий при комплементарной идентификации, тот же самый, но он относится к объектам пациента. Чем сильнее конфликты между частями личности аналитика, тем труднее ему вынести конкордантную идентификацию во всей ее целостности.

2) Комплементарные идентификации являются результатом того, что пациент относится к аналитику как к внутреннему (проецируемому) объекту, и аналитик чувствует, что к нему так относятся; т.е. он идентифицирует себя с этим объектом. Комплементарные идентификации тесно связаны с судьбой конкордантных идентификаций: кажется, что в той степени, в какой аналитик впадает в конкордантные идентификации и отражает их, происходит интенсификация комплементарных идентификаций. Ясно, что отвержение самим аналитиком в себе какой-то части или

⁶ Хелена Дойч (*Deutsch*, 1926) говорит о «комплементарном отношении», когда имеет в виду идентификации аналитика с образами объектов.

тенденции – своей агрессивности, например, – может вести к отвержению агрессивности пациента (когда не происходит конкордантной идентификации). Такая ситуация ведет к большей комплементарной идентификации с отвергающим пациента объектом, против которого и направлен этот агрессивный импульс.

3) В современном употреблении термин «контрперенос» относится только к комплементарным идентификациям; т.е. к тем психологическим процессам аналитика, посредством которых, поскольку аналитик чувствует, что к нему относятся как внутреннему объекту пациента, и частично идентифицируется с ним, пациент становится внутренним (проецируемым) объектом аналитика. Обычно исключенными из понятия контрпереноса являются конкордантные идентификации – то психологическое содержание, которое возникает у аналитика по причине возникновения эмпатии с пациентом, которые действительно отражают и воспроизводят психологическое содержание последнего. Возможно, было бы лучше всего следовать этому значению, но есть некоторые обстоятельства, делающие это неразумным. В первую очередь, некоторые авторы включают конкордантную идентификацию в понятие контрпереноса. Таким образом, мы оказываемся перед выбором: либо вступить в терминологическую дискуссию, либо принять термин в его более широком смысле. Я думаю, что по различным причинам предпочтительнее более широкий смысл. Если считать, что конкордантные идентификации аналитика (его «понимание») являются своего рода воспроизведением его собственных прошлых процессов, особенно его детства, и что это воспроизведение и переживание вновь происходит в ответ на стимулы, исходящие от пациента, можно с большей готовностью включить конкордантные идентификации в понятие контрпереноса. Более того, конкордантные идентификации тесно связаны с комплементарными (и, таким образом, с «контрпереносом» в популярном смысле), и этот факт делает желательным дифференциацию, но не полное разделение терминов. Наконец, нужно держать в уме, что склонность к эмпатии – т.е. конкордантной идентификации – исходит во многом из сублимированного позитивного контрпереноса, что, таким образом, связывает эмпатию с контрпереносом в более широком смысле. Все это предполагает принятие контрпереноса как тотального психологического отклика аналитика на пациента. Если мы примем это широкое определение контрпереноса, то по-прежнему нужно определить различие между двумя его упомянутыми выше аспектами. С одной стороны, у нас есть аналитик как субъект и пациент как объект познания, что в определенном смысле аннулирует «объектные отношения» как таковые; и вместо них возникает приблизительный союз или идентичность между различными частями (переживаниями, импульсами, защитами) субъекта и объекта. Совокупность процессов, присущих этому союзу, может быть обозначена, если это необходимо, как «конкордантный контрперенос». С другой стороны, у нас есть объектное отношение, очень

похожее на многие другие, настоящий «перенос», в котором аналитик «повторяет» предыдущий опыт, а пациент репрезентирует внутренние объекты аналитика. Совокупность этих переживаний, которые также существуют постоянно, можно назвать термином «комплементарный контрперенос»⁷.

Сейчас к месту может быть краткий пример. Представьте пациента, угрожающе аналитику самоубийством. В таких ситуациях иногда происходит отвержение аналитиком конкордантной идентификации и усиление его идентификации с угрожаемым объектом. Тревога, которую может вызвать такая угроза, может привести аналитика к различным реакциям или защитным механизмам внутри него – например, раздражению на пациента. Его тревога и раздражение будут содержанием «комплементарного контрпереноса». Восприятие своего раздражения может, в свою очередь, вызвать чувство вины у аналитика, и это ведет к желаним репарации и интенсификации «конкордантной» идентификации и «конкордантного» контрпереноса.

Кроме того, эти два аспекта «тотального контрпереноса» имеют свои аналогии в переносе. Сублимированный позитивный перенос является главной и необходимой мотивирующей силой для работы пациента; он сам по себе не создает технических проблем. Перенос становится «предметом», согласно Фрейдю (*Freud, 1912; 1913*), в основном, «когда он становится сопротивлением», когда из-за сопротивления он принимает сексуальную или негативную форму. Аналогично этому, сублимированный позитивный контрперенос является главной и необходимой мотивирующей силой в работе аналитика (делая его открытым для продолжающейся конкордантной идентификации), и контрперенос также становится технической проблемой или «предметом», в основном, когда он становится сексуальным или негативным. А это возникает в принципе так же, как и сопротивление – в этом случае, у аналитика, – как контрсопротивление.

Это ведет к проблеме динамики контрпереноса. Мы уже знаем, что три фактора, выделенные Фрейдом как детерминанты динамики переноса (импульс к повторению детских клише или опыта, либидинальная потребность и сопротивление), являются также решающими для динамики контрпереноса. Я вернусь к этому позже.

III

Каждая трансферентная ситуация провоцирует контртрансферентную ситуацию, которая вызывает идентификацию аналитика с (внутренними) объектами анализируемого (т.е. это «комплементарный контрперенос»). Эти контртрансферентные ситуации могут быть вытеснены или эмоционально заблокированы. По-видимому, их нельзя избежать; их определенно не следует избегать для достижения полного понимания. Эти

⁷ Ввиду близкой связи между двумя этими аспектами контрпереноса это различие выглядит чем-то искусственным. Его введение оправдано только по тем обстоятельствам, которые я упомянул.

контртрансферентные реакции управляются законами общего и индивидуального бессознательного. Среди них особенно важен закон талиона⁸. Так, например, на каждую позитивную трансферентную ситуацию отвечает позитивный контрперенос; на каждый негативный перенос отвечает в одной из частей аналитика негативный контрперенос. Очень важно, чтобы аналитик осознавал этот закон, поскольку его осознание является важнейшим для того, чтобы не «утонуть» в контрпереносе. Если он не осознает его, он не сможет избежать вхождения в порочный круг невроза анализируемого, который будет мешать или даже полностью воспрепятствует терапии.

Условный пример: если невроз пациента центрирован на конфликте с его интроецированным отцом, пациент проецирует его на аналитика и относится к аналитику как к своему отцу; аналитик чувствует такое отношение – чувствует, что к нему относятся плохо – и реагирует внутренне, частью своей личности в соответствии с тем отношением, которое он ощущает. Если он не осознает эту реакцию, его поведение будет неизбежно находиться под ее воздействием, и он будет заново создавать ситуации, которые, в той или иной степени, помогут сохранению невроза анализируемого. Следовательно, для аналитика величайшее значение имеет развитие внутри себя Эго-наблюдателя за своими контртрансферентными реакциями, которые, естественно, постоянны. Восприятие этих контртрансферентных реакций поможет ему осознать постоянные трансферентные ситуации пациента и интерпретировать их, вместо того чтобы невольно оказаться под властью этих реакций, что нередко случается. Хорошо известным примером является «мстительное молчание» аналитика. Если аналитик не осознает этих реакций, существует опасность, что пациент должен будет повторить в своем трансферентном опыте порочный круг, вызванный проекцией и интроекцией «плохих объектов» (в действительности, невротических объектов) и последующих патологических тревог и защит; но трансферентные интерпретации позволяют посредством осознания аналитиком своего контртрансферентного опыта пробить существенные бреши в этом порочном круге.

Возвращаясь к предыдущему примеру: если аналитик осознает, что именно провоцирует у него, в его собственном контрпереносе, проекция на него пациентом образа отца, ему проще помочь пациенту осознать эту проекцию и следующие за ней механизмы. Интерпретация этих механизмов покажет пациенту, что нынешняя реальность не идентична с внутренними восприятиями (поскольку, если бы это было так, аналитик бы не интерпретировал и никак не действовал как аналитик); пациент тогда интроецирует реальность лучше, чем свой внутренний мир. Исправления такого рода не происходит, если аналитик находится под воздействием своего бессознательного контрпереноса.

⁸ Кратко этот закон можно сформулировать как «Око за око, зуб за зуб».

Позвольте мне рассмотреть некоторые следствия из этих принципов. Возвращаясь к вопросу о том, что делает аналитик во время сеанса и что происходит внутри него, можно ответить первое, что приходит в голову: аналитик слушает. Но это не совсем так: он слушает большую часть времени, или хочет слушать, но не всегда это делает. Ференци (*Ferenczi*, 1919) обращается к этому факту и выражает мнение, что отвлекаемость аналитика имеет небольшое значение, поскольку пациент в такие моменты должен обязательно находиться в сопротивлении. Замечание Ференци звучит как эхо той эры, когда аналитик, в основном, интересовался вытесненными импульсами, поскольку сейчас, когда мы пытаемся анализировать сопротивления, их проявления у пациента становятся такими же важными, как и любая другая его продукция. Во всяком случае, Ференци здесь обращается к контртрансферентной реакции и выводит из нее психологическую ситуацию анализируемого. Он говорит: «...мы бессознательно реагируем на пустоту и бессмысленность ассоциаций, представляемых нам, отстранением от сознательного возбуждения». Ситуацию можно описать как ситуацию взаимного отстранения. Отстранение аналитика является реакцией на отстранение анализируемого, которое, однако, является реакцией на воображаемую или реальную психологическую позицию аналитика. Если мы отстранились – если мы не слушаем, а думаем о чем-то другом – мы можем использовать это событие на службу анализу, как и любую другую информацию, которую мы получаем. И вина, которую мы можем почувствовать за такое отстранение, также может быть использована аналитически, как и любая другая контртрансферентная реакция. Следующие слова Ференци: «опасность для доктора заснуть... невелика, поскольку мы проснемся при первой же мысли, которая каким-либо образом касается лечения», явно направлены на то, чтобы успокоить эту вину. Но, вместо того, чтобы отпустить вину аналитика, лучше было бы использовать ее для продвижения анализа, и, конечно, такое использование вины – это наилучший способ освободиться от нее. Действительно, мы встречаемся здесь с кардинальной проблемой отношений между переносом-контрпереносом и терапевтическим процессом в целом. Потому что отстранение аналитика – это только пример того, как бессознательное одного человека откликается на бессознательное другого. Этот отклик, видимо, частично обусловлен законом талиона, поскольку мы идентифицируем себя с бессознательными объектами анализируемого; и, поскольку этот закон бессознательно воздействует на аналитика, существует опасность возникновения порочного круга реакций между ними, так как анализируемый, в свою очередь, отвечает «по талиону», и так без конца.

Приглядевшись более пристально, мы видим, что «реакция талиона», или «идентификация с агрессором» (пациентом, фрустрирующим аналитика) является сложным процессом. Такой психологический процесс у аналитика обычно начинается с чувства неудовольствия и некоторой

тревоги как реакции на эту агрессию (фрустрацию), и из-за этого чувства аналитик идентифицирует себя с «агрессором». Термином «агрессор» мы должны обозначить не только пациента, но также некий внутренний объект аналитика (в частности, его собственное Суперэго или внутреннего преследователя), проецируемого теперь на пациента. Эта идентификация с агрессором или преследователем вызывает чувство вины; видимо, так происходит всегда, хотя осознание вины может быть вытеснено. Происходит процесс меланхолии в миниатюре, именно так, как описывал его Фрейд: объект в определенной степени бросает нас; мы идентифицируемся с потерянным объектом⁹; а затем обвиняем интроецированный «плохой» объект – иными словами, у нас появляются чувства вины. Это можно почувствовать в замечании Ференци, процитированном выше, в котором механизмы, задействованные в работе, направлены против чувств вины: отрицание вины («опасность невелика») и определенные обвинения против анализируемого за «пустоту» и «бессмысленность» его ассоциаций. Таким путем в аналитическую ситуацию вторгается порочный круг – род параноидного пинг-понга¹⁰.

