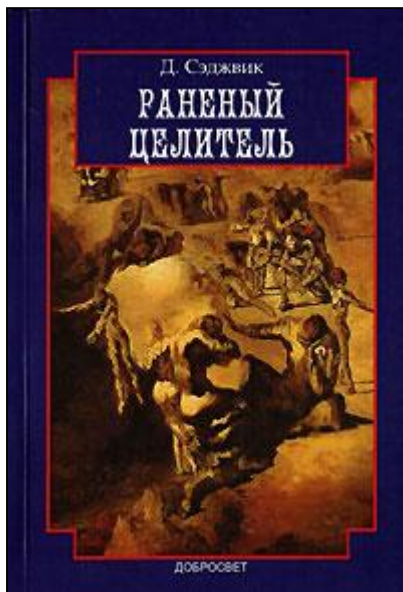


Дэвид Сэджвик

РАНЕННЫЙ ЦЕЛИТЕЛЬ

КОНТРПЕРЕНОС В ПРАКТИКЕ ЮНГИАНСКОГО АНАЛИЗА



David Sedgwick
Издательства: КДУ, Добросвет
2007 г.

Книга посвящена контрпереносу (процессам, происходящим во внутреннем мире аналитика). Автор представляет новую динамическую теорию контрпереноса. Начиная с обоснования юнгианского подхода к вопросу и обсуждения существующих теорий, он переходит к подробному разбору случаев, демонстрирующих комплексность и сложность отношений, выстраивающихся между аналитиком и клиентом.

Книга будет особенно полезна клиницистам и студентам, изучающим динамику терапевтического процесса.

Благодарности

- Введение
- 2. Обзор юнгианских подходов к контрпереносу
 1. Юнг о контрпереносе
 2. Лондонская школа
 3. Берлинская школа
 4. Школа «Раненого целителя»
 5. Лэнгеианская группа
 6. Подход Якоби
 7. Работа Шварц-Саланта
 8. В 1990-е годы
- 3. Иллюстрации случаев
 1. Случай первый: Миссис Ф.
 2. Случай второй: Мисс Д.
- 4. Заключение
 1. Теория контрпереноса
 2. Необходимость «невротического» контрпереноса
 3. «Крючок» проекции и «раны» аналитика
 4. Аспекты трансформации
 5. «Пациент как терапевт для своего аналитика»
 6. Модель контрпереноса
 7. Предварительная стадия

8. [Очищение поля](#)
9. [Принятие](#)
10. [Селекция](#)
11. [Контейнирование](#)
12. [Проработка](#)
13. [Инкубация](#)
14. [Подтверждение](#)
15. [Дальнейшие размышления о некоторых вопросах контрпереноса](#)
16. [Граница субъект—объект](#)
17. [Учебный анализ](#)
18. [Типология](#)
19. [Типы ситуаций, порождающих контрперенос](#)
20. [Самораскрытие](#)
21. [Тень контрпереноса](#)

Благодарности

Много людей — можно сказать, очень много, чтобы выразить здесь признательность всем — различными способами внесли свой вклад в создание этой книги о контрпереносе. Однако особую благодарность я хочу выразить Стиву Хиллу, Лоис Харви и Джуди Сэвидж, которые щедро делились со мной своими идеями, давали подробную обратную связь и уделяли мне свое время в период написания книги. Эндрю Самуэлс помог мне прояснить некоторые места в рукописи, а также поддерживал меня в целом, будучи одним из редакторов издательства «Routledge».

Написание этой книги явилось кульминацией моей аналитической подготовки в Межрегиональном Обществе Юнгианских Аналитиков. Среди членов этого общества, проводивших со мной супервизию или обучавших меня другими способами (а следовательно, повлиявших на эту книгу) хочется упомянуть Алекс МакКарди, Лоис Харви, Рона Кледжика, Юлию МакАфи, Дела МакНили, Терренс Ли, Розалеса Винни-Робертса. Джона Телли, Дона Вильямса и Жене Моник, не говоря уже о моих коллегах — студентах и многих других аналитиках, с которыми я встречался.

Эта книга продолжает и развивает мысли, выраженные в моей первой книге, посвященной сравнению теорий К- Г. Юнга и Гарольда Ф. Сирлза. Мое исследование процессов контрпереноса во многом основано на идеях, изложенных в ней, и, конечно же, на работах этих двух психологов.

К сожалению, я не могу назвать настоящие имена своих пациентов, упоминаемых в этой книге, чтобы выразить им свою благодарность за предоставленное разрешение написать о них и учиться у них.

Посвящается Кэролин

1. Введение

Я и нравлюсь себе и разочарован собой, и удивляюсь самому себе. Я, то волнуюсь, то в депрессии, то в состоянии восторга. Все это есть во мне, но я не могу все это совместить... Я ни в чем до конца не уверен... Я не знаю, что есть основа моего существования.

К. Г. Юнг

На пути к вечному все, однако, становится ничтожным.

Норман Маклин

Это первая юнгианская книга, посвященная исключительно контрпереносу. Ее цель показать, какова истинная природа контрпереноса (собственных реакций аналитика в психотерапевтическом процессе), и как с ним можно работать в юнгианском подходе.

Феноменология контрпереноса редко обсуждается в печатных изданиях по разным причинам и некоторые из них вполне уважительны. Литтл (1951) и другие психоаналитики предположили 50 лет назад (См. также Racker (1953, 1957), Tower 1956), что такая недостаточность серьезного и глубокого обсуждения может носить защитный характер. В фантазиях аналитика контрперенос иногда воспринимается как что-то непозволительное, смущающее или вредное (лично для психоаналитика или для этой профессии в целом). Таким образом, субъективному опыту взаимодействия аналитика с клиентом, потенциально способному стать ядром глубинной аналитической работы, уделялось меньше внимания, чем опыту взаимодействия пациента с аналитиком (переносу). Хотя попытки «предъявить» собственный контрперенос действительно могут отражать нарциссически-экспозиционистские

тенденции, тем не менее, «феноменология контрпереноса», представляет собой значительную клиническую ценность.

Эта книга написана преимущественно для психотерапевтов и психологов, интересующихся терапевтическим процессом. Она не предназначена для пациентов. Хотя она и может быть информативной для них, но также может стать и источником беспокойства. Как заметила одна моя коллега, такого рода книга подобна раскрытию гинекологом своих фантазий о пациентах. Не лучше ли, чтобы такие вещи оставались невысказанными (или, по крайней мере — неопубликованными)? Возможно, с точки зрения пациентов, так было бы правильнее. С другой стороны, данной проблеме нужно уделить место, поскольку она реальна и в то же время отрицаема, а также потому, что это важный вопрос для профессионалов.

Мой интерес к контрпереносу появился после собственного опыта переживания сильных реакций на пациентов. Долгое время до и после своего аналитического обучения я думал о том, является ли моя зачастую столь сильная вовлеченность в психотерапию проблемой, возможно, обусловленной моими нечеткими личностными границами, излишней впечатлительностью, интроверсией, невротической зависимостью, гиперответственностью, или чем-либо другим. Постепенно, и довольно неохотно, мне пришлось признать тот факт, что пациенты и впредь будут оказывать на меня влияние. Несомненно, что и ощущение отсутствия такого влияния не менее важно. Оно тоже является частью контрпереноса или может быть одной из его стадий.

О контрпереносе трудно писать еще и потому, что его обычно сопровождают приведенные выше негативные оценки, так что пишущий испытывает тенденцию переживать чувство вины. Конечно же, здесь не обошлось без влияния раннего указания Фрейда о необходимости «справляться» с контрпереносом. Даже сегодня основные направления психотерапии и классический психоанализ продолжают относиться к нему настороженно. И возможно, это вполне оправданно в наше время общеизвестных нарушений терапевтами этических и других границ. По меньшей мере, контрперенос и его терапевтическое использование все еще требуют внимательного отношения и обоснования. Возможно, каждый клиницист, столкнувшись с беспокойством по поводу своего «невротического контрпереноса», впоследствии должен прийти к более разборчивому и естественному отношению к этой комплексной области аналитических взаимодействий.

В юнгианских кругах отношение к контрпереносу менялось быстрее, чем в психоаналитических. Юнг высказал очень важную мысль, что аналитик «...настолько же включен в анализ, как и пациент» (1929а, р. 72). Однако, точное значение этого высказывания, также как и его возможные клинические приложения никем подробно не рассматривались и не развивались, за исключением Майкла Фордхама и лондонской группы аналитической психологии (сложившейся в середине 50-х). Ни сам Юнг, ни первая волна его последователей подробно не освещали и не проясняли практически это положение, хотя и продолжали развивать «диалектический» подход в целом. Как заметила десять лет назад Гарриет Мэчтайгер: «До последнего времени [юнгианские] аналитики по большей части (или совершенно) не осознавали важности контрпереноса для психотерапии» (1982, р. 107).

Таким образом, по мере постепенного осознания важности контрпереноса за последнее десятилетие появилось большое количество юнгианских работ, дополнивших ранние труды лондонской группы. Сейчас это уже скорее правило, чем исключение для юнгианских аналитиков и студентов обращать внимание, по крайней мере, на перенос. А при наличии любого вида ориентации на перенос, проблемы контрпереноса аналитика также вскоре автоматически возникают (или должны возникать) — в соответствии с диалектическими положениями Юнга. Задача юнгианского аналитика или студента на сегодняшний день состоит не только в интегрированном понимании Юнга, но также и в понимании «постюнгианцев». Кроме того, может быть необходима и более полная ассимиляция взглядов не-юнгианских психоаналитиков. Десятилетиями британские юнгианские аналитики (Фордхам, Хаббек, Плаут, Гордон, Редферн, Ламберт, Самуэлс и другие) уделяли внимание фрейдистским техникам и работам таких теоретиков психоанализа как Кляйн, Винникотт, Блон и Рекер. Не так давно юнгианские аналитики синтезировали работы Когута (среди них Якоби, 1981, 1984, 1990; Шварц-Салант, 1982), Лэнгса (Гудхарт, 1980; Парке, 1987) и Сирлза (Седжвик, 1993).

Важным аспектом этих работ является то, что в них рассматривается, преимущественно, динамика переноса. В основном, они являются попыткой восполнить пробелы в символических и не клинических трудах Юнга. Этот «новый» акцент на переносе со временем усиливался. Сначала, как показал Фордхам и его коллеги (1974, р. ix), существовал интерес, особенно в Лондоне, к анализу собственно переноса. Другими словами, первостепенное значение отводилось бессознательным проекциям пациента и повторению его прошлого опыта в ходе аналитического сеанса. Развитие такого подхода и привело к ситуации, когда совокупность реакций аналитика, контрперенос, стали пристально изучаться с точки зрения их информативной, и не просто невротической значимости. В результате фокус переместился к одновременному рассмотрению обеих сторон взаимодействия

аналитик-пациент. Перенос — контрперенос в современных юнгианских кругах обычно рассматриваются вместе. В последних юнгианских статьях существует тенденция использовать термины «Перенос и контрперенос», «Контрперенос и перенос», «П и КП» (например, Штайн, 1982; Холл, 1984).

Такая комбинация, хотя и вполне уместная, не обязательно подразумевает, что в этих статьях так же как в данной работе акцент ставится на контрпереносе. Значительно чаще «переносная» сторона монеты — вклад пациента — получает большее внимание, чем соответствующий контрпереносный вклад аналитика (это подтверждает и обзор литературы, приводимый в следующей главе).

Так, в статье Мэчтайгер 1982 г. (см. р. 2) явно подчеркивается, что осознание контрпереноса лишь с недавнего времени присутствует в юнгианских кругах. Объяснением такой медлительности Штайн считает защитные страхи аналитика по поводу раскрытия его «неумытой души» и поддерживает призыв Мэчтайгер «смелее обсуждать контрперенос» (Штайн, 1984, р. 67—68). В одной из последних статей Штайнберга, при обсуждении контрпереноса как части тематики «раненого целителя», говорится о том, что мало было написано о специфических ранах целителя и о том, как эти раны могут влиять на анализ (Штайнберг, 1989, р. II). Далее он говорит, что процессы, происходящие внутри аналитика, нуждаются в более подробном описании.

Эта книга является попыткой такого описания и дальнейшего развития этой дискуссии. Одно дело — отмечать наличие контрпереноса, что и делают сейчас аналитики все чаще и чаще, другое же — действительно с ним работать. Еще один очень важный аспект — как утверждает Мэчтайгер, «реакция аналитика в контрпереносе является существенным терапевтическим фактором анализа» (Мэчтайгер, 1982, р. 90, выделение мое).

Основная идея этой работы заключается в том, что контрперенос может быть использован не только как вторичная техника, но и как инструмент первостепенной важности в юнгианском анализе. Он близок более «традиционным» юнгианским методам и может органично сочетаться с ними. В этой книге подробно описан способ работы, основанный на контрпереносе, и показана первостепенная значимость контрпереноса как аналитического феномена.

Данное исследование отвечает не только личным потребностям автора и призывам современных юнгианских аналитиков к более глубокому изучению контрпереноса. Существует также достаточное число людей, которых Эндрю Самуэлс в своем исследовании «Юнг и постъюнгианцы» называет «неосознанными юнгианцами» (Самуэлс, 1985, р. 10). Он исходит из того факта, что современные ветви психоанализа и терапии иногда развиваются в направлениях, которые, в целом, были намечены Юнгом еще много лет назад. Самуэлс особенно отмечает использование контрпереноса в качестве терапевтического инструмента. Для тех, кто верит, что юнгианский подход содержит в себе большой потенциал, важно видеть, что его работа не остается вне основного направления развития психотерапии. Среди других важно отметить некоторые важные книги по контрпереносу, опубликованные в последние годы психоаналитиками (такими как Сирлз, 1979; Эпштайн и Файнер, 1979; Мэстерсон, 1983; Горкин, 1987; Тенси и Бюрке, 1989). В то же время, аналитическая психология по данному вопросу не породила ни одного исследования объемом в книгу² (В собрании лондонских технических перспектив Фордхама и других 1974) и книге лекций по «аналитической встрече» Якоби (1984) эта тема рассматривается достаточно глубоко, хотя и не только там.)

Таким образом, представляется важным с юнгианской точки зрения отнестись к данной теме более внимательно и посвятить ей целую книгу.

Можно винить самого Юнга за существующее отставание в исследовании контрпереноса. Как и в других технических областях, Юнг доверил детальную разработку этого вопроса своим последователям. Бессознательное Юнга, богатое интересным материалом, уводило его от чисто клинических интересов раннего периода его профессиональной карьеры (см. Фордхам, 1978а; Гудхарт, 1980; Шарлтон, 1986). Его стиль и тип личности, а также его внимание к архетипическому и символическому не способствовали занятию личным микроанализом, необходимым для исследования контрпереноса. Кроме того, Юнг мог сделать равно столько, сколько он сделал. Когда в более поздние годы его спрашивали, почему он не предпринял попытку большей систематизации изложения своих теорий, Юнг ответил: «Извините... для полного описания этой психологии мало одной жизни» (Хармс, 1962, р. 732). Так что это задача последователей Юнга — иллюстрировать и развивать его теории во многих областях.

В области контрпереноса сделать это и просто, и сложно. Трудность заключается в слишком обобщенном, безличном, коллективном подходе Юнга, проявившемся в его поздних работах и в его акценте скорее на содержании, чем на процессе. Это хорошо видно в «Психологии переноса» (Юнг, 1946), его основной работе по данному вопросу. Этот трактат представляет собой чрезвычайно важную, но почти исключительно символическую амплификацию феномена переноса с помощью

алхимического образного ряда. Положительным моментом этой работы стало то, что она обеспечила витальную опорную точку для последующих смелых юнгианских рассуждений по данному вопросу (таких как у Гросбека, 1975 и у Шварц-Саланта, 1984). Алхимические символы являются живыми и продуктивными. Можно ощутить их силу и увидеть связь с реальным аналитическим материалом.

Однако это произведение Юнга явно лишено конкретных клинических примеров. Оно нуждается в заземлении, в соединении с терапевтической реальностью, что смогло бы обеспечить практические примеры. Бессознательному материалу в безличной форме (в данном случае в виде фантазий алхимиков) Юнг отдавал предпочтение перед «личным» материалом, причем также он поступал при описании случаев из своей практики³ (См. Символы Трансформации (1911 — 12/1952), Визионерские семинары (1930—34), «Исследование в процессе индивидуации» (1934b), «Индивидуальный символизм сновидений в связи с алхимией» (1936) в качестве примеров).

С другой стороны, как отмечено выше, Юнг предоставляет увлеченному читателю самому заполнять пробелы. Идеи и предположения Юнга, хотя и несколько сложны для восприятия, могут в то же время служить отличными указательными знаками. Можно неоднократно возвращаться к «Психологии переноса», постигая ценность алхимических символов и теорий Юнга. Даже не используя специально термин «контрперенос»⁴ (В индексе собрания сочинений Юнга нет ссылок на слово «Контрперенос», вместо этого читателю рекомендуют обратиться к рубрике «Перенос», где слово «контрперенос» упоминается только 8 раз. Ту же ситуацию мы обнаружим в книге К. Г. Юнг: письма или в индексе его автобиографии. В его определяющей работе по взаимодействию аналитика и пациента, «Психологии переноса» слово «контрперенос» встречается только три раза), он говорит о значимости фактора психики аналитика. Он обсуждает психическую «заразность» симптомов, раненое целительство и «буквальное принятие аналитиком» страданий пациента на себя. Он говорит о взаимном влиянии и трансформации аналитика и пациента. Психические содержания появляются и исчезают, меркуриански вспыхивая то у одного, то у другого участника процесса.

Воплощая меркурианский дух, постоянно меняя свои взгляды, Юнг в разное время по-разному оценивал перенос (и соответственно, контрперенос). Это также могло стать одной из причин того, почему его последователи не сразу оценили точность его гипотез об аналитическом взаимодействии. Не удивительно, что его первоначальный, 1907 г. — «альфа и омега» — взгляд на перенос был тесно связан с его ранними отношениями с Фрейдом (Юнг, 1946, р. 172). После разрыва с Фрейдом Юнг постепенно развил свои инновационные идеи о важности той части формулы терапии, которая относится к аналитику (т.е. о важности контрпереноса). В то же время в Тэвистокских лекциях он подчеркивает явно скептический, почти реакционный взгляд: «Есть перенос или нет, — это никак не связано с лечением... Сны дают все, что необходимо» (Юнг, 1935а, р. 136)⁵ (Очевидная неохота, с которой Юнг использовал слово «контрперенос», возможно, сходна с его критикой переноса в Тэвистокских лекциях: в обоих случаях это может быть реакцией на терминологию Фрейда и излишнее акцентирование им, по мнению Юнга, сексуальности).

Его амбивалентность по данному вопросу проявляется и в его официальной работе 1946 г.⁶ (В том же первом параграфе своего предисловия к «Психологии переноса» Юнг утверждает, что «он проявляется почти во всех случаях, требующих длительного лечения» — вслед за чем добавляет: «важность его относительна» (Jung, 1946, р. 164)).

Однако, его окончательная письменная формулировка такова, что перенос (опять же, означающий для Юнга *mix.tu.tn compositum*⁷ (*Mixtum compositum* (лат.) — смешанное соединение — Прим. Ред.) аналитика и пациента) является «центральным вопросом или, по крайней мере, решающим опытом для любого сколько-либо полного анализа». (Jung, 1958, р. viij).

Все эти моменты являются необходимыми для книги, посвященной значению контрпереноса. Однако, опять же, именно личный интерес автора к данному вопросу привел к рождению этой книги. Юнг сказал, что мы должны признать, что все психологии, включая его собственную, несут характер «субъективных признаний» в личных верованиях (Jung, 1929b, р. 336). Данное исследование воплощает эту идею почти буквально. Вслед за обзором и обсуждением юнгианских взглядов на контрперенос (начиная с самого Юнга), в книге показано, как внутренние процессы автора сочетались (а иногда расходились) с процессами пациентов. Примеры развернутого описания случаев самим Юнгом (см. прим. 3) показывают процессы постепенного развития, со временем происходившие в его пациентах, которые послужили опорой для его исследований. В этой книге, в дополнение к фантазиям, конфликтам и снам пациентов, автор откроется и сам. Только таким способом можно более полно осветить то, что Юнг (1946, р. 171) назвал химической комбинацией» пациента и аналитика.

Подобные «субъективные признания» не даются легко. Иногда это может выглядеть как в старой шутке: «Психотерапия — это когда собираются вместе два человека, которым нужна помощь». Как писали ранние юнгианские авторы, испытывая сомнения при описании своего собственного переноса: «Мало кто желает выставлять себя на публичное обозрение» (Frantz. 1971. р. 148) или «считается

неприличным слишком много говорить о себе» (Blomeyer, 1974, p. 97). В то же время именно таких самораскрытий требуют современные авторы (см.р.3—4) и именно это, похоже, поощрял Юнг, когда настаивал на том, что:

«Мы научились придавать важное значение личности доктора, как целительному или вредному фактору; ...то, что требуется сейчас — это его собственная трансформация — самообразование преподавателя».

(Jung, 1929a, p. 74)

Вслед за обсуждением юнгианских подходов и клиническими иллюстрациями будут сделаны некоторые выводы. Темы, затронутые в примерах, будут обобщены далее. Некоторые точки зрения по данной теме, представленные предыдущими авторами, будут модифицированы, и будет представлено целостное понимание автором контрпереноса. Целью, опять же, является нахождение способа проведения юнгианского анализа, основанного на изучении и работе с контрпереносом аналитика. В конце работы я покажу более подробно реально протекающий процесс, болты и гайки способа работы, основанного на контрпереносе. Это должно пролить свет на реальное значение утверждений Юнга о том, что пациент и аналитик оба находятся в анализе и что правильные отношения аналитика с самим собой — идея «делателя дождя» (Jung, 1955—56)— способны оказывать решающее трансформирующее воздействие на пациента.

2. Обзор юнгианских подходов к контрпереносу

По сравнению с психоаналитическими работами по контрпереносу, юнгианская литература на эту тему встречается не так часто. Как я уже говорил, Юнг употреблял само это слово всего несколько раз во всем собрании сочинений. Подобным же образом и его ранние, «первого поколения» последователи немного говорят на эту тему. Трудно отыскать глубокое изучение клинических случаев у первых юнгианцев, а в существующих описаниях случаев, так же как и у Юнга нет упоминаний контрпереноса¹ (См.. например, Wickes (1938), Baynes (1940), Adler (1961).).

Однако то, что Юнг не использовал этот термин, не означает, что он игнорировал саму эту проблему. Хотя его подход и кажется временами анти-клиническим или анти-техническим, он, прежде всего, анти-жаргонный. В этом вопросе Юнг, возможно, реагирует на фрейдистские взгляды и язык, почти всегда он теоретизирует, используя немедицинскую метафору. Он предпочитал позволять бессознательному говорить самому, в своем собственном, естественном «пестром... примитивном» стиле (Jung, 1961b, p. 205). Поэтому алхимия становится избранной им метафорой для описания вопросов контрпереноса и переноса. К алхимическим мотивам также добавлялись яркие образы и мифы о раненых целителях, шаманах, «заклинателях дождя», или о религиозном исцелении (исповеди).

Таким образом, чтобы понимать взгляды Юнга на контрперенос, их необходимо иногда подвергать критике. С этих критических позиций работу его последователей по собственно «контрпереносу», которая реально началась в конце 50-х годов (в конце жизни Юнга) — можно расценивать как часть его оригинальных идей. Современные юнгианские авторы могут в большей или в меньшей степени использовать метафоры, которые предпочитал Юнг, но в их подходах все еще явственно сохраняется «юнгианское» видение. Широта интересов и стиля Юнга, также как и его весьма противоречивые утверждения предоставляют его последователям широкий выбор возможностей.

Взгляды Юнга приходится иногда определять на основе его противоречивых утверждений или символической ориентации, и те же особенности заметны в работах более поздних юнгианцев. Ими не всегда используется термин контрперенос, и его определения даются различными способами. Поэтому в данном обзоре приводятся некоторые близкие к нашей теме теории. Более того, он естественно ограничен лишь опубликованными концепциями контрпереноса. Весьма вероятно, особенно в последнее время, что в супервизируемой «контрольной» работе, личном анализе, на конференциях или консультациях происходит гораздо более развернутое обсуждение этого вопроса, чем может показаться читателю на основе существующего объема литературы. Только в самые последние годы появилось большее количество опубликованных юнгианских исследований.

В этой главе некоторые отдельные исследования будут рассматриваться в контексте больших групп, которые можно назвать «школами». Однако важно помнить, что такие школы в реальности могут и не существовать. Например, хотя возможно и правильно говорить, что лондонская школа контрпереноса существует (в широком смысле), будет неправильным, скажем, утверждать, что настолько же реально существование и берлинской школы. Подобным же образом категоризации внутри лэнсианской школы или школы «Раненого целителя» целиком являются творческим продуктом

автора или других специалистов. Во многих случаях пока еще не достаточно исследований, чтобы говорить, что сложилась «теоретическая школа»; есть опасность преувеличить значение некоторых вещей или сгруппировать людей в школы, которые не будут иметь под собой реальных критериев разделения. По большей части разные авторы следуют своим собственным независимым линиям мысли и опыта. Если относить авторов, написавших всего одну статью, к определенной школе, то это может оказаться не верным, даже если это делается непреднамеренно (см. Samuels, 1985). И все же, такие попытки существуют.

С учетом естественного многообразия внутри юнгианского подхода, в этой главе будут перечислены наиболее существенные исследования в хронологическом порядке. Представляется естественным группировать их по декадам, хотя внутри каждой из них есть и более мелкие ответвления. Начиная с конца 1950-х, но особенно в 1960-х годах работа Лондонского общества аналитической психологии, похоже, приобретает первостепенную важность. Конечно же, их работа и сейчас еще продолжает осмысляться и развиваться, но уже в 1970-е годы выделяются новые фигуры из Берлина (Дикман, Бломейер) и аналитики, которых Самуэлс (1985) метко охарактеризовал как группу «раненого целителя» (Гюггенбюль-Крайг, Гросбек). В 1980-е годы звучит ранее упоминавшийся нами призыв Мэчтайгер (1982) уделить первостепенное внимание контрпереносу и появляются первые юнгианские квази-академические учебники, написанные для широких профессиональных кругов (Stein, 1982; Samuels, 1985), и новый клинический журнал Chiron² (У этого журнала существует ежеквартальное приложение Journal of Analytical Psychology (1955), — первый юнгианский журнал с преимущественно клиническим фокусом. С 1970-х лондонская группа также опубликовала сборник клинических исследований в форме книги). Ключевыми фигурами 1980-х годов являются Гудхарт, Якоби и Шварц-Салант, имеющие различные взгляды на контрперенос. Приближение к 1990-м годам, похоже, отмечено работами Самуэлса середины и конца 1980-х годов и более современными — Штайнберга (1989).

Юнг о контрпереносе

Юнг, очевидно, является первым аналитиком, использовавшим контрперенос как терапевтическую технику. Факт этот малоизвестен, но важен для истории психотерапии и понимания места Юнга в истории³ (Ferenczi очевидно двигался в этом направлении в 1918 в «The Control of the Countertransference»). Юнг говорит о контрпереносе разными способами. В своих ранних работах он описывает его в прямолинейной клинической манере. Позже он акцентирует важность эмоциональной вовлеченности и аналитика и пациента в трансформирующий их обоих архетипический процесс. Как указывалось выше, Юнг освещал это сложное аналитическое взаимодействие с помощью идей и примеров из химии, антропологии, алхимии, медицины (инфекция, заражение), мифологии и шаманского исцеления («раненый врач»), а также восточной религии (даосизм — «заклинатель дождя»). В дополнение к тем областям, где вовлеченность аналитика прямо утверждается или подразумевается, идеи Юнга об интуиции, эмпатии, интерпретации сновидений на объективном уровне, аналитическом стиле или синхронии также содержат в себе понимание значения контрпереноса.

Что касается его раннего отношения к контрпереносу, Юнг (1913, 1929a, 1935b) был первым аналитиком, настаивавшим на том, что аналитики должны сами пройти анализ, прежде чем начинать практическую работу, — и важность этого требования была признана самим Фрейдом (см. Freud, 1912; Ellenberg, 1970). Это внимание к тому, что позже будет названо «учебным анализом» имело ряд дополнительных значений.

Первое — это идея о том, что пациент может продвинуться лишь настолько, насколько эффективно прошел анализ сам аналитик (Jung, 1913, p. 198). В негативном смысле это означает, что «слепые пятна» аналитика способны ограничивать или даже уводить в сторону ход лечения. Таким образом, терапевт «в той же степени отвечает за чистоту своих рук, что и хирург» (Jung, 1914, p. 260). Здесь имеется в виду даже не столько ограничение, сколько опасность — аналитик может занести инфекцию пациенту во время психологической хирургии. Он может сделать его больным.

Но Юнг говорит больше. Динамический и потенциально позитивный аспект образа «чистых рук» состоит в том, что пациент идентифицируется с аналитиком на глубоко личном уровне. Юнг раскрывает «открытый секрет», что пациенты каким-то образом глядят «в душу» аналитика, обнаруживая, таким образом, как аналитик сам справляется со своими проблемами, и использует ли он на практике то, что проповедует (Jung, 1913, p. 198)⁴ (В этой работе я буду использовать местоимение мужского рода, когда говорю в целом).

Юнг тут говорит об очень тонком психологическом взаимодействии между аналитиком и

пациентом. Эта идея затем была расширена и переработана в его более поздних трудах. Обладая настроенной на аналитика «эмпатией», пациент может почувствовать некоторые вещи, касающиеся аналитика и его внутреннего мира. Таким образом, Юнг имеет в виду, что эмоциональная вовлеченность аналитика неизбежна, хотя и потенциально опасна. Более того, он утверждает, что эта деликатная вовлеченность имеет важное значение для «разрешения переносной» стадии анализа (Jung, 1913, p. 199). Соответственно, он также впервые говорит о том (и позднее будет говорить об исключительной важности этого обстоятельства), что «личность аналитика является одним из главных факторов лечения» (Jung, 1914, p. 260).

Эти первые предположения стали краеугольным камнем отношения Юнга к контрпереносу. На основе идеи учебного анализа и необходимости иметь «чистые руки» возникает более позднее положение Юнга о том, что во время лечения «врач настолько же в анализе, как и пациент» (Jung, 1929a, p. 72). Таким образом, учебный анализ переходит в непрерывное обучение, происходящее на каждой сессии. Признание того, что пациент может интуитивно почувствовать, как сам аналитик обращается со своими проблемами, приводит к выводу, что аналитик не должен, да в действительности он и не может, избегать эмоционального воздействия пациента. Описывая «взаимовлияние» аналитика и пациента, Юнг отмечает, что основанная на персоне «дымовая завеса отцовского или профессионального авторитета» лишь удерживает аналитика от использования «крайне важного органа информации» (p. 71), т.е. его контрпереноса.

Кстати, само слово «контрперенос» иногда используется Юнгом именно в этом контексте. И тут он приводит свое единственное определение этого термина, называя его «симптомом» переноса пациента. Под этим, однако, Юнг понимает нечто иное, нежели просто реакцию, контрперенос на перенос пациента (Jung, 1929, p. 72). Это довольно радикальное утверждение весьма похоже на нынешние концепции проективной идентификации. В рамках этой же темы Юнг позднее критикует фрейдистскую технику кушетки и теорию в целом как пустые и антитерапевтические попытки «отгородиться» от заразного влияния пациента (Jung, 1946, p. 171). Оправдана эта критика или нет, однако совершенно очевидно, что воздействие (или эмоции) пациента обладают большой силой. И реакции аналитика на них или интроекция⁵ (Интроекция — противоположность проекции; попытка интериоризировать свой опыт. Процесс ассимиляции объекта субъектом. Субъект, в процессе фантазирования, переводит объект или качества, присущие этому объекту «внутри» себя. — Прим. ред.) подобных эмоций и является тем, что обычно называют контрпереносом.

Из всего вышеописанного логически вытекает идея о том, то личность аналитика является «главным фактором излечения . а не просто одним из многих. Как говорит Юнг: «Мы научились из опыта, что на первый план нужно поместить личность самого врача в качестве целительного или вредного фактора» (Jung, 1929a, p. 74). Психология самого аналитика имеет первостепенное значение не только в смысле «чистых рук (т. е., чтобы не заразить), но и в смысле его восприимчивости (способности подвергаться воздействию и даже позволять себе заражаться). Лучшее всего Юнг выражает эту идею, говоря о том, что аналитик «буквально „перенимает“ страдания своего пациента и разделяет их с ним» (Jung, 1946, p. 172). Именно это делает возможной «взаимную трансформацию» обоих участников анализа, и для описания именно этого процесса Юнг использует свои наиболее живые метафорические выражения.

В своих описаниях анализа как «диалектического» или реципрокного⁶ («Реципрокный — от англ. reciprocal — взаимный, обоюдный, ответный. — Прим. Ред). процесса, происходящего между двумя сторонами, Юнг, по крайней мере, в двух случаях, сравнивает его с соединением двух химических веществ в своего рода аналитическом сосуде для проведения опытов (Jung, 1929a, 1946). Смесь или «комбинация» этих элементов приводит к изменению каждого элемента (и как ни парадоксально, сама является результатом) и к созданию нового, третьего компонента. Эта химическая модель, хоть и уместная в целом, не объясняет более сложные моменты химического взаимодействия. Я думаю, Юнг первым бы сказал, что каждый элемент содержит внутри себя множество (если не бесконечное количество) более мелких элементов — например, комплексов. Поэтому ему потребовалась более утонченная и лиричная аналогия для описания бессознательного взаимообмена аналитика и пациента. И он нашел ее в алхимии.

Символизм алхимии, в особенности «coniunctio», или «мистического брака», элементов при создании золота, казался Юнгу несущим в себе неподдельное сходство с процессами индивидуации и переноса и контрпереноса. Архетипические механизмы, лежащие в основе всех трех процессов, лучше всего отражены в алхимическом тексте 1550 г. «Rosarium Philosophorum», который Юнг взял за основу для своей главной работы по контрпереносу «Психология переноса» (1946).

Хотя в этой работе перенос и не описывается детально, там представлены основные идеи Юнга и передается основной опыт переживаний аналитической стороны алхимического равенства. Во-первых, ситуация аналитика и пациента в целом символически представлена в образах алхимических «адепта»

и его «сестры», глубоко вовлеченных в процесс создания «золота», происходящий в алхимической лаборатории. По мере того как они проводят эксперимент и наблюдают элементы, становится очевидным, что и между ними происходит взаимообмен. У каждого из них есть свои сознательные и бессознательные части, которые, в свою очередь, притягиваются друг к другу. Центральное взаимодействие происходит между бессознательными аспектами каждого и их взаимным влечением. Это и есть сердце переноса и контрпереноса.

Взаимное смешение бессознательных частей каждого участника — анимы мужчины и анимуса женщины — представлено в сериях образов Розариума. Эти серии показывают «Короля» и «Королеву», постепенно сближающихся друг с другом (сначала — одетых, затем — обнаженных), соединяющихся сексуально (*coniunctio*), затем умирающих — вследствие чего появляется маленький человек (душа), которая возносится и затем возвращается, приводя в итоге к возрождению и сотворению «гермафродита» или Самости. Эта завершающая тема андрогина соответствует возрождению целостности пациента.

Мое поверхностное описание не вполне отражает всю тонкость образов и архетипических превращений, лежащих в основе отношений пациента и аналитика, как это изображалось Юнгом. Юнг украшает свой текст и эти серии образов с помощью дальнейших амплификации из сказок, антропологии (браки между двоюродными братом и сестрой) и других алхимических текстов. Наибольшей клинической проницательности, по моему мнению, он достигает, когда описывает, как терапевт переживает различные моменты этого процесса.

Он особенно подчеркивает, что такова судьба аналитика — быть психологически зараженным пациентом, и это просто следует принять как факт (Jung, 1946, p. 177). Другими словами, в юнгианском анализе обычно ожидается возникновение сильного контрпереноса. Аналитик должен суметь привнести в анализ не только свою восприимчивость, но также профессиональные навыки и свою (надо надеяться) относительно здоровую душу. Временами аналитик также будет испытывать смятение, физическую угрозу, чувствовать себя захваченным тем же «туманом», что и пациент (туманом, который теперь окутал и аналитика). Как говорит Юнг:

«зачастую врач находится в том же положении, что и алхимик, который уже более не знал, выплавлял ли он таинственную амальгаму в тигле или же сам был саламандрой, сверкающей в огне. Психологическая индукция неизбежно заставляет обе стороны вовлекаться в синтезирование третьего начала и самим трансформироваться в этом процессе, и все это время знание врача, подобно мерцающей лампе, является тусклым светом во тьме».

(Jung, 1946, p. 199)

Опять же, это состояние является судьбой аналитика, который «добровольно и сознательно принимает на себя психические страдания пациента, предоставляя себя во власть обладающих огромной силой содержаний бессознательного» (Jung, 1946, p. 176). Оба участника в определенном смысле захвачены ими и погружены в алхимический сосуд превращений.

Несмотря на все эти богатые впечатляющие образы, одна из наибольших трудностей состоит в том, чтобы определить специфическую природу того «ускользающего, обманчивого, вечно изменчивого содержания», которое возникает на аналитической встрече и вокруг нее. Юнг предпочитает характеризовать его алхимически, называя Меркурием, «хитрым богом выдумок» (Jung, 1946, p. 188), но он не раскрывает его истинной природы, за исключением замечания о том, что он является одновременно демоном и божеством. Из этой тайны становится очевидным, что то, над чем работают аналитик и пациент, на самом деле является таинством из таинств — Самостью.

В других, более поздних работах, Юнг продолжает разрабатывать эти идеи. «Психология переноса» остается самой детальной и может быть самой лучшей амплификацией по данному вопросу. Мотиву контрпереноса в квазивзаимном лечении уделяется еще большее внимание в работе Юнга 1951 г. «Фундаментальные вопросы психотерапии». В этой работе прослеживается легкое изменение позиции, имеющее, однако, решающее значение: Юнг придает еще большую значимость эмоциональной вовлеченности аналитика, при этом с меньшим акцентом на его «психическом здоровье» (в обычном смысле). С этого момента Юнг сосредотачивается на собственных страданиях аналитика. Он все еще подчеркивает «чистые руки» и диалектический характер анализа, но уже в несколько измененном виде. Например, говоря о важности учебного анализа он отмечает, что «это средство вовсе не является идеальным или абсолютно надежным» способом очищения влияния аналитика в этом процессе (Jung, 1951a, p. 116). Однако резонно добавляет он, «по крайней мере, [учебный анализ] развивает самокритичность» и усиливает способность аналитика к самоисследованию. Таким образом. Юнг считал, что очень хорошо начинать с учебного анализа, но даже хотя он всегда нечто большее, чем просто начало, одного учебного анализа недостаточно. Огромная работа продолжается все время, и Юнг подтверждает это, говоря: «добрая половина любого сколько-либо успешного глубинного лечения состоит в исследовании доктором самого себя». Это

важное утверждение, подразумевающее первостепенную важность рефлексии контрпереноса — ей отводится, по крайней мере, половина работы аналитика.

Юнг развивает тему контрпереноса, заметно перенося акцент с «чистоты рук» на уязвимость аналитика. Уже более не открытость, «психическое здоровье» или «знание» аналитика является главной детерминантой; скорее «мерой его способности лечить служит его собственная раненость» (Jung, 1951a, p. 116, курсив мой). И здесь Юнг впервые приводит миф об Асклепии, — «раненом враче», в котором есть мотив целителя с неизлечимой раной, и как показывает цитата Юнга, парадоксальным образом именно эта рана необходима для его целительского дара.

Другой пример изменения первичных взглядов Юнга на контрперенос мы видим, когда Юнг говорит о том, что потребность в «диалектической» процедуре является довольно й (Jung, 1951a, p. 117). Диалектический подход уже требуется не только на «завершающей, чрезвычайно трудноуловимой стадии, на которой происходит разрешение контрпереноса» (Jung, 1913, p. 199).

Юнг возвращается к архетипу «раненого целителя» в своей последней большой работе, *Mysterium Coniunctionis*⁷ (*Mysterium Coniunctionis* (лат.) — мистическое соучастие. — Прим.. ред.) (1955—56), и в своей автобиографии, где он делает своего рода окончательный вывод: «Только раненый врач лечит» (Jung, 1961a, p. 134). В этой поздней работе Юнг впервые предлагает нам примеры и простой практический совет по контрпереносу. «Терапевт должен все время наблюдать себя», — говорит Юнг, — «как он реагирует на своего пациента» (p. 133). Его ранние выражения протеста по поводу того, что аналитики сопротивляются влиянию пациентов, теперь становятся прямыми рекомендациями: «Что значит для меня данный пациент? ...врач эффективен только тогда, когда он чувствует себя лично затронутым» (p. 134). Важно, чтобы терапевт и пациент «стали проблемой друг для друга» (p. 143). Можно прочесть эти слова почти как предписание контрпереноса.

Его утверждения здесь впервые дополнены личными примерами. Интерес Юнга к парапсихологии и синхронии проявился на практике, когда он описывает пробуждение от какого-то удара, в момент, когда его бывший пациент совершил самоубийство. В этом же контексте Юнг приводит провидческий сон о пациенте, которого он еще не встретил. Его использование здесь объективного контрпереноса бросает вызов нашим стереотипным представлениям. Юнг описывает и другие свои сны о пациентах, например, когда он _становится на колени или смотрит на них снизу вверх, словно разыгрывая дополняющую или компенсирующую по отношению к их поведению роль (Юнг, 1961a, p. 133, 139). Юнг также говорит о том, что раскрывал свои сны и их интерпретации пациентам, что давало положительные результаты. В своей автобиографии, опубликованной после его смерти,

Он. облакает в плоть свои идеи о контрпереносе, которые он сформулировал в течение более чем полувека.

Лондонская школа

Приблизительно в то время, когда Юнг писал свою последнюю, 1951 г. работу по психотерапии и автобиографию 1961 г., группа юнгианских аналитиков в Лондоне, возглавляемая Майклом Фордхамом, также начинала разрабатывать юнгианские представления о контрпереносе. Их работа, одно время считавшаяся противоречащей «классической» юнги-анской теории, продолжается и по сей день. Эти аналитики были первыми, кто не только стал заниматься недостаточно оформленной юнгианской теорией развития, но, по выражению Фордхама, и «детальной разработкой» намеченных у Юнга «основных линий» теории контрпереноса (Fordham, 1960, p. 242).

Работы Фордхама о контрпереносе выходили в течение четырех десятилетий, начиная со статьи, в которой он выражал удивление по поводу того, как мало было написано о клинических аспектах переноса (Fordham, 1957, p. 111). Чтобы заполнить этот пробел, он начинает очерчивать рамки, внутри которых аналитик освобождается от позиции, основанной на персоне, в пользу такой, в которой он способен взаимодействовать в пациентом в форме «подходящих и адаптированных терапевтических реакций» (p. 112). Подвергая сомнению реальность любой четкой границы между личным и коллективным бессознательным, он, тем не менее, чувствует, что терапевтическое взаимодействие основано на «терапевтическом содержании» психики аналитика (и на общих с пациентом архетипических элементах).

Язык Фордхама, акцент, который он делает на развитии и объектных отношениях, и другие идеи несут в себе предположение о том, что основой «адаптированного ответа» должна быть квази-материнская позиция по отношению к пациенту. Характер этой установки, также как и клейнианские мотивы «хорошей груди — плохой груди», составляющие основу его подхода, ведут к ситуации контрпереноса, когда аналитик обычно становится персональной «матерью» для пациента. Задача

контрпереноса, как говорит Фордхам, в том, чтобы быть «достаточно хорошей матерью-аналитиком» в винникоттовском смысле. Соответственно, реакции аналитика, по Фордхаму, преимущественно интерпретативного характера, должны «возникать в каждом случае из бессознательного» (Fordham, 1957, p. 136). Это похоже на то, как обращается с ребенком хорошая мать: очень индивидуально, исходя из своего эмпатического ощущения потребностей ребенка (пациента).

Фордхам дает контрпереносу широкое определение как «почти любому бессознательному поведению аналитика»; сначала он колеблется относительно его центральной позиции в анализе, но затем высказывает предположение, что «весь анализ основан на контрпереносе» (Fordham, 1957, p. 137) в данном широком смысле и на вышеупомянутом хорошем материнстве. Как и в клейнианской модели, на которую он опирался, ключевую роль в эмоциональных состояниях аналитика играют проективные и интроективные процессы. На основе этих бессознательных коммуникаций Фордхам выделяет два вида контрпереносных реакций.

Первый вид — то, что он называет «иллюзорным контрпереносом» — имеет сходство с классическим психоаналитическим (и юнгианским — «чистые руки») определением контрпереноса. При его появлении анализ как таковой останавливается, поскольку внутри аналитика актуализируются прошлые, неразрешенные бессознательные ситуации, которые заслоняют терапевтическую ситуацию пациента (Fordham, 1957, p. 138). Фордхам обнадеживающе допускает, что этот вид невротического контрпереноса не всегда становится трагедией, т. к. аналитик, по крайней мере, может осознать, если и не интегрировать свои проекции.

Второй вид контрпереноса Фордхам называет «синтонным», имея в виду, что аналитик (когда он находится в состоянии «примитивной идентичности» с пациентом) интроецирует и переживает аспекты бессознательного пациента. То есть, иногда чуждые ему чувства и роли, интроспективно воспринятые аналитиком, могут быть поняты, как прямое влияние психики пациента на терапевта. На основе тщательного анализа таких интроектов аналитик может в итоге дать полезные для пациента интерпретации (Fordham, 1957, p. 144).

Описания Фордхама весьма напоминают идеи южноамериканского психоаналитика Хейнриха Рекера, который в 1950 г. ввел понятия «невротического», «конкордантного» и «комплиментарного» контрпереносов. Последние два представляют собой более специфические случаи «синтонного» контрпереноса Фордхама, а первый соответствует «иллюзорному» контрпереносу Фордхама. Интересно, что их работы были написаны независимо друг от друга. Юнгианский аналитик Кеннет Ламберт (1972) позже разрабатывает еще более детально идеи Рекера.

В более поздних работах Фордхам продолжает развивать свои идеи, подчеркивая неразрывную связь переноса с контрпереносом и важность проективной идентификации. В некоторых моментах его идеи основываются на теориях Юнга, в других же — расходятся с ними. Тем не менее, Фордхам утверждает, что в основе синтонного контрпереноса лежит действие Самости, побуждающее аналитика ослабить эго-контроль. Следовательно, именно эта «целостная личность» аналитика позволяет ему реагировать или «деинтегрировать» таким образом, чтобы это соответствовало потребностям пациента в данный момент (Fordham, 1960, p. 249).

Он также дает некоторые точные технические рекомендации для сложных ситуаций, особенно для поведения при делюзивном (носящем обманчивый, бредовый характер) переносе. Например, возможны периоды, когда пациент словно начинает анализировать аналитика, и последний может чувствовать, что пациент даже попадает в точку. Хотя пациент и может быть «прав» на самом деле, все же аналитику необходимо исследовать мотивы и защиты пациента (Fordham, 1957, 1978b). В другом специфическом случае Фордхам выдвигает предположение, что самораскрытие, преждевременные интерпретации, основанные на контрпереносе, амплификации или предписания аналитиком активного воображения или работы со сновидениями способны помешать развитию переноса или создать защиту от него (Fordham, 1957, 1969, 1978b). Он подчеркивает важность нейтральности и сдержанности аналитика, необходимых для возникновения проективных и интроективных процессов.

Рассматривая аналитический стиль Юнга, Фордхам напоминает известные случаи, когда Юнг позволял себе всякие вольности на сессиях, и иногда вел себя довольно резко с пациентами (не в смысле физического насилия) (Fordham, 1978b, p. 123). В отличие от Юнга Фордхам считает, что аналитические отношения являются на самом деле асимметричными: благодаря предшествовавшему собственному анализу, опыту и обучению аналитик в действительности не совсем «настолько же в анализе, как и пациент» (Fordham, 1978b, p. 86). И наконец, Фордхам кристаллизует свои мысли о контрпереносе, высказывая предположение, что этот термин следует использовать только в тех ситуациях, когда аналитик чувствует себя заблокированным и неспособным контейнировать переживания пациента. Это близко к первоначальному значению этого термина. Все остальные взаимодействия в терапии, какой бы иллюзорный характер они не носили, лучше называть «аналитической диалектикой» (Fordham, 1979, p. 644). Перенос — контрперенос, таким образом,

являются категориями столь фундаментальными, что нуждаются в переопределении⁸

(Как указывает Самуэлс (1985), такое переопределение не стало широко принятым.)

. Влияние Фордхама распространяется на всю Лондонскую школу. Однако существуют еще авторы, чьи работы предшествовали его трудам и могут дополнить его идеи. В их числе работа по исследованию контрпереноса в детском анализе, выполненная Робертом Муди (1955). Приводя высказывание Юнга о том, что терапевтическая ценность контрпереноса может быть такой же высокой, как и ценность переноса, Муди спрашивает, как аналитик может использовать неизбежные субъективные реакции, проявляющиеся в процессе лечения. Выбор иногда делается между «нейтральным» отношением и ситуацией, когда аналитик ослабляет свой «эго-контроль» и позволяет себе «быть втянутым в отношения в качестве активного участника» (р. 56). Второй способ Муди демонстрирует, приводя пример непродолжительного детского анализа, в котором происходило спонтанное проживание «общего бессознательного» (р. 52) аналитика и пациента. Работа Фреда Плаута (1956) об «инкарнации (воплощении) архетипа» рассматривает ту же тему во взрослом контексте. Он считает, что природа юнгианского анализа, в котором аналитик сидит напротив пациента, в поле его зрения, и открыт для его проекций («пулек», как своеобразно он их называет)⁹ (Здесь в англ. присутствует игра слов *projections* — проекции и *projectiles* — пули. Игра слов отражает то, что пациент переносит на аналитика множество микропроекций. — Прим. ред.), такова, что аналитику не нужно отрицать или скрывать свою эмоциональную вовлеченность в работу с пациентом. Однако, проблема в том, что мишень этих проекций пациента связана с неустрашимыми архетипическими содержаниями. Когда они переносятся на аналитика, перед ним встают две альтернативы: 1) высветить, амплифицировать или вернуть проекции, или же 2) «воплотить» (т.е., поддержать, подыграть или принять их на себя), не возвращая их в форме интерпретации назад клиенту слишком быстро (Plaut, 1956, р. 156). Подобно тому, как Фордхам описывает возможность положиться на Самость в аналитическом процессе, Плаут подчеркивает, что процесс «воплощения» не является сознательно контролируемым, и потому аналитик зачастую может испытывать сопротивление, «неохоту» по отношению к нему. Кроме того, это и нелегко — ключевым критерием тут является «сравнительная безопасность» этого архетипического содержания для аналитика (Plaut, 1956, р. 157). Он должен заботиться о том, чтобы с одной стороны, не идентифицироваться целиком, а с другой — не отвергнуть проекцию пациента. Существует также опасность инфляции или потери границ, поскольку часто лишь ретроспективно аналитик способен обнаружить, что же происходило на самом деле. Идеи Плаута основаны на положении Юнга о том, что архетипический перенос изменяется постепенно. Они перекликаются с юнговским подходом к работе с переносом. полагаясь на *deo concedente* («божьей волей»), а также резонируют с предостережениями Юнга об опасности инфляции, вызванной проекцией «спасителя»: Конечно же, аналитик скажет: «Что за вздор! Это просто патологично. Это истерическое преувеличение». И в то же время — это цепляет его; ведь это так приятно... Так что он начинает чувствовать, что «если существуют на свете спасители, то, возможно, я попросту один из них». (Jung, 1935a, р. 153) Идеи Плаута, похоже, предвосхищали психологию Когута (1971, 1977), считавшего важным позволить пациенту переживать слияние с объектом самости (аналитиком) в идеализирующем переносе. Очевидно также, что охранение аналитиком особой контрпереносной позиции путем воплощения проекций пациента вместо их возвращения в форме интерпретации согласуется с винникоттовской идеей Фордхама о пациенте, способном «вызывать» «адаптированные терапевтические реакции», как раз те ре-реакции, которые ему нужны от матери-аналитика (Fordham, 1957, р. 112). Как говорит Плаут: «Тогда я могу стать тем, чем, по настоянию бессознательного пациента, я должен быть» (Plaut, 1956, р. 157). Идея творческого, целительного фантазийного процесса, в который включается восприимчивый аналитик, напоминает о юнговской технике активного воображения. Похоже, что активное воображение проявляется в контрпереносных реакциях аналитика. Хоть это и идет вразрез с предупреждением Фон Франц об опасностях, связанных с применением активного воображения к реальным людям (Von Franz, 1974, р. 76), в данном случае этот риск допускается. Идея, что процесс активного воображения происходит во время самого аналитического часа, получает свое дальнейшее развитие в других статьях лондонских юнгианцев. Штраус был первым, кто заявил о том, что архетипический образ только тогда имеет ценность, когда он закреплен в личных отношениях с аналитиком (Strauss, 1960, р. 251). Дэвидсон специфически представляет «перенос как форму активного воображения», — идея, возникшая у нее на основе опыта контрпереносных переживаний (Davidson, 1966, р. 188). Гордон также характеризует анализ как «проживание активного воображения» в пространстве между его участниками (Gordon, 1968, р. 182). Она указывает на необходимость отличать собственные реакции аналитика от тех, что вызваны терапевтическими потребностями клиента. Гордон также дает прекрасное описание весьма тонкого, но важного типа контрпереносной ситуации: «Когда на сессиях я начинаю замечать, что отвечаю пациенту более широким спектром реакций, я принимаю это как знак того, что его мир стал менее

напряженным... уже большая часть его личности задействована в нашем общении и, таким образом, способна отвечать на большую часть моей» (Gordon, 1968, p. 187). И, наконец, Камерон (1968) написал кейнзиански ориентированную статью о «творческой иллюзии» в переносе (включив в нее пример сильного, спонтанного контрпереносного раскрытия а ля Юнг). Если оценивать в рамках данного обзора, то каждая из этих статей, также как и работы Фордхама и Плаута, содержит хорошие примеры контрпереносного поведения аналитика. О более глубоких проблемах в отношении контрпереноса было написано не так много, пока не вышли более поздние работы Фордхама (1978а, 1979). В то же время некоторые возможности контрпереноса рассматриваются в работе Ламберта о Рекере (1972). Для Ламберта, работа Рекера в 1950-е годы, опубликованная в форме книги в 1968 г., представляет собой «первое детальное систематическое исследование» личных отношений в диаде аналитик—пациент (Lambert, 1972, p. 305). В них вовлечены два человека, а не только один (пациент). Каждый своими здоровой и больной, взрослой и детской частями, прошлым и настоящим и т.д. Ламберт рассматривает «невротический» контрперенос Рекера, в котором аналитик идентифицируется со своими собственными «инфантильными» аспектами, оказавшись наедине с пациентом (или родственниками пациента), обществом, или коллегами. Это соответствует «иллюзорному» типу Фордхама. «Надлежащий контрперенос» состоит, по Рекеру, из разнообразных приятных «конкордантных» переживаний, когда аналитик и пациент разделяют общие чувства, а также и более неуловимой «комплементарной» формы, когда аналитик под влиянием процессов пациента идентифицируется с одним из его «внутренних объектов» (Lambert, 1972, p. 313).

Рассуждая далее о «комплементарном» типе, Ламберт добавляет, что если аналитик способен контейнировать свои «бурные эмоциональные реакции» — например, желание отомстить пациенту в ситуации идентификации с его негативным внутренним объектом — то он способен сломать исторически сложившийся патологический паттерн. Он достигает этого за счет того, что никогда не отреагирует на клиента, а также путем осознания «комплементарного» контрпереноса, в котором он оказался (Lambert, 1972, p. 321). Это также связано с поддержанием эмпатии, с задачей сохранения ее на протяжении всего времени работы.

В более поздней книге Ламберт (1976) описывает пять типов «контрсопротивления», которые может обнаружить у себя аналитик. Он опять следует тут Рекеру и разбирает такие субъективные переживания, когда аналитик может чувствовать злость, жажду мести, затруднения в речи, или страх негативных последствий несвоевременной интерпретации или критики со стороны пациента.

Берлинская школа

«Берлинская» школа контрпереноса едва ли существует как школа, поскольку состоит из четырех аналитиков, трех статей (переведенных на английский язык) и двух авторов этих статей. Однако им удалось сделать важный шаг к тому, чтобы возникло более пристальное внимание к контрпереносу аналитика.

Выступление Дикмана в 1971 г. на V Международном юнгианском конгрессе стало первым глубоким отчетом о внутреннем опыте аналитика в ходе анализа. С самого начала он отмечает, что «полнота возможных проявлений» диалектического характера аналитических отношений, о которой говорил Юнг, до сих пор не была целиком осознана. Вместо этого, даже среди юнгианцев внимание было сосредоточено, в основном на пациенте, а не на аналитике (Dieckmann, 1974, p. 69). Чтобы внести коррективы в сложившуюся ситуацию, Дикман и три других германских аналитика приняли участие в исследовательском проекте, в ходе которого они записывали (и обсуждали затем в группе коллег) свои собственные ассоциации по поводу конкретного материала пациентов. Их собственное ассоциативное содержание распадается на четыре категории:

- 1) ассоциации на пациента и темы, возникавшие в ходе сессий;
- 2) история и проблемы самого аналитика;
- 3) чисто эмоциональные реакции;
- 4) физические реакции.

Результаты, помимо приведенной выше категоризации, указали Дикману на то, что существовала поразительно тесная «психологическая связь между цепочками ассоциаций аналитика и пациента» (Dieckmann, 1974, p. 73). Феноменологически это проявлялось в форме того, что пациенты часто почти дословно произносили то, что было на уме у аналитика¹⁰ (Это, наоборот, как раз то, что аналитик может часто слышать от своих пациентов, что довольно любопытно). Дикман далее приводит живые примеры, демонстрирующие параллельные или дополняющие друг друга цепочки взаимных ассоциаций, что является первым по-настоящему откровенным описанием случаев после Юнга (Jung, 1937, p. 332)¹¹ (Отличный пример случая у Moody (1955) является необычным, так »как показывает,

скорее, его активное участие, чем его бессознательные процессы.).

С точки зрения аналитической техники, интересен акцент берлинской группы на том, что отслеживать свои собственные ассоциации трудно только в начале, но потом становится все легче и легче. Дикман замечает (и это крайне важно), что хотя интерпретации, основанные на контрпереносе, и не высказывались, процесс в целом обоими участниками ощущался, как «управляемый» (Dieckmann, 1974, p. 75). Таким образом, интерпретация, похоже, имеет второстепенное значение по сравнению с опытом — если аналитик убежден в ее правильности, значит, пациент уже сам к ней пришел и созрел для ее принятия, еще до того, как ее произнесли. Этот бессловесный, но согласованный процесс, «выглядит мистическим» — говорит Дикман (p. 78), и в определенном смысле, так оно и есть. Он рассматривает его как аналогичный экстрасенсорному восприятию или как основанный на Самости феномен синхронии. Таким образом, рамки причины и следствия, даже такие понятия как проективная идентификация, не способны полностью описать взаимодействие на уровне переноса и контрпереноса.

Вслед за работой Дикмана появилась развивающая эту тему работа Бломейера (1974). Его описание является еще более откровенным, чем у Дикмана. Он прослеживает контр-перенос с момента его первоначального проявления в форме «животного» влечения к пациенту. Бломейер также приводит пример того, как переживания аналитика и даже факты его реальной жизни могут каким-то образом улавливаться и «воспроизводиться» пациентом, в сновидениях и высказываниях на сессии (Blomeyer, 1974, p. 107).

В более поздней работе Дикман (1976) обобщает данные своих исследований, собираемые от пятнадцати аналитиков на протяжении трех лет. Им постулируется, что Самость синхроничным образом организует «совершенное соответствие» ассоциаций пациента и аналитика, и этот параллельный процесс остается верным даже для глубоко личного, не-архетипического материала аналитика (Dieckmann, 1976, p. 26, 32). Первоначально фокус исследования был на архетипических сновидениях, и было обнаружено, что синхронии проявляются в этой сфере особенно часто. Значимое соответствие ассоциаций возникало и в супервизорской группе аналитика, что для Дикмана означает, что сфера влияния Самости гораздо обширнее и проникает в область *unus mundus* (единства мира).

Однако также как психика аналитика образует позитивные связи с психикой пациента, она может и вносить вклад в сопротивление. Спектр и сила этого процесса, направляемого Самостью, возможно и побудили Дикмана предположить, что сопротивление является взаимной проблемой, «независимо от уровня образования и опытности аналитика» (Dieckmann, 1976, p. 27).

Эта берлинская концепция заставляет делать выводы, которые трудно принять, поскольку они являются своего рода ударом по эго аналитика. Здесь уместно вспомнить, что Юнг настаивал на необходимости «подлинного соучастия, насколько аналитик на это способен, в любой повседневной профессиональной деятельности» (Jung, 1946, p. 199) и предпочитал «мягкий» перенос, так как анализ может переживаться пациентом как «суровое испытание» (Jung, 1951a, p. 116). Картина, обрисованная Дикманом, выглядит, в этом смысле, несколько розовой, поскольку взаимные цепи ассоциаций могут быть не только удивительными, но и порождать тревогу в периоды, когда аналитик и пациент спускаются в более темные области бессознательного.

В заключение Дикман описывает четыре уровня данного процесса. Первый уровень — проективный, т. е., иллюзорный в обычном смысле. Второй — объективный и подобен Юнговскому представлению об «объективном уровне» интерпретации. Этот уровень как бы призывает аналитика отслеживать свои сны о пациенте¹² (С одной стороны, этот перенос больше связан с профессиональной деятельностью аналитика и его способностью подмечать объективно существующие особенности пациента. С другой стороны, объективный перенос относится к способности пациента реалистично оценивать своего аналитика. Отличить объективный перенос от проективного можно, как считает Дикман, отслеживая сны разных пациентов об одном аналитике. — Прим. Ред.). Третий уровень — антитетический тип аналитического взаимодействия, где проявляются противоположные и комплементарные полюса и роли. И наконец, существует архетипическая ситуация, которая для эффективного разрешения требует, чтобы архетип был «привнесен в жизнь в форме контрпереноса» — только тогда он будет оказывать стимулирующее воздействие на пациента (Dieckmann, 1976, p. 35).

В целом, работа Дикмана и берлинской группы придает новый смысл и глубину образу «заклинателя дождя», который так нравился Юнгу¹³ (История Юнга о «делателе дождя» звучит так:

В качестве примера к тому, что значит «пребывать в Дао» и синхронистичных сопутствующих обстоятельствах этого состояния я приведу историю, рассказанную мне Ричардом Вильгельмом о «делателе дождя» Киао-Чо: «В месте, где жил Вильгельм, была великая засуха; в течение нескольких месяцев не выпало ни капли дождя и ситуация становилась катастрофической. Католики устраивали процессии, протестанты молились, а китайцы зажигали пахучие палочки и стреляли из ружей, чтобы напугать демонов засухи, но все безрезультатно. Наконец китайцы сказали: „Мы приведем делателя

дождя". И из другой провинции явился иссохший старик. Единственным, о чем он попросил, был тихий маленький домик, в котором он и закрылся на три дня. На четвертый день собрались тучи, и началась огромная снежная буря в то время года, когда никто не ожидал снега. Его выпало необыкновенно много, и город до того исполнился слухами о чудесном делателе дождя, что Вильгельм отправился к старику, чтобы спросить, как он это сделал. Как настоящий европеец, он сказал: „Они называют вас делателем дождя, расскажите мне, как вы сделали снег?" И маленький китаец ответил: „Я не делал снег, я за это не в ответе". „Но что вы делали в эти три дня?" „О, это я могу объяснить. Я пришел из другой страны, где вещи находятся в порядке. Здесь порядок нарушен и вещи не таковы, какими они должны быть по установлению небес. Таким образом, вся страна находится вне Дао, и я тоже пребываю вне контакта с естественным порядком вещей, поскольку я нахожусь в стране беспорядка. Так что мне пришлось ждать три дня, пока я не вернулся в Дао, и тогда сам собой пошел дождь"». (Jung, 1955-56, p. 419—420).). Свои идеи они используют в реальной практике анализа. В своей первой, 1974 г., работе Дикман обращается к этому образу, когда пытается найти «срединный путь» между интроспективной позицией заклинателя дождя и более экстравертированной позицией «чистого экрана», фокусирующейся преимущественно на пациенте (Dieckmann, 1974, p. 71). С технической стороны, ему представлялось весьма трудной задачей смотреть, так сказать, одним глазом вовне, а другим — вовнутрь. Такой раскол может быть, однако, преодолен, когда возникают синхроничные события, подтверждающие, что внутренние процессы аналитика тесно связаны с процессами пациента; следовательно, этот раскол не свидетельствует о неспособности к эмпатии. Даосские философские принципы, которыми объяснялась ситуация в момент засухи в китайской деревне, используются здесь Дикманом в отношении индивидуальных мыслительных процессов внутри пациента и аналитика.

Школа «Раненого целителя»

Школа «Раненого целителя» как таковая в реальности существует не более, чем «Берлинская». К этой школе можно отнести двух юнгианцев — швейцарца и американца — которым рассуждения Юнга по поводу греческого мифа об Асклепии показались близки, и которые стали писать об этом в связи с обсуждением контрпереноса¹⁴ (С.А.Meier (1949/1967) в своей книге *Ancient Incubation and Modern Psychotherapy*, весьма информативно исследует целительские практики Асклепия. Данная книга является прекрасным источником. Однако, как указывает Сэмюэлс: «Очень немного в этой книге касается того, что мы сейчас называем контрпереносом» (Samuels, 1985, p.187).).