Две часто встречающиеся ситуации иллюстрируют как комплементарную, так и конкордантную идентификацию и порочный круг, который эти ситуации могут вызвать.

1) Одна трансферентная ситуация, которая регулярно возникает, состоит в том, что пациент видит в аналитике свое Суперэго. Аналитик идентифицируется с Ид и Эго пациента и с зависимостью пациента от своего Суперэго; он также идентифицируется с тем же самым Суперэго – это та ситуация, в которую пациент его помещает – и переживает таким образом доминирование Суперэго над Эго пациента. Отношение Эго к Суперэго является, в своей основе, депрессивным и параноидным; отношение Суперэго к Эго является в этой ситуации маниакальным, поскольку этот термин можно употребить для обозначения доминирующей, контролирующей и обвиняющей установки Суперэго и Эго. В этом смысле мы можем сказать, говоря шире, что «депрессивно-параноидному» переносу у анализируемого соответствует здесь – учитывая комплементарную идентификацию – «маниакальный» контрперенос у аналитика. Это, в свою очередь, может вызвать различные страхи и чувства вины, о которых речь пойдет ниже¹¹.

2) Когда пациент, защищаясь от этой ситуации, идентифицирует себя с Суперэго, он может поставить аналитика в положение зависимого и обличаемого Эго. Аналитик не только идентифицируется с этой позицией

⁹ Это частичное бросание и угроза бросания. Объект, угрожающий бросить нас, и преследователь – это в своей основе одно и то же.

¹⁰ Прогресс, описанный Ференци, имеет даже более глубокое значение. «Пустота» и «бессмысленность» ассоциаций выражают пустую, бессмысленную, мертвую часть анализируемого; они характеризуют депрессивную ситуацию, в которой анализируемый одинок и брошен своими объектами, так же как это происходит и в аналитической ситуации.

¹¹ Цезио (*Cesio*, 1952) демонстрирует в представленном ими случае основные контртрансферентные реакции, возникающие в ходе психоаналитического лечения, указывая, в особенности, на частичную идентификацию аналитика с объектами Суперэго пациента.

пациента; он также будет воспринимать ситуацию с тем содержанием, которое ей дает пациент: он будет чувствовать себя подчиненным и обвиняемым и может, в определенной степени, реагировать тревогой и виной. «Маниакальной» трансферентной ситуации (того типа, который называют «манией упреков») соответствует здесь – имея в виду комплементарную идентификацию – «депрессивно-параноидная» контртрансферентная ситуация.

Аналитик в норме переживает эти ситуации только частью своего существа, оставляя другую часть свободной для того, чтобы замечать их и использовать для лечения. Восприятие такой контртрансферентной ситуации и ее понимание им как психологической реакции на определенную трансферентную ситуацию позволяет ему лучше уловить перенос именно в момент, когда тот активен. Это именно те ситуации и то поведение аналитика по отношению к ним и, в особенности, его интерпретации этих ситуаций, которые имеют решающее значение для процесса терапии, поскольку являются теми моментами, когда порочный круг, в котором привычно кружится невротик, проецируя свой внутренний мир вовне и реинтроецируя этот же самый мир, и может быть разорван или не разорван. Более того, в этих решающих точках порочный круг может быть укреплен аналитиком, если он не осознает, что вступил в него.

Короткий пример: анализируемый повторяет с аналитиком свой «невроз неудачи», закрываясь перед каждой интерпретацией и сразу же вытесняя ее, упрекая аналитика в бесполезности анализа, не видя ничего хорошего в будущем, постоянно заявляя о своем полном безразличии к чему бы то ни было. Аналитик интерпретирует позицию пациента по отношению к нему, ее происхождение и ее различные аспекты. Он показывает пациенту его защиту против того, чтобы стать слишком зависимым, быть брошенным, высмеянным или пострадать от ответной агрессии аналитика, если он откажется от своего панциря и безразличия по отношению к аналитику. Он интерпретирует пациенту его проекцию плохих внутренних объектов и его последующее садомазохистское поведение в переносе; его потребность в наказании; его триумф и «мазохистскую месть» переносимым [на аналитика] родителям; его защиту от «депрессивной позиции» посредством шизоидных, параноидных и маниакальных защит (Мелани Кляйн); и он интерпретирует, что пациент отвергает связь с ним, потому что она имеет бессознательное гомосексуальное значение. Но может случиться, что все эти интерпретации, вместо того чтобы быть направленными на центральное сопротивление и быть связанными с трансферентной ситуацией, претерпевают ту же судьбу по тем же причинам: они попадают в «водоворот пустоты» (*Leer lauf*) «невроза неудачи». Теперь наступает решающий момент. Аналитик, подчиненный сопротивлению пациента, может начать чувствовать тревогу по поводу возможной неудачи и гнев на пациента. Когда это случается с аналитиком, пациент чувствует, что это происходит из-за того, что его собственная «агрессивность» и другие

реакции спровоцировали это; поэтому он опасается гнева аналитика. Если аналитик под угрозой неудачи, или, точнее, под угрозой своего собственного Суперэго или собственных архаических объектов, нашедших для себя «агента-provokatora» в пациенте, действует под влиянием этих внутренних объектов и своих параноидных и депрессивных тревог, то пациент снова обнаруживает, что сталкивается с реальностью, напоминающей его реальный или воображаемый детский опыт и его внутренний мир; и, таким образом, порочный круг продолжается и далее может укрепляться. Но если аналитик ухватывает важность этой ситуации, если, несмотря на собственные тревогу и гнев, он понимает, что происходит с анализируемым, находясь теперь в этой новой позитивной контртрансферентной ситуации, то он может пробить брешь – большую или маленькую – в этом порочном круге (смотри Пример 8, ниже).

IV

Таким образом, мы рассмотрели соотношение между переносом и контрпереносом в аналитическом процессе. Теперь давайте рассмотрим более пристально феномены контрпереноса. Контртрансферентные переживания можно разделить на два класса. Один можно обозначить как «контртрансферентные мысли», другой – как «контртрансферентные позиции». Только что процитированный пример может служить иллюстрацией последнего класса. Суть этого примера состоит в том, что аналитик чувствует тревогу и гневается на анализируемого – т.е. находится в определенной контртрансферентной «позиции». В качестве примера другого класса можно привести следующее.

В начале сеанса анализируемый хочет заплатить. Он дает аналитику банкноту в тысячу песо и просит сдачи. Деньги лежат у аналитика в другой комнате, и он идет туда взять их, оставив тысячу песо у себя на столе. В промежуток между уходом и возвращением у него возникает фантазия, что анализируемый заберет деньги назад и скажет, что аналитик взял их с собой. По возвращении он видит тысячу песо там же, где он их оставил. Когда расчет произведен, анализируемый ложится и говорит аналитику, что когда он остался один, у него были фантазии о том, чтобы сохранить деньги, свистнув их и т.д. Фантазия аналитика была основана на том, что он уже знал о пациенте, который на предыдущих сеансах выказывал сильное нежелание платить. Идентичность фантазии аналитика и фантазии пациента о сохранении денег могут объясняться как проистекающие из связи двух бессознательных, связи, к которой можно относиться как к «психологическому симбиозу» между двумя личностями. На желание анализируемого взять у него деньги (уже выразившееся при предыдущих случаях) аналитик реагирует, идентифицируясь как с его желанием, так и с объектом, на который направлено это желание; в результате у него возникает фантазия, что его могут обокрасть. Чтобы эти идентификации проявились, очевидно, должна существовать потенциальная идентичность. Можно подразумевать, что любая

возможная психологическая констелляция пациента существует также у аналитика, и что констелляция, которая соответствует такой констелляции пациента, начинает действовать и у аналитика. В результате появляется симбиоз, и теперь мысли возникают у аналитика спонтанно в соответствии с психологическими констелляциями пациента.

В фантазиях, вроде только что описанной, и в примере с аналитиком, разозлившимся на своего пациента, мы имеем дело с идентификациями с Ид, Эго и объектами анализируемого; в обоих случаях, таким образом, это вопрос контртрансферентных реакций. Однако есть существенная разница между этими двумя ситуациями, и эта разница состоит, по-видимому, не только в их эмоциональной насыщенности. Перед тем, как осветить эту разницу, я хотел бы подчеркнуть, что контртрансферентную реакцию, проявившуюся в последнем случае (фантазия о тысяче песо), следует использовать как средство для дальнейшего анализа. Она, кроме того, является типичным примером тех самых «спонтанных мыслей», к которым обращаются Фрейд и другие авторы, советуя аналитику позволять своему вниманию «плавать» и подчеркивая важность этих мыслей для понимания пациента. Для контртрансферентных реакций, примером которых служит история с тысячей песо, характерно то, что они совсем не угрожают объективности аналитика как наблюдателя. Опасность здесь состоит скорее в том, что аналитик не уделяет этим мыслям достаточно внимания или не способен использовать их для понимания или интерпретации. Соответствующие мысли пациента не всегда сознательны, и так же не всегда сообщаются аналитику, как это было в приведенном примере. Но из собственных контртрансферентных «мыслей» и чувств аналитик может догадаться, что вытесняется или отвергается. Важно еще раз вспомнить, как мы используем термин «контрперенос», поскольку для многих авторов, возможно, для большинства, он означает не эти мысли аналитика, а скорее другой класс реакций – «контртрансферентные позиции». Это является одной из причин того, почему полезно дифференцировать два этих типа реакций.

Существенная разница между ними лежит в той степени, в которой Эго оказывается вовлеченным в переживание. В одном случае реакции переживаются как мысли, свободные ассоциации или фантазии без сильной эмоциональной интенсивности и часто так, как будто они являются чем-то чуждым для Эго. В другом случае Эго аналитика вовлечено в контртрансферентное переживание, и это переживание ощущается им с большой интенсивностью и как подлинная реальность, и существует опасность «утонуть» в этом переживании. В первом примере с аналитиком, который разозлился из-за сопротивлений анализируемого, анализируемый ощущался одной из частей аналитика как реально плохой («контртрансферентная позиция»), хотя аналитик и не выражал свою злость. Кроме того, как я считаю, две эти контртрансферентные реакции различаются между собой, потому что имеют разное происхождение. Реакция, переживаемая аналитиком как мысль или фантазия, проистекает

из наличия аналогичной ситуации у анализируемого – т.е. из его готовности воспринимать и сообщать свою внутреннюю ситуацию (как это произошло в случае с тысячей песо), – тогда как реакция, переживаемая аналитиком с большой интенсивностью, даже как реальность, проистекает из действия вовне со стороны анализируемого (в случае «невроза неудачи»). Несомненно, в самом анализе также существует фактор, помогающий выделить это различие. У аналитика, как кажется, есть два способа реагирования. Он может реагировать на некоторые ситуации, воспринимая свои реакции, тогда как на другие он реагирует, действуя вовне (аллопластически или аутопластически). Какой тип реакции возникает у аналитика, отчасти зависит от его собственного невроза, его склонности к тревоге, его защитных механизмов и особенно от его тенденции повторять (действовать вовне), вместо того чтобы осознавать. Здесь мы встречаемся с фактором, который определяет динамику контрпереноса. Это тот самый фактор, который, как подчеркивал Фрейд, определяет особую интенсивность переноса в анализе, а также ответственен за особую интенсивность контрпереноса.

Давайте обратимся к динамике контрпереноса. Большая интенсивность определенных контртрансферентных реакций должна объясняться существованием у аналитика патологических защит против нарастания архаических тревог и неразрешенных внутренних конфликтов. Перенос, как я считаю, становится интенсивным не только потому, что он служит сопротивлением припоминанию, как говорит Фрейд, но также и потому, что он служит защитой от опасности, коренящейся в самом трансферентном переживании. Иными словами, «трансферентное сопротивление» часто является повторением защит, которые должны быть интенсифицированы, чтобы в переносе не произошла катастрофа. То же самое справедливо и для контрпереноса. Ясно, что эти катастрофы связаны с осознанием определенных аспектов собственных инстинктов. Возьмите, например, аналитика, который становится тревожным и внутренне злится по поводу сильного мазохизма анализируемого в аналитической ситуации. Такой мазохизм часто возбуждает старые параноидные и депрессивные тревоги и чувства вины у аналитика, который, столкнувшись с агрессией, направленной пациентом на собственное Эго, и с последствиями этой агрессии, заново встречается в своем бессознательном со своими детскими преступлениями. Часто именно эти детские конфликты аналитика с присущей им агрессией приводят его в эту профессию, в которой он пытается возместить ущерб, нанесенный своей агрессией объектам, и преодолеть или отрицать свою вину. Из-за сильного мазохизма пациента эта защита, состоящая из терапевтического действия аналитика, терпит провал, и аналитик оказывается под угрозой возврата катастрофы и встречи с разрушенным объектом. Так интенсивность «негативного контрпереноса» (гнева на пациента) обычно возрастает из-за провала контртрансферентной защиты (терапевтического действия) и в результате последующего возрастания

тревоги у аналитика по поводу катастрофы в контртрансферентном переживании (разрушение объекта).

Этот пример также иллюстрирует другой аспект динамики контрпереноса. В главе 3 я показал, что «упразднение отвержения»¹² в анализе определяет динамику переноса и, в частности, интенсивность переноса «отвергающих» внутренних объектов (в первую очередь, Суперэго). «Упразднение отвержения» начинается с сообщения спонтанных мыслей. Аналитик, однако, не сообщает, аналогично этому, своих мыслей анализируемому, и в этом заключено важное различие между его ситуацией и ситуацией анализируемого и между динамикой переноса и динамикой контрпереноса. Однако это различие не так велико, как можно было бы вначале предположить, по двум причинам: во-первых, из-за того, что нет необходимости в выражении свободных ассоциаций для того, чтобы имели место проекции и перенос, и, во-вторых, потому что аналитик сообщает определенные ассоциации личного характера, даже если кажется, что он этого не делает. Эти сообщения начинаются, можно сказать, с таблички на входной двери, которая гласит «Психоаналитик» или «Доктор». Какой мотив (в терминах бессознательного) определяет желание аналитика лечить, кроме как тот, что сам аналитик и сделал пациента больным? Таким образом, пациент, просто будучи пациентом, уже становится кредитором, обвинителем, «Суперэго» аналитика, а аналитик – его должником.

V

Приводимые ниже примеры иллюстрируют различные виды, значения и использования контртрансферентных реакций. Вначале я описываю ситуации, в которых интенсивность контрпереноса слишком мала, чтобы увлечь за ним Эго аналитика; затем некоторые ситуации, в которых возникает интенсивная контртрансферентная реакция, глубоко вовлекающая в себя Эго; и, наконец, некоторые примеры, в которых вытеснение контрпереноса препятствует в критический момент пониманию ситуации анализируемого.

1) Пациентка спрашивает аналитика, правда ли, что другой аналитик, по имени N, развелся со своей женой и женился вновь. В последующих ассоциациях она вновь и вновь обращается к первой жене N. Аналитику приходит мысль, что пациентка также хочет узнать, кто вторая жена N, и, возможно, она интересуется, не была ли его вторая жена до этого пациенткой N. Далее аналитик предполагает, что его пациентка (учитывая ее текущую трансферентную ситуацию) интересуется, не разведется ли ее собственный аналитик со своей женой, чтобы жениться на ней. В соответствии с этим подозрением, но избегая делать какие-либо предположения, аналитик спрашивает, есть ли у нее какие-либо мысли о второй жене N. Анализируемая отвечает со смехом: «Да, мне интересно,

¹² Под «упразднением отвержения» я имею в виду приверженность анализируемого фундаментальному правилу, что он должен выражать все свои мысли без отбора или отвержения.

не была ли она одной из его пациенток». Анализ психологической ситуации аналитика показывает, что его «спонтанная мысль» была возможна благодаря тому, что его идентификация с пациенткой в ее эдиповых желаниях не была заблокирована вытеснением, а также потому, что он осуществил контрперенос собственных позитивных эдиповых импульсов, принятых его сознанием, на пациентку.

Этот пример показывает, как в «спонтанные мысли» аналитика, которые позволяют ему добиться более глубокого понимания, вторгается не только сублимированный позитивный контрперенос, позволяющий ему идентифицироваться с Ид и Эго пациента, но также (внешне отсутствующий) «комплементарный контрперенос» – его идентификация с внутренними объектами, которые пациент переносит на аналитика, и сознательное принятие им собственных инфантильных объектных отношений с пациентом,

2) В нижеследующем примере «спонтанные мысли», которые внешне зависят от контртрансферентной ситуации, дают ключ к пониманию.

Женщина-кандидат ассоциирует по поводу научного собрания в Психоаналитическом институте, первого, которое она посетила. Когда она ассоциирует, аналитику приходит в голову, что он, в отличие от многих других тренинг-аналитиков, не участвовал в дискуссии. Он чувствует некоторую досаду, думая, что анализируемая могла заметить это, и обнаруживает в себе некоторый страх, что вследствие этого она будет относиться к нему как к ущербному. Он сознает, что предпочел бы, чтобы она не думала об этом и не упоминала о происходящем; именно по этой причине он указывает анализируемой, что она отвергает мысли, касающиеся его в связи с этим собранием. Реакция анализируемой показывает важность этой интерпретации. Она восклицает в удивлении: «Конечно, я чуть было не забыла сказать вам». Затем она продуцирует множество ассоциаций, связанных с переносом, которые она прежде отвергала по причинам, соответствующим контртрансферентному отвержению тех же самых мыслей аналитиком. Пример показывает важность наблюдения контрпереноса как технического средства; он также показывает соотношение между трансферентным и контртрансферентным сопротивлениями.

3) При рукопожатии в начале сеанса аналитик, заметив, что пациент подавлен, испытывает легкое чувство вины. Аналитик сразу же думает о последнем сеансе, на котором он фрустрировал пациента. Он понял, откуда пришла депрессия пациента, еще до того, как ассоциации пациента привели его к такому же заключению. Наблюдение контртрансферентных мыслей до и после сеансов может также быть важным ключом для аналитика в понимании аналитической ситуации пациента. Например, если чувство раздражения перед входом в кабинет является контртрансферентной реакцией на агрессивное или доминирующее поведение пациента, раздражение может позволить аналитику заранее понять тревогу пациента, которая на наиболее поверхностном уровне

является страхом гнева аналитика, спровоцированного поведением пациента. Другой пример – это аналитик, который перед входом в кабинет переживает вину за опоздание; он осознает, что часто заставлял своего пациента ждать, и что именно сильная мазохистская склонность этого пациента к подчинению провоцировала его на это фрустрирующее поведение. Другими словами, аналитик реагирует на сильное вытеснение агрессии пациентом, делая то, что ему нравится, и злоупотребляя неврозом пациента. Но само искушение, которое чувствует аналитик и которому он уступает в своем поведении, и те мимолетные чувства вины, которые он переживает по этому поводу, могут служить ему указанием для понимания трансферентной ситуации анализируемого.

4) Аналогично этому следующий пример из аналитической литературы показывает, как контртрансферентная ситуация делает возможным понимание аналитической ситуации пациента таким образом, что это оказывает решающее воздействие на весь последующий ход лечения. Интересно отметить, что автор, видимо, не осознает, что удачное понимание происходит благодаря бессознательному схватыванию контртрансферентной ситуации. Я обращаюсь к «случаю с явными чертами неполноценности», опубликованному Вильгельмом Райхом (*Reich, 1933*). Показав, как в течение длительного периода времени никакие интерпретации не достигали успеха и никак не меняли состояние пациента в анализе, Райх пишет:

«Тогда я проинтерпретировал ему его чувства неполноценности передо мной; вначале это было безуспешно, но после того, как я упорно демонстрировал ему в течение нескольких дней его поведение, он сделал несколько высказываний относительно своей огромной зависти не ко мне, но к другим мужчинам, по отношению к которым он также чувствовал себя неполноценным. И тогда меня осенила, как вспышкой молнии, мысль, что его повторяющиеся жалобы могут значить только: «Анализ не приносит мне никакого результата – он не хорош, аналитик неполноценен и бессилен и ничего не добьется со мной». Его жалобы следовало понимать частично как триумф, а частично как упреки аналитику».

Если мы обратимся к источнику «мысли-молнии» Райха, то теоретический ответ мог бы состоять в том, что она возникла из идентификации с этими импульсами анализируемого или из идентификации с одним из его внутренних объектов. Описание происшедшего, однако, оставляет мало возможности для сомнений, что именно последнее, «комплементарный контрперенос», был источником интуиции Райха. Т.е. это молниеносное понимание возникло в результате его собственного чувства бессилия, поражения и вины по поводу провала лечения.

5) Теперь приведу случай, в котором вытеснение контрпереноса препятствовало аналитику в понимании трансферентной ситуации, тогда

как последующее осознание им контрпереноса оказалось как раз тем, что принесло это понимание.

В течение нескольких дней пациент страдал от интенсивной тревоги и боли в желудке. Аналитик не могла понять ситуации, пока не спросила пациента, когда она впервые началась. Тот ответил, что боль восходит к тому моменту, когда он едко критиковал аналитика за определенное поведение, и добавил, что заметил, что аналитик выглядела довольно подавленной из-за того, что опоздала. То, что сказал пациент, попало в больное место. Аналитик действительно чувствовала некоторую подавленность из-за своей агрессии на пациента. Но она вытеснила свою агрессию против пациента, что лежало в основе ее депрессии, и вытеснила свое осознание того, что пациент будет также думать, сознательно или бессознательно, о последствиях своей критики. Пациент осознавал это и поэтому связал собственные тревоги и симптомы с депрессией аналитика. Другими словами, у аналитика возникла избирательная слепота к связи между тревогой и болью пациента и агрессией (критикой), направленной на нее. Эта слепота к трансферентной ситуации возникла из-за вытеснения контрпереноса, поскольку агрессия, которую пациент подозревал у аналитика и на которую он отвечал тревогой и желудочной болью (предвосхищающей самоагрессией), существовала не только в его фантазии, но и в действительных контртрансферентных чувствах аналитика.