В своей ранней статье «Тень психотерапевта» (1968) Гюггенбюль-Крайг закладывает основу для своих дальнейших исследований. Отмечая существование мифа терапевтического всемогущества, он напоминает нам о том, что анализ и все его юнгианские компоненты (индивидуация, расширение осознания, и т.д.) «ничего не решают и никого не спасают» (Guggenbuhl-Craig, 1968, p. 257). Мы не способны даже измерить, а тем более научно доказать то, во что мы верим¹⁵ (См. однако, ныне классическое исследование Smith, Glass, Miller *The benefits of psychotherapy* (1981), в котором статистически показано, что психотерапия, и соответственно анализ, «работает»). Вслед за этим он выдвигает предположение, что наряду с образом доброго доктора существует образ «шарлатана, знахаря и лжепророка» (p. 250).

Гюггенбюль-Крайг откровенно рассказывает о сне пациента, в котором он (аналитик) предстал в виде шарлатана, тот сон первоначально был интерпретирован как сопротивление; лишь позднее Гюггенбюль-Крайг увидел, что сон отражал также и объективную ситуацию. Он стал замечать парадоксальную «трагедию» аналитика: чем больше область сознания и прогресс в индивидуации, тем сильнее активизируется бессознательное (Guggenbuhl-Craig, 1968, p. 251). Контрпереносная тень анализа тогда вырисовывается в деталях: тенденция в стремлении уйти от своих проблем, жить чужой жизнью — жизнью своих пациентов, ревнивые нападки на их супругов, диагнозы защитного характера, духовная инфляция и философское высокомерие. Это хорошее описание возможных невротических проявлений контрпереноса.

Продолжая наносить удары по нашему самодовольству, Гюггенбюль-Крайг раскрывает эту тему более глубоко в своей книге, «Архетипические отношения власти в помогающих профессиях» (1971) 16 (В издании 1997 г. на русском языке «Власть архетипа в медицине и психотерапии» — Прим. ред.). Развивая свои ранние размышления о теневых моментах анализа, он говорит о том, насколько сильно позитивные или негативные фантазии аналитика могут влиять на пациента. Обладая силой активного воображения, они способны внушать здоровье или болезнь. Другими словами, он говорит то же, что и Юнг, только наоборот: что бессознательные (или сознательные) проекции аналитика оказывают «индуцирующее» воздействие на пациента.

Гюггенбюль-Крайг связывает вышесказанное с рассуждением о том, что он называет архетипом «целителя-пациента» (Guggenbuhl-Craig, 1971, p. 85). Особенно у людей помогающих профессий есть пристрастие к этому биполярному архетипу. Он считает, что здесь существует опасность, что его больная сторона может быть полностью отнесена к пациенту¹⁷ (См. у Сирлза об «использовании пациента как носителя всей тяжелой психопатологии в отношениях в целом» (1978, pp. 62—63).). Именно в этом месте «шарлатан» и теневые аспекты могут выйти на сцену — аналитик может утратить осознание полюса пациента внутри себя и спроецировать его целиком на своего пациента. Аналогичным образом и пациент может спроецировать своего собственного «внутреннего целителя» или «целительный фактор» на персону аналитика (p. 90). Таким образом, хотя обе проекции и являются совместимыми и даже оправданными, Гюггенбюль-Крайг считает, что должен произойти сдвиг таким образом, чтобы архетип не оказался расколотым между двумя участниками. И чтобы этого не произошло, аналитик должен ясно осознавать теневую сторону, о которой говорит Гюггенбюль-Крайг, принять обратно свой «раненый» полюс, и понимать, подобно «греческому врачу, [что] исцелить мо-гут только божества... доктор же — человек — просто может способствовать их появлению» (p. 96).

Джесс Гросбек принимает взгляды Гюггенбюль-Крайга и показывает, как раненое целительство может проходить на практике. Принимая во внимание принцип гомеопатического лечения «подобное лечит подобное», метод «инкубации» целительных снов в храмах Асклепия, миф о неизлечимо раненом целителе Хироне, и существование собственного целителя у Юнга, Гросбек указывает на парные аспекты данного процесса. Одна его сторона заключается во взаимном снятии проекций, имеющих место на уровне персоны - т.е. проекций «пациента» и «доктора». Другая же — это развитие аспекта «раненого целителя» внутри пациента. Этот второй процесс, являющийся ключевым, в свою очередь стимулируется двумя вещами. Болезнь пациента должна активировать «личные раны» и архетип раненого целителя внутри аналитика. В этот момент, для того, чтобы помочь пациенту, «аналитик должен показать ему путь сам переживая данный архетип и его личные аспекты (Groesbeck, 1975, p. 132). Таким образом, аналитик одновременно является «проводником», катализатором и частью ролевой модели для «внутреннего целителя» пациента (p.130).

Из-за необходимости этого внутреннего личного проживания своих ран, по мнению Гросбека, и появляются аналитики, которые фактически «постоянно анализируются и просвещаются своими пациентами» (Groesbeck, 1975, p. 133). Таким «раненым целителям» следует остерегаться двух опасностей: инфляции и смерти. Понимание архетипической основы собственной эмоциональной вовлеченности и самого процесса лечения может помочь преодолеть инфляцию чересчур усердному и захваченному своей работой аналитику. Эта рекомендация напоминает юнговский принцип «*deo concedente*» (с божьей помощью) (Jung, 1946, p. 190), а также замечание Гюггенбюля-Крайга о необходимости полагаться на «божество целительства».

Гросбек иллюстрирует процесс исцеления серией сложных диаграмм, напоминающих юнговскую диаграмму «адепт-сестра» из «Психологии переноса» (Jung, 1946, p. 221). В данном случае, однако, Гросбек показывает различные вариации той схемы, включающие архетип «раненого целителя». Его примеры из практики наглядно показывают процесс активизации внутреннего целителя у пациентов, что проявляется в образах сновидений. Хотя Гросбек не уделяет особого внимания возможным объективным аспектам этих снов об аналитике, он подчеркивает, что некоторые психосоматические реакции и параллельные сновидения, доказывают постепенное «психическое заражение» аналитика. Это перекликается с исследованиями Дикмана.

На основе всего этого Гросбек делает вывод о важности учебного анализа и периодического возвращения к нему после его формального завершения. Основной упор в этой работе делается, однако, на происходящем «здесь и теперь» на каждой сессии снов и снова: контрпереносном ранении аналитика. Он заканчивает свою замечательную статью одним из своих собственных снов, показывающим важность того факта, что «в аналитической работе невозможно скрыть раны и слабости» (Groesbeck, 1975, p. 143).

Лэнгеманская группа

Для юнгианских дискуссий по контрпереносу 1980-е годы начались с сильного потрясения. Уильям Гудхарт предпринял

весьма смелую и противоречащую общепринятым представлениям попытку привнести в юнгианские круги психоаналитическую теорию Роберта Лэнгса. И хотя работы Лэнгса весьма широки по содержанию, некоторые ключевые моменты представляется важным привести здесь в той форме, как они осмыслены Гудхартом.

Для Гудхарта центральный вклад Лэнгса состоит в демонстрации того, как пациент бессознательно совершает творческие попытки» надлежащим образом сориентировать аналитика во время аналитических сессий (Goodheart, 1980, p. 2). Требуется особый стиль избирательного слушания, когда аналитик, фиксируя фактическое содержание ассоциаций, трактует их как бессознательные комментарии на предшествовавшую интервенцию или другое поведение аналитика. Пациент и аналитик, таким образом, включены в постоянное взаимодействие, которое может сознательно направляться аналитиком (и бессознательно — ассоциациями пациента).

Гудхарт основывает свой синтез теорий Лэнгса и Юнга на том, что анализ является диалектическим процессом, но вносит особый поворот, утверждая, что «во время терапевтической сессии все происходящее внутри пациента или аналитика является продуктом их взаимодействия» (Goodheart, 1984, p. 90—91). Таким образом, своими ассоциациями пациенты не только делают интрапсихические утверждения, но также демонстрируют реакцию на комментарии и поведение аналитика. Важно то, что пациент реагирует не только на последние интервенции аналитика, но в особенности на всякие попытки нарушить основные соглашения или правила анализа — аналитическую рамку.

Именно в этой области, как считает Гудхарт, у аналитика есть множество возможностей для отреагирования. Независимо от того, происходит ли это по инициативе пациента или аналитика, изменение стабильной рамки анализа всегда является скорее попыткой освободиться, нежели признать и попытаться понять сложное эмоциональное состояние. В типичных случаях такого рода, защищаясь от своих конфликтов, пациент будет требовать какого-либо конкретного удовлетворения. Вместо того чтобы справляться со своей тревогой и выдерживать «аналитический стиль», аналитик может подчиниться и утратить аналитическую позицию (Goodheart, 1984, p. 98). Таким образом, он пойдет на поводу у своего невротического контрпереноса.

При столь «тесном эмоциональном контакте» пациент может пытаться управлять аналитиком в этой квази-супервизорской, даже квази-терапевтической манере (Goodheart, 1985, p. 161). Пациент может даже продуцировать образы, «производящие убедительное впечатление бессознательных попыток помочь своему терапевту», когда последний сбился с пути (Goodheart, 1984, p. 106). Например, воображение клиента может рисовать образ того типа терапевта или терапевтической реакции, которые ему необходимы.

Основываясь на теориях Лэнгса, Гудхарт говорит о том, что аналитик не должен просто принимать согласие пациента в качестве подтверждения правильности своих действий, но следует прислушаться к последующим, позитивным или негативным ассоциациям, которые и расскажут о реальном положении вещей.

В модели Гудхарта, таким образом, тень аналитика находится под постоянным наблюдением. Его интегрированность как аналитика и как личности должна пройти проверку. Так, весьма специфически может проявляться на практике теория Юнга об «объективной» интерпретации. В данном случае, содержание ассоциаций, фантазий и сновидений клиента относится к вмешательствам аналитика на микроскопическом уровне. Это вариация традиционной психоаналитической идеи о том, что все слова клиента на сессии произносятся в контексте переноса, что все они имеют отношение к аналитику. Здесь, однако, центром внимания становится присутствующая в данный момент тень аналитика, а не он сам как фигура переноса.

Гудхарту принадлежит метод определения контрпереноса. Он дал нам технику самопроверки. Здесь слышатся также отзвуки лондонской идеи о том, что аналитик способен адаптироваться таким образом, чтобы отвечать потребностям пациента. Однако, он не предлагает полагаться на контрперенос сам по себе как на «орган информации». В его модели воспринимающим органом является бессознательное пациента. Тип контрпереноса, о котором говорит Гудхарт, является в основном «невротическим» или «иллюзорным». Он ясно формулирует это, когда говорит о том, что следование данной технике даст аналитику возможность пережить «опыт того, что пациент постоянно задевает наиболее конфликтные и болезненные слабые места в личности терапевта» (Goodheart, 1984, p. 107).

Работа Гудхарта получила среди юнгианских аналитиков как критику, так и поддержку (см. Kugler and Hillman, 1985). В статье Паркс предлагаются некоторые живые личные примеры, хорошо иллюстрирующие данную технику. Она честно описывает несколько «терапевтических неувязок», которые допустила, но затем исправила. Правда, раскрывая подробности своего контрпереноса, она не показывает последующую работу с ним.

Например, Парке (1987, p. 106) спрашивает себя в отношении «беспроцентного займа», данного пациенту: «Почему же я сразу сделала это?» — но не отвечает на этот вопрос (по крайней мере, в данной работе)18 (Этот вопрос: «Почему я сделал...», появляется в оригинальной версии работы Паркса, представленной на конференции в 1986, на странице 16. Он взят из опубликованной версии в

Journal of Analytical Psychology.). Однако она затем выправляет рамку аналитических отношений надлежащим образом. Мы видим здесь, как и в большинстве других примеров Лэнгса-Гудхарта, что сам факт признания и сдерживания «тени» считается в целом достаточным. Другая проблема, касающаяся теории Гудхарта, к которой обращается Парке: куда следует сместить акцент интерпретации: в сторону объективного или субъективного? Очевидно, что «супервизорские» ассоциации пациента являются его субъективными реакциями на объективные промахи аналитика. Как говорит Парке, она предпочитает «допустить возможность неверного понимания и ошибочной интерпретации терапевта, прежде чем исследовать, не виновато ли здесь искаженное восприятие пациента» (Parks, 1987, p. 111). Таким образом, стандартная процедура, касающаяся взглядов аналитика на проекцию, радикальным образом меняется. И действительно, не вполне ясно, какой именно статус в модели Гудхарта получает «внутреннее». Хотя он и постулирует «интрапсихическую жизнь» (Goodheart, 1984, p. 91) и «невидимое символизирующее поле» (Goodheart, 1980, p. 4), движение к интрапсихическому, если оно вообще происходит в приведенных им примерах, не слишком просматривается. В каких случаях, если таковое вообще применяется, вычисляемые из материала клиента «комментарии» по поводу «тени» аналитика рассматриваются Гудхартом на субъективном, переносном или даже историческом (обусловленном прошлым пациента) уровне? В какой момент нужно смещать фокус интерпретации?

Возможно, еще не представился случай ответить на эти вопросы. В то же время, метод Гудхарта является ценным дополнением к клиническому подходу.

Подход Якоби

Работа по контрпереносу Марио Якоби важна по многим причинам, в частности потому, что он является Цюрихским аналитиком со взглядами, близкими к школе развития, и что он написал первую постъюнгианскую книгу по переносу и контрпереносу.

Его первые опубликованные мысли на эту тему изложены в статье 1971 г. по переносу. В ней он описывает важный сон одинокой пациентки с заниженной самооценкой. Помимо прочего, этот сон очень сильно всколыхнул собственные проблемы Якоби. Далее он описывает, почему пациентка была так важна для него и его внутренних поисков. Поскольку она нуждалась в «полной самоотдаче» с его стороны, он задумался: «Готов ли я к этому?». Очевидно, что он был готов, поскольку далее он говорит о том, что «на основе различных моих собственных переживаний, которые были весьма схожими с ее, я заключил, что ее судьба стала мне глубоко небезразличной» (Jacoby, 1971, p. 15). Таким образом, он приводит хорошую иллюстрацию идей Юнга о принятии аналитиком в качестве своей судьбы собственной тенденции быть психически зараженным: «Пациент тогда становится для него лично значимым, а это обеспечивает наиболее благоприятную основу для лечения» (Jung, 1946, p. 177). Далее, однако, Якоби не описывает, в чем собственно заключалось их взаимное сходство, и как он с этим работал.

В своей книге лекций (1984) Якоби описывает отношения аналитик-пациент в эмоциональной (в противоположность принятой сухой и научной) манере. В приводимых примерах демонстрируется разнообразие контрпереносных переживаний и возможностей реагирования. Например, пациентке снится, что Якоби дает ей почитать важную для нее книгу, после чего в реальности он так и поступает. В то же время Якоби осознает потенциальные составляющие такого «отреагирования», и потому продолжает изучать их процесс взаимодействия и обнаруживает по крайней мере три переносные роли, которые он мог воплощать для своей пациентки (Jacoby, 1984, p. 21). Другая пациентка (та же, о которой говорится в вышеупомянутой работе 1971 г.) видит сон, который так глубоко затрагивает Якоби и дает почувствовать близость их друг к другу, что «кажется, это мог бы быть и мой собственный сон в связи с этой пациенткой... На самом деле, сон принадлежал нам обоим» (p. 33). Не говоря об этом явно в своей работе, Якоби тем не менее выдвигает принципиально новый подход к рассмотрению сновидений в близком терапевтическом взаимодействии.

Обращаясь к контрпереносу как таковому, Якоби объясняет, как контрперенос может быть использован с целью «раскрыть бессознательную динамику пациента» (Jacoby, 1984, p. 37). Используя хорошие примеры, он описывает синтонные, конкордантные, комплементарные варианты, которые изначально были выделены лондонской школой. И снова удивляешься его способности тонко чувствовать, гибкости и открытости альтернативным объяснениям. Новым в его подходе является положение о том, что иллюзорный и синтонный контрпереносы чаще всего являются смешанными¹⁹ (Хоть и будучи похожим, это положение все же является фундаментально иным, чем: 1) идея «крючков» проекции, 2) идея Фордхама о «деинтеграции», необходимой для того, чтобы встретиться с дезинтеграцией пациента (1957, p. 143), или 3) идея Ламберта о комплементарных контрпереносах,

становящихся конкордантными (1972, р. 313).). Таким образом, делается относительной концепция «или-или», когда контрперенос строго видится как или невротический или синтонный.

Якоби также интересуется психологией самости Хайнца Когута. Он показывает, как различные контрпереносные реакции могут быть связаны с концепцией «объекта самости» Когута. Он тонко подмечает, что в ситуации «зеркального» переноса аналитик может чувствовать себя как используемым пациентом, так и жизненно важным для него. Оказавшись в сложном положении объекта самости, когда от него нарциссически требуются особая чуткость и «эмпатический резонанс», как предупреждает Якоби, аналитику тем не менее нужно избегать «пустых, банальных интервенций» (Jacoby, 1984, р. 49), т.е. тех, которые выглядят эмпатическими, но на самом деле ими не являются. Он приводит хорошие примеры того, как интегрированность аналитика, наряду с честностью, способны показать лучший путь к разрешению зеркального переноса. Столь же удивительную пронизательность он проявляет при описании «идеализирующего» переноса и соответствующего ему контрпереноса. В такой роли объекта самости, говорит Якоби, аналитик воплощает архетипические проекции пациента, причем не всегда в их позитивных формах. Поскольку в бессознательной тенденции к слиянию с объектом самости есть архетипический элемент, то всегда нужно спрашивать себя, какой именно перенос перед нами: иллюзорный²⁰ (Различие между иллюзорным и делюзивным переносом делалось некоторыми кейнзианскими аналитиками. Они понимали под иллюзиями в данном контексте сильные бессознательные фантазии, временно необходимые пациенту для его исцеления. Поэтому в определенном смысле иллюзорный перенос носит благотворный характер и является частью психического развития. Делюзивный (бредовый, галлюцинаторный) перенос, напротив, относится к негативным бессознательным процессам, тормозящим процесс лечения. — Прим. ред.) или делюзивный. Якоби считает, что кроме чисто психотических состояний, тут применима «скользящая шкала» (р. 56), и также существуют колебания между зеркальным и идеализирующим переносом. И во многом подобно тому, как варьируется степень условности в проекциях пациента (от «как бы» до серьезной убежденности) и «использования» им аналитика, так же и контрперенос аналитика иногда может принимать галлюцинаторные формы (р. 58). Он приводит прекрасный пример временной потери им самим ощущения «как бы», вследствие проекции на пациента своей «грандиозной самости», после чего Якоби удалось восстановить аналитические отношения.

Здесь, как и ранее, проявляется открытость Якоби и его личностный подход. Он дает ценные рекомендации по установлению контакта с пациентами. В одной из своих последних статей он приводит пример возможности буквального контакта с пациентом (такие ситуации возникают довольно редко), когда его конкордантные фантазии подтолкнули эмпатически взять пациента за руку в критический момент сессии. Сославшись на свое контрпереносное ощущение «плачущего ребенка» внутри пациентов, Якоби (1986, р. 122) показывает нам мягкие прикосновения, внимательно продуманные и трогательно описанные.

Работа Шварц-Саланта

Подробные исследования Натана Шварц-Саланта в 80-е годы естественным образом следуют за работами Якоби. В своей книге по нарциссизму (1982) Шварц-Салант, однако, представляет более детальную клиническую картину, которая освещает эффекты воздействия на аналитика зеркального и идеализирующего переноса. Он проводит чрезвычайно точные различия в том, как работать с такими клиентами, основываясь на своем видении задействованных архетипических процессов. В основном везде, где Якоби предлагает более ясную, зачастую легче понимаемую картинку, Шварц-Салант представляет сильно амплифицированную. Такова особенность его личного видения — и дело не в том, что в других теориях нет столь большой доли субъективности — просто его работы требуют от читателя усидчивости и терпеливого стремления разобраться в них. Частично это объясняется тем, что Шварц-Салант создает более комплексную модель. Похоже, — то центральной темой его теоретических размышлений являются состояния делюзивного (галлюцинаторного) переноса и контрпереноса, о которых писал и Якоби.

Разницу между ними лучше всего увидеть, сравнив их идеи о том, что такое анализ. Якоби говорит, что анализ — это когда два человека пытаются «понять, что происходит в бессознательном одного из них» (Jacoby, 1984, р. 13, курсив мой). Конечно, Якоби использует (и показывает нам это) и свое бессознательное в этом процессе. Шварц-Салант, с другой стороны, говорит, что анализ — это «странные попытки двух человек вместе конstellлировать²¹ (Конstellлировать — от англ. constellate (образовывать созвездия). — Прим. ред.) бессознательное» (Schwartz-Salant, 1984, р. 29, курсив мой). Конечно же, при этом аналитик направляет все свои усилия на излечение пациента. Оба, возможно,

согласились бы друг с другом, хотя в то же время эта разница в использовании слов и фокусе внимания может оказаться существенной.

Хотя основные представления Шварц-Саланта описаны уже в его первой книге, в последующих трудах он заметно кристаллизует свои идеи о природе контрпереноса и аналитического взаимодействия. В большей степени, чем любой из вышеупомянутых авторов, он обращается к алхимической метафоре Юнга, непосредственно ее использует и развивает. В работах других авторов есть тенденция модифицировать диаграммы Юнга из «Психологии переноса»; Шварц-Салант же действительно берет образы Rosarium и использует их в изложении своей теории «образных» пространств, понятий «тонкого тела» и «внутренних пар» в применении к процессам переноса и контрпереноса.

Будучи знатоком психодинамических теорий развития и часто их используя, Шварц-Салант в целом ощущает недостаточность этих взглядов для объяснения всей глубины переживаний аналитика и пациента (Schwartz-Salant, 1988a, p. 1). Для того чтобы понять архетипические энергии, воплощенные в символизме coniunctio, необходима модель более образного типа, выходящая за пределы проективной и интроективной идентификации.

По Шварц-Саланту, в психическом пространстве между пациентом и аналитиком может существовать «общее поле образов», состоящее из квази-независимых энергетических полей, известных из истории как «тонкие тела» (Schwartz-Salant, 1986, p. 24). Это невидимое, но определенно ощущаемое, ауруподобное «поле», создаваемое воображением участников. Это нечто подобное активному воображению, за исключением того, что в него включены два человека. Шварц-Салант отмечает, что оно не находится ни здесь, ни там, не внутри и не снаружи, но является чем-то «другим»: оно «между» двумя участниками, не в каком-то конкретном месте, а в «мире воображения» (Schwartz-Salant, 1988b, p. 43). Ясно, что стандартные парадигмы пространства/времени и причинности здесь изменяются; отсюда его связь с бессознательным, как его видит Юнг — царством архетипического, акаузального, принадлежащего четвертому измерению и миру религиозного (Schwartz-Salant, 1990, p. 145).

Взаимодействия, происходящие в этом поле — именно те, что показаны на алхимических картинках. Часто поле или ощущения аналитика указывают на существование «пары», подобной королю и королеве на алхимических картинках, в различных состояниях: союза, депрессии, инцестного объятия и т. п. Хотя первоначальная, патологическая природа этой пары, возможно, сформирована ранним личным опытом в родительской семье, исцеление будет результатом общего разделяемого с аналитиком архетипического процесса.

Применяя этот комплексный подход, Шварц-Салант описывает множество измерений контрпереноса. Большая часть его теории была создана на основе опыта работы с пограничными пациентами, у которых он наблюдал сильные перепады эмоциональных состояний. Страх, ненависть, ненависть к себе, беспомощность, отсутствие аутентичности и эмпатия — вот лишь некоторые из них. И лишь благодаря пониманию таких реакций (при помощи вышеуказанных понятий архетипического, тонкого тела и парности) он был способен поддерживать эмпатию и продолжать участвовать в алхимическом процессе. Это похоже на трансформацию менее полезных контрпереносов в синтонные, о которой писали и другие юнгианские аналитики, хотя объясняли ее по-другому.

Существует несколько технических аспектов работы Шварц-Саланта, на которые стоит обратить внимание. Главная его особенность в том, что он больше выделяет архетипические, мистические и общие для аналитика и пациента моменты, чем большинство других авторов, которые были склонны делать акцент на личном аспекте контрпереноса.

Его стиль изложения также создает впечатление необычайно сильной эмоциональной вовлеченности при работе с пациентами. Этот акцент на образном восприятии уникален еще тем, что оно удивительным образом основано на телесно ощущаемой связи с психикой, пациентом и их общим пространством. А это предполагает временное принесение в жертву того самого интеллекта, который Шварц-Салант столь ярко демонстрирует в своих многочисленных трудах. Он говорит также о «принесении в жертву интерпретаций» во имя возможности открыть довербальное интерактивное поле и вступить в него (Schwartz-Salant, 1988b, p. 51; 1989, p. 109). В этих, иногда психотических, областях только воображение может служить подлинным проводником. Касаясь вопроса самораскрытия, Шварц-Салант проявляет радикализм, как того и требует его теория. Вдобавок он постоянно настаивает на необходимости признавать как законное и подтверждать любое точное интуитивное восприятие пациентом аналитика. Иначе, особенно в случае пограничных пациентов, этот решающе важный и обладающий большим потенциалом «психический орган» — правдивое (хотя правда порой бывает горькой) видение пациента — может вновь стать отщепленным (1988a, p. 16).

В своей последней статье Шварц-Салант во всей полноте освещает свой собственный психотический контрперенос и его инцестные корни, лежащие в архетипе Аттиса-Кибелы, «сына-

любовника». Он идет дальше, чем прежде, показывая свою внутреннюю борьбу, сопротивление и крайнюю честность. Так, он отмечает, что «мы только тогда обретем способность видеть эти процессы в образном пространстве, когда сознательно решимся смотреть глазами наших собственных комплексов» (Schwartz-Salant, 1990, p. 154).

Размышления Шварц-Саланта зачастую трудно понять. Слова здесь не являются помощниками — и возможно, в этом проблема его работ. Его теория носит очень личный характер и излагается в его собственном, специфическом стиле. Конечно же, и сложный трактат Юнга по алхимии и переносу, взятый им за основу, может затруднять ее понимание. Шварц-Салант во многом как бы «опускает на землю» «Психологию переноса», но не вполне и не с легкостью. Кроме того, и Самость, и весь «Mysterium Coniunctionis» являются сами по себе тайной. Его слова переключаются с идеями Дикмана, когда он (Шварц-Салант) утверждает, что причинные теории не вполне соответствуют фактам, и что более глубокий слой бессознательного может проявляться только в контрпереносе (Schwartz-Salant, 1974, 1976). И его мнение близко к ощущению Якоби (см. выше), когда он описывает аналитическое взаимодействие как «сон... который снится двоим» (Schwartz-Salant, 1988b, p. 50).

В целом, Шварц-Салант выстраивает свои положения на основе базовой модели проективной идентификации, развивая которую, он выходит в новое интерактивное пространство. Возможно, для некоторых читателей будет сложно последовать туда за ним. В стиле юнговского (1977, p. 428) комментария по поводу религиозного опыта: «Мне не нужно верить, я знаю», Шварц-Салант констатирует: «Мы занимаемся изучением не обыденного восприятия, а образного. Кому дано видеть, тот поймет нас. Остальные сохраняют скептическое отношение» (Schwartz-Salant, 1986, p. 21).

В 1990-е годы

Работы некоторых других авторов, особенно Самуэlsa (1985, 1989, 1993) и Штайнберга (1989) переносят этот обзор теорий контрпереноса в 1990-е. Подобно другим юнгианцам, упомянутым здесь, Самуэлс (1989) представляет нам некоторые новые способы рассмотрения образного контекста аналитического взаимодействия. В противоположность Гудхарту, который связывает образы с проблемой объективного контрпереноса, Самуэлс предлагает «метафорический» подход, в котором возникающие у пациента родительские образы могут в частности отражать его родительское или терапевтическое отношение к самому себе, а также потенциально интегрируемые теневые качества (Samuels, 1989, p. 48). С технической стороны интересно, что Самуэлс, в противоположность, например, Шварц-Саланту, понижает значимость вопроса «личное-архетипическое» в пользу стратегии, основанной на образах. Все служит метафорой, материал не обязательно должен быть нуминозным или архетипическим, чтобы обладать ценным потенциалом. В «плюралистическом» подходе Самуэlsa к фактам личной истории можно относиться как к метафорам, которые сами регулируют направление их интерпретации и в этом смысле являются «самодиагностическими» (p. 50).

Это образная основа является весьма существенной для понимания идей Самуэlsa о контрпереносе. Играя словами Фрейда, Самуэлс утверждает, что «внутренний мир аналитика... это царский путь во внутренний мир пациента» (Samuels, 1985, p. 51). Он говорит о двух типах полезного контрпереноса: 1) рефлексивный, когда чувства аналитика точно отражают бессознательное внутреннее состояние пациента и 2) воплощенный, когда аналитик чувствует себя особенным «персонажем» (т.е. «комплексом», внутренним объектом или репрезентацией объекта), живущим во внутреннем мире пациента (p. 52).

Отмечая, что его типология пересекается с типологиями Фордхама и Рекера, Самуэлс в то же время чувствует, что его определения лучше описывают реальный опыт аналитика. Ссылка на тело здесь особенно важна, поскольку проблема или состояние пациента действительно «воплощаются» в аналитике, который ощущает это в своем теле. Чтобы это проверить, Самуэлс осуществил небольшой исследовательский проект и обнаружил три класса контрпереносных реакций (все их он также называет «образами»): тело (поведение), чувства и фантазии. Его теория обосновывает не только возможность контрпереносного воплощения проекций пациента, но и необходимость такого воплощения для «обогащения» спроецированного бессознательного содержания при возвращении его пациенту в результате осознания и проработки (Samuels, 1989, p. 159).

Контекст всего этого, и в особенности телесно переживаемых «видений» аналитика может переживаться не как принадлежащий исключительно ему самому или пациенту, но как «их общий mundus imaginalis» (Samuels, 1985, p. 59). Эта идея и ее акцент на телесных ощущениях несколько позже и другими словами были выражены Шварц-Салантом (1986; см. p. 32—34). Самуэлс отмечает, однако, что между ними имеется существенное различие. В его подходе аналитик предпочитает скорее

ожидать контрпереноса, нежели активно «искать подходящий образ»; во-вторых, Самуэлс чувствует, что Шварц-Салант слишком «спаривает» вещи²² (То есть имеет тенденцию интерпретировать все бессознательные процессы как отражение разных форм межличностных отношений двух людей. — Прим. ред.) Samuels, 1989, p. 172).

В 1985 г. Самуэлс, пытаясь ответить на главный юнгианский вопрос — «Что же на самом деле» делал Юнг, когда использовал алхимию для объяснения контрпереноса, — высказывает предположение, что пациент и аналитик в сущности состоят в «аналитическом браке» (Samuels, 1989, pp. 176, 185). Поэтому имеет смысл обращаться к образу hierogamos («священного брака»). Хотя Самуэлс не описывает точных контрпереносных приложений этой идеи, его обсуждение высшего и низшего измерений концепции эроса без сомнения имеет ценность. Как бы высоко не парили некоторые юнгианцы, отмечает он, «сексуальность должна присутствовать, чтобы ее символическое значение можно было интерпретировать... нет эроса — нет анализа» (Samuels, 1989, pp. 187, 190). В контексте нашего обсуждения контрпереноса, нет сомнений, что эрос во всем многообразии своих появлений (сексуальный, духовный, инцестный, сублимированный, «сердечный», связующий, порождающий «либидо родства», или любого другого вида) имеет первостепенное значение.

Самуэлс (1993) продолжает работу над контрпереносом в своей недавно вышедшей книге, где клинические идеи распространяются на политические явления. Он не анализирует политику в терминах контрпереноса и переноса (как можно было бы ожидать); вместо этого Самуэлс показывает пользу и необходимость признания субъективной точки зрения в политическом дискурсе. Кроме того, он вновь предлагает очень ясный обзор изменений во взглядах на контрперенос с течением времени, а также эффективную эпистемологическую критику «проективной идентификации».

Этот обзор литературы заканчивается на статье Уоррена Штайнберга (1989), в которой он подчеркивает необходимость более детального исследования процесса контрпереноса. В его работе приводятся хорошие примеры и даются прекрасные отправные точки для такого исследования. Например, чтобы аналитик преодолел свое сопротивление перед спонтанно возникающими контрпереносными фантазиями, он считает, необходимо отделить их тему от конкретного образного содержания. Это важно потому, что содержание, выраженное в его собственных образах, зачастую ощущается аналитиком как более угрожающее (Steinberg, 1989, p. 13). Фокусирование же на их теме нейтрализует страх и возможную тенденцию к гиперответственности.