Опасность вытеснения контрпереноса является, естественно, тем большей, чем больше эти контртрансферентные реакции отвергаются Эго-идеалом или Суперэго. Взять, например, случай пациента с почти полным отсутствием «уважения» к аналитику: может так произойти, что его нарциссизму будет нанесен ущерб, и он будет внутренне реагировать на это некоторой степенью раздражения. Если аналитик вытесняет это раздражение, поскольку оно плохо согласуется с требованиями его Эго-идеала, он лишает себя важного пути понимания переноса пациента; поскольку пациент пытается отрицать дистанцию между своими внутренними (идеализированными) объектами и своим Эго путем маниакальных механизмов, пытаясь компенсировать свои чувства неполноценности, ведя себя «на равных» (в реальности, инвертируя эту ситуацию с идеализированными объектами путем идентификации с ними) и защищая себя таким путем против конфликтных ситуаций наибольшей важности. Точно так же сексуальное возбуждение аналитика может указывать на скрытое соблазняющее поведение и эротоманические фантазии анализируемого и на лежащие за этим ситуации. Вытеснение таких контртрансферентных реакций может препятствовать тому, чтобы найти подходящую технику. Могу посоветовать, например, когда пациент проявляет гипоманиакальное поведение такого рода, вести себя не просто по-аналитически «толерантно» (что может быть еще усилено чувством вины по поводу контртрансферентных реакций), но, в качестве первого шага, помогать пациенту осознавать контртрансферентные реакции его

собственных внутренних объектов, таких как Суперэго. Поскольку, так же как аналитик реагирует раздражением на почти полное «отсутствие уважения» со стороны пациента, так реагирует и пациент на свои внутренние объекты; потому что в поведении пациента существует агрессивность против этих внутренних объектов, которые пациент уже однажды переживал как высокомерные и отвергающие. В более общих терминах, могу сказать, что пациенты с определенными гипоманиакальными защитами относятся к своему поведению как к «естественному» и «спонтанному», а к аналитику как к «терпимому» и «понимающему», вытесняя в то же время отвергающие и нетерпимые объекты, проецируемые на аналитика. Если аналитик не вытесняет свои более глубокие реакции на ассоциации и поведение анализируемого, они помогут ему показать пациенту эти его собственные внутренние объекты и те отношения, в которых он с ними находится.

б) При анализе мы должны принимать к рассмотрению контрперенос в целом (тотальный), так же как и перенос в целом. В частности, важно уделять внимание не только тому, что существует и повторяется, но и тому, что никогда не существовало (или существует только как надежда), т.е. новым и специфически аналитическим факторам в ситуации анализируемого и аналитика. Важнейшее место занимают здесь реальные новые характеристики этого объекта (аналитика или анализируемого), ситуация пациент-доктор (намерение излечиться или быть излеченным, быть восстановленным или восстановиться), и ситуация, создаваемая психоаналитическими мыслями и чувствами (как, например, ситуация, создаваемая фундаментальным правилом, этим первоначальным разрешением и приглашением, основным выражением специфической атмосферы терпимости и свободы).

Позвольте мне кратко проиллюстрировать, что имеется в виду под «целостным переносом». Во время психоаналитического сеанса ассоциации мужчины, которого лечила женщина-аналитик, касались его отношений с женщинами. Он говорил о фрустрациях и отвержениях, которые ему пришлось пережить, и о своей неспособности создавать отношения с образованными женщинами. Это обнаруживало садистские и унижающие тенденции по отношению к женщинам. Было ясно, что пациент переносил свои фрустрирующие и отвергающие образы на аналитика, и от этого у него возникало к ней недоверие. Пациент действительно выражал свой страх быть отвергнутым аналитиком из-за своего садизма (а еще глубже: из-за страха разрушить ее и ее мести ему за это) и, в глубине, свой страх быть фрустрированным – что отражает ту ситуацию, которая в далеком прошлом дала ход его садизму. Такая интерпретация будет точным отражением трансферентной ситуации в собственном смысле этого слова. Но в целостной аналитической ситуации существует нечто большее. Очевидно, что пациент нуждается в чем-то и чего-то ищет на самом сеансе. Что это? Что это за специфический, присутствующий в настоящем фактор, что это за предполагаемый аспект трансферентной

ситуации? Ответ практически содержится в данной выше интерпретации: анализируемый пытается связать себя с объектом эмоционально и либидинально, предыдущие сеансы пробудили его чувства и частично разрушили его панцирь; он косвенно спрашивает аналитика, действительно ли он может довериться ей, действительно ли он может отдаться без риска страдать так же, как он страдал раньше. Первая интерпретация относится только к переносу как повторению того, что однажды существовало; последняя, более полная интерпретация относится к тому, что существовало, и также к тому, что никогда не существовало, и что он надеется получить в аналитическом опыте.

Теперь давайте рассмотрим пример, относящийся как к целостной трансферентной, так и к целостной контртрансферентной ситуации. Иллюстрацию мы опять возьмем у Вильгельма Райха (*Reich, 1933*). Анализ был долгое время сконцентрирован на улыбке пациента, единственном доступном анализу проявлении, по мнению Райха, которое осталось после исчезновения всех коммуникаций и поступков, с которых начиналось лечение. Среди этих поступков были некоторые, интерпретировавшиеся Райхом как провокации (например, жест, направленный на голову аналитика). Ясно, что Райх в этой интерпретации следовал за тем, что он чувствовал в контрпереносе. Но то, что Райх воспринимал таким образом, было только частью того, что происходило внутри него; поскольку, кроме страха и раздражения (которые, пусть только в слабой степени, он должен был чувствовать), была и реакция его Эго на эти чувства, желание контролировать их и господствовать над ними, идущее от его совести аналитика». Поскольку Райх давал анализируемому понять, что существует большая свобода и терпимость в аналитической ситуации, и этот дух терпимости заставляет Райха реагировать на эти «провокации» только интерпретациями. Цель анализируемого, когда он делал это, состояла в том, чтобы проверить, действительно ли аналитику присуща такая терпимость. Сам Райх позже дал ему такую интерпретацию, и эта интерпретация возымела гораздо больший эффект, чем первая. Рассмотрение целостной контртрансферентной ситуации (чувства, что тебя провоцируют и «совести аналитика», определяющей участь этого чувства) может, в первую очередь, служить указанием для понимания целостной контртрансферентной ситуации, состоящей из агрессивности, первоначального недоверия и лучика доверия, новой надежды, которые пробудила в нем либеральность основного аналитического правила.

7) Выше я ссылался на тот факт, что перенос, коль скоро он детерминирован инфантильной ситуацией и архаическими объектами пациента, провоцирует в бессознательном аналитика инфантильные ситуации и интенсифицирует вибрации его собственных архаических объектных отношений. Я хотел бы привести другой пример, показывающий, как аналитик, если он не осознает такие контртрансферентные реакции, может заставить пациента почувствовать,

что он вновь сталкивается с архаическим объектом (порочный круг), и как, несмотря на наличие некоторого понимания того, что происходит с пациентом, аналитик не способен дать адекватную интерпретацию.

Во время своего первого аналитического сеанса пациентка рассказывает о том, как жарко, и о других вещах, которые аналитику (женщине-кандидатке) кажутся несущественными. Аналитик говорит пациентке, что очень похоже на то, что она не осмеливается говорить о себе. Хотя анализируемая, конечно же, говорит о себе (даже говоря о том, как жарко), интерпретация является, по сути, правильной, поскольку нацелена на центральный в данный момент конфликт. Но она плохо сформулирована и это частично вызвано контртрансферентной ситуацией. Это обусловлено тем, что для аналитика «вы не осмеливаетесь» является критикой, проистекающей из фрустрации ее желания, чтобы пациентка преодолела свое сопротивление. Если бы аналитик не чувствовала этого раздражения и осознавала невротический характер своей внутренней реакции тревоги и недовольства, она смогла бы понять, почему пациентка «не осмеливается», и сказала бы ей об этом. В этом случае недостаток смелости, на который аналитик указывает пациентке, оказался естественной реакцией в рамках опасных объектных отношений.

Придерживаясь хода мысли аналитика и оставляя в стороне другие возможные интерпретации, мы можем предположить, что она могла бы сказать анализируемой, что что-то в аналитической ситуации (в отношениях между пациентом и аналитиком) вызывает у нее страх и заставляет ее мысли уклоняться от того, что значит для нее много, к тому, что значит для нее мало. Эта интерпретация отличается от той, что она дала пациентке, в двух моментах: во-первых, интерпретация, данная в реальности, не указывала на объектные отношения, приводящие к «не осмеливаетесь», и, во-вторых, в своей формулировке она совпадала с суждениями Суперэго, которых необходимо стремиться избегать, как только возможно¹³. Суждений Суперэго не удалось в этом случае избежать, поскольку аналитик идентифицировался в контрпереносе с Суперэго анализируемого, не осознавая этой идентификации; если бы она это осознавала, она бы проинтерпретировала, например, пугающую агрессию со стороны Суперэго (проецируемую на аналитика), а не выражала бы ее через интерпретацию. По-видимому, «интерпретация тенденций» без рассмотрения целостных объектных отношений, вызвана, среди прочего, вытеснением аналитиком одного из аспектов своего контрпереноса, его идентификацией с внутренними объектами анализируемого.

Позже на том же сеансе пациентка, чувствуя, что ее критикуют, одергивает себя за свою привычку говорить довольно несвязно. Она говорит, что ее мать часто делала ей замечания по этому поводу, а затем критикует мать за то, что та обычно не слушала то, что она говорит.

¹³ Если интерпретации совпадают с суждениями Суперэго анализируемого, аналитик смешивается с Суперэго, иногда вполне обоснованно. Суждения Суперэго должны демонстрироваться пациенту, но, насколько это возможно, не должны высказываться специально.

Аналитик понимает, что эти высказывания относятся к аналитической ситуации и спрашивает ее: «Почему вы думаете, что я вас не слушаю?» Пациентка отвечает, что она уверена, что аналитик ее слушает.

Что происходит? Недоверие пациентки схлестнулось с желанием аналитика завоевать доверие, поэтому аналитик не анализирует ситуацию. Она не может сказать пациентке: «Нет, я буду слушать вас, доверяйте мне», – но она предполагает это своим вопросом. Опять вторжение неконтролируемого контрпереноса (желания, чтобы у пациента не было сопротивлений) преобразует хорошее понимание в дефектную интерпретацию. Такие события важны, особенно если они случаются часто. И они, скорее всего, случаются часто, поскольку такие интерпретации исходят из определенного состояния аналитика, частично неосознанного. Что делает эти события такими важными, так это тот факт, что бессознательное анализируемого полностью осознает бессознательные желания аналитика. Поэтому пациент снова сталкивается с объектом, который, как в этом случае, хочет заставить или соблазнить пациента отказаться от своего недоверия и бессознательно скорее пытается удовлетворить собственные желания или успокоить собственные тревоги, нежели понять и удовлетворить терапевтическую потребность пациента.

Все это мы выводили из реакций пациентки, подчиняющейся внушению аналитика, когда она говорит аналитику, что доверяет ей, отрицая таким образом аспект своей внутренней реальности. Она подчиняется предшествующей критике своего малодушия и затем внешне «преодолеывает» это сопротивление, тогда как в реальности оно остается неизменным. Иначе и быть не может, поскольку анализируемая осознает невротическое желание аналитика, и ее перенос обусловлен этим осознанием. До некоторой степени анализируемая обнаруживает себя снова, в реальной аналитической ситуации, в соприкосновении со своей внутренней или внешней инфантильной реальностью и в той же степени повторяет свои старые защиты и не имеет обоснованной причины для реального преодоления своих сопротивлений, как бы сильно ни пытался аналитик убедить ее в своих терпимости и понимании. Аналитик достигнет этого, лишь предложив ей более хорошие интерпретации, в которые не будет так сильно вмешиваться ее невроз.

8) Следующий более детальный пример демонстрирует: а) закон талиона в отношениях аналитика и анализируемого; б) как осознание реакций контрпереноса указывает на то, что происходит в переносе и имеет в данный момент наибольшую значимость; в) какая интерпретация является наиболее подходящей, для того чтобы разорвать порочный круг; и д) как последующие ассоциации показывают, что этот разрыв сделан, путь даже только частично – поскольку те же защиты возвращаются, и снова контрперенос указывает на интерпретации, в которых нуждается анализируемый.

Мы рассмотрим наиболее важные события на одном из сеансов.

Анализируемый, страдавший, в основном, от сильной эмоциональной заторможенности и «разобщенности» во всех своих объектных отношениях, начал сеанс, сказав, что чувствует себя полностью разобщенным с аналитиком. Он говорил с трудом, как будто преодолевая большое сопротивление, и всегда неизменным тоном, который, по-видимому, никак не отражал его инстинкты и чувства. При этом контртрансферентная реакция на содержание его ассоциаций (или скорее на его повествование, т.к. он осуществлял жесткий контроль за своими мыслями) время от времени менялась. В определенный момент аналитик почувствовал легкое раздражение. Это произошло, когда пациент, врач по профессии, сказал ему, как в разговоре с другим врачом он резко критиковал аналитиков за их пассивность (они мало дают и мало излечивают), за их высокие цены и за их тенденцию доминировать над своими пациентами. Высказывания пациента и его поведение имели несколько значений. Было ясно, во-первых, что эти обвинения, хотя и высказанные в общем виде и по отношению к другим аналитикам, были направлены против его собственного аналитика; пациент стал Суперэго аналитика. Для пациента эта ситуация представляла защиту от его собственного обвиняющего Суперэго, спроецированного на аналитика. Это было формой идентификации с внутренними преследователями, которая вела к инверсии пугающей ситуации. Это была, другими словами, транзиторная «мания упреков» как защита против параноидно-депрессивной ситуации, при которой Суперэго преследует пациента упреками и угрожает ему отвержением. Наряду с этой идентификацией с Суперэго, существовала проекция части «плохого Эго» и Ид на аналитика. Пассивность (простая рецептивность, неспособность возместить ущерб), эгоистическая эксплуатация и доминирование, которые он приписывал аналитику, – это его собственные «плохие тенденции», упреков и отвержения за которые со стороны аналитика он опасался. На более глубоком уровне это «плохое Эго» состоит из плохих объектов, с которыми пациент идентифицировался в качестве защиты от преследования с их стороны.

Мы уже понимаем, что было бы преждевременным интерпретировать эту более глубокую ситуацию; пациент должен сперва столкнуться со своим «плохим Эго»: он должен пройти в переносе через параноидно-депрессивную ситуацию, в которой будет чувствовать угрозу со стороны Суперэго-аналитика. Но даже в такой ситуации мы по-прежнему не уверены в том, какую интерпретацию дать, поскольку то, что пациент говорит и делает, далее на поверхности имеет и другие значения. Критика, которую он высказывает другим врачам по поводу аналитиков, имеет значение бунта, мести и провокации; и, возможно, поиска наказания, так же как и исследования того, насколько много свободы позволяет ему аналитик, и, одновременно, подчинения и контролирования этого опасного объекта – аналитика.

Контртрансферентная реакция аналитика дала ему понять, какая из всех этих интерпретаций наиболее верна, поскольку контртрансферентная

реакция является живым откликом на трансферентную ситуацию в данный момент. Аналитик почувствовал (в соответствии с законом талиона) небольшую тревогу и злость на агрессию, которой он подвергся со стороны пациента, и мы можем предположить, что пациент в своей бессознательной или сознательной фантазии ощутил это раздражение внутреннего объекта, по отношению к которому было направлено его протестующее поведение, и среагировал на это раздражение тревогой. «Разобщенность», о которой он говорил в своей первой реплике, должна быть связана с этой тревогой, т.к. из-за этой «разобщенности» анализируемый не воспринимал опасности и не чувствовал тревоги. Вследствие проекции пациентом этого внутреннего объекта, аналитик становится для него тираном, требующим полного подчинения и запрещающим любой протест. Нарушение этого запрета (протест, высказанный пациентом своему другу-врачу) может казаться аналитику – в фантазии пациента – неверностью и вызвать со стороны аналитика реакцию злобы и эмоционального отвержения; мы выводим это из контртрансферентного переживания. Чтобы умиротворить аналитика и вновь завоевать его расположение, пациент принимает его злость и наказание и страдает от боли в желудке – это он сообщает в ассоциациях, но не связывает эти два переживания. Его депрессия в тот день должна объясняться, во-первых, этим чувством вины и, во-вторых, потерей объекта, вызванной усилением «разобщенности».

Аналитик объясняет в своей интерпретации значение этой «разобщенности». В ответ пациент говорит, что накануне он вспомнил свой разговор с этим врачом, и этот разговор действительно вызвал у него тревогу. После короткой паузы он добавляет: «Как раз сейчас мне в голову пришла мысль, ну... и что мне с этим делать?» Аналитик ощущает, что эти слова снова вызвали у него легкое раздражение. Мы можем понять, почему. Первая реакция пациента на интерпретацию (он отреагировал, вспомнил тревогу по поводу своего протеста) приблизила аналитика к удовлетворению его желания устранить отчужденность пациента. Припоминание пациентом своей тревоги было, по крайней мере, одним шагом вперед, поскольку он таким образом признавал общность, которую обычно отрицал или вытеснял. Но его следующие слова снова вызвали у аналитика фрустрацию, поскольку означали – «это не принесло мне пользы, ничто не изменилось». Снова контртрансферентная реакция указала аналитику на возникновение критического момента в переносе и на то, что здесь существует возможность интерпретации. В этот момент также в бессознательной фантазии пациента должна была возникнуть реакция злости со стороны внутреннего объекта – как это в реальности произошло с аналитиком, – на которую должна быть нацелена интерпретация. Тревога пациента должна исходить именно из этой фантазии. Его тревога – и с ней его отчужденность – могут уменьшиться только путем замещения этой фантазийной злости пониманием пациентом своей потребности защитить себя посредством этого отрицания («ну... и

что мне с этим делать?»). В реальности аналитик, кроме того, что чувствовал раздражение, понимал, что пациент должен протестовать и бунтовать, замыкаться и «разобщаться» снова, отрицать и препятствовать любому влиянию, поскольку, если аналитик докажет свою полезность, то пациент впадет в сильную зависимость именно из-за этой его полезности, и потому что пациент будет ему обязан. Интерпретация повысила угрозу этого, поскольку пациент почувствовал, что это так. Из-за тирании аналитика – доминирующего, эксплуатирующего, садистского характера, присущего этой тирании, – эту зависимость было необходимо предотвратить.

Аналитик, благодаря осознанию своего контрпереноса, понял тревогу пациента и проинтерпретировал ее. Последовавшие за этим ассоциации показали, что эта интерпретация также была точной.

Пациент вскоре после этого сказал, что его депрессия прошла, и это признание стало знаком прогресса, потому что пациент признал что-то хорошее у аналитика. Кроме того, последующие ассоциации позволили глубже проанализировать его трансферентный невроз, поскольку пациент теперь обнажил более глубокий слой. Стала явной его подспудная зависимость. Его ассоциации относились к тому факту, что общий друг пациента и аналитика сказал ему несколько дней назад, что аналитик уезжает в отпуск этим вечером, и этот сеанс будет последним. Таким образом, пациент признал эмоциональное значение, которым обладал для него аналитик, что раньше он всегда отрицал. Теперь мы также понимаем, как тот его протест против аналитиков был еще прежде вызван надвигающейся угрозой быть покинутым аналитиком. Когда, перед самым концом сеанса, аналитик объяснил, что информация их друга неверна, пациент разозлился на этого друга и вспомнил, как тот и раньше пытался вызвать у него ревность к аналитику. Так пациент подтвердил свою ревность к аналитику, хотя перенес свою злость на друга, пробудившего у него тревогу.

Что же случилось? И как это можно объяснить?

Ожидаемая поездка аналитика представляла в бессознательном пациента брошенность со стороны необходимых ему внутренних объектов. Этой опасности противостояла идентификация с агрессором: угрозе агрессии (отвержению со стороны аналитика) противостояла агрессия (протест пациента против аналитиков). Его собственная агрессия заставила пациента бояться контрагрессии или оставления аналитиком. Эта тревога оставалась бессознательной, но аналитик мог ее вывести из контрагрессии, которую он воспринимал в контрпереносе. Если бы он не проинтерпретировал трансферентную ситуацию пациента или если бы он включил в свою интерпретацию какую бы то ни было критику настойчивого и постоянного отвержения пациентом своего аналитика или его упрямого отрицания какой бы то ни было привязанности к аналитику, пациент остался бы в порочном круге между своим базовым страхом быть отверженным и своей защитной идентификацией с преследователем

(объектом, который отвергает); он бы продолжал вращаться в порочном круге своего невроза. Но интерпретация, показавшая ему, что аналитик понимает его поведение и лежащую в его основании тревогу, изменила (по крайней мере, на мгновение) образ аналитика как преследователя. Поэтому пациент смог оставить свою защитную идентификацию с этим образом и смог признать свою зависимость (более глубокий слой), свою потребность в аналитике и свою ревность.

И теперь снова в этой новой ситуации контрперенос показывает содержание и источники тревоги, которые быстро возвращают анализируемого назад, к повторению защитного механизма, который он только что отверг (который может быть идентификацией с преследователем, эмоциональным блокированием или чем-то еще). И снова интерпретация этой новой опасности является единственным средством разорвать порочный круг. Если мы рассмотрим природу отношений, существовавших в течение месяцев до эмоциональной капитуляции на этом сеансе, если мы рассмотрим параноидную ситуацию, существовавшую в переносе и контрпереносе (выражавшуюся в интенсивных характерологических сопротивлениях пациента и раздражении аналитика), если мы рассмотрим всю эту подоплеку только что описанного сеанса, мы поймем, что аналитик при капитуляции пациента наслаждается маниакальным триумфом, за которым, конечно же, следуют депрессивные и параноидные тревоги, сострадание к пациенту, желание репарации и другие последствия. Именно эти чувства вины, вызванные у аналитика его маниакальными чувствами, могут привести к неспособности адекватно интерпретировать ситуацию. Опасность страхов пациента состоит в том, что он станет беспомощной жертвой садизма со стороны своего объекта (аналитика) – того самого садизма, который аналитик ощущает в своем «маниакальном» удовлетворении от подчинения и поражения плохого объекта, с которым защитно идентифицируется пациент. Восприятие этой маниакальной реакции контрпереноса указывает на то, какова нынешняя трансферентная ситуация, и что следует интерпретировать.

Если бы в психологической ситуации аналитика не существовало бы ничего другого, кроме этой маниакальной реакции, у пациента не было бы альтернативы, кроме использования тех же самых старых защитных механизмов, которые, по сути, и образуют его невроз. Говоря более общими терминами, нам следует признать, что негативная терапевтическая реакция – это адекватная трансферентная реакция пациента на воображаемый или реальный негативный контрперенос аналитика (*Little, 1951*). Но даже там, где такой негативный контрперенос реально существует, он является только частью психологической реакции аналитика, поскольку, во-первых, закон талиона является не единственной детерминантой реакций бессознательного, а, во-вторых, сознание также играет роль в психологических реакциях аналитика. Если говорить о бессознательном, то там существует, конечно же, тенденция возмещать

ущерб, которая может даже создать установку «отвечать добром на зло». Эта тенденция к репарации в реальности является желанием возместить, хотя и замещенному объекту, то, что с ним мог сделать или о чем мог подумать плохой объект. Если же говорить о сознании, здесь мы, во-первых, видим тот факт, что собственный анализ аналитика сделал его Эго сильнее, чем оно было прежде, так что интенсивность его тревог и последующих контртрансферентных реакций обычно уменьшена; во-вторых, у аналитика есть некоторая способность к наблюдению своего контрпереноса, к тому, чтобы «выйти из него» и относиться к нему объективно; и, в-третьих, знание аналитиком психологии также влияет изнутри и извне на его психологическую реакцию. Знание, например, что за негативным переносом и сопротивлением скрыта нереализованная любовь, помогает аналитику отвечать любовью на эту возможность любви, на это ядро внутри пациента, как бы глубоко оно ни было погребено под ненавистью и страхом.