Штайнберг классифицирует контрперенос обычными способами — полезный, невротический, эротический и архетипический. Некоторые из его подтипов, однако, являются новыми в юнгианской литературе и опираются на психоаналитические подходы. Например, «невротическая» форма подразделяется им на характерологическую и острую (по Райху и Лэнгсу). Он также указывает, что, бессознательно сопротивляясь, аналитик может прибегать к рационализации, чтобы не использовать интроективную идентификацию там, где это необходимо. Он приводит работу Гарольда Сирлза в поддержку этой новой идеи о том, что даже невротический контрперенос сам по себе может служить ценным источником информации. Это «комбинированная» точка зрения, в соответствии с которой, невротические части аналитика всегда связаны с ролями, которые пациент на него бессознательно проецирует (Steinberg, 1989, p. 19). Предыдущие авторы предлагали более четкое различие между невротическим и синтонным контрпереносом.

Подобно Самуэлсу, Штайнберг представляет дифференцированный взгляд на эрос, в особенности, на эротический контрперенос. У него вызывает сомнения идея Юнга о том, что такой контрперенос компенсирует плохой раппорт. Эротические реакции выражают множество возможностей: от подавления и депривации у любой из сторон до соблазнения, характерологических нарушений и энергии *coniunctio*. И наконец, Штайнберг приводит примеры того, как иметь дело с архетипическими идентификациями или инфляциями — сдувая» их при помощи амплификации и хорошего чувства юмора.

Для того чтобы проводить столь тонкие дифференциации, Штайнберг предлагает аналитику следующие профилактические средства:

- 1) знать себя в целом;
- 2) проверять, является ли конкретная субъективная фантазия необычной, нехарактерной для меня или нет;
- 3) в момент интервенции отмечать уровень и тип проявившегося аффекта.

Другими словами, аналитику следует обращать внимание как на то, как он делает интерпретацию, так и на то, что служит ее источником.

3. Иллюстрации случаев

Как показывает предыдущая глава, дискуссии по контрпереносу демонстрируют скорее готовые выводы, нежели предлагают пути и средства работы с контрпереносом. Фактической феноменологии контрпереноса, тому, что происходит «внутри» аналитика, и как это проявляется в конкретных моментах аналитической работы — всегда уделялось меньше внимания. В то же время Юнг и его последователи подчеркивали важность контрпереноса в юнгианской клинической практике и явно или неявно призывали к реальной работе с ним. Цель этой главы — показать, как в действительности аналитик размышляет над своими реакциями и ранами.

Аналитиком здесь является сам автор. Материал случаев взят из первых двух лет аналитической работы под руководством супервизора с двумя совершенно разными пациентками, в тот период, когда сам автор проходил обучение на аналитика. Эта ситуация учебы, как будет видно, влияла на развитие контрпереноса и в то же время была дополнительным стимулом для более тщательного самонаблюдения. Кроме того, именно благодаря учебному характеру той работы и делались столь подробные записи, использованные здесь. Выбранные материалы о пациентке и контрпереносе приводятся дословно (с небольшими стилизованными поправками), в том виде, как они были записаны тогда, хотя обсуждение этого материала может включать в себя результаты как настоящих, так и прошлых размышлений.

Вероятно, природа самого представленного материала и контекст обучения будут побуждать читателя к интерпретациям контрпереноса и обсуждению техники. И хотя подобный стиль обсуждения неизбежен, возможно, это не лучший подход к представленному материалу. Эта глава состоит из отрывков, выбранных из огромного по объему материала. Подбор производился на основе присутствия в описании контрпереносных моментов. Большое количество аналитических данных — сновидений, фантазий, событий на и вне аналитической сессии, воспоминаний, истории жизни, интерпретаций и размышлений надо всем этим — не вошло в представленное описание. Дословное записывание психотерапевтических сессий дело довольно утомительное, и вобранных примерах всегда интересно исследовать другие, невидимые, но очень важные измерения. Таким образом, как и при любом обсуждении случаев, полное представление неосуществимо.

Но даже выборочная презентация содержит обильный контрпереносный материал, что особенно хорошо заметно в первом примере. Опять же, акцент на контрпереносе не означает, что другие темы или процессы в анализе менее важны. Большая опасность обычно лежит в противоположном направлении — в недооценке или игнорировании контрпереноса.

Основанный на контрпереносе стиль работы включает в себя больше, нежели просто периодическое или произвольное наблюдение за внутренним процессом. Напротив, это медленный, непрерывный процесс. По моему опыту такая забота с контрпереносом часто синхронизируется или параллельна внутреннему развитию пациента. Другими словами, аналитик органически связан с бессознательным пациента. Приведенные здесь примеры призваны продемонстрировать или хотя бы навести на мысль о хитросплетениях этого сложного взаимодействия.

Формат данной главы выбран по типу детальных юнгианских исследований случаев, особенно «Индивидуального символизма сновидений в связи с алхимией» (Jung, 1936), и подробного случая Адлера в «Живом символе» (1961). Эти исследования показывают развитие символических процессов (в основном, в сновидениях). Приведенные в этой главе примеры будут дополнены обсуждением субъективного опыта аналитика в связи с материалом клиента. Последовательность событий описана в том порядке, как они происходили, хотя внимание уделяется лишь избранным отрезкам времени. Это означает, что иногда подробно описаны события, происходившие с интервалом несколько секунд, а иногда приводится материал, который разделяют месяцы.

Можно говорить о «контрпереносе» в узком смысле, а можно использовать более широкое, более свободное определение (см. Kernberg, 1965). Представленный здесь материал больше соответствует второй традиции, в которой принято рассматривать все внутренние и внешние процессы, возникающие в связи с пациентом. Широта и глубина контрпереносных реакций вовсе не означает, что о них нужно сообщать пациенту (никогда не говори «никогда» — гласит поговорка — однако автор обычно не раскрывает пациентам свои сны или контрпереносные конфликты). Представленный материал также будет включать в себя широкий спектр фантазий на сессиях и вне их, чувств, сновидений и рассуждений о пациентах и других людях.

Довольно часто в тексте делаются выводы относительно контрпереносной патологии: являются ли переживания аналитика «невротическими» или даже «психотическими» в том или ином конкретном случае? Как будет видно из примеров, это может (или должно) быть частью работы с контрпереносными переживаниями. Несомненно, что описанные контрпереносные чувства зачастую являются «моими» или «невротическими». Однако справедливо также и то, что в них должны каким-то образом воплощаться идеи о «раненом целителе» или о том, что «добрая половина» анализа состоит из самоанализа аналитика (иначе эти идеи оказываются просто ошибочными или надуманными).

Бессмысленно говорить раненом целителе, если нет раны, или о самоанализе без реального обращения к себе. В заключительной главе будет больше сказано об этих и других вопросах, связанных с представлением случаев.

Развернутое изложение историй пациентов, хоть и является важным, здесь невозможно по причинам конфиденциальности. Поэтому факты биографии пациентов были изменены или замаскированы таким образом, чтобы сохранилось относительно точное отражение их значимости для лечения.

Случай первый: Миссис Ф.

Ф. была дочерью матери-алкоголички и отца, который был весьма известным человеком в определенных кругах. Родители развелись до того, как дочери исполнилось десять лет. Ее отрочество также было бурным, включая довольно серьезное увлечение наркотиками и соответствующее поведение. В определенный момент Ф. исключили из школы и отправили в психиатрическую больницу (которую она описала как «загородный клуб»). Затем она сбежала оттуда со своим другом и продолжала жить в соответствии с тем контркультурным стилем, который ценила. Будучи творческой личностью и выходцем из образованных кругов, она в итоге вышла замуж за человека, с которым вместе работала в области искусства. У Ф. был ребенок, но она работала. На анализ ее привели как семейные и сексуальные проблемы, так и интерес к аналитической психологии.

Курс лечения и контрперенос 1

Пациентка	Контрперенос
Примерно за год до фактического начала анализа Ф. позвонила, чтобы договориться о встрече	Я тогда жаждал новых пациентов и надеялся договориться с ней.
Затем она стала описывать свои глубокие переживания квази-трансцендентного, «природного» характера.	Меня смутила столь поспешная откровенность по телефону, и я не мог понять, о чем она говорит, хотя было похоже, что для нее все это важно.
Затем Ф. спросила: «Что вы об этом думаете?»	На самом деле я думал, что ее рассуждения носят «воздушный» характер — дитя цветов? Желая заполучить новую клиентку, я попытался ответить ей чем-то подходящим.
(Мы договорились о встрече, которую она затем отменила или же не пришла на нее.)	Мой образ ее (или неудачности моего ответа), казалось, подтвердился.

Табл. 1

Обсуждение

В анализе многое происходит ещё до первой встречи. Аналитик мгновенно создает о себе впечатление и сам получает впечатление о клиенте; он должен быть готов работать. Как отмечает Юнг, обсуждая перенос, «Зачастую, прежде чем аналитик раскроет рот, процесс уже идет полным ходом» (Jung, 1946, p. 171 п). В равной степени это верно и для контрпереноса. У меня существовало намерение найти новых пациентов, которое отразилось на моих ответах. Я уже начал создавать образ — «дитя цветов» — этой пациентки, которую еще не видел, Возможно, я уже не выдержал ее первого испытания.

Эти сложившиеся по первым впечатлениям образы пациента и аналитика переживаются ими как очень ясные, почти осязаемые (как на уровне «ощущений», так и визуального образа). Их можно назвать «ощущаемые образы»¹ (См. подобную идею у Сирлза (1967, p. 24), хотя не совсем ясно, обращается ли он к образной активности в начале лечения.). Они являются отражением существующей готовности к переносу или контрпереносу. У терапевта есть фантазии и предчувствия по поводу пациента, вероятно похожие на ощущения матери, ждущей ребенка. Со временем эти фантазии пациента начинают наполняться интроекциями и проекциями, подгоняются к реальному человеку и видоизменяется.

Табл. 2

Пациентка	Контрперенос
Спустя несколько месяцев, во время показа одного юнгианского фильма, в конце своего ряда я заметил очень привлекательную темноволосую женщину.)	У меня промелькнула фантазия о возможности романа с этой очаровательной юнгианкой.
Во время последующего обсуждения фильма она сказала, что как-то посещала Институт Юнга.	Еще интереснее. Когда я был помоложе, я также предпринял туда длительное паломничество.

Обсуждение

Не только пациент, но и аналитик привносит всего себя — неврозы, раны, потребности, душу и так далее — в анализ. Он в свою очередь становится частью смеси аналитик-пациент, в которой «оба подвергаются трансформации» (Jung, 1929a, p. 71). Тема «другой женщины» довольно часто проявлялась в моих снах и фантазийной жизни. Она приняла форму довольно конфликтной (поскольку я был мужем и отцом) жажды «влюбиться». Другая женщина в моих фантазиях часто была творческого или поэтического типа — иногда психологом. Так что в данном случае я встретил женщину, которая отвечала моему фантазийному образу: привлекательная, психологически ориентированная фигура «анимы» (в юнгианских терминах), которая возможно даже имела опыт внутренних или внешних исканий, подобных моим собственным.

Пациентка	Контрперенос
В конце последнего перерыва она подошла ко мне и представилась, заметив, что мы уже общались ранее.	Мне было, несомненно, приятно, что эта женщина моей фантазии отыскала меня, а также, что мы вроде бы знакомы...
(Я ответа, из своей профессиональной персоны: «О да, возможно, мы могли бы немного поговорить после кино».)	...но старался держаться нейтрально.
После кино ее уже не было.	Меня озадачило это исчезновение, особенно после той захватывающей фантазии, которую она пробудила во мне. Я снова подумал, что она, по-видимому, довольно «воздушна».

Табл. 3

Обсуждение

Таким образом, еще до анализа контрпереносная фантазия, говоря словами Юнга, идет «полным ходом». В данном случае тут проявляются мои собственные потребности и конфликты.

Оглядываясь назад, я могу сказать, что мое более раннее высокомерное и критическое отношение к устремленности Ф. к квази-трансцендентным, «природным» переживаниям частично было связано с моим собственным стремлением к «мистериям» любовного романа. В этом смысле она была не более «воздушной» или наивной, чем я сам. Ее качество неуловимости и внезапное исчезновение, по-видимому, соответствовали контрпереносной ситуации как архетипически (моя таинственная анима), так и на личном уровне (мои ускользающие чувства и фантазии).

Пациентка	Контрперенос
Несколько месяцев спустя Ф. позвонила мне снова, домой. Она сказала, что получила новую работу со страховым обеспечением, которым скоро можно будет пользоваться.	Я почувствовал себя счастливым потому, что она позвонила. Звонить мне домой было довольно интимным шагом. но на моем автоответчике был этот номер.
Она спросила меня: 1) снижаю ли и когда-либо свои цены, и 2)смогу ли я принять ее сейчас,	Как и во время ее первого звонка, я был вынужден отвечать на важные, серьезные

но в страховке потом обозначить другую дату?	вопросы, к которым я не был готов.
(Я ответил, что в некоторых случаях снижаю цену.)	Вообще-то я не хотел снижать цену, но мне нужен был новый пациент по финансовым и учебным причинам, а также вероятно в связи с потребностями «анимы».
(По поводу страховки я ответил, что «это было бы мошенничеством» и потому я не могу этого сделать.)	Меня самого удивила непреклонность моего отказа совершить «мошенничество» — ведь я мог бы просто вежливо ответить «нет».

Табл. 4

Пациентка начинает проникать в мою жизнь, и это вызывает некоторое сопротивление и замешательство. Даже с желанными клиентами (или возможно, в особенности с ними) взаимная аналитическая «вовлеченность» иногда является обременительной. Так что обычно мне требуется время и достаточно четко сформулированный договор, прежде чем я смогу «заняться» пациентом. Это феномен, связанный с границами. Однако, в отношении данной пациентки у меня уже была, так сказать, подходящая «конstellация». То, что я назвал ситуацией со страховкой «мошеннической» отчасти было попыткой контролировать вызывавшие во мне чувство вины романтические фантазии по поводу этой привлекательной клиентки (бессознательно я опасался нарушить правила анализа): я хотел напомнить нам обоим, что я занимаюсь «исключительно делом».

Но интересно, что как только я столкнулся со своей уязвимостью по отношению к сфантазированному соблазну, Ф. в тот же момент попросила об особом отношении, даже сговоре. Моралистский тон был вызван не только попыткой самоконтроля и соблюдения «рамки», но также и тем, что ей удалось каким-то образом нарушить эти границы. Хотя я не знал этого тогда, Ф. нужен был кто-то, кто ради нее «совершил бы подвиг», или, по крайней мере, исполнял бы отеческую покровительствующую роль.

Все это было до того, как Ф. пришла на первую встречу. В действительности, обсуждение этих моментов в идеале должно происходить на сессии, а не по телефону. Хотя эти нюансы невротического и комплементарного контрпереноса, сопротивления пациента и терапевта, нарушение границ и формирование контейнера тогда представлялись мне лишь смутно, они уже были целиком задействованы.

Табл. 5 (и продолжение 2,3)

Перенос	Контрперенос
На нашей первой сессии Ф.. сказала: «Во мне много боли... Я хорошо умею быть сильной и выживать, но мне нужно место, такое как здесь, где я могла бы не быть сильно».	На меня произвели впечатление психологический характер ее мыслей и открытость на всем протяжении нашей встречи.
Затем она упомянула свои амбивалентные чувства к отцу. Она злилась на него,	Я подумал об актуальности ее инцестной ситуации с отцом.

Перенос	Контрперенос
но полушутливо произнесла: «Не спрашивайте (о нем)... спросите меня о чем-нибудь другом... Я бы хотела, чтобы он звонил мне... Надо это прекратить».	
Следом Ф. заговорила о своей потребности в «мужском божестве» на внутреннем уровне.	Могу ли я быть подходящей фигурой для этой фантазии? Способен ли я? Меня это соблазняет.
Она также говорила о «сексуальности в отношениях с друзьями-мужчинами... о тоске по любви и доброму отношению, о чувствах нарциссического характера»	Определенно так! Я тут же записал в своем блокноте: «Я чувствую сексуальное влечение к ней».
Ей хотелось чувствовать себя «особенной» и было интересно, буду ли я стоять у окна и провожать ее взглядом.	Обычно я так не делаю (но я заметил ее «издалека» тогда в кинотеатре).
У нее были фантазии об инцесте со своим отцом и старшим братом, но она не имела об этом реальных воспоминаний.	Возможно, инцест был и на самом деле.
Денежные вопросы ассоциировались у нее с чем-то грязным, не обсуждаемым открыто и связанным с отцом, как и секс.	Когда она соединила деньги, секс и отца, я сделал пометку «Эдинальное?»
(Затем Ф. попросила о снижении цены.)	Что делать?
(Я уклонился от прямого ответа, признав денежные затруднения Ф. и задав несколько уместных вопро-	Я испытывал конфликт в связи с вопросом об оплате, желая поддерживать нужную аналитическую рамку,

Перенос	Контрперенос
сов. Я предложил ей составить бюджет, чтобы мы могли вместе рассмотреть ее финансовую ситуацию.)	<i>а не исполнять каждое желание этой столь привлекательной женщины.</i>

Табл. 5 (и продолжение 2,3)

Обсуждение

Все аналитические отношения, включая их предысторию, обсуждение оплаты и контрперенос, с самого начала были выражено окрашены инцестной тематикой. Ф. быстро преодолевала любые социальные табу; конечно, и мои фантазии о ней тоже, мягко говоря, быстро развивались. Я пытался поддерживать аналитический контейнер и сдерживать свои чувства. Интересно, что мои фантазии о «другой женщине», казалось, в целом соответствовали ее фантазиям о «другом мужчине» (будь то божество, друг или член семьи). Такие параллели у терапевта и пациента способствовали возникновению запутанной, инцестоподобной области «взаимного бессознательного» и самовозгоранию внутри аналитического сосуда.

Перенос	Контрперенос

Ф. мягко, но довольно настойчиво пожаловалась, что я «обещал» ей понизить плату за анализ.	Я укорял себя за то, что если и не «пообещал» буквально, то предложил ей возможность выбора в этом вопросе.
Когда я в ответ спросил, что могло бы значить для нее понижение платы, Ф. сказала, что чувствовала себя более сильной и особенной, а не «беспомощной» и в определенной степени обязанной мне.	«Она уже чувствовала себя „особенной“ для меня — слишком особенной», — подумал я.
"Я могу уйти", сказала она со смехом, - "если вы не сделаете этого"	Я пытался сам не стать беззащитным и оказаться в ее власти.

Табл. 6

Обсуждение

Я все еще пытаюсь исправить свою прошлую ошибку, связанную с попыткой «соблазнить» новых пациентов, в особенности эту женщину, начать анализ. Вероятно, она не ведала, что обладала достаточной «силой», чтобы играть со мной в игры («Я могу уйти»). Она фактически флиртовала со мной, а также, на более бессознательном уровне принуждала меня сделать что-нибудь «неправильное». Этому желанию было вполне успешно оказано сопротивление, как показывает следующий сон.

7. Сон пациентки

Я стою перед кухонной плитой в доме, где я выросла. Доктор обнимает меня руками за талию. Я чувствую себя гордой и хорошей.

Перенос	Контрперенос
Ассоциации Ф. на кухню были: «Любимое место моей матери, материнский элемент», где мать сначала «сохраняла контроль, а затем — находилась в (пьяном) ступоре».	Я молча связал этот сон с другим, первым в анализе: Ф. с матерью находилась на аллее больничного городка и психически больную девочку-пациентку вдруг стало рвать. Рвота попадала на все вокруг.
Доктор был хорошим знакомым, с ним она чувствовала себя «ценимой и в центре внимания».	Я был рад, что «доктор» (т.е. я) был представлен обнимающим ее не слишком сексуально.

Табл. 7

Обсуждение

Позитивный терапевтический «холдинг» и контейнирование инцеста (разыгранное нами в споре по поводу снижения оплаты), казалось, подтверждались этим сновидением — близкие, но безопасные не-сексуальные отношения доктора и Ф., а также вхождение в область детских нарциссических травм, связанных с отношениями с матерью.¹ Сон пациентки о том, что ей нужно, и о том, что она получает. Сон может показывать не только частный внутренний мир пациентки, но также и аналитическую ситуацию и контрперенос. Я сделал выбор в пользу рассмотрения его главным образом в качестве комментария на мои интервенции, сделанные для поддержания «рамки» анализа («вторичная производная» в терминах Лэнгса). Более того, если в первом сне Ф. больная девочка может символизировать «внутреннего пациента», то возможно, что другой полюс — «внутренней целитель» архетипа «Раненого целителя» по Гросбеку представлен в образе доктора во втором сне. Объятие за талию (и мое облегчение, что оно не носит сексуального характера) любопытным образом намекают, однако, на скрытую инцестную связь *coniunctio* на этой ранней стадии анализа (см. Jung, 1946, p. 217).

Перенос	Контрперенос
Ф. рассказала ряд снов о «потерявшейся»	Я думал о том, могу ли я помочь ей. и

беспризорнице» и своей ненависти к внутреннему ребенку.	чувствовал беспокойство по поводу ее ненависти к себе.
Несколько дней назад Ф. сделала аборт, но чувствовала, что не получила поддержки своего доктора и мужа, Она сказала, что звонила мне, но мой автоответчик был сломан и отключил ее.	Я почувствовал себя виноватым и профессионально непригодным в связи с моей явной неудачей в сочувствии столь очевидно страдающему клиенту, «потерявшему дитя».
Во время сеанса она стала тихонько плакать, но я её не видел. Она сказала мне, что хотела бы, чтобы и больше «вмешивался».	Мне хотелось возразить в свою защиту, что она сама сделала спую боль слишком незаметной.
Дальнейшие фантазии-желания; «Только вы, ваша жена и я — без детей и других пациентов... Отец похищает меня, чтобы показать, что действительно любит меня».	Я обеспокоился, чувствуя двойную вину за то, что мой эротический интерес мешает моей способности обеспечивать ей исключительное эмпатическое внимание, которого она хотела.
Ф. попросила более частых встреч по сниженному тарифу	Опять на том же месте — с вопросом о пене.
(Мы проанализировали ее финансовые возможности, и я разрешил ей вести счет на дополнительные сессии до тех пор, пока она не сможет оплатить их через пару месяцев.)	Я чувствовал сильную потребность исправить свои неудачи в выражении эмпатии, поправить самооценку и облегчить угрызения совести, предоставив ей то, о чем она просила.

Табл. 8

Обсуждение

Давление на внешнюю рамку анализа, вызываемое внешними и внутренними потребностями обеих сторон, было в тот момент довольно интенсивным. На внешнем уровне проблема была решена путем выработки реалистичного компромисса — она попросила о большем количестве сессий по цене, которую могла себе позволить. Жалобы Ф. на мою невнимательность и безучастность (Кохут, (1971, 1977) мог бы назвать это неудачей «объекта самости»), не важно, чем вызванные исторически, поколебали мою самооценку, до этого уже ослабленную чувством вины за мой эротический контрперенос. Здесь налицо комбинация ее проекций (или реальных ожиданий, основанных на опыте) и моей тенденции переживать вину и ощущение неадекватности. Можно также предложить другое описание происходящего, несколько напоминающее идею о «крючке» проекции: аналитик интроективно идентифицируется по линиям своих собственных комплексов.

Перенос	Контрперенос
Перенос Ф. описала чувства восхищения, доверия и расположения к мужчине, занимавшем начальственное положение на ее работе.	Я знал этого мужчину, который производил впечатление весьма уверенного в себе. Мне он не нравился (особенно теперь).
Она была в восторге, когда он признал, что испытывает к ней чувства (не сказав какие)— для нее это означало, что он был «уязвим», и она могла иметь какую-то «власть» пал ним.	Хотя я и решил, что образ и переживание, связанные с этим мужчиной, могли быть замещением (отношения ко мне в переносе), я все равно чувствовал свою неадекватность по сравнению с ним и относительное «бессилие».
Она фантазировала о том, что я испытываю ревность по этому поводу и таким образом также являюсь уязвимым для нее.	Ревновал ли я, как она предположила? Быть может, она читает мои мысли?
Затем она с робостью рассказала мне о своих сексуальных Фантазиях быть одновременно с двумя мужчинами. Она уже пробовала это в прошлом при участии и с одобрения своего мужа.	Припертый к стене ее интуитивным угадыванием и заваленный ее фантазиями, я действительно чувствовал себя уязвимым по отношению к ней. Я почувствовал облегчение потому, что ее внимание было направлено в другую сторону — это давало мне время

Табл 9

Обсуждение

Бессознательное пациента не только индуцирует и заражает аналитика, оно способно видеть его насквозь. Именно в этом причина того, что трудным пациентам иногда приписываются особые качества: они обладают сверхъестественной, шокирующей нас способностью обнаруживать слабости аналитика. В данном случае я довольно безуспешно пытаюсь скрыть это и почувствовать себя комфортно в той контрпереносной позиции, в которой я оказался. Иногда это вопрос выдержки. Как говорит Юнг: «Трудные случаи — это настоящие испытания» (Jung, 1951a, p. 116). Ее фантазия о двух мужчинах разыгрывается в данном случае с ее начальником и мною. В целом это напоминало мою собственную проблему, двух женщин. Контрперенос, опять же, является сплавом ее подвижных, обладающих силой проективных идентификаций и уже существовавших у меня параллельных тенденций. Готовность и склонность терапевта к определенным переживаниям может быть использована пациентом, зачастую очевидно безжалостно.

Перенос	Контрперенос
Отменив предыдущую сессию, Ф. сказала: «Я скучала по вас... Без вас я не могла наслаждаться цветами... Я больше никогда не хочу быть без двух сессий (в неделю) с вами».	Для меня это звучало довольно романтично. Ее зависимость казалась позитивной, но я боялся, что не смогу обращаться с нею должным образом из-за моих «романтических» фантазий. Я беспокоился о том, чтобы ее потребность чувствовать себя «особенной» не наткнулась на мои (инцестные? травмирующие?) желания.

Табл. 10

Обсуждение

Налицо продолжающиеся попытки контейнировать и перенаправить контрперенос, чтобы соответствовать потребностям пациента. Но чувства аналитика не могут быть изменены искусственным путем или разыграны по ролям. Изменения должны быть аутентичными — и пациент вынужден ждать их.

Фактически, моя попытка предоставить ей поддержку взамен сексуализированного эроса может отражать ее собственное смешение этих двух чувств (вследствие актуальной или эмоциональной инцестной ситуации или, что также могло быть, трудностей, которые испытывал ее отец в разделении этих чувств).

Если это так, то я сейчас переживаю в себе тот конфликт «границ», который существует в ее душе и жизни. Сдерживая и стараясь непосредственно разрешить конфликт пациента, терапевт может также воплощать формирующееся новое психическое развитие пациента. Таким образом «зараженное» состояние аналитика может быть также названо «перспективным контрпереносом». Надо надеяться, что соответствующий, необходимый процесс в пациенте уже происходит.

Перенос	Контрперенос
Имея в виду своего знакомого, Ф. сказала: «Я не думаю, что способна дать ему поддержку — мне самой нужно получить ее от вас!. Если только бы отец был способен принять свою слабость. Я вижу его насквозь фальшивым... Я ничему не верю».	Внутри себя я боролся с сомнениями: способен ли н должным образом дать ей поддержку, следует ли мне признать свою «слабость», являюсь ли я «насквозь фальшивым» и прячущимся за профессиональной персоной?

Она продолжала:

«Чистый экран* не может быть подлинным... Если бы я имела над вами власть,	Я почувствовал чрезвычайно сильное побуждение признаться в моей симпатии,
--	---

я могла бы больше вам доверять».	неадекватности и ее власти, но...
Возвращаясь к теме «другого мужчины», Ф. отметила, что трудно отделить «дружбу от физических отношений... Он (мужчина) все больше вовлекается».	...о ком она говорит? Обо мне, отце, друзьях? И разве было бы такое мое самораскрытие той вселяющей доверие поддержкой, о которой она говорила, или...
Она добавила: «Зачем же он захочет быть мне другом, если наши отношения не будут сексуальными?»	...эффект был бы противоположным? Другими словами, еще одно напоминание о том, что она видела в себе только одну ценность — сексуальную.

■ «Чистый экран» в данном случае метафора нейтральности и дистанцированности аналитика. С точки зрения классического психоанализа, аналитик должен служить чистым экраном для проекций пациента и не приносить ничего своего. *Прим. ред.*

Табл. 11

Обсуждение

Терапевт сейчас находится в затуманенном состоянии почти полной интроективной идентификации, пытаясь найти опору. Граница между «невротическим» и «комплементарным» контрпереносом размыта. Размытость между «сексом и дружбой» может сама по себе быть «синтонной» подобному смещению у Ф. Раскрытие контрпереносных реакций пациенту является рискованным действием, требующим интуиции, чуткости и, по моему мнению, осторожности² (Мое ощущение сейчас таково, что я почти совершаю своего рода нарушение, когда открываюсь пациенту. Я чувствую, что это каким-то образом неправильно. Это не означает, что я считаю, что такая позиция является универсально верной — просто она правильна для меня, поскольку я так чувствую.). В особенности, когда аналитик чувствует, что он запутался, обязательно должно быть контейнирование, поскольку в такие моменты велика вероятность отреагирования. Это особенно верно для ранних стадий анализа.

Перенос	Контрперенос
(Далее по ходу сессии я сказал Ф., что «похоже, в поле между нами существует сексуальное притяжение»)	Не желая признавать «слабость» принадлежащей исключительно мне, я по крайней мере признаю сексуальное измерение, на которое она намекает.
(Я предположил, что это поле параллельно чувствам, существовавшим между нею и отцом, и что эти чувства были взаимны.)	Моя, основанная на контрпереносе интерпретация переноса была точной, но возможно при данных обстоятельствах носила защитный характер.
Ф. сказала: «Я не хочу этого от него. Я не хочу хотеть это-, го. Я не думаю, что я должна... Я не хочу любить его вновь. (Почему?) Я просто хочу закрыть дверь».	У меня было чувство, что я принуждаю ее признать, что она любила своего отца и испытывала к нему сексуальные чувства.

Табл. 12

Обсуждение

Здесь делается попытка как-нибудь осмыслить сложную игру переноса и контрпереноса. Опять-таки не ясно, что я делаю, желая, чтобы Ф. приняла мою интерпретацию:

- 1) отыгрываю отцовскую сторону инцестных отношений, или
- 2) пытаюсь вытянуть ее «признание» в чувствах ко мне (под личиной ее отца), или 3) пытаюсь заставить ее признать, что я не являюсь для нее объектом влечения. Интерпретации, основанные на контрпереносе, такие как эта, нужно делать достаточно осторожно, т. к. они могут уводить в сторону или разрушать терапевтический альянс. Интерпретация может быть верной, или даже желательной для разрядки напряженной ситуации, но может быть и защитной. Идеи Плаута о «воплощении» архетипа и Шварц-Саланта о «принесении в жертву» интерпретаций в данном случае могут сыграть

существенную роль. С другой стороны, можно вспомнить о важности относительной «безопасности» аналитика (и пациента) (Plaut, 1956, p. 157).

13. Контрпереносные фантазии

Случилось так, что в город приехал отец Ф., и она опоздала на сессию. Я записывал свои мысли, пока ее ждал. Остается неясным следующее:

- может быть, она мстит за то, что я связал сексуальность, отца и поиск одобрения?
- может быть, она хочет увидеть, заденет ли меня это, как я среагирую, буду ли я ревновать?
- или причина в том, что мне не удается проявлять больше человеческого участия, я все еще «пустой экран»?

То ли она намекает, что хочет четких границ в качестве защиты от сексуальной эксплуатации, то ли просто уловила эту мысль от меня.

Фантазия: что-то случилось с отцом. Отец сказал, что она не может прийти.

(20 минут спустя.) Фантазия: бросила анализ? Фантазия: сражается сейчас за то, чтобы не пропустить сессию? (Я это отмечу, и может быть, не возьму с нее денег за эту сессию, а может быть, возьму, если выяснится, что это не вследствие возникшей у нее неясности.) Неясности благодаря тому, что я не установил четких границ, в которых она нуждалась (2 раза в неделю) ?

Посмотрим, позвоню ли я ей? Я представляю, как она обидится, если я этого не сделаю, хотя это она пропустила сессию.

Сессия

Ф. опоздала на 25 минут, сказав, что чувствует себя «выбитой из колеи». Она говорила о желании отомстить своему отцу и мужу за то, что они разговаривали друг с другом, а не с ней. Она предположила, что ее опоздание может быть реакцией на то, что я связал сексуальную тематику с ее отношениями с отцом на последней сессии. Она хотела посмотреть, соглашусь ли я на дополнительные сессии, чтобы увидеть, думаю ли я о ней. Ф. сказала: «Я хочу, чтобы вы в меня влюбились, хотя мне нужно, чтобы этого не произошло».