9) Аналитику следует избегать, насколько это возможно, интерпретации в терминах морального Суперэго¹⁴. Эта опасность увеличивается из-за бессознательной идентификации аналитика с внутренними объектами пациента и, в частности, с его Суперэго. В только что приведенном примере пациент в разговоре со своим другом критикует поведение аналитиков. Делая это, он принимает роль Суперэго по отношению к внутреннему объекту, который он проецирует на аналитика. Аналитик идентифицирует себя с этим проецируемым объектом и реагирует бессознательной тревогой и раздражением на эти обвинения. Он внутренне упрекает пациента за его поведение, и возникает опасность, что что-то из этого упрека (в котором аналитик, в свою очередь, идентифицирует себя с пациентом, ведущим себя как Суперэго), просочится в его интерпретацию, которая тогда подкрепит невротический порочный круг пациента. Но проблема шире этого. Определенная психоаналитическая терминология, возможно, вновь усилит в переживаниях пациента спутанность между аналитиком и Суперэго. Например, «нарциссизм», «пассивность» и «подкуп Суперэго» – это термины, которые нам не следует использовать без тщательного обдумывания как раз потому, что они повышают опасность, что пациент спутает образ аналитика с образом Суперэго. Для большей ясности можно прояснить две эти ситуации теоретически. В одной из них только пациент воспринимает эти термины критически из-за своего конфликта между Эго и Суперэго, а аналитик свободен от этих критических чувств. В другой – аналитик также относится к определенным чертам характера с моральной нетерпимостью; он чувствует себя настроенным критически, как будто он в действительности Суперэго. Кое-что из этой установки, возможно, существует всегда, поскольку аналитик идентифицирует себя с объектами, которые пациент «третирует» (своим «нарциссизмом», «пассивностью»

¹⁴ Нечто похожее, хотя и вне связи с проблемой контрпереноса, подчеркивает Фэйрберн (*Fairbairn*, 1943).

или «подкупом Суперэго»). Но даже если аналитик полностью разрешил свои собственные конфликты вокруг этих своих тенденций и, следовательно, остается свободным от контртрансферентного конфликта с соответствующими тенденциями пациента, было бы предпочтительнее указать пациенту на некоторые конфликты между ним и его Суперэго, и не впадать в риск затруднить для пациента дифференциацию между суждениями собственного Суперэго и пониманием аналитиком тех самых тенденций через использование терминологии, которая как раз повышает риск спутать две эти возможности.

Могут возразить, что этой спутанности между аналитиком и Суперэго невозможно и не следует избегать, поскольку она представляет существенную часть анализа переноса (экстернализацию внутренних ситуаций), и поскольку невозможно прийти к ясности иначе, чем через путаницу. Это правда, спутанности невозможно и не следует избегать, но мы должны помнить, что эта спутанность также должна быть преодолена и что это тем более сложно, чем более реально аналитик идентифицируется в своих переживаниях с Суперэго анализируемого и чем более эти идентификации негативно влияют на его интерпретации и поведение.

VI

В представленных примерах мы видим, как определенные трансферентные ситуации соответствуют определенным контртрансферентным ситуациям, и наоборот. На какую трансферентную ситуацию аналитик обычно реагирует определенным контрпереносом? Исследование этого вопроса позволит на практике выводить трансферентные ситуации из контртрансферентных реакций. Затем мы можем спросить, на какой образ или поведение объекта, на какую реальную или воображаемую контртрансферентную ситуацию реагирует пациент этим определенным переносом? Многие аспекты этих проблем получили подробное рассмотрение со стороны психоаналитиков, но специфическая проблема соотношения переноса и контрпереноса при анализе осталась малоисследованной.

Этот предмет настолько обширен, что мы можем обсудить только несколько ситуаций, и те не полностью, ограничивая себя только определенными аспектами. Мы должны выбрать для обсуждения только наиболее важные контртрансферентные ситуации, такие, которые в наибольшей степени препятствуют задачам аналитика и которые проясняют важные моменты в неврозе двоих, *la nevrose a deux*, возникающем в аналитической ситуации – неврозе обычно очень разном по интенсивности у двух его участников.

1) В чем значение контртрансферентной тревоги?

Контртрансферентная тревога может быть описана обобщающими и упрощающими терминами как имеющая депрессивный или параноидный

характер¹⁵. При депрессивной тревоге присущая ей угроза состоит в том, что аналитик может разрушить анализируемого или сделать его больным. Эта тревога может очень сильно возрасти, если аналитик сталкивается с опасностью, что пациент может совершить самоубийство, и быть несколько меньшей, если возникает ухудшение или угроза ухудшения состояния здоровья пациента. Но просто отсутствие улучшений у пациента и его страдания и депрессия могут также спровоцировать депрессивные тревоги аналитика. Эти тревоги обычно повышают желание исцелить пациента.

Обращаясь к параноидным тревогам, важно дифференцировать между «прямым» и «косвенным» контрпереносом. При прямом контрпереносе тревоги вызваны опасностью агрессии третьих сторон, на которые у аналитика возникает его собственный основной перенос – например, со стороны членов аналитического общества, поскольку будущее объектных отношений аналитика с обществом частично детерминировано его профессиональной работой. Агрессия, которой он опасается, может принимать различные формы, такие как критика, упреки, ненависть, насмешки, презрение или физические посягательства. В бессознательном это может быть угроза быть убитым или кастрированным или как-то иначе наказанным архаическим способом.

Трансферентные ситуации пациента, ответом на которые служат депрессивные тревоги аналитика, – это, прежде всего, те, в которых пациент через возрастание фрустрации¹⁶ (или угрозы фрустрации) и агрессии, которую она возбуждает, оборачивает агрессию на себя. На одном уровне мы имеем дело с ситуациями, в которых пациент защищает себя от параноидного страха возмездия, предвосхищая эту угрозу, неся сам и направляя на себя часть агрессии, которой он боится со стороны объекта, перенесенного на аналитика, и угрожая нести ее и дальше. В этом психологическом смысле именно аналитик нападает на пациента и разрушает его; и депрессивная тревога соответствует этой психологической реальности. Другими словами, контртрансферентная депрессивная тревога возникает, прежде всего, как ответ на «мазохистскую защиту» пациента – которая в то же время является мстью («мазохистской мстью») – и как ответ на угрозу ее продолжения. На другом уровне пациент поворачивает агрессию против себя, чтобы защитить себя от нового переживания разрушения объектов и защиты их от своей собственной агрессии.

Параноидная тревога в «прямом» контрпереносе является реакцией на угрозу, исходящую от различных агрессивных установок самого

¹⁵ Смотри Кляйн (*Klein*, 1935, 1950). Термины «депрессивный», «параноидный» и «маниакальный» используются здесь как чисто описательные. Так, например, «параноидные тревоги» включают все фантазии преследуемости, независимо от либидинальных фаз или «позиций», описанных Кляйн. Приводимые мной ниже соображения тесно связаны с моими наблюдениями о стратификации психопатологии (*Racker*, 1957).

¹⁶ Под термином «фрустрация» я обычно имею в виду субъективное переживание, а не объективные факты. Это внутреннее переживание детерминировано комплементарными рядами, на одном конце которых находится первичный и вторичный мазохизм, а на другом конце реальные фрустрирующие события.

пациента. Анализ этих установок показывает, что они сами являются защитами от или реакциями на определенные агрессивные образы; и эти реакции и защиты управляются законом талиона, и наоборот, аналогично этому, идентификацией с преследователем. Упрек, презрение, отвержение, физическое нападение – все эти установки пренебрежения или агрессии у пациента, способствующие возникновению контртрансферентных параноидных тревог, являются реакциями на эквивалентные установки трансферентного объекта (или предвосхищениями этих реакций).

Параноидные тревоги в «непрямом» контрпереносе обладают более сложной природой, поскольку опасность для аналитика исходит от третьей стороны. Трансферентные ситуации пациента, провоцирующие агрессию этой «третьей стороны» против аналитика, могут быть различных видов. В большинстве случаев мы имеем дело с трансферентными ситуациями (мазохистскими или агрессивными), сходными с теми, которые провоцируют «прямые» контртрансферентные тревоги, описанные ранее.

Общий знаменатель всех различных установок пациентов, провоцирующих тревогу у аналитика, нужно искать, как я считаю, в механизме «идентификации с преследователем»; переживание освобождения от преследователя и триумфа над ним, присущее этой идентификации, дает возможность нам обозначить этот механизм как маниакальный. Этот механизм может также существовать там, где манифестная картина у пациента совершенно противоположна, а именно при некоторых депрессивных состояниях; поскольку маниакальное поведение может быть направлено либо на спроецированный объект, либо на интроецированный объект, оно может осуществляться аллопластически или аутопластически. «Идентификация с преследователем» может существовать даже в суициде, поскольку он может быть «передразниванием» фантазийных или реальных преследователей путем предвосхищения намерений преследователей и совершения с собой того, что хотели сделать они; это «передразнивание» является маниакальным аспектом суицида. «Идентификация с преследователем» является также защитой от объекта, ощущаемого как садистский, склонного превращать пациента в жертву маниакальной фиесты; и эта защита осуществляется либо через интроекцию преследователя в Эго, превращающую аналитика в объект «маниакальных тенденций», либо через интроекцию преследователя в Суперэго, делающую Эго объектом его маниакальных наклонностей. Позвольте мне проиллюстрировать это.

Анализируемый решает поехать отдохнуть в Европу. Он переживает это как победу над аналитиком и потому, что он освободится от него на два месяца, и потому, что он может себе это позволить, а аналитик не может. Затем он начинает чувствовать тревогу, как бы аналитик не отомстил ему за его триумф. Пациент предвосхищает эту агрессию ухудшением самочувствия, повышением температуры и первыми симптомами гриппа. Аналитик чувствует легкую тревогу по поводу этой

болезни и боится, вспоминая предыдущий опыт, ухудшения состояния здоровья пациента, который, однако, продолжает ходить на сеансы. Вплоть до этого момента ситуация в переносе и контрпереносе следующая. Пациент находится в маниакальном отношении с аналитиком, у него есть тревоги преимущественно параноидного типа. Аналитик ощущает некоторое раздражение за то, что его бросают, и некоторую зависть к большому богатству пациента (чувства, приписываемые пациентом в его параноидных тревогах аналитику); но, в то же время, аналитик чувствует удовлетворение по поводу реального прогресса анализируемого, проявляющегося в том, что путешествие стало возможно, и пациент решает его предпринять. Аналитик воспринимает желание части своей личности привязать пациента к себе и использовать для удовлетворения собственных потребностей. В связи с этими желаниями он вспоминает мать пациента и осознает, что в реальности идентифицировался с доминирующим и защищающим объектом, с которым его идентифицировал пациент. Поэтому болезнь пациента кажется бессознательному аналитика результатом собственного желания аналитика, и аналитик поэтому переживает депрессивные (и параноидные) тревоги. Какой образ объекта ведет пациента к этой маниакальной ситуации? Это как раз тот самый образ тиранической и садистской матери, для которой фрустрации пациента являются маниакальной фиестой. Именно против этих «маниакальных тенденций» в объекте пациент защищает себя, вначале идентификацией (интроекцией преследователя в Эго, что находит проявление в маниакальном переживании в решении поехать в путешествие), а затем в использовании мазохистской защиты, чтобы избежать мести.

Короче, депрессивная (и параноидная) тревога аналитика является его эмоциональной реакцией на болезнь пациента; а болезнь пациента является сама по себе мазохистской защитой от мстительного преследования. Эта мазохистская защита содержит также и маниакальный механизм, т.к. высмеивает, контролирует агрессию аналитика и доминирует над ней. На нижележащем уровне мы обнаруживаем пациента в параноидной ситуации перед лицом мстительного преследования аналитиком – фантазия, соответствующая тайному раздражению аналитика. Еще ниже этой параноидной ситуации лежит являющаяся ее причиной обратная ситуация: пациент наслаждается маниакальным триумфом (своим освобождением от аналитика посредством отъезда в путешествие), но аналитик находится в параноидной ситуации (он находится под угрозой поражения и отвержения). И, наконец, под всем этим мы находим ситуацию, в которой пациент находится под воздействием образа объекта, который пытается сделать его жертвой своих [объекта] агрессивных тенденций, но в этот раз не для того, чтобы отомстить за намерения или установки пациента, но просто чтобы удовлетворить свой собственный садизм. Этот образ объекта формируется вследствие первоначальных страданий субъекта.