Обсуждение

Даже если пациента еще нет, психологически аналитическая сессия начинается в назначенное время. И ожидание опаздывающего пациента может быть плодотворно использовано для отслеживания контрпереноса, который все равно возникает. Гипотезы терапевта, его состояния и фантазии заполняют вакуум отсутствия пациента, создавая образ, точный или неточный, того, что у пациента на уме.

В данном случае мои фантазии по большей части соответствуют чувствам и потребностям, которые она впоследствии открывает. Синтонный контрперенос возникает из чего-то бесформенного, расплывчатого и в результате парадоксальным образом превращается в ясную область с очерченными границами. Так, например, когда я продолжал обдумывать вопросы границ перед ее приходом, она объяснила в -краткой, но емкой фразе точный (и парадоксальный) тип границы, в котором она нуждалась: «Я хочу, чтобы вы влюбились в меня, но мне нужно, чтобы этого не произошло».

Это был тот самый контрперенос, с которым я боролся.

14. Сон пациентки

Я курю анашу вместе с С. (ее коллега по работе, имеющий более высокий статус) и прислоняюсь к нему. Затем я брожу вокруг, ожидая его.

(Ассоциации: «Я чувствую, что меня глубоко тронула его прямота.»)

Перенос	Контрперенос
Ф. сказала: «Я чувствую себя пауком, пытающимся заманить и соблазнить вас разговорами о сексе». Ей стыдно за это, но она добавила, что не чувствует, что я ее «обвиняю» (т. е. это не я стыжу ее).	Я и в правду никогда не думал об Ф. как о пауке, но ощущение ее магических чар все еще было сильным.
Она сказала, что все еще хочет «отрицать» свои	Я спросил себя: «А как насчет

позитивные чувства к отцу.	„отсутствующей" матери? — о ней сказано так мало».
Ф. сказала, что матери был поставлен диагноз, «возможно, шизофрения», когда Ф. была совсем юной.	Как будто отвечая на мой невысказанный вопрос.

Табл. к 14

Обсуждение Заметки о контрпереносе (после сессии)

«На этой сессии я чувствовал меньше напряжения. Частично вследствие усталости? Но возможно, в большей степени благодаря тому, что ослабление сексуального напряжения делает происходящее менее захватывающим. Сексуальная тема, похоже, отходит в прошлое. На самом деле я чувствовал некоторую ревность по поводу того, что она приписывала авторитетность и оплодотворяющую силу („до глубины тронута", как она сказала) ему, а не мне.

Вот сижу я здесь, средних лет, лысеющий, обремененный женой, болеющий раком, так безжалостно напоминающим о смертности (так же как и о смерти отца)3 (Рак у меня под мышкой был маленьким кожным раком. Мой отец, отчим и близкий друг умерли в течение короткого промежутка времени.). И я подзаряжаюсь от этой привлекательной, очень живой, иногда заигрывающей „юнгианки".

Хоть я и сказал ей, что здесь происходит „только анализ", ее слова „я хочу, чтобы вы любили меня, но мне нужно, чтобы этого не произошло" напрямую подействовали на меня. Я, конечно, был разочарован тем, что эта женщина (по крайней мере, как мне казалось) не направляла на меня свои чары, я чувствовал потерю».

Обсуждение

Я был-таки соблазнен. Она чувствовала вину за это. но, проявив проницательность, призналась в своих истинных желаниях (т. е. «хочу, чтобы вы влюбились в меня, но...»). Я, наконец, способен признать, что это «отозвалось» во мне. Признание так называемого «невротического» контрпереноса позволяет амплифицировать и прояснить его: проблемы кризиса середины жизни, кажется, подходят программе переноса моей пациентки на Т., — «любите меня — но не любите». Более того, теперь я могу с большей готовностью «участвовать» в том эмоционально корректирующем опыте, которого пациентка ищет в отношениях переноса. Одновременно с этим сдвигом также возникла идея о матери в ее и моих ассоциациях. Переключение интереса от отца к матери может быть связано со спадом в сексуальной динамике.

Перенос	Контрперенос
Ф. обсуждала свою госпитализацию в психиатрическую больницу в подростковом возрасте.	Я представил Ф. в подростковом возрасте — несколько дикой, сексуальной, похожей на девочек, которых я встречал в подростковом отделении психиатрической больницы, где я раньше работал.
Ее отец, назначенный судом попечитель и отчим обвиняли ее в сексуальной распущенности, когда она была подростком.	Я подумал о «судах над ведьмами» Салема и предположил, что эти мужчины проецировали свои желания на нее.

Табл.15

Обсуждение

Для терапевта важно не только уметь слушать пациента, но и вовремя «увидеть» его. С помощью своего воображения я смог представить, какой могла быть ее жизнь. Скорее всего, моя эмпатическая картина была эмоционально окрашена иначе, чем тот образ, который существовал у ее родителей в то время. Хотя Ф. могла думать, что буду испытывать к ней влечение, проецировать и обвинять ее таким же образом, как те люди из прошлого.

Сложность контрпереноса во многом связана с тем, что терапевт берет на себя несколько или все

бессознательные состояния пациента одновременно. Так, я мог идентифицироваться с ней (с ее эго) и чувствовать презрение к лицемерным «отцам», и в то же время я потенциально был одним из «них» (околдованный этой женщиной, или своей анимой).

Перенос	Контрперенос
Ф. описывала свои позитивные чувства к ее другу С. и беспокоилась, что его жена может почувствовать угрозу.	Я подумал, в Лэнгсианском ключе, не относится ли это к моей ситуации с ней.
«Мне нравится дополнять, давать другому то, чего ему не хватает. Помочь восполнить что-то... бессознательное, интуитивное, иррациональное».	Она определенно была «анимой» для всех, включая меня.

Табл.16

Обсуждение

Ее фантазия и возникающее иногда ощущение себя «гетерой» определенно соответствуют некоторым аспектам контрпереноса и моим фантазиям о «другой женщине». Она хочет узнать, выдержит ли подобное мой брак. Было бы неточным, однако, сказать, что эти образы относятся только к «аналитическому взаимодействию» — они реально существовали в ее жизни, в отношениях с отцом (мотивы Эдипова комплекса), с мужем, в манерах общения и так далее. Ничто не исключено. Как и при изучении любого продукта бессознательного, к контрпереносу применимы плюралистические или «одновременные» интерпретации — возможны множественные значения. Вопрос в том, на что поставить акцент.

Перенос	Контрперенос
(Позвонил муж Ф. и сказал, что она опоздает на сессию. Я сказал, формальным тоном: «Спасибо за звонок».)	Я чувствовал себя неловко в разговоре с ним. Несколько испуган или чувствую себя виноватым?

Табл 17

Обсуждение

Эротические перенос и контрперенос заставил меня чувствовать себя дискомфортно: инцестный или тайный «роман» может быть замечен отцом-соперником-мужем-суперэго. Кроме того, терапевту известны «секреты» супруга, открытые ему пациенткой. В анализе пациенты снимают многие табу и нарушают чужое доверие. Контрпереносная «тень» аналитика питается не только невротическими, эдиповыми, вуайеристскими, нарциссическими мотивами или мотивами поиска власти; темы «первородного греха» и инцестной вины также вносят свой вклад.

18. Сны пациентки

. Мой муж сексуально возбуждает меня. Но я не могу, поскольку мой отец находится в соседней комнате.

2. Я сижу с вами за круглым столом на вершине горы, неподалеку от маленького домика ночью. Люди находятся внизу в долине. Возможно, мы говорим о моем предыдущем сне или о (старшем) брате. Вы предлагаете мне спеть. Я отвечаю: «Мне кажется, это убавило бы жар».

Перенос	Контрперенос
По поводу меня во сне Ф. чувствовала, что это было «прекрасно, что вы там... внутри меня... в тот важный момент».	В начале я воспринял эти фразы («внутри меня») как несущие в себе множество смущающих намеков сексуального характера.
Однако она восприняла мое предложение (спеть) во сне как «убавляющее	Осознавая взаимный «жар», я пытался убавить интенсивность происходящего. Я почувствовал себя

интенсивность... Вы отвергаете меня, подобно отцу... Я чувствую себя задетой».	неуютно от того, что в ее глазах я был неспособен справиться с эротической интенсивностью.
--	--

Табл 18

Ф. ассоциировала жар с периодом течки⁴ (In heat — «в период течки» с английского. Можно также перевести как «разгоряченные, в жару». — Прим. ред.) у животных. «...Трудно произнести слово секс».

Я чувствовал вину за свои «эротические» чувства, а теперь еще за то, что отклоняю их.

Обсуждение

Порой быть аналитиком не легко. Первый сон проливал свет на отцовский комплекс, мешающий сексуальной жизни и эросу Ф. Вероятно, комплекс также имел некоторое отношение к моему контрпереносному дискомфорту, испытанному в общении с мужем Ф. (см. п. 17, с. 87), а также к моей роли мешающего отца. Я не хотел воплощать или закреплять очевидно инцестные отцовские отношения, но боюсь, что все равно делал это через мой контрперенос, который был индуцирован или к которому я был предрасположен.

В то же время из второго сна и намеков во время сессий было ясно, что мои попытки уклониться от раскаленного эроса в переносе — контрпереносе воспринимались сновидящим эго критически (я подумал, что мое предложение спеть было не так уж плохо, учитывая ее нарциссические проблемы). Присутствие аналитика во сне клиента вызывает, опять же, дилемму субъективного и объективного толкования: я ли это или образ внутреннего «терапевта» — или и то, и другое? Или же, возможно, с несколько иной точки зрения, это «заземление» переноса, необходимое для того, чтобы аналитик был глубоко захвачен контрпереносом?

Перенос	Контрперенос
Ф. сказала, что позвонила на мой автоответчик, чтобы «услышать» мой голос после крупной ссоры со своим мужем. В конце сессии она неожиданно спросила, может ли она позвонить мне домой в случае необходимости.	Я вновь ощутил себя в сложном положении. Мне не хотелось выглядеть холодным. Я понимал, что ее потребность в зависимости была довольно сильной, но данная просьба не была вызвана срочной необходимостью, и я чувствовал, что удовлетворить ее было бы ошибкой.
(Я сказал, «Мой номер записан на пленке... Некоторые люди звонили мне.»)	Я чувствовал, что моему ответу не доставало решительности (как это и было на самом деле), и он звучал как-то по-ослиному.

Табл. 19

Обсуждение

Это было подобно предыдущему давлению на «рамку» анализа — снижение цены, страховка и т.д. Тогда она давила, и я поддавался из-за сильного контрпереноса, но в итоге мне удалось установить границы. Но в этот раз я почувствовал внутренний раскол и в смущении предложил одно, чувствуя при этом, но до конца не принимая, другое. Эта была первая из серии сессий с Ф., в которых я допустил ошибки.

Работа изнутри контрпереноса (да и любой другой позиции) требует принятия множества деликатных решений на уровне чувств в контексте переносных состояний пациента. Ошибки неизбежны, и может быть, даже необходимы. Промах в данном случае был не в неудачном выборе ответа, а скорее в его неопределенности и неаутентичности.

Перенос	Контрперенос
В конце одной из нескольких сессий, на которых она периодически рыдала, описывая образы потерянного ребенка, и говорила о том, насколько эмоционально «неуклюжим» был ее	Я почувствовал некоторую требовательность в ее комментарии, но был неспособен «связать ниточки» вместе. Я осознал, как близится к концу время аналитического часа, и вспомнил, как

отец, Ф. спросила, есть ли у меня, что сказать на то, что она только что рассказала.	<i>иногда мой собственный аналитик не произносил на сессии ни слова.</i>
(Я сказал: «Не думаю», - но напомнил ей о том, что время подходит к концу.)	Я подумал, что она. быть может, вне себя от ярости, и что, возможно, я выглядел резко обрывающим ее или отстраняющимся.

Табл.20

Обсуждение

Я очевидно проявляю здесь ту же неуклюжесть, что и ее отец в раннем Детстве, когда она чувствовала себя отвергаемой. Когда мой собственный аналитик ничего не говорил, я чувствовал бесполезность проведенного времени. Сохранились ли у меня остаточные злость и идентификации со времени моего анализа, или же это был комплементарный контрперенос «негативного отца» (или матери), — в любом случае возникшая ситуация переживалась как эмпатический промах. Ошибки исходят от аналитика, их нельзя рационализировать, называя «индуцированными» пациентом. Однако, дело не в том, что аналитик из-за контрпереноса оказался «слеп» к чему-то. Скорее, его ошибки связаны с проблемой «скорости», т. е., терапевт может не поспевать за процессом. Например, в данном случае эмпатические фантазии контрпереноса движутся в верном направлении, к синтонному пониманию (как будто я вдруг стал чувствовать, что именно она переживала), но на практике я еще ничего не делаю в этом направлении.

Перенос	Контрперенос
Чувствуя себя задетой и злясь, Ф. сказала: «Я вижу, что вы заодно с моим отцом».	Я знал, что обидел ее, но сделал это неумышленно из-за неудачи в проявлении эмпатии и холдинга.
Как и он, я дал ей только «структуру», но не поддержку, и подобно ее отцу и мужу, и оказался в сущности «бессильным, беспомощным и слабым».	Когда она меня разоблачала, я вспомнил замечание одного психолога о том, что это чрезвычайно важно для пациента — как следует разозлиться на своего аналитика.
Она чувствовала себя «потерявшейся в толпе» других моих пациентов. Она много плакала и говорила о своем «паническом страхе того, что если я не получу помощи и поддержки, я не выживу».	Пока она рыдала, я почувствовал импульс приблизиться к ней и по-доброму прикоснуться к ее плечу. Я решил, что делать этого не следует.

Табл. 21

Сон пациентки

У друга ее мужа были груди, наполненные молоком.

(Ассоциации: этот друг был одним из «других мужчин», которые ее привлекали. Она вспомнила этот сон с огорчением, после того как выразила свои сомнения по поводу меня и других мужчин: «Что, таковы все мужчины? Черт бы их побрал. Все они пустые, от них ничего не дождешься, им нечего дать».)

Обсуждение

Мои недавние ошибки, к счастью, вылились в терапевтическое движение благодаря ее стойкости (или возможно, ее компенсаторному сну). Казалось, она старалась построить со мной отношения, основанные на доверии, а я продолжал терпеть в этом неудачу. Было неясно, почему я никак не могу ответить на ее потребности. Я продолжал «быть» травмирующим ее эмоционально неуклюжим, пустым (формальным) как оболочка без содержания отцом. Как показывает сон, идея кормления была каким-то образом связана с мужчинами, и со мной в контрпереносе (и с сексуальностью). Мой импульс мягко коснуться ее, хотя и не реализованный, свидетельствовал, что я, хотя бы временно, оказался в более материнской, менее безгрудой и не столь ригидно патерналистской позиции, которая ей как раз и была нужна. Это также соответствовало различным снам и переживаниям на сессии, когда

Ф. чувствовала, что ее «трогало» то, что исходило от меня или от мистера С, ее шефа. Таким образом, здесь можно заметить продвижение от эмпатического провала к тому, что может быть названо компенсаторным или коррективным контрпереносом. Если терапевт действительно воплощает определенные аспекты психики пациента, тогда подобные сдвиги внутри терапевта могут оказывать модифицирующий эффект на констеллированные комплексы.

Перенос	Контрперенос
Ф. сказала, что ее отец входил в окружение ОДНОЙ широко известной фигуры.	Хотя она уже однажды говорила мне это, сейчас я вдруг «понял», что действительно услышал нечто о ее отце.
Затем она добавила, «Возможно, вы читали некоторые его (ее отца) книги».	Я не читал, но неожиданно вспомнил, что одна такая книга стояла на полках, когда я был подростком.
Затем она оглядела мой офис, чтобы увидеть, как она сказала, были ли здесь какие-либо из них.	Я поразился параллельности нашего мышления и этим пространственно-временным совпадениям между нами.
Выразив свою потребность в «доступной, постоянной, эмоционально питающей фигуре», Ф. добавила, что она тоже хотела бы стать аналитиком.	«Возможно, лучшим, чем я». — подумал я, чувствуя себя скверно из-за своей неспособности дать ей материнскую агапе <i>вместо</i> эроса <i>любownika</i> .

Табл. 22

Обсуждение

Продолжает проявляться проблема базового доверия. На волне недавних эмпатических провалов (возможно, представленных в воображении скалистой тропой с мертвыми кроликами, а также моей склонностью к поведению, подобному улюлюканию рабочих-строителей), я искренне сомневался в своей способности быть достойным доверия в эмоциональном отношении. Однако, даже эта явно моя личная «рана» могла оказаться существенной для обостренных чувств Ф. и ее аналогичных сомнений в отношении собственных родителей. И действительно, позже обнаружилось, что Ф. испытывает сильное чувство вины и отчаяния по поводу своей неспособности «вылечить» собственную мать. Контрпереносные состояния не являются дискретными, они текучи и действуют одновременно на различных уровнях. Так, здесь мы видим нечто подобное тройственному контрпереносу: мой невротически-депрессивный, комплементарный (я как неадекватный родитель) и синтонный (подобно ей, я чувствую себя неспособным вылечить человека, который в этом нуждается).

В то же время, однако, я признавал правильность ее обвинений (п. 21, с. 91) в моей типично мужской неуклюжести, и также воспринял проверку моей квалификации скорее как объективную критику, чем как желание быть аналитиком — «таким же как я». Для терапевта важно переживать такие депрессивные состояния как свои собственные (как те, которыми он по-настоящему «заразился») или как действительно принадлежащие его внутреннему «пациенту» — для того, чтобы аутентично заземлять процесс исцеления.

24. Сон пациентки

В розовом саду моей матери находится тарзаноподобный человек-зверь. Я говорю: «Он научился говорить на удивление хорошо».

Я звоню вам по телефону, затем удивляюсь: «Зачем я ему звоню?» Вы реагируете так, как будто были на свадьбе и напились, хотя очевидно, что это не так. Вы рассказываете мне о свадьбе, как о причине того, что вы не сможете увидеться со мной. Доктор Х. должен вырвать вам зуб.

Теперь мы находимся в гостиной с вашей женой. Вы еще совершенно беспомощны. Я и ваша жена озадачены тем, как справиться с этим вместе. Вы не контролируете ситуацию, но, похоже, хорошо, что этими делами занимаются женщины. Я чувствую близость вашей женой.

Контрперенос

Переносные сны можно в первую очередь сверить с их контрпереносными эквивалентами. Я подумал о том, как я мог быть связан с этой примитивной фигурой Гарзана, но решил, что этот образ относится к ее матери. Однако, я был потрясен этим объективным видением того, что я «не контролирую ситуацию», а Ф. и моя анима-жена пытаются помочь мне. Этот образ определенно соответствовал моим чувствам вины за то, что я был «недостаточно хорошим» аналитиком или даже человеком. Я также почувствовал смущение (видимо идентифицируюсь с образом пьяного из сна), от того, что моя пациентка заботится обо мне, а не наоборот, и саркастически заметил себе: «Она действует в союзе с моей анимой, в то время как я не понимаю, что же я, черт побери, делаю».

Обсуждение

Как показывают мое смущение и идентификация, сопровождаемые чувством вины, похоже, мы достигли точки, когда перенос действительно «зацепил». Я был пойман на крючок, и мои собственные чувства стали мишенью ее проекций, нацеленных на реабилитацию пьяного, неспособного к контролю или беспомощного воспитателя (матери, отца, терапевта). Я не был уверен, кого именно, хотя подумал, что мать тут более вероятна из-за своей алкогольной зависимости. Если образ моей жены из сна Ф. относится к моей аниме, тогда есть надежда, что у Ф. существует позитивный контакт с моим бессознательным, тогда как моя сознательная позиция характеризуется чувствами слабости и бессилия (пользуясь ее словами). С такими «контрпереносными поражениями» трудно справиться это терапевта (или его грандиозности), но в то же время они могут быть необходимыми.

Перенос	Контрперенос
Ф. сказала, что ей нравится образ меня в вышеописанном сне: не ригидная, отеческая «дежурная» маска, но «я реальный».	Мне он совсем не нравился. Я чувствовал себя очень скованно, и меня задевало, что она видела меня таким «нереальным».
Ее друг, С. менял работу, и «отчаянно хотел», чтобы Ф. присоединилась к нему. Ф. «очень нравилось, что ее так хотят».	Я почувствовал, что она проникала прямо вглубь меня, соблазняя меня, и, добиваясь того, чтобы я открылся ей, желал и «хотел» ее подобно С.
Она говорила мне о том, что нужна «сила и твердость, чтобы не нуждаться в границах... не отрицать в себе потребность, чтобы о тебе заботились».	«Кто кого анализирует?» — подумал я. У меня возникла фантазия, что она хочет, чтобы я «сделал это первым», чтобы затем смогла и она.
Я предположил, что ее желание, чтобы я открылся ей, касалось ее тревоги и потребности открыть свое собственное, уязвимое «я».)	Мне все это не нравилось, и я не мог принять ее предложение утолить мои собственные неудовлетворенные потребности в зависимости.

Табл 25

Обсуждение

Она хочет, чтобы я «отпустил» себя. Это соблазнительно, но для меня весьма трудно при этом не быть соблазненным и не соблазнять ее. Так что я возвращаю ей проекцию. Я не чувствовал реальной опасности отреагирования, но в то же время мне не хотелось признаваться в своих фантазиях и тем самым, возможно, нагрузить ими ее. Ее желание, казавшееся мне детским и нарциссичным (в позитивном смысле), было не тем желанием, которое испытывал я — более взрослым (и значит, инцестным в контексте ее «детской» потребности). Если я «позволю себе это», то она вновь получит или не заслуживающего доверия инцестного отца или же «неконтролирующую себя» мать. А поскольку я, кроме всего прочего, хотел быть хорошим родителем-аналитиком для нее, мне нужно было сдерживать себя, вопреки ее предложению поменяться ролями. Имея неадекватную мать, Ф. искала поддержки у отца. Это могло объяснять инцестно-эдипальные чувства в наших аналитических отношениях в туманную смесь образов матери (пьяная, нуждающаяся в лечении) и отца (слишком ригидный) в ее сновидениях и в анализе.

Перенос	Контрперенос
После того, как я на сессии проинтерпретировал	Я чувствовал ее своей «самой

потребность Ф. чувствовать себя «самой важной», она сказала, что не может почувствовать этого со мною, поскольку «у вас есть другие пациенты».	важной» пациенткой или, по крайней мере, той, которую я обычно больше всего хотел увидеть.
Уходя, Ф. сказала, что хотела больше поговорить о своем муже, поскольку «он самый важный мужчина в моей жизни».	«А не я!» - написал я. «Чувствовать себя исключительно важным для нее (только я и она) очень приятно». Теперь я почувствовал разочарование.

Табл. 26

Обсуждение

Терапевт и пациент обмениваются нарциссическими потребностями, мстя друг другу, как при ссоре ревнивых любовников или брата и сестры. Таким образом, тенденция к слиянию с элементами синтонного контрпереноса, проявившаяся за последние недели, усиливается.

27. Контрпереносные фантазии и сон

Я проснулся в три часа жаркой летней ночью и стал думать об Ф. Затем я уснул и увидел следующий сон:

Ф. появляется не в виде страстной взрослой женщины, а девочкой 8—9 лет. Ее ударяет под глаз летящий объект. Хотя она не ранена, я беспокоюсь, что она может испугаться.

В этот момент мой собственный сын проснулся от кошмара, и я бросился успокаивать его. Я отметил общность родительского чувства, которое я испытывал к сыну и к Ф. (во сне о ней) и затем стал размышлять о своих собственных ранах, нарциссических и других, полученных мною после развода родителей в возрасте 8—9 лет. На объективном уровне интерпретировал удар по голове как свою фантазию о ней как об испуганном ребенке.

Обсуждение

Эта синхрония ран, нанесенных по трем головам (Ф. в моем сне, моей и моего сына) способствует дальнейшей дифференциации сексуального от родительского и более глубокого понимания моей сложной идентификации с Ф. Теперь она еще больше стала «членом семьи». Почувствовав общность с ней после обсуждения книги ее отца, которая была в моем доме в детстве и могла бы стоять в моем офисе сейчас (п. 22, с. 92), я теперь смог вообразить ее в своей нынешней семье в роли моего ребенка или «раненого ребенка». Таким образом, контрперенос продвигается к тому, в чем «нуждалась» Ф., и также к тому, что я ощущал, как нужное ей (как бы трудно мне не было перестать смотреть на нее как на объект желаний). Бессознательное терапевта, если работать над его осознанием, медленно начнет двигаться в направлении, нужном пациенту. Кроме того, также как терапевт интроецирует пациента в образе члена своей семьи, перенос пациента тоже будет содержать в себе проекции, относящиеся к семье терапевта (см. п. 17, с. 87).

Перенос	Контрперенос
Ф. устроилась на работу а то же место, куда и мистер С. Она улыбалась и вела себя со мною робко.	У меня возникла фантазия, что она прекратит работать со мной.
Она фантазировала о том, что я ревную. Это казалось ей похожим на то, чтобы пойти куда-либо с молодым человеком, оставив дома ревнивого отца.	Я написал об С. после сессии; «Этот энергичный пижон, более старый и уверенный в себе... Я действительно чувствую некоторый проигрыш в конкуренции, раз она предпочла С.»
Она «сделает все, чтобы остаться в терапии» и поинтересовалось, будет ли достаточно одного раза в неделю.	Хотя она и разуверила меня в моих опасениях, я все равно чувствовал потерю.
(В конце я поздравил ее с новой работой.)	Для меня это звучало фальшиво. Позже я записал: «Мне нужно быть для нее терапевтом, а не другом».

Табл. 28

Обсуждение

Здесь я полностью вовлечен в ее чувства и проекции, но пытаюсь найти срединный путь между отождествлением с ними и наблюдением за собой со стороны, как я воплощаю покинутого, ревнивого отца-любовника.

Один из самых болезненных аспектов работы в контрпереносе заключается в присоединении к подобным треугольникам. Важно не просто позволять контрпереносным чувствам и образам вести терапевта в анализе, но и «держаться в форме» (или «не падать духом»), как говорят в спорте.

Перенос	Контрперенос
Не сумев найти сиделку, Ф. привела своего ребенка на сессию.	Проверяет меня? Я почувствовал удивление и некоторое раздражение.
Когда я предложил ей подумать, почему она это сделала, она сказала, что считает меня «ригидным и чрезмерно интеллектуальным».	Я подумал об «отвергающем отце» во мне и почувствовал, что должен быть ласковым с ее ребенком.
Она добавила, «Ваша нейтральность действует мне на нервы... Должна также присутствовать любовь и гуманность... Вы всегда неохотно шли на уступки, особенно в отношении цен».	Был ли я таким уж бесчувственным несносным типом? Она хочет уломать меня, но в то же время говорит «Не позволяйте мне этого делать» (также как в случае «любите меня, но не любите»)?
Ф. фантазировала о том, как ее маленькая девочка «делает здесь все, что вздумается». (Я сказал, что она может <i>делать все, что хочет, за исключением причинения себе травм.. Я даже дал ей игрушечного носорога и помог начать играть с ним.</i>)	Я получал удовольствие от чувства, что нас трое: я, она и ее дочь. После сессии я признался себе в своих фантазиях: «Я хочу, чтобы номером 1 был я, а не С. и не муж».
Ей, однако, была приятна моя «мягкость» с ее дочерью.	Я почувствовал принуждение быть «хорошим» отцом и покорно подчинился.

Табл. 29

Обсуждение

Здесь еще больше игры в семью, где моя роль, похоже, относится сразу к двум поколениям. Во-первых, у меня было чувство, что я — ее отец в этой психодраме, и она наблюдает, как я стану обращаться с ее детским «я». Во-вторых, к своему удовольствию я попал в роль ее мужа из «нынешней» семьи. Это была исключительно наша триада и моя победа в треугольнике (Триангуляционная победа — победа, достигнутое преимущество в любовном или эдиповом треугольнике. Триада и триангулирование — распространенные термины в психоанализе объектных отношений, — Прим. ред.). Дальнейшее углубление в семью, на двух уровнях, является также продолжением начавшегося раньше процесса (пп. 22, 24, 27). В «аналитическом браке», как и в реальном, сложно переплетаются не только две личности, но и их «семьи» (их родительские семьи, атмосфера нынешних семей, а также семьи интроектов). Сирлз (1971, р. 470) интересно рассказывает о восприятии им некоторых клиентов как «племени» (интроектов). Так что можно сказать, что в анализе сходятся два племени.

30. Сон пациентки (во время отпуска)

Мою машину украли. Я еду в похожей машине, понимая, что полиция подумает, что я ее украла. Я вижу двойной образ:

1) Мать выводит мою машину на дорожку моего отца. 2) Мою мать вносят в больницу на носилках.

Я вижу лицо своей матери искаженным и с выражением муки, и кричу от ужаса. Я сознаю, что могу причинять беспокойство людям, находящимся в этой больнице, где также рождаются дети. Когда я гляжу на нее вновь, я вижу, что она уже превратилась в комок кровавой ткани, как зародыш после

аборта. Как же она может вновь стать целым, возвратиться к жизни?

Я слышу, как она говорит «Мама». В этот момент до меня доходит, что я не ее мать. Это кто-то другой. Этого не может быть, что это кто-то другой.

Пожилая женщина приближается ко мне и говорит, «Как стыдно, что это произошло в таком зрелом возрасте». Я кратко отвечаю: «Это случилось и раньше», имея в виду ее попытку самоубийства в прошлом.

Во сне я понимаю, что никогда не испытывала этого раньше: весь этот ужас, вопли, отвращение и страх.

(Ассоциации: «Когда мне было 13 лет, мать совершила попытку самоубийства в доме отца, когда отец отсутствовал, проводя время с любовницей.» Когда Ф. увидела свою мать в коме, она почувствовала, что «никогда не сможет опять вернуться домой, мать умерла, и я рассталась с ней.»)

Ф. увидела этот «большой сон» после нашей последней сессии перед длинным перерывом на отпуск. Во время отпуска она написала мне три не отправленных, подобных дневнику письма (одно из которых включало этот сон). Она прочла мне эти письма на сессии по возвращении, которая представлена ниже:

Перенос	Контрперенос
(В своем письме она ругала своего «мертвого» отца.)	
«Моя жизнь насквозь пронизана ненавистью к нему, искаженным эротизмом и депривацией. Давным-давно он принял решение убить свою внутреннюю сущность и изувечить души окружающих его людей».	Это было как раз то, что она проецировала на меня и боялась обнаружить во мне. Но по ее словам образ отца был для нее чем-то настолько крайним, что я смог увидеть, что это не обо мне, по меньшей мере, не до такой степени.
Об этом Ф. написала: «Я чувствовала, что горе размывает меня и единственным лицом, которое я могла видеть, было ваше лицо — моя единственная надежда вырваться из всего этого».	Звучит как любовное письмо. Мне приятно, что в отличие от ее отца, я олицетворяю для нее надежду.
Ф. описала лицо своей матери во сне: «Лицо, но ничего больше. Нет лица. Кровавый комок, как плод после аборта».	Я почувствовал слезы на глазах и вспомнил свое удивление, когда мой аналитик реально заплакал от моего рассказа.
Затем она разразилась слезами.	Приятно обнаружить, что моя эмпатия была хорошо настроена на нее, даже чуть-чуть опережала.

Табл. 30

Обсуждение

Мой синтонный контрперенос здесь включал выход из проективной и интроективной идентификации к более глубокой эмоциональной связи с пациенткой. Возможно, мое лицо было для нее эмпатическим, а не искаженным зеркалом в отличие от лица матери во сне, подобной плоду после аборта, и уродливому (по ее описанию) лицу отца. Может быть, мои внутренние подвижки способствовали тому (или просто синхронически совпали), что Ф. пришла во сне к целительной идее о том, что она не ответственна за несчастную судьбу своей матери.

31. Сон пациентки

Я нахожусь в вашем офисе, который расположен во французском квартале Нью-Орлеана. Вы в джинсах, больше похожи на себя. Вы разговариваете по телефону со своей бывшей женой о вашей дочери. Вы рассказываете мне о вашей нынешней жене — она получила приз в конкурсе на «моральную чистоту». Затем вы разговариваете со своей нынешней любовницей, с которой вы чувствуете себя более свободным, более расслабленным.

Мы оба смотрим из окна на пожарные машины. Люди смотрят вверх, но огня не видно. Я всматриваюсь им в глаза и только там могу разглядеть отблески пламени. Они уставились на наше

окно.

Огонь внутри меня, и я чувствую его пламя. Все эти чувства, и желание, и страсть, горящие во мне.

Я теоретически размышляю, что будет с человеком, оказавшимся в этом здании. Как он узнает о том, что ему нужна помощь? Как он сможет спастись, если даже не знает об опасности?

Теперь я снаружи, пытаюсь найти дом, где вы живете. Женщина внутри, приглашая меня войти, говорит, что здесь прохладно.

Перенос	Контрперенос
Рассказывая мне этот сон, Ф. сказала, что видно на сне отразилось то, что она часто смотрит мне в глаза. «Синий цвет — цвет ваших глаз».	Мне это понравилось, хотя я слегка усмехнулся про себя: мои глаза зеленые (и любовь слепа).
(Мои бывшая и «морально чистая» нынешняя жены, а также «более свободная» любовница).	Она? Ее желание? Опять она видит меня насквозь, мои внутренние эмоциональные состояния?
(«Огонь» внутри нее, когда она в моем офисе, полыхающие и «не находящие выхода» желания).	Я ощутил эрекцию и был рад, что у меня на коленях лежал блокнот, которым можно было прикрыться.
(Пожарные машины).	Хорошо, что они были рядом.
(Свободная атмосфера Нью-Орлеана. Ее ассоциация: «Машина по Имени Желание.»)	Я подумал о том, что уже темно, поздно и, что она — моя последняя клиентка сегодня. Возбуждающая воображение ситуация.
(Оказавшийся запертым человек, которому нужна «помощь».)	Я подумал, не относится ли это ко мне.

Табл. 31

Сессия сопровождалась таким сильным давлением на меня что я решил просто держаться, честно говоря, мало способный что-либо анализировать в тот момент. Я напомнил ей о ее «мудрых» словах о том, что она хотела, чтобы я в нее влюбился, но ей было нужно, чтобы этого не произошло. Сразу же после сессии я записал, что все, на что я был способен, — это просто «держаться, соблюдать и демонстрировать нейтральность». Я также отметил, что испытывал сильный соблазн казаться более умным или впечатляюще мудрым.

Обсуждение

Находясь под огнем эротического переноса и контрпереноса, терапевту иногда приходится просто сидеть и ждать, пока ситуация каким-то образом разрешится. Как говорит Юнг, философы сильно страдают от внутреннего жара во время своего уединения... Современным эквивалентом этой стадии является бессознательная реализация сексуальных фантазий, окрашивающих отношения переноса. (Jung, 1946, p. 245-246).

Ситуация прояснилась следующей ночью.

32. Рефлексия контрпереноса (следующей ночью)

На сессии: трудно поддерживать аналитическую рамку при столь мощном, очень позитивном переносе (эротическом). Я испытывал побуждение просто разделить с ней, а не анализировать эти переживания.

Я также осознавал, что записывая ее сон, чувствовал не холодное, но профессиональное, ровное, нейтральное отношение к ней, — не возбуждаясь.

Фантазия: задаю себе вопрос, смогу ли я работать с ней под таким сильным внутренним/внешним давлением. Не достанется ли мне (от моего супервизора) за такой анализ с ней?

(3 часа ночи.) Она — в порнографическом, хотя и не грязном (сексуальном, а скорее эротическом) страстном стиле. Она — сирена, соблазняющая и меня среди прочих? Фантазия: я, как и другие, подстрелен — обида и злость (на ум пришло несколько старых любовниц) — т. е. негативная анима.

Вот она ко мне подходит: ее глаза (притворно застенчивые, смотрящие в сторону), облегающая одежда, сексуальные истории (прошлые и настоящие), признания (наподобие этих снов, писем), негативные отношения с мужем, истории о «потерявшейся сироте».

Следовательно, моя позиция: держаться, не отвергать ее, не впадать в не-аналитическое переносное сопротивление.

Это чертовски приятно быть «мужчиной ее мечты (и ее снов)», но я также отметил какую-то пустоту во всем этом. Я увлекся ей, но что же мне не нравится? Я не знаю ее в действительности и на самом деле не хочу узнать ближе (в эротическом смысле). Нечто конstellлированное и возбуждающее меня при этом также ощущается и как какое-то плоское. Дело вовсе не в отреагировании. Я не могу даже представить, чтобы оно произошло на самом деле. Уж очень все это бьет по моим проблемам с анимой — и фантазиям о другой женщине.

Фантазия: это проверка, пламя полыхает в полную силу. Да, мне очень льстит, что эта красивая женщина влюбилась в меня. Но суть испытания: не «затыкать» же защитным образом, но и не влюбиться в ответ, поступив не-аналитически.

Фантазия (3 часа ночи): она — как любовное письмо, ждущее прочтения. Фантазия (сейчас): своего рода пытка для меня. «Тоска и жажда» конstellлированы, но отрицаются. Фантазия (после сессии): срочно обсушить (с супервизором)!

Обсуждение

Когда контрперенос становится чересчур «горячим», терапевт должен погрузиться в себя. Интроспекция становится технической мерой для возвращения к исходному рабочему состоянию. У меня было ощущение, что мы разделяем общие эротические желания, но в то же время я улавливал, что ей нужно, чтобы я сумел снизить их «интенсивность». Я все еще сражался с ее сложной переносной «индукцией»: «влюбиться и одновременно не влюбиться в нее». Мои вышеприведенные размышления показывают прокручивание этого мною — иногда с чувством вины, иногда — с обвинениями, с безнадежностью, мукой и так далее. Слова психоаналитика Люсии Тауэр (1956, р. 232) о жизненной необходимости «невроза контрпереноса» очень поддерживали меня в тот период, также же, как и слова Гарольда Сирлза:

Я обнаружил, что время от времени в ходе работы с каждой моей пациенткой, которая уже приближалась к полноценному аналитическому излечению, я переживаю романтические и эротические желания жениться на ней или фантазии, что я уже будто бы женат на ней. (Searles, 1959, р. 284).

33. Сон пациентки

Друг моего мужа Х. Я чувствую, что он поглядывает на меня. Он хочет на мне жениться.

Ассоциации: «Я ревную его к моему мужу. Я хотела бы, чтобы он был предан мне». (Х. был тем же другом, который ранее появлялся «с грудями, наполненными молоком» — см. п. 21, с. 91).

Контрпереносные фантазии (непосредственно после этого сна)

Фантазия: У С. (ее друга по работе) большой член, и я чувствую свою неадекватность. Это порождает желание показать ей, как я умен, чтобы заслужить ее признание: «какой вы замечательный».

Мои фантазии: это не просто отреагирование, а более тонкая игра заигрывания-соблазнения: «Влюбится ли она в меня?» — т. е. Всплывают мои ранние фантазии, хотя я с неохотой даю им существовать.

И тут возникает она со своими любовными письмами, «огнем» в сердце, позитивным переносом и бросает мне вызов: завоюй меня в любовном треугольнике.

Фантазия: Я и моя жена — ее друзья. Я хочу быть «особенным» для нее. (Она, по понятным причинам, хочет, чтобы у меня было это желание.)

Какой мужчина не влюбился бы в эту сексуальную, язвимую женщину? И она говорит, что хочет быть для кого-нибудь вдохновляющей анимой. Женщина-гейша рядом с вами.

Может быть, С. — не ее шеф, а попросту поклонник, попавшийся на ее удочку. Может быть, она пускает мне пыль в глаза, называя его своим начальником. (Я впервые подумал, что С. был не начальником, а просто мужчиной, подобным мне.)

Обсуждение

Как только я решил работать над своими эротическими фантазиями, имеющими конкурентные и нарциссические измерения, ей снится мужчина (может быть, я?), который хочет на ней жениться. Тем временем я обнаруживаю в себе ту же фантазию, что часто возникала и у нее — быть «особенным». Видимо, мы оба хотим заслужить признание и любовь друг от друга. Но до тех пор, пока я не разберусь со своими чувствами, мне кажется, я не смогу помочь ей проработать чувства ко мне — будет мешать опасение, что я перекалдываю на нее свои проблемы. Наши комплексы наложились друг на друга. Это нужно, чтобы произошли изменения. Но с самого начала ответственность за проработку этой смеси лежит на мне — на терапевте.

34. Рефлексия контрпереноса

Мне мешал контрперенос (увидеть определенные интерпретации сновидений) . До меня стало доходить, что понимание ее жизни важнее отношений, разыгрывающихся на сессиях.

Я понял, что пытаюсь, как бы бросить эту затею (любовное увлечение ей).

— параллели с ее отцом, который слишком быстро от нее отказался, возможно, из-за недопустимого эротизма?

— фантазии о том, что и к своей дочери я буду испытывать эротические чувства и пытаться от них избавиться.

(неделей позже) Я вижу ее как ребенка, который не знает, что творит.

— от женщины к ребенку в моих глазах.

Обсуждение

Как можно увидеть, большая часть проработки контрпереноса происходит не на сессиях, а между ними. Я продолжаю фантазировать об Ф. и обнаруживаю, что в моем сознании она опять связывается с моей «семьей», хотя на сей раз с моей дочерью, которой в то время было два месяца. Такие ассоциации дают расширение пространства чувств между пациентом и терапевтом. Главной темой, похоже, является инцест между дочерью и отцом. Это первые признаки аутентичного движения, однако, еще незаконченного и покрытого льдом, происходящего в моих разнообразных эмоциональных состояниях.

35. Контрперенос (перед сессией)

Неделю спустя я получил письмо от своего бывшего аналитика. Он рассказывал мне, что встречается с моей подругой, которая раньше была его пациенткой.

Меня это обеспокоило и разозлило, в особенности потому, что я в то время пытался разобраться с эмоциональными дилеммами моего контрпереноса к Ф., зачастую являвшегося частью отношений в треугольнике.

Когда я шел на сессию, я заметил, что одет неформально, подобно моему бывшему аналитику и наслаждаюсь этой идентификацией с ним — что я «подобен» ему. Я также знал, что и Ф. нравится такой стиль (см. п. 25, с. 96). Я осознал, что когда я выбираю себе одежду перед сессией, я иногда думаю об Ф. Например, я думал о том, чтобы не надевать галстук, чтобы Ф. не назвала меня «затянутым» или «мещанином». В любом случае, она была женщиной, для которой, как я обнаружил, мне хотелось одеваться, женщиной, чье мнение было важным.

Сон пациентки (на сессии)

Я нахожусь в городе, где я выросла. Я понимаю, что моя жизнь разваливается. Я катаюсь по городу, пропустив сессию с Вами. Я чувствую боль, как в августе (когда был перерыв в наших встречах), это похоже на чувство потерянности, с которым я выросла, усиленное в 100 раз.

Я иду в ваш офис. Там ваша жена. Хотя уже поздно, я не сомневаюсь, что вы меня примите. Мы ищем уединенного места.

Иногда вы обнимаете меня за плечи, это удивляет меня, но в то же время мне от этого хорошо, и я ощущаю защиту. Я думаю: «Нормально ли это? Почему он это делает?» Вы касаетесь меня рукой: возможно, это прикосновение поможет мне, исцелит меня. Чувствую себя «любимой».

Сейчас мы в тускло освещенном баре и пробираемся на чердак. Между нами романтически-сексуальный контакт — я не помню, какой именно. Но он духовного характера, а не плотского. Я нахожусь сверху и пытаюсь подложить вам под голову подушку. В полу прямо под вашей головой

дыра. Ощущение приключения.

Затем происходит перемена — ваши волосы становятся тоньше, белее, старее. Я не узнаю вас, и желание остывает. Я начинаю больше осознавать вас как физическое существо? То ли это, чего я хочу на самом деле?

Перенос	Контрперенос
Ф. по ассоциации вспомнила тайные любовные свидания в школе с мальчиком, в его комнате наверху. У него была подруга.	Я думал о нас двоих, здесь, наверху, в моем тускло освещенном офисе, о себе, о своей «жене» (у того мальчика была подруга?).
Ф. говорила о «поддержке (подкалывать подушку)» своих родителей и о примерах тех жертв инцеста, которые «успокаивали» ее родителей.	Я почувствовал вину за то, что опять, возможно, она помогает мне больше, чем я ей...
Пожилой мужчина походил па ее друга: «фальшивка, это было просто что-то сексуальное».	...и что я всего лишь похотливый мужик, и она смогла это увидеть.
Ф. не чувствовала границ между сексом и другими чувствами. Все прикосновения были сексуальными.	(Я указал ей на присутствие в наших встречах сексуальных вибраций, но подчеркнул наличие границ.)
Все это было похоже на «аморфную массу» чувств.	Это напомнило мне об ее сне с лицом матери, похожем на «плод после аборта».

Табл.32

Обсуждение

Снова интроективная идентификация в сочетании с моим собственным эротическим контрпереносом приводят к тому, что я принимаю на сессии инцестную роль. Хотя в этом сне был замечен тот же «огонь», что и в более раннем «Новоорлеанском» (п. 31, с. 104), на сей раз я был способен более четко обозначить границы (а на той сессии я был просто не способен говорить). Это явилось результатом:

- 1) моей недавней проработки контрпереноса;
- 2) самого по себе сна с концовкой, развенчивающей иллюзии;
- 3) моего собственного критицизма по отношению к сомнительному (судя по тому, что мне было известно), «инцестному» поведению моего бывшего аналитика, развеивавшего прежние иллюзии в отношении него.

Похоже, существовали важные параллельные процессы в наших с Ф. взаимных разочарованиях. Но было нечто положительное в моем разотождествлении с ролью того человека, который скатывается или позволяет ей скатиться до «чисто сексуальных» отношений. Она подтвердила это на следующей сессии, заявив, что не чувствует вины за свои сексуальные намеки и рада, что были проставлены четкие границы.

Интересно, что на самом деле я не знал подробностей взаимоотношений моего аналитика и моей подруги. Важно, что в тот момент я был захвачен фантазиями об инцесте, гневом (и ревностью) на идеализированного учителя. Эти чувства и процессы имели отношение и к тому, что переживала Ф. Инцестные фантазии отражают различные болезненные, ни: необходимые для личностного развития раны в самооценке и прежних идеализациях; но реальный инцест наносит удар прямо по ядру личности, он сильно травмирует. Судя по ее сновидению, Ф., похоже, начинала это понимать.

Перенос	Контрперенос
Ф. сказала, что хотела бы проделать некоторую работу с другим аналитиком — женщиной. (Этот аналитик недавно стала моим личным аналитиком.)	Я снова подумал о том, не была ли Ф. экстрасенсом, или же она бессознательно пыталась вести меня к тому, что мне (или ей?) было нужно — т. е., к лучшей связи с...
Она уподобляла эту женщину-аналитика «богине земли», а меня — «ее супругу».	...фемининным (женским началом) или с Хорошей Матерью? Мне польстило, что меня поставили в один ряд с моим аналитиком.
	Однако я чувствовал себя менее компетентным. Я

«Здесь нет опасности того, что вы не уважаете ее. Думаю, вы будете почитать ее».

знал, что во многом проигрываю ей и боялся потерять Ф., передав ее этому аналитику. (Я высказался против: «на данный момент этого не следует делать, может быть, позже».)

Табл. 36

Обсуждение

Такое впечатление, что у пациентки есть необъяснимое чутье к тому, как ставить меня в неловкие, затруднительные ситуации. Даже если бы я был убежден, что одновременный «множественный анализ» является плодотворным (а я так не думаю), эта конкретная диспозиция была бы невозможна. У меня было чувство, что Ф. или ведет меня, или следует за мною шаг в шаг. В любом случае, возник еще один инцестный любовный треугольник в нашем переносе и контрпереносе. В нем также, похоже, присутствовал проспективный аспект, проявлявшийся в ее фантазии о сизигии женщины—мужчины (с особым акцентом на женском начале). Проблема, как обычно, заключалась в том, что пациентка была так близка к моему дому, что я чувствовал угрозу и вынужден был с этим бороться.

37. Сон пациентки

Я нашла девочку трех с половиной лет, бродящую по городу, брошенную своими родителями. Я нахожусь в родном городе со своей семьей. Вокруг темно. Я еду на машине, слишком быстро, затем на велосипеде, чтобы увидеть вас и (женщину-аналитика).

Находясь за рулем, я понимаю, что за мною на заднем сидении находятся 3 или 4 ребенка и младенец у меня за спиной. Я лучше буду держать его спереди. Теперь мне нужно держать младенца и вести машину одновременно.

Я добираюсь до места, чувствуя себя беженкой. Первая встреча назначена с ней, но здание сгорело. Я чувствую, что мне важнее увидеть вас. Она ведет меня и моего мужа в ваш офис.

Контрперенос

В то время я чувствовал относительную уверенность в правильности решения отсоветовать ей одновременно ходить к моему аналитику. Я отметил после сессии, что у Ф. была тенденция проецировать образ беспомощного «беженца или изгнанника» на мужчин, и что я определенно имел склонность к подобным чувствам, что проявилось в случае с моим аналитиком. У меня возникла фантазия о том, что возраст ее «раненого ребенка» в этом сне соответствовал моим собственным особым эмоциональным проблемам в том же возрасте. Так что я записал:

«Вы получаете тех пациентов, которые вам нужны (для собственного исцеления)», как говорят в Цюрихе. Любовь и ненависть. Только почувствуешь себя достаточно умным, и тут они ведут тебя на другой уровень задач в анализе. Мне придется убрать свою уязвимость, чтобы оказать ей реальную помощь — а не то же ли это самое, что и она делает со своим детским «я»?

Вот каково это — быть ею (синтонный контрперенос) ?

Обсуждение

С ходом времени, хоть и не прямым путем, в контрпереносе происходит углубление и регрессия параллельно бессознательным процессам пациента. Мои фантазии, чувства и «невроз контрпереноса» более или менее эволюционировали по линии — от взросло-романтической к подростковому любви, затем к инцестным мотивам и далее к более ранним сепарационным проблемам (связанным с эмоциональным отделением). Конечно, это лишь одна линия из нескольких возможных. Но ее внешним проявлением была сложная смесь отношений переноса.

38. Сон пациентки

У вас есть тотемное животное, лиса, и десятилетний сын. У вас также есть женщина-ассистент, которая выглядит нейтральной, как внуч, с не выраженной личностью.

Вы с ней рассказываете мне и моему мужу, что у нас не будет папоротника до августа. Женщина

говорит: «Вы все равно можете посадить его, но в более маленьких горшках». Я думаю: «Не вижу причин, по которым нам следует ждать». Вы спрашиваете: «Не хотели бы вы поговорить?» Я чувствую сильную «духоту».

Контрперенос

Я переживал множество сомнений по поводу своей (не) способности, особенно по сравнению с выдающимися «феминными» качествами, которые Ф. приписывала моему аналитику. Так что ее предпочтение женщины-аналитика — мягкой и женственной — несколько задевало меня. Однако меня не удивило, что она продолжает видеть меня как обычно бессердечным. В том, как она произнесла «евнух», чувствовались особые нотки, возможно, желание отомстить. Я огорчился, что, судя по сну, не даю ей свободно вздохнуть, но в то же время для своего оправдания прибегаю к рационализации, что ассистент из сна попросит ее только немного подождать.

Обсуждение

Решение анализировать вместо того, чтобы отреагировать часто оказывается трудно реализуемым из-за давления пациента и контрпереноса. Возможно, она воспринимала меня хитрым (как лиса), мою женскую сторону как ущербную, а мою тактику тянуть время как удушающую. Ф. нужна была дающая жизненную силу связь с феминным (как на внутреннем уровне, так и в отношениях переноса). Это потребность определенно была очень актуальной. Мне кажется (возможно, она видела ситуацию так же), я был для нее не только ригидным отцом, но еще и неадекватной матерью, идентификация с которой была не тем, что ей было нужно.

39. Контрпереносный сон

Я показываю Ф. свою тростниковую удочку. Я рассказываю об ее «классической» форме и красоте. Она не понимает, как закидывать удочку — я объясняю, что закидывать надо снова и снова: «В этом и заключается красота».

(Мои ассоциации: удочка была подарком моего отца, которому она была подарена его отцом — высоко ценимое наследство, традиционное в лучшем смысле. Фаллическое, но гибкое. Повторяющееся попытки пациентки поймать рыбу на приманку напомнили мне анализ.)

Обсуждение

Сон терапевта может иметь не только объяснительное, но и компенсаторное воздействие на аналитическую ситуацию. Этот сон, похоже, подтверждал ценность моего «классического» подхода к анализу в целом и его текущим проблемам с рамкой и границами в отношениях с Ф. и, в особенности, с моим аналитиком. Если интерпретировать сон на субъективном уровне, он показывал растущую связь и диалог между мужским и женским, логосом и эросом, новым и старым. Это, в свою очередь, возможно, соответствовало описанным Ф. «дихотомиям» или «божествам» мужского и женского. В этих состояниях симбиоза или проективной идентификации и контридентификации трудно определить, аналитик ли опережает пациента или наоборот, и способны ли стандартные, построенные на линейной логике парадигмы описать эту феноменологию.

40. Контрпереносная фантазия

Я впервые осознаю нечто сексуальное в моих чувствах к своей дочери (в то время ей было только шесть месяцев от роду). Поскольку я обожал ее, я глубоко устыдился. Затем я смог сказать себе: «Ладно, сексуальное любопытство и даже некоторые сексуальные импульсы могут существовать и существуют между отцами и их дочерьми младенческого возраста».

Обсуждение

Всякая любовь связана с желанием конкретных, реальных отношений с объектом (сексуальных и других). В инцестных же отношениях, любовь не может быть воплощена и поэтому приносится в жертву. Отношения с моей пациенткой помогли мне понять, что разница между сексуальной и не сексуальной любовью часто не так очевидна, как мне казалось прежде. Сирлз, говоря об «Эдиповой

любви в контрпереносе», выразил ту же мысль:

если родитель и ребенок любят друг друга взаимно, то к ребенку относятся как к существу дорогому, любимому и, несомненно, желаемому — и отказываться от своих желаний родителю приходится только с чувством потери. Я полагаю, что такое отречение также является взаимным для ребенка и родителя. Оно достигается в результате признания более важных законов, регулирующих их поведение. (Сирлз, 1959, р. 296).

41. Сон пациентки

Две женщины-терапевта, каким-то образом работающие с вами, пытаются объяснить мне, что анализ с вами подходит к концу — он завершен, и мне уже лучше. Они приставляют ко мне с двух сторон огромные зеркала.

Я спрашиваю: «Мне пора уходить?» Одна женщина говорит: «Ага, мы сейчас смешиваем хорошо и плохо функционирующих людей», а я- одна из тех, кто хуже функционирует. Идея в том, что другие люди нормальны, а я- нет. Я начинаю протестовать.

Я ухожу, чувствуя себя изгнанной. Терапия закончилась, и я в печали и унынии. Мой муж говорит: «У тебя же остался его портфель». Я думаю о том, чтобы найти замену.

Размышления о контрпереносе

Обдумывая этот и подобные ему сны Ф. «обо мне с моими ассистентками», я записал:

Она видит среднего рода, бесполоую женщину. Могу ли я все-таки использовать ее для исцеления своей анимы; что мне нужно сделать сначала: вылечить себя или позволить ей это сделать? Или же нужно просто спокойно все это контейнировать и возвращать ей в форме интерпретаций?

Есть сходство в динамике между ее телесными движениями от меня и ко мне на сессиях и тем, как я показывал ей (во сне о закидывании удочки) классическую форму удочки (патриархальную форму, чтобы быть точным).

Я не могу вести себя с Ф. так, как ей хочется, в силу своего стиля работы, из-за советов моих супервизоров, этики, сексуального характера переноса и контрпереноса. Кроме того, она сама заявила о своей потребности в том, чтобы я (как я понял), не нарушал границы.

(Искушение нарушить границы?) И да, и нет. Фантазии о том, чтобы предстать перед ней таким вертлявым хиппи, одеваясь более свободно. Нет: на самом деле нет, этого не стоит делать. Это просто выдумки. Кроме того, это не отвечает моей более глубокой и растущей заботе об ее внутреннем «ребенке» — покинутом, испытывающем инцестную угрозу — которая напоминает мои собственные, сексуальные, но с соблюдением границ, чувства к (моей дочери).

Обсуждение

В то время как мои размышления углубляют мою способность «видеть» ее внутреннего ребенка, или ее как ребенка, Ф. чувствует себя во сне брошенной подобно ребенку и отвергнутой. (Возможно, тут сказались мои опасения, частично уместные, а частично излишние (и эгоистические), связанные с ее желанием разбавить анализ со мною (посещением другого аналитика). Поэтому во сне она думает, что мне неинтересны ее аспекты «плохого функционирования».) Если существует необходимое слияние между аналитиком и пациентом, тогда то, что аналитик может увидеть и почувствовать в себе — т.е., в своем собственном «внутреннем пациенте» или раненой стороне — может соответствовать развитию или потенциальному развитию внутри клиента. В данном случае, мое усиливающееся осознание себя как жертвы может соответствовать ее собственной растущей способности не нападать на своего внутреннего ребенка, надавить на него — движению от негативного, инцестного отца-анимуса к более позитивному образу.

Перенос	Контрперенос
Ф. говорила о своих отношениях с мужчинами: «пролаю секс за поддержку... затем мне же и поручается осуществлять ее (поддержку)».	Это то, чему я сопротивлялся — купиться на ее красоту. Я вновь подумал об инцесте.
Она вообразила, как счищает своего отца со спины, «как кожу». После этого осталась	Бэмби. По-детски и слащаво, Все это

свежая кожа, на которую она поместила бабочек.	показалось мне несколько плоским и надуманным.
Ф. рассказала о том, что ведущая группы личностного роста пригласила ее пройти у нее индивидуальную психотерапию. Однажды она уже была в роли супервизора Ф.	Я почувствовал злость; повторение ситуации с моим аналитиком? (Я сказал: «У меня возникает фантазия о том, что вы от меня убегаете, и каждый раз я возвращаю вас назад.»)
Ф. продолжала в веселом, «насмешливом» тоне.	Я почувствовал усталость и заметил, что этот стиль был для меня «болезненным» и «раздражающим».

Табл. 42

Обсуждение

Пациентка начинает понимать, что сексуально окрашивает свою потребность в зависимости. Это осознание приходит прямо после того, как это стало очевидно для аналитика. Мои более открытые реакции могут объясняться не только тем, что я почувствовал больше свободы благодаря недавно проделанной работе над контрпереносом, или тем, что я стал близок ей как родной отец. Они также отражают мои попытки «поймать» этого защищающегося и убегающего ребенка и «удерживать» ее контакт со своими чувствами. По сути своей это противоположно оставлению ее или позволению ей покинуть меня. Не позволение ей уйти от меня, в свою очередь, является синтонной и, возможно, перспективной и корректирующей контрпереносной позицией: Ф. чувствовала себя покинутой в детском возрасте и бессознательно чувствовала: «Вы не можете вот так бросить меня». При глубоком эмоциональном слиянии с пациентом, у аналитика могут возникнуть как раз те реакции, которые могли бы быть у клиента.

43. Рефлексия контрпереноса

Она говорит о ярости, а как насчет того, чтобы почувствовать ее? Отдаление умеряет или снимает гнев.

С позиции контрпереноса: не думает ли она, что ее гнев может ранить меня? Понимает ли она это интуитивно? Тогда, когда я стану способен вынести ее гнев, она позволит себе его проявить?

Все больше и больше сексуальный контрперенос становится мостом к более глубоким, подлинным отношениям. Если бы эта женщина захотела лечь со мной в постель, я бы испытал соблазн, но не пошел бы на это.

Обсуждение

Контрперенос продолжает разворачиваться вокруг эротической темы, и я беспокоюсь о том, что моя нарциссическая уязвимость может мешать ее развитию. Я пытался убрать свои чувства, понимая, что ее нарциссический «радар» таков, что она будет подавлять свои потребности, заботясь о моих — повторение паттерна с хрупким инцестным отцом и деградировавшей матерью.

Таким образом, аналитик пытается сделать так, чтобы патологический сценарий не повторился. Для этого он анализирует сначала себя, затем ту область слияния, где у них с пациенткой одинаковые раны, и, в конце концов, саму пациентку. Полезным было не только намерение не повторить, ко и сами попытки «правильного эмоционального восприятия» пациентки.

44. Контрпереносный сон

Я нахожусь в доме Ф., хотя он похож на мой дом. Мы любовники, и сегодня пасмурный, дождливый день, ощущение воскресенья. Уже поздно, и мне скоро пора уходить — что, если вернется ее муж?

Фургон сходит с дороги и парень обматывает канат вокруг гигантского дерева, чтобы использовать его в качестве буксира. Дерево огромное и все в глубоких зарубках. Он перетягивает его еще туже, и я беспокоюсь о том, что оно упадет на дом. К моему облегчению, этого не происходит.

Я беспокоюсь сразу обо всем: о ее муже, законности, об окончании наших отношений и о том, что скажут мои коллеги (как ты можешь анализировать ее после того, как переспал с ней?)

Испытывая нежность и печаль, я говорю ей, что сегодня мне пора идти. Я кладу руку ей на

грудь, затем, возможно, на плечи.

Обсуждение

Сон представлял ситуацию так, как будто у нас с Ф. был роман — или «аналитический брак» — на протяжении всех этих долгих месяцев. Сон ясно отражает недавно возникшие в контрпереносе мотив жертвы. Вообще-то эта тема всегда присутствовала и на уровне сознания, поскольку я пытался контейнировать свои эротические чувства. Фаллическое дерево и фантазии о наших отношениях были впечатляющи, но, как и в случае моих инцестных чувств к своей дочери, их было необходимо принести в жертву. Похоже, именно это и происходило (и не могло не произойти). Отсюда глубокая печать расставания (образ дерева придает ей любопытную окраску). Контрпереносные отношения теперь переходят в новую фазу.

Перенос	Контрперенос
Из-за всяких обстоятельств Ф. не смогла позвонить, чтобы подтвердить свой приход на сессию, и приехала после того, как я уже ушел домой. Я получил сообщение от нее на следующий день.	Я беспокоился о том, как бы она не почувствовала себя покинутой и позвонил ей, как-только смог. Я очень сожалел, хотя и без чувства вины, что возникла эта «нестыковка».
Уже во время сессии Ф. сказала, что у нее была фантазия о том, что «вы будете знать, что я приду, так что мне не нужно звонить».	Я некоторое время ждал ее и даже позвонил ей домой, прежде чем уйти, Я предполагал, что у нее возникнет такая фантазия.

Табл. 45

Обсуждение

Мои звонки были маленькой активной демонстрацией эмпатии. Раньше я этого не смог бы сделать. Я сумел предугадать и адекватно принять ее фантазии нарциссического всемогущества (о том, что я будто бы знаю, что она придет, и жду ее), поскольку уже в меньшей степени был «заколдован ей» и принял более адаптивную позицию.

Перенос	Контрперенос
Отца Ф. показывали по телевизору, и у нее возникла фантазия о том, чтобы позвонить мне. Она подумала: «Он напомнил бы вам обо мне».	Я подумал: «Ее отец—известный человек в городе!» Мне доставляли удовольствие эти фантазии о большой знаменитости.
Ф. сказала: «Я испытываю гордость, но я не хочу, чтобы вы подумали, что я его люблю. Его известность существует за мой счет».	Вот, нам обоим нравилось то, что ее отец знаменит, а она вдруг все портит.
Позже Ф. спросила: «В какой области ваша докторская степень?»	У меня возникла защитная реакция — «проверка квалификации?» У ее отца докторская степень, как и у меня? Она хочет стать аналитиком и поэтому интересуется моей степенью?

Табл. 46

Обсуждение

Здесь аналитик опять предвосхищает, а затем присоединяется к ее идеализации отца. Эмпатическая позиция позволяет пациентке признаться в том, что она гордится отцом и идентифицируется с ним. Но вслед за этим происходит разрушение иллюзии. Поэтому затем предпринимается явная попытка переиграть ситуацию и исцелить свою нарциссическую травму через

идентификацию с новым идеализированным «доктором», на которого она теперь хочет походить (модернизационная фантазия). Терапевт должен быстро ориентироваться в своих модернизационных чувствах, чтобы быть способным среагировать на или «воплотить» нарциссический перенос (т. е., в вопросе о «докторе» я смог быстро перейти от сомнений в себе к идентификации с ее отцом, увидеть ее потребность в исцеляющем слиянии со мною).

47. Модернизационный сон (ночь перед сессией)

Я лежу в спальне со своей женой, и Ф. лежит слева от нее. У Ф. слегка седеющие волосы. Такое чувство, будто она является членом семьи.

Перенос	Модернизационный перенос
Мы начали работу с опозданием, из-за чего у Ф. возникла фантазия, что меня нет на месте. Она сказала, что часто приезжала немного позже, чтобы избежать именно этого,	У меня был срочный звонок, но я не волновался, что заставил ее подождать, рационализируя это тем, что она сама хронически опаздывала.
Соединив это с недавним пропуском (п. 45), Ф. отметила, что я меняюсь от исполняющего потребности к не надежному человеку,	Мне понадобились довольно большие эмпатические усилия, чтобы промолчать, так как ее обвинение было прямой проекцией.
Она хотела, чтобы я предупредил ее об окончании сессии за 5 минут. (Я это сделал).	Я подумал, «Ей трудно не только начинать, но и заканчивать сессии». Риск зависимости?
У Ф. были фантазии о том, чтобы позвонить мне домой, но она не хотела «смешиваться» с моей женой и семьей.	Я сразу подумал о своем сне и отметил свою важность для нее и ее потребность в моей «доступности» в качестве зеркала.