Таким путем аналитик становится способен вывести из каждого из своих контртрансферентных ощущений определенную трансферентную ситуацию; страх аналитика за ухудшение здоровья пациента позволяет ему воспринять потребность пациента в удовлетворении мстителя и в его контроле и обуздании, частично инвертируя (через болезнь) роли мучителя [victimizer] и жертвы, облегчая таким образом свое чувство вины и вызывая некоторое чувство вины у аналитика. Раздражение аналитика по поводу путешествия пациента позволяет ему увидеть потребность пациента в освобождении себя от доминантного и садистского объекта, увидеть чувства вины пациента, вызванные этими тенденциями, а также увидеть его страх перед мстителью со стороны аналитика. С помощью своего чувства триумфа аналитик способен обнаружить тревогу и депрессию, вызванные у пациента его зависимостью от этого фрустрирующего, хотя и необходимого объекта. И каждая из этих трансферентных ситуаций указывает аналитику на образы объектов пациента – воображаемые или реальные контртрансферентные ситуации, которые определяют трансферентные ситуации.

2) Каково значение контртрансферентной агрессии?

На предыдущих страницах мы видели, что аналитик может переживать, помимо контртрансферентной тревоги, раздражение, отвержение, желание отомстить, ненависть и другие эмоции. Каково происхождение и значение этих эмоций?

Контртрансферентная агрессия возникает обычно перед лицом фрустрации (или угрозы фрустрации) вожелений [desires], которые могут поверхностно дифференцироваться на «прямые» и «непрямые». Как прямые, так и непрямые вожеления [desires] это, в первую очередь, желания [wishes] получить либидо¹⁷ или привязанность. Пациент является главным объектом прямых вожелений аналитика, который хочет от него любви и принятия. Объектом непрямых вожелений аналитика могут быть, например, другие аналитики, от которых он желает получить признание или восхищение посредством своей успешной работы с пациентами. Эта цель получения любви имеет, в общем, два источника: инстинктивный (примитивная потребность в соединении с объектом) и защитный (потребность в нейтрализации, преодолении или отрицании отвержений и других опасностей, исходящих от внутренних объектов, в частности, от Суперэго). Фрустрации можно описательно дифференцировать на активные и пассивные. Среди активных фрустраций – агрессия со стороны пациента, его передразнивание, лживость и активное отвержение. Для аналитика активная фрустрация означает столкновение с преимущественно «плохим» объектом; пациент может стать, например, Суперэго аналитика, говорящим ему: «Ты плохой». Примерами фрустраций пассивного типа являются пассивное отвержение, отстранение, частичное бросание и другие защиты от связи с аналитиком

¹⁷ Возможно, в оригинале опечатка, и следует читать «любовь», если это не опечатка, тогда вдвойне любопытно (Прим. перев.).

и зависимости от него. Они означают фрустрацию потребности аналитика в соединении с объектом.

Суммируя, мы можем сказать, что контртрансферентная агрессия обычно возникает, когда происходит фрустрация желаний (*desires*) аналитика, исходящих из Эроса, возникающих как из его «первоначальных» инстинктивных и аффективных влечений, так и из его потребности нейтрализовать или устранить свой собственный Танатос (или действие своих внутренних «плохих объектов»), где действие направлено против Эго или против внешнего мира. Частично благодаря собственному неврозу аналитика (а также определенным характеристикам самого анализа) эти желания Эроса иногда приобретают бессознательную цель привести пациента к состоянию зависимости. Следовательно, контртрансферентная агрессия может быть спровоцирована отказом от этой зависимости со стороны пациента, который отвергает какую бы то ни было связь с аналитиком и отказывается отдаться ему, демонстрируя свой отказ молчанием, отрицанием, тайнами, вытеснением, блокированием или передразниванием.

Следующее, что мы должны установить, – что заставляет пациента вести себя таким образом, фрустрировать аналитика, отстраняться от него или нападать на него. Если мы поймем это, то поймем, что мы должны интерпретировать, когда у нас возникает контртрансферентная агрессия, будучи способны вывести из контрпереноса трансферентную ситуацию и ее причину. Этой причиной является фантазийная контртрансферентная ситуация или, точнее, некое действительное или пугающее возможное плохое поведение проецируемого объекта. Опыт показывает, что, несколько обобщая, это плохое или угрожающее поведение объекта является обычно эквивалентом поведения пациента (на которое аналитик внутренне реагирует агрессивно). Мы также поймем, почему так происходит: поведение пациента проистекает из той наиболее примитивной реакции, реакции талиона, или из защиты посредством идентификации с преследователем или агрессором. В некоторых случаях это очень просто: анализируемый отстраняется от нас, отвергает нас, бросает нас или высмеивает нас, когда он опасается такого же или аналогичного отношения с нашей стороны или страдает от такого нашего отношения. В других случаях ситуация сложнее: непосредственная идентификация с агрессором заменяется другой идентификацией, более косвенной. Например, пациентка, узнав, что аналитик уезжает на праздники, молчит в течение долгого времени; она отстраняется посредством своего молчания в качестве реакции талиона на отстранение аналитика. Более глубокий анализ показывает, что праздники аналитика для пациента эквивалентны первичной сцене; а это эквивалентно разрушению ее как женщины, и ее непосредственным ответом должна быть аналогичная атака на аналитика. Этот агрессивный (кастрирующий) импульс отвергается, и результат, ее молчание, становится компромиссом между враждебностью и отвержением; это трансформированная

идентификация с преследователем.

Суммируя:

а) Контртрансферентная реакция агрессии (или ее эквивалент) возникает в ответ на трансферентные ситуации, в которых пациент фрустрирует определенные желания аналитика. Эти фрустрации эквивалентны отвержению или агрессии, которые осуществляет пациент или которыми он угрожает аналитику, и они ставят аналитика вначале в депрессивную или параноидную ситуацию. Защита пациента является в одном аспекте эквивалентном маниакальной ситуации, поскольку освобождает его от преследователя¹⁸.

в) Эта трансферентная ситуация является защитой против определенных образов объектов. Может существовать объект, который преследует субъекта садистски мстительно или морально, или объект, который пациент защищает от своей собственной деструктивности путем атак на собственное Эго (*Racker, 1957*); здесь пациент нападает – как показали Фрейд и Абрахам при анализе меланхолии и суицида – одновременно на внутренний объект и внешний объект (аналитика).

с) Аналитик, который ставится посредством аллопластических или аутопластических атак пациента в параноидную или депрессивную ситуацию, иногда защищает себя от этих атак, используя ту же идентификацию с агрессором или преследователем, которой пользуется пациент. Тогда аналитик фактически становится преследователем, а на это пациент (поскольку он предполагает такую реакцию со стороны своего внутреннего и спроецированного объекта) реагирует тревогой. Эта тревога и ее происхождение наиболее близки сознанию и являются поэтому первым, что необходимо интерпретировать.

3) Контртрансферентные чувства вины являются важным источником контртрансферентной тревоги; аналитик боится своей «моральной совести». Так, например, серьезное ухудшение состояния пациента может заставить аналитика пережить упрек со стороны собственного Суперэго, а также вызвать у него страх наказания. Когда такие чувства вины возникают, Суперэго аналитика обычно проецируется на пациента или на третье лицо, а аналитик оказывается виноватым Эго. Обвинителем же является тот, на кого нападают, – жертва аналитика. Аналитик становится обвиняемым; его судят за то, что он является мучителем. Поэтому именно аналитик должен страдать от тревоги по поводу своего объекта и зависимости от него.

Так же как и в других контртрансферентных ситуациях, чувства вины аналитика могут иметь как реальные, так и воображаемые причины, или быть смесью того и другого. Реальная причина существует у аналитика, у которого есть невротические негативные чувства, оказывающие некоторое

¹⁸ Эта мания может принадлежать к «Типу Суперэго», как, например, «мания упреков» (идентификация с преследующим моральным Суперэго), которая также возникает при многих депрессивных и мазохистских состояниях. Она также может принадлежать к типу пре-Суперэго (относясь к уровням, предшествующим моральной вине), как происходит, например, при некоторых эротоманиях, поскольку эротическое передразнивание является идентификацией с объектом, который кастрирует, фрустрируя генитальность (*Racker, 1957*).

влияние на его поведение, приводя его, например, к агрессивным интерпретациям или поведению в подчиненном, соблазняющем или чрезмерно фрустрирующем ключе. Но чувства вины могут также возникать у аналитика по поводу, например, сильной покорности пациента, даже если аналитик не принуждает пациента к такому поведению своими действиями. Или он может почувствовать вину, если анализируемый станет депрессивным или заболеет, хотя его терапевтическое поведение является правильным и отвечающим его собственной совести. В таких случаях контртрансферентные чувства вины вызываются не только тем, что он реально делает, но его осознанием того, что бы он мог сделать в силу своей латентной предрасположенности. Другими словами, аналитик идентифицирует себя в фантазии с плохим внутренним объектом пациента и чувствует себя виноватым за то, что он спровоцировал в этой роли, – болезнь, депрессию, мазохизм, страдание, неудачу. Образ пациента начинает тогда сливаться с внутренними объектами аналитика, которые аналитик в прошлом хотел (и возможно, смог) фрустрировать, заставить страдать, разрушить, над которыми хотел доминировать. Теперь он хочет возместить им ущерб. Истинной причиной чувств вины являются невротические, преимущественно садомазохистские тенденции, которые могут вновь проявиться в контрпереносе; аналитик поэтому совершенно обоснованно испытывает определенные сомнения и неуверенность по поводу своей способности полностью их контролировать и полностью освободить от них свои действия.

Трансферентная ситуация, на которую аналитик склонен реагировать чувствами вины, является, следовательно, в первую очередь мазохистской склонностью пациента, имеющей либо «защитную» (вторичную), либо «базовую» (первичную) природу. Если она является защитной, мы понимаем ее как отказ от садизма путем его «обращения против Эго»; основной образ объекта, вызывающий эту мазохистскую защиту, – это образ мстителя. Если она базовая («первичный мазохизм»), объектный образ «просто» садистский, отражающий боль («фрустрации»), ранее испытанную пациентом. Чувство вины у аналитика относится к его собственным садистским тенденциям. Он может чувствовать, будто он сам спровоцировал мазохизм пациента. Пациент поработан «плохим» объектом, так что кажется, будто аналитик удовлетворил свою агрессивность; теперь аналитик попадает, в свою очередь, под обвинения своего Суперэго. Короче, на поверхности ситуация такова, что пациент теперь является Суперэго, а аналитик – Эго, которое должно страдать от обвинений; аналитик находится в депрессивно-параноидной ситуации, тогда как пациент находится, с одной из точек зрения, в «маниакальной» ситуации (взять, например, «манию упреков»). Но на более глубоком уровне ситуация является обратной: аналитик находится в «маниакальной» ситуации (действуя как мстительный, доминантный или «просто» садистский образ), а пациент находится в депрессивно-параноидной ситуации (*Racker, 1957*).

4) Кроме тревоги, ненависти и чувств вины в контрпереносе, существует несколько других контртрансферентных ситуаций, которые тоже могут быть решающими точками в ходе аналитического лечения, как потому, что они могут повлиять на работу аналитика, так и потому, что анализ трансферентных ситуаций, которые провоцируют такие контртрансферентные ситуации, может представлять собой центральную проблему лечения, прояснение которой может быть необходимым, если аналитик хочет оказать какое-либо терапевтическое влияние на пациента.