Табл.47

Обсуждение

Хотя мое сновидение, если его рассматривать на объективном уровне, показывало, что она «смешивается» (как она и боялась) с моей семейной жизнью, в то же время его можно истолковать, как знак того, что я стал более «доступен» для нее на эмоциональном уровне (доступен ее «звонкам», о которых она синхронично подумала в тот же самый день). Все сновидение — особенно его эмоциональный тон — создавало образ близких, «семейных» отношений. Именно этот образ направлял меня в сторону необходимой для нее эмоциональной доступности. Если интерпретировать сновидение на субъективном уровне, то все, что Ф. символизировала для меня, было тесно связано с домом. Когда я интегрировал эту внутреннюю Ф. в свою, так сказать, «внутреннюю семью», потребности внешней Ф. уже не казались таким «вмешательством или помехой» ни для меня, ни для нее, ни для моего брака. Я стал лучше отвечать ее потребностям на сессиях (предупреждение за 5 минут, зеркализация). А раньше я застревал на мысли о том, разрешить ли ей звонить мне домой (см. п. 19, с. 89). Этот сон и эмоциональная динамика сессии подтверждали вывод, наметившийся месяц назад в предыдущем модернизационном сне (см. п. 44, с. 123) — о том, что «роман» заканчивается.

48. Сон пациентки

Рядом со мною сидит мой (предыдущий) терапевт, который одновременно является вами. Чувствую тепло, уют, безопасность и защищенность. Он садится [в свою машину, собираясь уезжать]. Я говорю: «Можно мне поехать с вами? ... Я просто шучу». Он пересаживается, чтобы я могла сесть на место водителя.

Ассоциации пациентки: Работая с прежним терапевтом, я «сопротивлялась» проработке своих проблем с отцом, и лечение не было завершено. Тема контроля над ситуацией: водитель — пассажир?... «Я чувствую больше доверия, близости, ясности, как будто меня угостили чем-то особенно приятным... Но я не хочу, чтобы вы меня неверно поняли... Я также чувствую легкое сожаление по поводу своего отца; я идентифицировалась с ним на секунду»⁹.

(В данном случае «идентифицировалась», скорее всего, означает «почувствовала себя на его

месте» или «представила себя им». В большинстве других случаев идентификация в этой книге означает бессознательный механизм, который Фрейд, вводя это понятие, назвал «самым примитивным способом связи с объектом влечения». — Прим. ред.)

Обсуждение

Этот сон также отражает реакцию на близящийся перерыв на отпуск, которая, похоже, переключается с предыдущими «уходами». Происходит явное углубление ее зависимости и доверия, хотя Ф. из осторожности поддерживает в себе способность «посмеяться над этим» в случае необходимости. Наметилось некоторое улучшение в отношениях с «отцом - Поскольку я их воплощал, вероятно, это произошло не без влияния моих собственных определенных улучшений.

49. Сон пациентки

Моя сестра и я лежим в кровати. Папа хочет, чтобы мы читали его книжку, которая разделена пополам. Я пытаюсь сказать ему, что мне не нравится его стиль. Я сравниваю ее с другой книгой, «Туманы Авалона». Возможно, он несколько задет.

Перенос	Контрперенос
(Я спросил ее: «Как насчет моего стиля?»)	Чувствуя себя более смелым.
В ответ Ф. стала критиковать мой «трудоголизм, игнорирование ребенка, когда тому хотелось играть, проблемы с близостью, а также недостаточное внимание семье и супруге».	Она не пыталась смягчить свои формулировки, но я все равно не чувствовал, что все это было верным по отношению ко мне. Это не «щелкнуло», хотя я принял ее слова
Ф. говорила, что ее отец носит маску «никогда не проигрывающего»	Рядом с ней я чувствовал принуждение вести себя подобным же образом.
Затем она рассказала о своем растущем неуважении к мужчинам у нее на работе которые «никогда не проходили терапию... Я не способна доверять им или смотреть на них снизу вверх... Они отрезаны от огромных областей в себе».	Я почувствовал некоторое облегчение — понимая, что она, по-видимому, знает, что я проходил анализ. <i>Меня радовало, что это говорилось о них, а не обо мне.</i>
Мужчины, подобные моему мужу, сперва кажутся «сильными, совершенно цельными, без единого изъяна», — но затем обнаруживаются их - «невероятные слабости».	Я всегда боялся разочаровать ее и опасался, что она увидит во мне «невероятные слабости».
Она хотела бы обладать властью «сделать всех мужчин рабами».	Она была не так далеко от этого, как я знал «из первых рук».

Табл. 48

Обсуждение

Здесь присутствует что-то вроде добровольного присоединения к переносу пациентки, вызванное образами сна. Чувствуя себя более комфортно в контрпереносе, терапевт осмеливается допустить, что различные образы имеют отношение к нему. Так это или нет, тем не менее, теперь эти образы могут быть привнесены в терапевтическую ситуацию. Явно заметно разочарование пациентки из-за недостаточно фемининного характера отношений (с другими и в переносе). в результате чего возникает презрение к мужчинам и желание власти над ними. Очень нелегко принимать на себя эти проекции, воплощать их в контрпереносе, переживая то состояния силы, то периоды упадка духа.

50. Сон пациентки

Я нахожусь в магазине натуральной пищи и слышу смех своего отца. Что он здесь делает? Я ухожу, чтобы избежать встречи с ним.

Он расстегивает верхнюю пуговицу моей одежды по-матерински, быстро и эффективно, несексуально. Он дает нам (семье) шоколадки в форме сердечек Валентина, с добротой и щедростью, но выглядит при этом робким и неуверенным.

Теперь мы в гостинице, собираемся оставить мою дочь с ним и его бывшей женой, по поводу которой я испытываю некоторые сомнения. На нем твидовые брюки, на которые нанесены персонажи «Улицы Сезам»! Также они покрыты изображениями моей дочери. Хочется играть и шутить.

(Ассоциации: Ф. видела книгу своего отца в книжном магазине. Она почувствовала гордость и хотела рассказать мне, хотя в то же время ей было «стыдно гордиться». Она сказала: «Я не могу представить, чтобы что-то было у меня на шее... это мешает... как это вы носите».)

Обсуждение

Работа недавнего времени, очевидно, приносит свои плоды, поскольку образ «хорошего отца» проявляется теперь в явном виде. Сюжет сна напомнил мне о том времени, когда Ф. привела свою дочь на сессию (п. 29 с. 100). С тех пор, судя по сну, уровень доверия ее "маленькой девочки», похоже, значительно вырос, что отражает возросший уровень доверия ко мне в переносе.

51. Контрпереносный сон

Вместе со своей женой и другими я прощаюсь с Ф. Встает вопрос о том, чтобы открыть ей некоторые вещи, например, о моих собственных детях. Я доверху наполняю зерном канистру — для ее детей.

Обсуждение

Если рассматривать сон, как относящийся к ситуации с Ф., то, похоже, принесение в жертву огромного дерева (см. п. 44, с. 123) и сдерживание контрпереноса сейчас также приносят свои плоды. Старое дерево упало, но остались семена роста для ее развития (образ ее детей во сне). Пришло время урожая. Это был мой подарок ей. Сон также мог указывать на то, что наш «роман» трансформируется и приближается на эмоциональном уровне к реальному достижению ее цели — ее желания, чтобы я влюбился в нее, но при потребности в том, чтобы этого не произошло. Надеюсь, что контрперенос терапевта (таким же образом, как и сновидения и фантазии пациентки) свидетельствует о прогрессе не только в его собственном госте, но в их совместном с пациенткой личностном госте.

52. Сон пациентки

Я нахожусь в аудитории, наблюдая за низким, темным, нарциссичным мужчиной, стоящим на столе.

Затем я на сессии с вами. Вы похожи на (актера) Уильяма Херта — большой, мягкий, надежный, уверенный в себе, излучающий нечто материнское. Я сижу на полу, положив голову вам на колени, послушно, как маленькая девочка.

Тирана упрятали в сумасшедший дом, потому что он потерял рассудок, утратив свою харизму. Такое чувство, что люди притворялись и обманывали его вместо того, чтобы бороться.

Наша сессия резко оборвалась. Тиран понял правду, более не скрываемую от него. Я не чувствую себя плохо, поскольку вы выходите, чтобы помочь ему. Я иду с вами. Это делаете вы, но я с вами.

Обсуждение

Красивый образ того, как пациентка и терапевт вместе выходят, чтобы встретиться с тиранической нарциссической проблемой. Здесь кажутся очень уместными цитаты из Юнга. Первая касается данной конкретной сессии и эмоциональной вовлеченности аналитика, вторая — удачно выбранного имени для терапевта, — Доктор «Херт» («раненый» — англ., прим. пер.):

Где царит любовь, нет стремления к власти; а там, где возобладали стремление к власти, нет любви.

(Jung, 1943, p. 53).

Ничего страшного, когда терапевт чувствует, что пациент ранил его или даже совершенно сбил его с толку: именно рана терапевта является мерой его способности исцелять. В этом, и ни в чем

другом, и заключается смысл греческого мифа о раненом враче. (Юнг, 1951а, р. 116).

Случай второй: Мисс Д.

Д. была жертвой насилия — ее изнасиловал гувернер в возрасте 7 лет. У нее были серьезные проблемы веса. По ее словам, родители были не эмпатичны, и она никому не рассказывала об изнасиловании до 20 лет. Отношения Д. с отцом были эмоционально инцестными (фактический инцест отрицался, хотя его близость вызывала у Д. тревогу). Мать страдала алкогольной зависимостью и была для нее «хорошей». Д. была старшей из сестер, которые, в отличие от нее, были замужем. Она чувствовала себя аутсайдером в семье, и это ее чувство собственной чуждости распространялось и на сферу работы, откуда она регулярно уходила, или ее увольняли приблизительно с интервалами в год. Она пришла ко мне с рассказом о навязчивых идеях совершить суицид и попытках его осуществления в прошлом, а также о длительной, но по ее оценке, неудовлетворительной предыдущей терапии.

Курс лечения и контрперенос

Первые контрпереносные переживания с мисс Д. были почти целиком отличными от моих переживаний с предыдущей пациенткой, миссис Ф. Тогда как к Ф. я испытывал большую симпатию, с Д. мне хотелось поскорее прекратить работу. Если бы такой термин существовал (в том же смысле, как мы говорим о негативном переносе), было бы достаточно точным назвать мои чувства к Д. «негативным контрпереносом». Дело было не в том, что она мне не нравилась, скорее мне не доставало позитивного настроения. «Соппротивление» было бы более подходящим термином. Я предчувствовал трудности. Однако, хотя у меня было меньше желания заниматься ее анализом, чем в первом случае с «привлекательной» клиенткой, процесс контрпереноса в других отношениях был подобным. Главная трудность в переносе — контрпереносе заключалась в том, чтобы сформировать невраждебную связь между нами, и как можно догадаться, в самой истории Д. Случай Д., который будет представлен здесь без такого же детального описания как предыдущий, показывает, что негативный контрперенос может быть настолько же сильно вовлекающим аналитика и информативным, как и позитивный. и равно подверженным трансформации.

1. Суицидальные мысли Д. и ее состояние, близкое к пограничному, насторожили меня с самого начала. С объективной точки зрения, суицид был маловероятен с тех пор, как она установила со мною контакт и заключила соглашение, а также признала свой гнев, вызванный разочарованием в предыдущем терапевте, который и направил ее ко мне. Но состояние Д. было весьма неустойчивым. Мне не нравился ее импульсивный характер поведения, являвшийся бессознательным, а также не нравилась атмосфера напряжения, окружавшая ее.

Соответственно, я испытывал сомнения по поводу того, стоит ли мне браться за работу с ней. В ответ на ее вопросы о страховке я сказал, что не знаю, будут ли оплачиваться наши сессии. Я поговорил с ее бывшим терапевтом о ее диагнозе, истории и суицидальных настроениях. Я подробно расспросил о ее нынешних суицидальных чувствах. В итоге я сказал, что буду работать с ней только в том случае, если она согласится на встречи два раза в неделю. Я чувствовал, что ей нужна, по крайней мере, такая частота, и мне также, для того чтобы иметь возможность отслеживать ее процесс, и еще, честно говоря, по денежным соображениям.

Д. также, и возможно, не без оснований, относилась ко мне настороженно. Она сказала мне на первой встрече, что сейчас не хочет проходить терапию или становиться «профессиональной пациенткой». Она отменила вторую сессию по телефону, «до тех пор, пока я не узнаю точно о возможностях своей страховки».

Обсуждение

Пациентка хочет и нуждается в том, чтобы терапевт взял на себя обязательства по ведению анализа, но терапевт сначала может быть не готов к этому. Похоже, здесь присутствует взаимная амбивалентность и сопротивление по поводу начала анализа. Условия иногда устанавливаются аналитиком не только на основе клинических данных, но и потому, что они его устраивают. В данном конкретном контрпереносе также присутствует своего рода компенсаторный компонент с элементами торговли: если я возьму эту требовательную пациентку, то ожидаю, по крайней мере, финансового вознаграждения. Так что мои первые фантазии были о том, что терапия будет для меня утомительной и истощающей.

Основная тема, стоящая за всем этим, относится к борьбе вокруг «вовлеченности» аналитика. По

моему опыту, подобное происходит каждый раз, когда работа ведется из контрпереносной позиции. В отличие от работы с пациенткой Ф. проблема здесь заключается в «недостаточной включенности» (хотя в ином смысле присутствует также «излишняя загруженность» тревогами по поводу Д., как субъективными, так и объективными). Поскольку данный способ работы означает «включение» в пациента — «заражение» его проблемами, терапевт на бессознательном уровне может быть подвержен тревогам из-за процессов сепарации, слияния и отвержения. Эти тревоги вступают в игру с самого начала лечения и могут быть связаны с «характерологическими» нарушениями самой Д. Не отрицая необходимости проработки аналитиком своих проблем, такого рода амбивалентность и «недоверие» в контрпереносе могут быть также использованы как барометр собственного уровня тревожности клиентки, связанного со страхом интимности. С этой точки зрения здесь присутствует сочетание невротического, конкордантного и комплементарного контрпереносов, которые предстоит рассортировать или проработать.

2. Не только диагноз, депрессия или неустойчивость Д. вызывали у меня тревогу. И это беспокойство было до-вольно осознанным. Выходя за пределы уровня слов и воспринимая ее непредвзято, я находил, что ее манеры и все ее существо выбивают меня из колеи. Я впервые увидел Д., когда она пыталась остыть, сидя на внутренних ступеньках в здании моего офиса. Было лето, но такое необычное поведение при ожидании вызвало у меня чувство неловкости. Кроме того, она редко смотрела на меня. Иногда я переоценивал важность контакта глаз, и она казалась мне не включенной и что-то замышляющей. Хотя вес Д. без сомнения наводил на разные размышления, сами по себе ее размеры не слишком меня отталкивали. Скорее, трудности в контакте, были вызваны массой ее горячих, беспокойных вибраций — она была подобна расстроенному ребенку, готовому разреваться. Д. позже подтвердила это, сказав, что чувствовала себя «бомбой», готовой разорваться.

Обсуждение

Хотя может показаться, что вышеприведенное описание страдает недостатком симпатии, тем не менее, «переживание» пациентки терапевтом способно дополнить более рафинированную, интеллектуальную оценку. Такое живое впечатление в значительной степени является эмоциональной невербальной реакцией аналитика на невербальные сигналы пациентки: внешний вид, манеры поведения, стиль речи и т.д. Все это составляет картину того, чем является для него данная пациентка, а не что он о ней думает — т. е. бессознательное представление о ней.

Например, первая пациентка, Ф. по началу виделась романтической, богиней подобной Психее; очень приятной, полной эротического потенциала. К Д., однако, было весьма сложно почувствовать эмпатию. Сформировавшийся у меня ее темный примитивный образ и чувство опасения, возможно, были вызваны примитивными аффективными состояниями (и защитами), которые она привносила в общее эмоциональное поле.

Все это отражалось на процессе контрпереноса, который можно было бы назвать «примитивным», в хорошем смысле. Его также часто называют «первичным процессом», что было бы довольно точным, но придавало бы немного иной смысл. Такое отношение к пациентке является достаточно тонким и создает подходящую основу и точку отсчета для вторичных процессов интерпретации и комментирования. Это процесс, протекающий помимо слов, без которого, однако, слова не получают «ощутимого» смысла (См. у Gendlin (1978) развернутое изложение этой концепции, хотя несколько ином контексте.)

. Он также является психологическим пространством, в котором происходит эмоциональный обмен. Так, примитивное и первичное формирует основу для центральной роли контрпереноса в терапии.

3. Оставаясь скрытной и избегающей контакта со мной, Д., тем не менее, смотрела на меня и слушала. Очевидно, ее нервное поведение было вызвано не только тем, что ей нужно было многое сказать, но и тем, что она не надеялась, что ее услышат. Действительно, ощущалось, что она «настаивала» на том, чтобы на нее смотрели, и следила за мной как коршун. У нее был весьма чувствительный радар: если я отводил взгляд, она думала, что мне скучно или я устал; если я смотрел на часы, она сразу отмечала это. Не то, чтобы это парализовало меня. Но когда она видела недостаточный интерес к себе, то приходила в состояние раздражения. Не смотря на мои попытки интерпретировать ее поведение, у нее оставалось базовое чувство, что я «не забочусь» о ней. На деле же она продолжала следить за тем, чего требовала — хорошего отзеркаливания — в то же время, настаивая на том, что я ей этого не обеспечивал. Впоследствии это дало ей возможность начать атаки на меня лично за эти промахи в эмпатии.

Обсуждение

Пациенты в такой ситуации хрупкого рабочего альянса, пережившие в прошлом депривацию, могут не реагировать на интерпретации. Интерпретация для них не имеет значения. А перенос оказывается просто «настоящими чувствами». Аналитику устраиваются проверки, от него требуют доказательств. Похоже, что в таком случае необходима продолжительная борьба за установление доверия на первичном уровне «переживания», о котором говорилось выше. Аналитик и аналитическая ситуация должны каким-то образом опровергнуть ожидания, обусловленные прошлым опытом. На этом инфантильном или «примитивном» уровне, интерпретация—совсем не то, что нужно, разве что пациентка, по крайней мере, будет слышать, что терапевт о ней думает (или откликается на звук ее голоса). Этого, однако, обычно не достаточно, поскольку таким образом нельзя было утолить ее неудовлетворенность.

4. Сама Д., мои коллеги, несколько сессий в неделю и хорошая оплата в достаточной степени убедили меня склониться в пользу работы с ней. Не смотря на свое амбивалентное отношение, она очень хотела знать, буду ли я продолжать работу с ней. Она весьма поспособствовала моему решению, когда сказала, что у нее есть «инстинктивное чувство», что ей со мной будет «достаточно комфортно», и когда она извинилась за то, что была такой «медведицей», как она выразилась. Проявляя уступчивость, она в то же время не забывала о том, какое она производит впечатление на людей, и о моей потребности в безопасности. Она сказала: «Я не знаю, хотите ли вы работать со мной, поскольку я такая злая».

Обсуждение

Перед нами еще одна очень чувствительная пациентка. Д. была в достаточной степени внимательна, чтобы интуитивно почувствовать мой дискомфорт и постараться облегчить его. Между нами происходил сложный танец «доверия», как будто мы заключили не терапевтическую сделку: я буду с ней работать, если она не будет пугать меня слишком сильно. Имея нарциссическую рану, она чувствовала страдания других очень остро. Но именно эта «внимательность» к другим (и ко мне) должна была уйти, чтобы она смогла выразить свое негодование и обиду. Что вскоре и произошло.

5. В меньшей степени тревожась теперь, что она совершит самоубийство, я начал бояться ее физически, поскольку она весила на 100 фунтов больше, чем я. Она говорила о своем гневе на предыдущих терапевтов, что звучало как указание на меня и мои колебания по поводу работы с ней. Затем Д. призналась, что хотела «задушить» меня: первый раз, когда я не поддержал ее в вопросе о страховке, в другой раз, когда я извиняющимся голосом сказал, что не смогу прочесть огромную стопку важных старых писем, которую она мне принесла, и еще раз, когда она прочитала статью об изнасиловании (тема, вызывавшая у нее много страхов). Она произнесла это —«Я хочу задушить вас!»— достаточно убедительно.

Также на одной из сессий Д. рассказала четыре сна обо мне:

1. Вы сидите неподвижно на одном краю скамейки плавательного бассейна, а я пытаюсь ускользнуть на другой конец.
2. У вас есть другие пациенты, и я для вас «ничего особенного».
3. Я хотела задушить вас и столкнуть со скалы.
4. Я бью вас.

Все это вместе с нарастающей интенсивностью наших первых сессий вызывало у меня тревогу. У меня возникали мучительные фантазии на тему «контроля» и расстановки границ, а также о том, как справиться с давлением на рамку и ее телефонными звонками мне домой. Я записал после очередной встречи: «Я чувствовал себя на этой сессии очень сонным. Значимый материал?» Я сделал попытку интерпретации ее поведения, как избегающего сближения (доверие—страх—убегание), которая не принесла облегчения ни ей, ни мне. Я подумал (про себя), что она злится на меня или потому, что я мужчина, и значит, мне нельзя доверять (инцестный отец, насильник?) или потому, что я представляю не восприимчивую, не защищающую мать.

Обсуждение

Мы все еще находились в ситуации, где интерпретации были бесполезны, хотя ее сны, например, показывали интересную последовательность страха интимности, нарциссической травмы, жажды мщения и выплеска гнева. Избегающее сближения поведение исходит не только от Д. Очевидно, что она настолько же боится меня, насколько и я боюсь ее (на самом деле, я даже больше). Здесь много важного материала, и ее агрессивная реакция на то, что я не иду ей навстречу, вполне понятна. Однако прямое выражение враждебности в негативном переносе вызывает контрпереносное сопротивление, ведущее к ослаблению контакта и утрате эмпатии, так что мы оба оказываемся во «взаимном

сопротивления». И хотя такие общие сопротивления создают, возможно, неудачную и не способствующую прогрессу ситуацию, они почти неизбежны с трудными (по крайней мере, в моем понимании) пациентами. Более того, проработка такого взаимного недоверия может сама по себе стать ключевым моментом в процессе исцеления.

6. Тем не менее, помимо агрессивных чувств Д. иногда вдруг выражала очень конкретные чувства «любви». В те минуты (довольно редкие), когда она убеждалась в том, что я понимаю ее, ей хотелось «стиснуть» меня в объятьях. Хотя в реальности Д. меня не обнимала, я обычно испытывал облегчение от таких признаний, поскольку они давали передышку от враждебных нападений. Кроме того, они казались подлинными, а не реактивным образованием¹¹. (Реактивное образование—в данном случае это фрейдовский термин для обозначения одной из разновидностей сопротивления (наряду с вытеснением, замещением, рационализацией и др.). Выражение симпатии становится реактивным образованием, когда оно скрывает нечто противоположное, например, сильную ненависть. — Прим. ред.). Но быстрые флуктуации настроений и чисто физический характер ее намерений, даже «позитивных», вызывали у меня тревогу. Я опасался, что Д. или отлупит меня или подбросит, раздавит — и даже не заметит.

Обсуждение

«Сопротивление слиянию» с пациентами может происходить не только из страха подвергнуться атаке, но и из страха запутаться в вихре неожиданных, переменчивых эмоциональных состояний. Это страх оказаться в состоянии «смятения»¹²(Здесь в англ. тексте игра слов «fusion» — «confusion»: слияние — смятение. От слияния до путаницы один шаг. — Прим. ред.). Такое состояние Юнг называет «атмосферой иллюзии» или «туманом», Сирлз — «амбивалентным симбиозом», а Гудхарт (вслед за Лэнгсом) — «полем разрядки комплексов». Первый сон Д. принесенный на анализ, был про эти интерактивные поля взаимной и смешанной идентичности:

Я сижу на ужине в доме моей бабушки. Я подала шоколадное мороженое ей, моей сестре и матери, но мне самой не хватило чашки. Я вынуждена что-то найти для моей бабушки. Когда я возвращаюсь, моя сестра показывает, что она уже все сделала. Я ищу оставшееся мороженое, но его уже съели, и даже другую упаковку. Я мою эти обе коробки. Я заплакала и чувствую себя служанкой, как Золушка.

Хотя ранее Д. говорила о проблемах границ со своим отцом, они распространяются и на других членов семьи — женского пола. Бессознательная тенденция входить в патологически симбиотические отношения, очевидно, проявлялась и в наших отношениях. Я, наверное, также как и она, чувствовал себя погруженным в них.

7. Гнев, вызванный депривацией и плохой поддержкой, теперь близок к выходу на поверхность. На очередной сессии она взорвалась и швырнула важные для нее письма (см. с. 103), когда я мягко предложил ей отобрать самые важные. Она твердыми шагами приблизилась к окну и собиралась бросить в меня своими ключами. Я не был уверен, выпрыгнет ли она сама или выбросит меня. Должно быть, я уговорил ее сесть. На других сессиях у нее возникали фантазии о том, чтобы «разгромить» мой офис, поломать стулья и разорвать мои картины и книги на полках. Меня определенно беспокоила возможность отреагирования ею вовне (или вовнутрь) этих фантазий, и я осознавал, что она была гораздо крупнее меня. Я попытался отнестись к ней с пониманием: «Я решительно не поддерживаю это (идею поломки моей мебели), но я могу понять ваш гнев». Этот комментарий мне самому показался довольно плоским, но это было все, на что я был способен. Ее эго в достаточной степени присутствовало, чтобы она могла контролировать, или понимать, что ей следует контролировать свой гнев¹³(Здесь вспоминается толерантность Винникотта по отношению к определенным пациентам, срывающим свои чувства на его офисе. См., например, воспоминания Margaret Little о ее анализе (Little, 1991)).

Обсуждение

Потребность в эмоциональной разрядке здесь становится столь сильной, что терапевтический сосуд или *temenos* оказывается под угрозой, также как и сам терапевт. Эта ситуация была частью длительной проверки — выдержит ли аналитик, не бросая клиента и не прибегая к ответному мщению. Мне было очень трудно «оставаться» с Д., когда она намеревалась убить меня. В то же время эти деструктивные чувства стали в определенной степени приемлемыми для меня (а, следовательно, и для Д.). Если бы этого не произошло, она испытала бы (не) терапевтическое повторение отношений с матерью, которая, по ее словам, могла выносить только «приятные» вещи и совершенно «испарялась» под ее атаками.

8. Также значимым образом стали проявляться аспекты отношений Д. с отцом. Исследуя свой контрперенос, я однажды обнаружил, что когда я думаю об «изнасиловании», для меня это понятие каким-то образом ассоциируется с «инцестом». Важная часть ее раннего сна прояснила этот момент:

Я нахожусь во второй спальне с папой, близко к нему, но не прикасаясь. Мы разговариваем. Я слышу, как входит мама, и кричу в шутку: «Мы играем в игру „Секс и брак“». Мама удивлена. Я поясняю ей, что это шутка. Я говорю: «Мы ничего не делали — спроси папу». Папа ничего не говорит.

Д. усиленно отрицала любой инцест, хотя и рассказала мне о его весьма подозрительных нарушениях границ в отношениях с нею и другими. Она осознавала свою сильную привязанность к отцу. Меня очень удивило отсутствие, по ее словам, реакции со стороны отца и матери на изнасилование Д. Поэтому я выразил некоторое недоверие Д., особенно в связи с тем, что нехватка отражения и эмоционального одобрения — ведущие к чувству, что никто ей «не верит», сопровождали ее всю жизнь. Я также высказал критику «смушающих» нарушений границ ее отцом (в отношениях с ней или с «маленькой девочкой» внутри нее).

Обсуждение

По моему мнению, наступает время, когда жертве изнасилования или возможного инцеста, пережившей не поддерживающую реакцию на это со стороны родителей (или отсутствие реакции), требуется «корректирующий» эмоциональный отклик терапевта. Надо надеяться, что это создаст более здоровые эмоции и послужит защите укрывшемуся в глубинах зародышу подлинной самости. Поскольку терапевт будет «вести» пациентку, ему следует пристально исследовать свою сильную контрпереносную реакцию на предмет искренности. В данном случае ситуация определялась многими факторами: моя критика была вполне уместной и исходила от той возмущенной части меня, для которой пациентка была моей дочерью («корректирующий» комплементарный контрперенос). Но, кроме того, она частично была необходима для того, чтобы отклонить гневные реакции Д. от меня (и мои от нее). Таким образом: она бьет меня, я бью их (вместо нее или же для того, чтобы отвлечь ее от себя). Гораздо проще воплощать позитивное «заботливое» контрпереносное отношение, нежели гневное и деструктивное. Последнее не только некомфортно, но и может создавать конфликт терапевта с образом себя (или маской) и фантазиями о себе как об эмпатичном человеке.

9. Благодаря продвижению в анализе Д. робко признала, что имеет сексуальные фантазии обо мне. Переносные сны — один, где она расчлняла дьявольского, похожего на отца мужчину; другой, где мужчина в белом халате («Доктор», как ее отец или я) угрожал убить ее — заставляли меня задуматься о наличии враждебных чувств не только у нее, но и у меня также. Был ли мой гнев: индуцированным (ее проективной идентификацией), самозащитным, вызванным сопротивлением, естественным или всем сразу? Когда я размышлял над этим, меня удивил контрпереносный сон, отразивший другую сторону вещей:

У меня есть затхлый деревенский дом. Я нахожусь в постели с Д. Она каким-то образом оказалась рядом со мной.

Д. говорит о пилоте, (которого я знаю), который должен приехать на выходные, чтобы дать ей «психоаналитические инструкции». Я чувствую, что это ей не повредит. Я думаю: этот парень, пилот, должно быть, действительно изменился, раз проходит анализ.

Она рассматривает что-то на моем столе, видит свое имя в блокноте или на листке и спрашивает об этом. Я не чувствую угрозы от ее любопытства, но с нарастающей силой ощущаю, что она лезет не в свои дела. А этично ли это? Я собираюсь сказать ей, что хотя она только что подошла к столу, ей следует отойти.

Когда я хочу это сделать, то вижу соседа, шаги которого я уже слышал в доме. Он делает что-то с отоплением.

Д. вступает в крупную ссору с соседом. Я слышу, как он в какой-то момент кричит на Д. с выражением бурной, но контролируемой ярости. Затем он подходит ко мне и, слегка улыбаясь, говорит: «Не хочу упустить хорошую стычку».

Я складываю влажную простыню и думаю: «Мне нужно убраться отсюда», и чувствую удивление: «Как же я сюда попал... Что я делаю в этом втором доме?» «Что подумает моя жена?»

Обсуждение

Это сон напоминает сновидение о предыдущей пациентке Ф. (с. 81), а также имеет что-то общее со сном Д. (п. 8, с. 143), в котором она играет с отцом в игру «секс и брак». Одной из сложностей работы, основанной на контрпереносе, является ситуация слишком сильного слияния на протяжении долгого периода анализа, и это в особенности касается клиентов, которые являются жертвами инцеста.

Я, конечно же, воспринимал Д. как вторгающуюся в мое пространство (так же как у нее был страх проникновения), и иногда отстранялся или пытался контролировать ее (она сама поступала точно также в отношении меня и других). Но мы, очевидно, были ближе, чем я думал, и она действительно проникла вглубь моей души.

А что же в этой ситуации чувствовал я? Затхлый коттедж напомнил мне дом моего детства и раскол между чувствами печали, любви и ненависти в семейной обстановке и во мне самом (что было весьма схоже с ситуацией Д., хотя и проявлялось в менее радикальной и более контролируемой форме). Соответственно, во сне мы переживали колебания между «слишком горячо» и «слишком холодно», которые были как раз тем, чего я боялся в ней, и чего она боялась в своих отношениях с мужчинами. Я не думал раньше вообще о своем гневе на Д., и тем более, о его конкретных личностных и исторических аспектах. И я также совершенно не осознавал ее возможной привлекательности. Этот компенсаторный сон показал мое стремление (и потребность) к большей ясности в этих вопросах и необходимость подходящих аналитических рамок. Он как бы призывал к осознанию моего собственного соблазняющего, интеллектуализирующего, и даже провоцирующего поведения, для того, чтобы получить возможность лучше регулировать эмоциональную атмосферу в анализе. Термостат нуждается в хорошей настройке, т.к. огонь («жар»), дающий энергию для алхимической трансформации, должен быть нужной температуры.

Чтобы возник психологический контейнер, неизбежно происходит взаимопереплетение личных историй обоих участников *coincitio*. Аналитик должен быть втянут туда — пойман на крючок.