Давайте кратко рассмотрим две из этих ситуаций. Одной из них является контртрансферентная скука или сонливость, о которых мы уже упоминали, приобретающие, конечно, большое значение, только когда они возникают часто. Скука и сонливость являются обычно бессознательными реакциями талиона со стороны аналитика в ответ на отстраненность или аффективное отвержение со стороны пациента. Эта отстраненность имеет разнообразное происхождение и природу; но она имеет специфические характеристики, поскольку не всякая отстраненность пациента вызывает скуку у аналитика. Одна из этих характеристик может состоять в том, что пациент отстраняется не уходя, он эмоционально покидает аналитика, оставаясь при этом с ним; здесь нет, как правило, опасности бегства пациента. Эти частичные отстраненность или отвержение выражаются на поверхности в интеллектуализации (эмоциональном блоке), повышенном контроле, иногда в монотонности речи или в подобных вещах. Аналитик в это время испытывает ощущение своей исключенности и неспособности управлять ходом сеансов. Кажется, что анализируемый пытается таким образом избежать латентной и ужасной зависимости от аналитика. Эта зависимость является, на поверхности, его зависимостью от морального Суперэго, а на более глубоком уровне это зависимость от других внутренних объектов, которые частично являются преследователями, а частично преследуемыми. Эти объекты не должны проецироваться на аналитика; латентные и внутренние отношения с ними не должны стать явными и проявиться вовне. Эта опасность избегается с помощью различных механизмов, от «сознательного» контроля и отбора пациентом того, что он сообщает, до деперсонализации, и от эмоционального блокирования¹⁹ до полного вытеснения любых трансферентных отношений; именно от отвержения этих опасностей и избегания тревоги или совладания с ней посредством этих механизмов, возникает та отстраненность, на которую аналитик может реагировать скукой и сонливостью.

Контртрансферентная тревога и чувства вины также часто вызывают тенденцию к контртрансферентной покорности, которая важна с двух точек зрения: как из-за своего возможного влияния на понимание,

¹⁹ Это эмоциональное блокирование и, в частности, блокирование агрессии, по-видимому, является причиной «отсутствия опасности» для аналитика (тот факт, что анализируемый не убежит или как-то иначе подвергнет опасности анализ), что, по-видимому, является одним из условий возникновения скуки в контрпереносе.

поведение и технику аналитика, так и из-за того, что она может сообщить нам о трансферентной ситуации пациента. Эта тенденция к покорности приводит аналитика к тому, что он избегает фрустрировать пациента и даже начинает его баловать. Тенденция аналитика избегать фрустрации и напряжения выражается в поиске того, как быстро успокоить трансферентную ситуацию, немедленно «редуцировав» перенос к инфантильным ситуациям, например, или быстро восстановив «хороший», «реальный» образ аналитика²⁰. Аналитик, чувствуя, что он поработан пациентом, ощущает гнев, а пациент, интуитивно воспринимающий этот гнев, боится его мести. Трансферентная ситуация, приводящая пациента к доминированию над аналитиком и его поработанию путем скрытых или явных угроз, по-видимому, аналогична трансферентной ситуации, которая заставляет аналитика чувствовать тревогу и вину. Различные способы, которыми аналитик реагирует на эти тревоги, – в одном случае установкой покорности, в другом случае с внутренними встречными обвинениями – также связана трансферентной установкой пациента. По моим наблюдениям, чем больше у анализируемого предрасположенность к реальным агрессивным действиям, тем больше аналитик склонен к покорности.

VII

Прежде чем закончить, давайте кратко рассмотрим два вопроса, на которые необходимо ответить. Насколько нам следует доверять контрпереносу как ключу к пониманию пациента? И насколько полезно или вредно сообщать пациенту контртрансферентную реакцию? Что касается первого вопроса, я думаю, определенно является ошибкой видеть в контртрансферентной реакции оракула и ожидать от нее со слепой верой чистой правды о психологической ситуации анализируемого. Очевидно, что наше бессознательное является очень персональным «приемником» и «передатчиком», и мы должны считаться с частыми искажениями объективной реальности. Но также справедливо и то, что наше бессознательное – это «лучшее, что у нас вообще есть». Собственный анализ и некоторый аналитический опыт позволяют аналитику, как правило, осознавать этот личный фактор и знать свою «личную поправку». Согласно моему опыту, опасность преувеличенного доверия посланиям собственного бессознательного, даже если они относятся к очень «личным» реакциям, является меньшей, чем опасность их вытеснения и отрицания их объективной ценности.

Иногда я начинаю супервизорский час, спрашивая кандидата, что он чувствовал по отношению к пациенту на этой неделе или что он переживал на сеансах, и кандидат отвечает, например, что ему было скучно, или что он чувствовал тревогу, потому что у него было впечатление, что пациент хочет бросить анализ. В других случаях я сам

²⁰ Вильгельм Райх (*Reich*, 1933) подчеркивал распространенность у аналитиков тенденции избегать негативного переноса. Только что описанная контртрансферентная ситуация является одной из подоплек этой тенденции.

замечаю раздражение или тревогу кандидата по отношению к пациенту. Эти контртрансферентные реакции временами сразу же указывают мне на центральную проблему лечения, какой бы стадии оно ни достигло; такое предположение обычно подтверждается детальным анализом материала, представляемого на супервизорском сеансе. Когда эти контртрансферентные реакции оказываются очень интенсивными, они, конечно же, указывают на нерешенные проблемы самого кандидата, но его реакции являются искаженным эхом объективной ситуации. Но даже без такой «интенсивности» мы все равно должны считаться с определенными искажениями. Один кандидат, например, реагирует в течение некоторого времени легким раздражением, как только его анализируемые уделяют большое внимание своему детству. У кандидата есть идея, что только анализ переноса может продвинуть лечение. В реальности у него также есть желание, чтобы анализируемые думали о нем. Но кандидат способен, анализируя ситуацию, быстро оживить свой интерес к детским ситуациям анализируемых и способен также увидеть, что его раздражение, несмотря на его невротический характер, указывает ему на отвержение некоторыми из анализируемых определенных трансферентных ситуаций.

Что бы аналитик ни переживал эмоционально, его реакции всегда имеют некоторое отношение к процессам, происходящим с пациентом. Даже наиболее невротические контртрансферентные идеи возникают только в ответ на определенных пациентов и определенные ситуации с этими пациентами, и они могут впоследствии указать на что-то, касающееся этих пациентов и их ситуаций. Приведу один свежий пример: кандидату в начале сеанса (и перед тем, как анализируемая женщина заговорила) приходит мысль, что она собирается достать револьвер и выстрелить в него; он чувствует импульс принять в своем кресле защитную позу. Он охотно признает параноидный характер этой идеи, поскольку пациентка далека от того, чтобы вести себя таким образом. Однако скоро выясняется, что его реакция была в определенном смысле адекватной; анализируемая замечает, что собирается «дать ему по яйцам». В других случаях, когда у кандидата возникает такая же идея, эта пациентка фантазирует, что она является жертвой преследования; в этом случае реакция аналитика также является в некотором смысле адекватной, поскольку фантазия пациентки о том, что ее преследуют, является следствием и причиной садистских импульсов пациентки по отношению к трансферентному объекту.

С другой стороны, необходимо критически проверять заключения, которые делаются из восприятия собственного контрпереноса. Например, тот факт, что аналитик чувствует злость, не означает просто (как иногда говорят), что пациент хочет разозлить его. Напротив, это может означать, что у пациента есть бессознательное чувство вины. То, что было сказано выше относительно контртрансферентной агрессии, также подходит сюда.

Второй вопрос – следует ли аналитику или не следует «сообщать» или «интерпретировать» аспекты своего контрпереноса анализируемому –

не может быть здесь рассмотрен полностью²¹. Многое, конечно, зависит от того, когда, как, кому, с какой целью и в каких условиях аналитик говорит о своем контрпереносе. Возможно, что цели, имеющиеся в виду при сообщении контрпереноса, могут быть часто (но не всегда) лучше достигнуты другими способами. Одним из них является анализ фантазий пациента о контрпереносе аналитика (и связанном с ним переносе), достаточный для того, чтобы показать пациенту правду (реальность контрпереносов, его внутренних и внешних объектов); и вместе с этим должны быть проанализированы сомнения, возражения и другие защиты против правды, воспринимаемой интуитивно, до тех пор, пока они не будут преодолены. Но существуют также ситуации, в которых сообщение контрпереноса имеет ценность для последующего хода лечения. Без сомнения, этот аспект использования контрпереноса представляет большой интерес. Мы нуждаемся в обширном и детальном исследовании проблем, связанных с сообщением контрпереноса. Необходимо собрать гораздо больше фактического материала переживаний контрпереноса и его исследований.

Перевод А.Ф. Ускова

ЛИТЕРАТУРА

- Balint A. (1936). «Handhabung der Ubertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche». Int. Z. Psychoanal., 22.*
- Balint M. (1948). «On the psycho-analytic training system» Int. F. Psycho-Anal., 29.*
- Cesio F. (1952). «Psicoanalisis de una melancolia con ataques histeroepilepticos». Rev. de Psicoanal., 9.*
- Deutsch H. (1926). «Occult processes occurring during psychoanalysis». In: Psychoanalysis and the Occult, ed. Devereux (New York: Int. Univ. Press, 1953).*
- Fairbairn W.R.D. (1943). «The repression and the return of bad objects». In: Psychoanalytic Studies of the Personality (London: Tavistock, 1952).*
- Ferenczi S. (1919). «Abuse of free association», in: «On the technique of psychoanalysis». Ibid.*
- Freud S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy». Standard Edition, 11.*
- Freud S. (1912). «The dynamics of transference». Standard Edition, 12.*
- Freud S. (1913). «On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis I)». Standard Edition, 12.*
- Gitelson M. (1952). «The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation». Int. F. Psycho-Anal., 33.*
- Heimann P. (1950). «On countertransference.» Int. F. Psycho-Anal., 31.*

²¹ Алиса Балинт (*Balint*, 1936), Винникотт (*Winnicott*, 1949) и другие высказываются в пользу сообщения пациенту (а затем – анализа) определенных контртрансферентных ситуаций. Хайман (*Heimann*, 1950) относится к тем, кто против этого. Либерман (*Lieberman*, 1952) описывает, как при лечении психотической женщины сообщение контрпереноса сыграло очень важную роль. Аналитик свободно ассоциировал по поводу бессознательных проявлений контрпереноса, на которые пациентка ему указала.

-
- Klein M. (1935). «A contribution to the psycho-analysis of manic-depressive states». In: *Contributions to Psycho-Analysis*.
- Klein M. (1950). «On the criteria for the termination of the psycho-analysis». *Int. F Psycho-Anal.*, 31.
- Liberman D. (1952). «Fragmento del analisis de una psicosis paranoide». *Rev. de Psicoanal.*, 9.
- Little M. (1951). «Countertransference and the patient's response to it». *Int. F. Psycho-Anal.*, 32.
- Lorand S. (1946). *Technique of Psychoanalytic Therapy* (New York: Int. Univ. Press).
- Racker H. (1957). «Contribution to the problem of psychopathological stratification». *Int. F. Psycho-Anal.*, 38.
- Reich A. (1951). «On countertransference». *Int. F. Psycho-Anal.*, 32.
- Reich W. (1933). *Character Analysis* (New York: Orgone Inst. Press, 1945),
- Weigert E. (1952). «Contribution to the problem of terminating psychoanalysis». *Psychoanal. Quart.*, 21.
- Winnicott D.W. (1949). «Hate in the countertransference». *Collected Papers* (London: Tavistock, 1958).