10. Вслед за моим сном, Д. сообщила на сессии о сильном побуждении сосать свой большой палец, а также рассказала следующий сон:

Я — динозавр и откладываю большое белое яйцо. Я одновременно являюсь ими обоими.

Она подумала, что этот сон показывает как «старое „я“ меняется на новое... и это хороший знак». Я согласился, размышляя про себя по поводу примитивного, архаичного уровня образности, на котором происходит ее перерождение, и регрессивной, нечеловеческой природы ее идентичности. Это автономное само-сотворение видимо было для нее более надежным и подходящим слиянием, чем слияние с матерью (матерями), отцом, или мною. Похоже, тут происходит отход от первоначальных, негативных состояний слияния.

Тем временем, я обнаружил, что в контрпереносе ощущаю меньше угрозы от этой доисторической «Большой Мамы», которая, как я раньше боялся, может сожрать, убить меня или убить себя. Ее фантазии о том, чтобы найти мой домашний адрес и отыскать мой дом теперь выглядели скорее интересными, чем пугающими. Когда она предложила, чтобы я пришел послушать ее публичное исполнение, я мягко отклонил приглашение, но чувствовал, что вполне допускаю такую возможность, и рассказал ей, что видел объявление *j* ее концерте. Я стал иначе смотреть на нее.

Обсуждение

Установление лучшего баланса внутри терапевта дает возможность более свободного проявления эмпатии и зеркализации. Здесь, похоже, происходят синхронные изменения у пациента и терапевта. Ее признаки внутреннего обновления совпали с тем фактом, что я, в свою очередь, частично благодаря самоанализу, смог воспринять ее фантазии символически, а не со страхом. То есть, я уже больше не боялся, что она воплотит свои фантазии в реальность. Здесь происходило последовательное движение с парадоксально позитивным эффектом: когда я, после своего сновидения, разобрался в своих проблемах с границами, стало возможным более полное соединение в фантазии. Мы стали более способны работать в «безопасном символизирующем» поле, о котором говорил Гудхарт.

11. Пробудившаяся контрпереносная способность меньше обижаться на нее и относиться к ее словам не так конкретно — на самом деле, меньше застревать в примитивном «мистическом соучастии» — продолжала расти, хотя и не без резких подъемов и спадов. Когда Д. захотела вырвать мои растения, я вместе с ней смог пофантазировать о «вырывании с корнями» и «корнях» чувств, которые она (и я) хотели бы увидеть. Подобным же образом, ее фантазии о том, чтобы сломать мои книжные полки принесли хороший символический материал: для меня — про мои, возможно, заинтеллектуализированные и доктринерские взгляды на нее, а для нее — про ее желание «знать», потребность быть увиденной как индивидуальность, зависть и страх, что я брошу ее из-за «безнадежного», пограничного диагноза.

Хотя внешняя жизнь Д. оставалась нестабильной, со сменами работ, несчастьями и потерями, наша работа продолжалась. Желание конкретизировать гнев не отступало и до определенной степени воплощалось в вышеописанных крайностях, но одновременно на первый план стал выходить менее амбивалентный симбиоз, требовавший конкретизации. Д. втайне «воплотила» следующий сон, как она потом призналась, коснувшись моего пиджака, когда я провожал ее в свой офис:

Вы и я стоим около белой церкви рождественским утром. Это ваш офис. Но вы туда пока не входите.

Внутри мы слышим смех и хлопки. Вы хотите что-то купить, возможно, воды. Я покупаю газету. Я предлагаю поддержать вашу воду: «можно мне помочь?» Вы благодарите и даете мне поддержать воду и газету, а затем открываете двери в святилище.

Пока мы собираемся войти, сильные части меня (именно так!) касаются вас. Мы решаем, кто пойдет наверх и войдет первым. Это происходит легко и непринужденно, как между друзьями, со смехом и весельем. Я просыпаюсь со слезами на глазах.

Обсуждение

Поскольку, на сессиях и во снах проявилось некоторое желание помочь аналитику, в бессознательном Д., похоже, происходят позитивные сдвиги к теме *coniunctio*¹⁴ (*Coniunctio* — конъюнкция, союз, связь. Соединение в алхимическом сосуде разнородных элементов. Здесь означает стремление пациента к рабочему содружеству, «слиянию» с «его противоположностью» — аналитиком. — Прим. ред.) и воскресения в переносе (ее ассоциации были связаны со «свадьбой» и «Пасхой»), Эти важные изменения были в обстановке взаимного доверия, причем мои колебания менялись практически параллельно ее колебаниям. «Безопасный» контейнер может быть важен для аналитика в не меньшей степени, чем для пациента, причем не только ради безопасности самого терапевта, но и потому, что происходящие в нем процессы аналитика и вообще любые процессы являются целительными. Совместное построение святилища (или *temenos*) и вступление в него являются в равной мере, как целью, так и предпосылкой аналитической работы. Тогда из этого общего психического и духовного «контейнера» смогут проистекать дарующие жизнь воды — как во сне Д. слезы радости.

12. Пока мы с Д. пребывали в этой достаточно легкой и непринужденной атмосфере, ее сны продолжали свое повествование. В одном из них она, отыскивала собственный дом:

В доме моих родителей мама выходит из кухни, и мы с папой ссоримся. Он говорит: «Выйди вон».

Я говорю: «Я уйду, ты мне не так уж и нужен. Ты никогда и не был со мной. Я не хочу видеть тебя, пока ты не сможешь поговорить обо мне, а не о своей работе или ком-то другом».

Я выхожу и думаю о том, у кого из друзей я могу остановиться. Затем меня осенило, что у меня есть собственный дом.

В другом сне снова проявляется хроническое ощущение Д., что «никому нет до нее дела», будь то дома или в переносе, но теперь это имеет отношение к ее женственности:

Я управляю трактором, думаю о празднике и платье, которое мы с мамой собираемся купить. Меня это очень увлекает!

С мамой, папой и бабушкой с дедушкой я с нетерпением возбужденно обсуждаю предстоящий праздник. Они не слушают. Я замолкаю и чувствую раздражение.

По поводу первого сна я чувствовал в контрпереносе, что поддерживаю отделение от ее негативного отца и стремление к индивидуации. Эти чувства возникли естественно; т. е., из нейтральной позиции. Слушая второй сон, я переживал настоящую печаль (в синтонном контрпереносе) и присоединялся к ее вполне понятному гневу. За этим гневом чувствовались подступающие к горлу слезы.

Вскоре после этого, на сессии я заметил, что большое тело Д. кажется мне уже не просто отталкивающим и чрезмерным, но и по-настоящему величественным. В первый раз я увидел ее «богиней», воплощением своего рода идеала амазонки. Она показалась мне «огромных», богатырских размеров, но не «безобразно толстой». Я стал понимать, что другие, — например, ее слабая не индивидуированная мать — полагались на ее «силу». Но эта моя новая точка зрения не была вызвана моей зависимостью от нее.

Обсуждение

Компенсаторные образы роста, понимания и силы одновременно возникают у пациентки и аналитика. Когда последний по-настоящему признает возможности пациентки, то он может особенно хорошо поддерживать ее, потому что как раз в это же время бессознательное пациентки и актуализирует эти возможности. Но такое синхронное «включение» нельзя инсценировать или даже предсказать. Оно может возникнуть только естественным образом из общего бессознательного пространства, в котором «играют» аналитик и пациентка. Нечто новое, образовавшееся в результате переживания единства в переносе и контрпереносе, проявляется в том образе пациентки, который

возникает у терапевта. Ранее Д. казалась мне чрезвычайно больной и полной тревоги (которая также передавалась мне). Со временем у меня постепенно сформировался другой образ Д. — как величественной и гармоничной. Появилось совершенно иное видение ее тела (и ее женственности).

13. На важность правильного «видения» Д. со всей очевидностью указывает следующий сон:

Мне 8—10 лет, и я нахожусь на школьном дворе. Мои подружки стоят в кругу и кричат: «Убийство, Изнасилование, Грабеж». Когда я слышу «изнасилование», то бегу прочь, стараясь подавить боль в области паха.

Я почти наскакиваю на мужские ботинки — папины. Он берет мою руку и болтает о наших «играх» этой ночью. Заметив, что я молчу и прихрамываю, он спрашивает, в чем дело. Я рассказываю ему, что споткнулась, когда бежала. Он продолжает что-то говорить.

Учительница, вроде миссис З., подходит и спрашивает меня: «Что с тобой? Ты выглядишь такой печальной». Я хочу рассказать ей об изнасиловании, но не могу. Она не верит, что у меня все в порядке в семье.

Сейчас она наблюдает за мной как мама. Я сижу перед ней. Это момент выдачи аттестата зрелости. Мама широко улыбается, но говорит со злостью: «Держи меня за руку!» Учительница видит это, хотя и не может расслышать слов.

Обсуждение

В противовес интроецированному родительскому отвержению (и вполне понятной недоверчивости) здесь еще сильнее вырисовываются потребность Д. быть увиденной (и соответствующий потенциал в ней). Ее ассоциации на миссис З. были весьма существенными (особенно, например, в свете сна о «празднике» в п. 12, с. 150): эта молодая учительница доброжелательно предложила Д. деньги для покупки гигиенических средств, когда у той начались менструации. Для исправления ее патологического симбиоза с внутренними родителями, требовалась как раз та самокоррекция и то «видение» ее (вроде моей спонтанной фантазии о «богине»), которые возникли в контрпереносе. Образ миссис З. отражал эти изменения, а также то, что бессознательное Д. точно направляет процесс к тому, что ей было особенно необходимо в анализе — а именно, быть увиденной, или иногда «видимой насквозь», даже когда она сама не могла что-то увидеть в себе или не смела сказать, что ей нужно.

14. Такое видение требует от терапевта деликатных суждений и комментариев, успех которых будет целиком зависеть от контрпереноса. Поэтому неизбежны некоторые неудачи. Например, в конце моего отпуска Д. позвонила и хотела увидеться со мной немного раньше срока. Ее очень тревожила угроза потери работы. Я поразмышлял о ее тревоге и решил, что она может подождать, да и в любом случае у меня не было времени для приема (к тому же я не очень-то и хотел этой встречи, поскольку все еще был в отпуске). Результатом была небольшая суицидальная попытка. В конце концов, когда мы проработали многие аспекты этого происшествя, выяснилось, что Д. нужно было, чтобы я, подобно миссис З. во сне, смог увидеть ее отчаяние, о котором сама она не могла рассказать.

Подобным же образом ее потребность в телесных контактах стала сильнее, и Д. не понимала, почему я не могу по-дружески обнять ее. Я видел, что это ей нужно, но мягко отказывался по нескольким причинам. Одна из них состоит в том, что я считаю неправильным обнимать своих пациентов. Вторая — в том, что я особенно возражаю против того, чтобы обнимать пациенток, подвергшихся насилию (или которые, как однажды это было с Д., испытывали желание постоять около двери из соображений безопасности). Третья — в том, что у нее была проблема инцестных отношений с отцом. Четвертая — что в контрпереносе я обнаружил, что просто не хочу обнимать Д.

Обсуждение

Попытки аналитика воплотить «целительные» потенциалы, образы которых появились в бессознательном пациентки (вроде миссис З.), совмещают объективное и субъективное. Аналитик и аналитическая ситуация парадоксальным образом воплощают бессознательные влечения пациентки, одновременно воспринимаясь как вполне реальные и как символические («как будто»). Аналитик пытается все время помнить это, особенно когда пациентка еще не может (или возможно никогда не сможет) этого понять. Для пациентов это может оказаться как в песне: «Нельзя всегда получать то, что ты хочешь», но (от терапии) «...ты получаешь то, что хочешь». В то же время промахи аналитика неизбежны, возможно, даже в некотором роде необходимы. Небольшие промахи могут оказаться очень полезными, если их вовремя прорабатывать, кроме того, некоторые промахи связаны с определенными фазами анализа («преобразующие интернализации» Когула)¹⁵ (Преобразующие или трансформирующие интернализации по Ко гуту происходят, когда некоторое разочарование в

идеализируемом человеке подвигают нас к большей ответственности, самостоятельности, зрелости, большей опоре на себя. Поэтому они необходимы для нашего психического развития. — Прим. ред.)

. Важно только, чтобы с самого начала было «достаточно хорошее» удерживание (Винникотт)¹⁶ (Удерживание (holding) — термин Винникотта для особой аналитической техники. Например, когда мать берет младенца на руки, она дает ему почувствовать надежность и стабильность своего присутствия и внимания, прочность их психической связи. Поэтому эта техника особенно важна в психоанализе объектных отношений. — Прим. ред.). Вовлеченность аналитика является решающе важным условием, на основе которого развиваются постепенно все вышеуказанные моменты. Аналитика в этом процессе ведет его контрперенос.

4. Заключение

Поразительно трудно найти примеры того, что на самом деле происходит в состояниях контрпереноса. Материал, представленный в третьей главе — это попытка показать феноменологию контрпереноса — контрперенос «изнутри».

В юнгианской психологии (и даже до определенной степени в психоаналитической литературе) напрасными будут поиски развернутого обсуждения такого рода. Например, почти нигде в юнгианской литературе не встретишь личного описания контрпереносного сна, за исключением часто цитируемого сна Юнга о пациентке в башне (Jung, 1937, 1943, 1950, 1961a)¹ (Гросбек (1978) подробно обсуждает свою проработку контрпереносных сновидений. Пример контрпереносного сна можно найти у Singer (1973, p. 325).). В данном случае Юнг показал пример, которому никто не последовал. При всем своем возможном несовершенстве (описания или аналитической работы), предыдущая глава является наиболее подробным письменным документом, представляющим феноменологию контрпереноса с юнгианской точки зрения² (Это не означает указания на моральный промах. Однако, это свидетельство нехватки глубины в опубликованных исследованиях контрпереноса. Естественное беспокойство о конфиденциальности пациента, самораскрытии и защите своей профессии являются менее убедительными, по моему мнению, чем беспокойство о пациентах, которые могут расстроиться, читая о комплексных контрпереносных состояниях. Это последнее беспокойство пересиливает тот факт, что дискуссии по вопросу контрпереноса предназначаются для клиницистов и только они будут способны их читать.).

Этот документ, конечно же, представляет личную точку зрения одного юнгианца, и в четвертой главе будет сделана попытка обобщить индивидуальный опыт и дать -теоретические заключения о способе работы, основанном на контрпереносе. Это будет сделано более систематизировано. Сначала будет описана общая теория контрпереноса, а затем — модель работы с ним. В заключение будут обсуждаться проблемы, имеющие наиболее общую значимость.

Теория контрпереноса

Использование контрпереноса как терапевтического инструмента претерпевало большие перемены, как в юнгианских, так и в других аналитических кругах. Юнгианские тенденции представлены в литературном обзоре. Похоже, что Юнг, прямо или косвенно, был первым психотерапевтом, указывавшим на позитивный потенциал контрпереноса как аналитической техники. Это дает весьма существенное и очень «юнгианское» дополнение (в смысле наличия перспективной тенденции) к его заслугам в том, что он был первым аналитиком, рекомендовавшим обязательное прохождение учебного анализа для защиты от негативного потенциала контрпереноса.

К сожалению, как было отмечено выше, Юнг уделил этому аспекту анализа не много внимания в своих работах. Однако дефицит исследований в области контрпереноса был замечательным образом восполнен Фордхамом и группой Лондонского Общества Аналитической Психологии. Юнгианцы, интересующиеся процессами контрпереноса, весьма им обязаны. Широкий спектр возможностей, представленных в юнгианском подходе к психике, также позволил появиться другим динамическим подходам, описанным в обзоре. Эти теории не менее важны для юнгианского теоретика контрпереноса.

Подобно большинству других юнгианских авторов, на мои представления о контрпереносе большое влияние оказали психоаналитики. Особенно важна для меня работа Гарольда Сирлза (см Sedgwick, 1993). Очень ценны также идеи Маргарет Литтл и Люсии Тауэр, чьи труды, наряду с работами других женщин-аналитиков, таких как Хайман, Кохен и Вайгерт³ (Здесь полезно вспомнить, что эффективное использование контрпереноса может включать в себя то, что юнгианцы часто называют «феминным» принципом.) предшествовали работам Сирлза и Генриха Ре-кера в начале 50-х

годов. Также на меня оказали влияние теории и эмпатический подход к клиенту Когута и Винникота, у которых есть важные положения, касающиеся контрпереноса. Много размышлений у меня вызвали и идеи Лэнгса.

Во всех аналитических школах существует тенденция придавать ценность не просто контрпереносу, а «взаимности» в аналитическом процессе. Своей работой о переносе Юнг, конечно же, первым открыл дверь в данное измерение. Даже Фрейд (чьи случайные упоминания термина, им изобретенного, почти столь же редки, как и у Юнга) 4 (Похоже, существуют только три работы, в которых кратко обрисованы взгляды Фрейда на контрперенос (Freud, 1910, 1912, 1915) и одна, «Analysis Terminable and Interminable» (1937), в которой аналитику рекомендуется периодически проходить дальнейший анализ.), возможно, невольно способствовал вниманию к контрпереносу. Настоятельно рекомендуя свою широко известную модель нейтральности «хирурга, который откладывает в сторону все свои чувства, даже сочувствие», Фрейд добавляет:

(Аналитик) должен направлять своё бессознательное, подобно рецептивному органу, к проявляющимся бессознательным процессам пациента, служить телефонной трубкой для посылаемых сигналов. Как трубка переводит вибрации, вызванные звуковыми волнами, обратно в звуковые волны, также и бессознательное врача способно уловить бессознательные процессы пациента, направляющее его ассоциации. (Freud, 1912, p. 122).

Хотя это высказывание больше относится к эмпатии, чем к представлениям Фрейда о контрпереносе, здесь предполагается важность субъективной реакции в качестве источника информации о пациенте.

Между фрейдистами происходили оживленные споры о контрпереносе. Благодаря гибкости позиции Юнга в вопросах техники анализа и общей невнимательности большинства «классических» юнгианцев к данному вопросу эти споры их меньше затронули. О чем можно только сожалеть, поскольку напряжение вокруг данной проблемы, отражает внутренний конфликт любого аналитика, ориентированного на контрперенос.

Как отмечал Фордхам и другие (1974, p. ix) и как показано в Главе 2 данной книги, постепенно произошел сдвиг от изначального одностороннего фокуса только на переносе к терапевтическому использованию контрпереноса. Нити юнгианских школ контрпереноса соединились в алхимическом союзе — *coniunctio*. В данной книге рассматриваются все эти нити с особым вниманием к отдельным аспектам подходов «раненого целителя» и «заклинателя дождя».

Необходимость «невротического» контрпереноса

Вопрос различения «невротического» и «полезного» контрпереноса всегда обладал решающим значением. Очевидно, что данная книга основывается на идее, что контрперенос полезен для терапии. Чтобы использовать его потенциал, первый шаг часто делается в сторону разделения контрпереноса на дискретные единицы, «невротическую» и «полезную». Это естественная и клинически необходимая тенденция; и действительно, важной частью работы является различение того, что принадлежит исключительно бессознательному аналитика и того, что исходит из бессознательного пациента. Примеры случаев в предыдущей главе демонстрируют постоянные усилия аналитика в этом направлении.

Такое разбивание контрпереноса на «хорошие» и «плохие» части (полезные или неполезные), в качестве способа работы с ними, является, однако, несколько искусственным. Сами по себе контрпереносы не являются ни позитивными, ни негативными, они — всего лишь факты и ингредиенты анализа. Так энантиодромия перехода от пренебрежения контрпереносом до признания контрпереноса как жизненно важного феномена привела к этому различению (возможно, ошибочному). Мой опыт, как показано в последней главе, говорит о том, что большинство контрпереносов попадают куда-то в середину спектра невротического — полезного. Обычно они оказываются не «или-или», но «и тем и другим» (или смешанными). Некоторые юнгианцы, такие как Фордхам и Якоби, отмечали это. Целью работы с контрпереносом является, так сказать, сдвинуть его вправо: превратить «невротический» в «полезный». В начале контрпереносы часто возникают в смешанном виде и затем постепенно упорядочиваются, надо надеяться, принося больше ясности.

Можно и по-другому посмотреть на сложные состояния смешения в переносе и контрпереносе. Контрперенос не просто означает, что аналитик пал жертвой своего собственного невроза, или что он интроецировал спроецированные части своего пациента синтонным или комплементарным способом. Можно считать, что оба конца спектра невротического — полезного всегда задействованы одновременно. С этой точки зрения одно не существует без другого.

Например, аналитик, следуя классическим рекомендациям Фрейда, а не более спонтанному

подходу Юнга, сознательно старается быть «чистым экраном». Однако бессознательно он никогда не является таковым 5 (Можно быть «пустым» или немым, шизоидным или каким угодно еще, и однако, это будет лишь частью контрпереносной позиции.), независимо от своей личности или эффективности своего учебного анализа или самоанализа. На самом деле происходит другое, и чем лучше учебный анализ, тем больше широта и глубина эмоционального откликаб (Я не говорю здесь о вопросе самораскрытия аналитика, который является другой отдельной темой.) и понимания себя. Это хорошо выразил Сирлз, обсуждая основные цели анализа:

Нужно отказаться, к примеру, от такой цели как устойчивая свобода от зависти, или вины, или чего бы то ни было... Человек в ходе созревания или выздоровления в процессе психоанализа не становится свободным от чувств; напротив, человек становится способным гораздо более свободно переживать любые чувства. (Searles, 1966, p. 35).

Это не означает, что патологические комплексы аналитика не следует обуздывать и прорабатывать. Но это означает, что они никогда не прорабатываются полностью, и иногда могут вновь констеллироваться под воздействием бессознательного пациента. Кроме того, возможно (и даже весьма вероятно в рамках юнгианской теоретической модели) что ранее не поддававшийся осознанию материал может в любое время возникнуть из бессознательной матрицы. Так, Юнг говорит, что работа с переносом всегда носит пионерский характер (1946, p. 178) и ясно утверждает в своем позднем труде, что:

Ни один анализ не способен убрать все бессознательное навсегда. Аналитик должен никогда не переставать учиться, и не забывать, что каждый новый случай выносит на свет новые проблемы и пробуждает бессознательные идеи, никогда ранее не возникавшие. (Jung, 1951a, p. 116, курсив мой).

Работа, основанная на контрпереносе, по крайней мере, те ее виды, которые ориентируются на «взаимную трансформацию», в значительной степени основываются на отношении такого рода. Можно сказать, что трансформация происходит там, где не только пациент чувствует, что у него есть проблемы, но где и аналитик чувствует то же самое. Как я пытался показать при описании случаев, внутри аналитика происходит нечто вроде параллельного движения вглубь и иногда параллельного замешательства. Таким образом, источник трансформации для аналитика заключается не просто в использовании своего знания себя через тщательный самоанализ, но в том, чтобы по-настоящему стать «используемым» клиентом. Для этого нужно нечто большее, чем эмпатия, основанная на временной идентификации, сколь бы глубокой она не была. Аналитик должен каким-то образом почувствовать, что и у него есть проблемы, или, по крайней мере, что он разделяет с пациентом его проблему.

Тогда эта «проблема» будет не «невротическим контрпереносом», а скорее «контрпереносным неврозом» (нужно поменять местами акценты), заимствуя выражение Рекера (1953, p. 107). Тауэр также размышляет о том, что:

во многих, а может быть, в каждом курсе аналитического лечения развивается какая-то контрпереносная структура (возможно даже «невроз») которая является существенным и неизбежным дополнением невроза переноса... Я верю, что она играет роль катализатора процесса лечения. (Tower, 1956, p. 232, курсив мой).

С юнгианской точки зрения эта идея близка к теме «раненого целителя». Она относится к отражению проблемы пациента в аналитике, которое, в некоторой степени, основано на новой (или уже существующей) констелляции проблем самого аналитика. Поэтому вышеупомянутое различие «невротическое—полезное» становится подобным следующему: чтобы данный конкретный стиль контрпереносной работы был полезен, нужно, прежде всего, относиться к клиенту очень лично. Развивая эту перевернутую ситуацию далее, можно сказать, что чем более «личностным» станет контрперенос, тем больше пользы для исцеления он сможет принести. Или, в юнгианских терминах: для того, чтобы работа «раненого целителя» была целительной, аналитик должен быть по-настоящему ранен пациентом, и чем глубже, тем лучше.

Кстати сказать, слово «раненый» лучше, чем «невротический», поскольку последнее подразумевает более бессознательное состояние. «Невроз», недавно переставший быть болезнью для формальной психиатрической классификации, — понятие неопределенное. Кроме того, оно имеет уничижительный оттенок. Вышеприведенное представление Тауэр о «контрпереносных структурах» здесь подходит лучше. А еще лучше идея Л.Харви о «неизбежных остатках собственных ран» (личная беседа, 1990). Сюда же можно привлечь идею прогресса в движении к большему осознанию своей ранености. Это принципиально другое понимание контрпереноса, чем то, когда он видится «невротическим» или «полезным». В нем достигается нечто среднее, но включающее в себя оба края спектра — состояние иногда довольно острой «уязвимости аналитика». Следовательно, контрперенос должен быть сопряжен со способностью аналитика быть раненым.

«Крючок» проекции и «раны» аналитика

Дальнейшее обсуждение контрпереноса требует исследования этого состояния уязвимости аналитика. Для этого нужно обратить внимание на «крючки» проекции, то есть, на те самые раны, на которые и проецируют пациенты (зачастую весьма пронизательно). И хотя аналитик может воспринимать такие проекции как задевающие или агрессивные, пациент вовлечен в этот процесс бессознательно. Поэтому проективная идентификация является не просто защитным и враждебным ходом со стороны пациентов с целью избавиться от мешающих чувств, хотя для такой точки зрения есть свои причины. Мое видение этой проблемы является более юнгианским (или возможно более Когутинским), нежели клейнианским — эти проекции имеют также и позитивную цель. Пациент должен найти или создать области «ранености» внутри аналитика, параллельные своим. Пациент, повторюсь, делает это не сознательно. Это выглядит так, как будто бессознательное хочет привнести раны пациента прямо в аналитическую ситуацию, или индуцировать эмпатический отклик «здесь и сейчас», обходя «замещающую интроспекцию» (Когут) аналитика.

Другими словами, похоже, что это процесс, происходит на более глубоком уровне, чем простая эмпатия. Помимо сдвига в фокусе (от пациента к аналитику), раны контрпереноса часто отличаются от эмпатии эмоциональным тоном, специфичностью или глубиной. Рана контрпереноса может обеспечивать основу для эмпатии, но обычное эмпатическое состояние кажется более поверхностным и менее «зацепленным крючком». Эмпатию обычно легче переживать, она скорее подобна синтонному, нежели более сложному комплементарному контрпереносу (см Lambert, 1972). Хотя интроективную идентификацию с пациентом можно считать своего рода «крайней эмпатией», очевидно, существует фундаментальное различие в степени и качестве между «раной контрпереноса» и эмпатией, в обычном смысле этого слова.

Кроме того, вследствие сложной природы бессознательных взаимодействий, существует склонность рассматривать проекции, как отмечалось выше, как «твои» или «мои». Эта модель «туда — обратно», хотя и является ценной, все же вполне соответствует феноменологии многих контрпереносных состояний. Случаи, описанные в главе 3, представляют много примеров, когда пациент проецирует что-либо: на терапевта, и последний не уверен, что приписываемое ему неверно. Как говорил Юнг (1951a, p. 116), пациент может, «сбавить очки» терапевту. Если терапевт не считает, что: пациент не прав или проективно идентифицирует, ему нужно, по крайней мере, обдумать предположение пациента. Такое придирчивое самоисследование иногда предпринималось в юнгианских кругах при «объективной» интерпретации переносного или контрпереносного сна. Сейчас, даже без указующих снов, аналитик может обнаружить свою рану, задетую проекциями пациента. В зависимости от психологической уязвимости аналитика — насколько он склонен отстраняться, сопереживать, сомневаться, тревожиться, и т.д. — он соответствующим образом будет реагировать на слова пациента. Как видно из описанных случаев в последней главе, существуют моменты, когда аналитик может «заземлить» переносны; проекции, признаваясь пациенту, хотя и с неохотой, в чем они могут быть точными.

Отношение к реальным основаниям для этих проекций пациента интересным образом изменялось со временем. Юнг пишет в 6 томе собрания сочинений:

Образ человека, сформировавшийся у нас, очень субъективен. В практической психологии, таким образом, нам следует обязательно различать между образом или имаго человека и его реальным существованием.

(Jung, 1921a, p. 473).

Этот «субъективный» подход является отличительной особенностью Юнга, а также его огромным вкладом в психологию (таким образом, он делает ее «психологической вместо «объективной»). Приводя пример случая, Юнг говорит:

Вплоть до сегодняшнего дня все были убеждены, что слова «мой отец», «моя мать» относятся к объективному отражению реального родителя... Представление X. о своем отце является сложным образованием, только частично связанным с реальным отцом, и в гораздо большей степени с самим сыном. (Jung, 1951b, p. 18).

Эти утверждения равно применимы к переносу, который Юнг считал «специфической формой» проекции (1935a, p. 136).

Несмотря на такой акцент на субъективном, Юнг, однако, выдвигает следующее предположение в «Психологии переноса»:

Опыт показывает, что носителем проекции является не просто любой объект, но всегда тот, который адекватен природе проецируемого содержания — то есть, в нем должен содержаться «крючок», за который можно зацепиться.

(Jung, 1946, p. 291).

Также примечательно, что тот пример, который Юнг часто использует, чтобы показать компенсаторную природу сновидений, является его собственным контрпереносным сном, отражающим ход лечения (Jung, 1937, p. 333), который он интерпретирует, прежде всего, на «объективном» уровне.

В общем-то, Юнг не особенно углублялся в этот предмет. Но несмотря на свой интерес преимущественно к архетипам, он говорит и о существовании вполне приземленных взаимных аффективных состояний в анализе, на которые неявным образом влияют «крючки» аналитика. Большинство авторов, писавших о контрпереносе, которые упоминаются в литературном обзоре данной книги (в особенности Бломейер, Гро-сбек и Шварц-Салант) так или иначе касаются этой идеи, даже если и не обсуждают ее развернуто. А для Гудхарта «крючки» аналитика являются частями его «тени» (используя другой юнгианский термин).

Одно из достоинств метода «слушания» Гудхарта состоит в том, что он заостряет внимание аналитика на этих констеллированных теневых компонентах или «крючках». Другие в равной степени важные для аналитика сигналы: прямые или косвенные образы аналитика во снах или фантазиях (его самого или пациента), прямые высказывания клиента, необычное поведение аналитика, которое он замечает за собой и, часто стоящие за ним, чувства дискомфорта или сопротивления, возникающие на сессии.

Важно то, что аналитик делает со своими ранами после того, как он уже осознал их. Эти «крючки» создают основу для работы, ориентированной на контрперенос. Они являются теми зернами, из которых и прорастает перенос. Так что, когда пациент (или его сигналы) говорят нечто вроде «Вы также ригидны и бессердечны как мой отец», то согласно моему опыту, этому следует верить. В иллюстрациях случаев показано, как приходится периодически получать эти проекции. Мой стиль можно назвать «интроективной идентификацией» 7 (Интроективная идентификация.). Однако его важное отличие заключается в задействовании тех самых специфических «крючков». Так что, на практике в этом попадании на крючки нет условности игры (если не считать игрой весь анализ в целом). Не является оно также временным или преходящим, как нам бы того хотелось. Другими словами, в аналитической ситуации я таков, каким пациенты меня считают. Теоретически, мой подход является вариацией идеи Плаута (1956) о «воплощении архетипа, в соединении с элементами метода Гудхарта.

В идеале реакция аналитика на это трудное положение должна быть не защитной, а принимающей: не «Ничего подобного!», а «Хм, так ли это?». Аналитик допускает это. «добровольно и сознательно беря на себя психические страдания пациента» (Jung, 1946, p. 176), — и только тогда начинает с ними работать. Такая работа возможна, поскольку они есть и у него. Что касается пациента, он должен «отыскать» такой крючок в аналитике, сколь бы бессознательным ни было это действие. У аналитика достаточно теневых компонентов, образующих основу для крючка. В случае, когда пациент не может найти ни одного и, следовательно, повлиять на аналитика, аналитик может исследовать себя сам (или проверить свое сопротивление). Если это не получится, то анализ, основанный на контрпереносе, не будет достаточно глубоким или возможно даже окажется неудачным.

Центральный момент тут состоит в том, что «раны» аналитика стимулируют, а не мешают проявлению бессознательных содержаний пациента. Раны пациента обычно называют «патологическими», вкладывая разный смысл в это слово. В таком случае, следуя идее тени и крючков, можно сказать, что патология пациента констеллирует патологию аналитика. Соответственно, аналитики не должны немедленно устранять свою патологию, но должны знать ее и уметь использовать. Это означает не отыгрывание ее, но гибкое осознание новых и старых теневых компонентов, а также внимание к тому, чтобы не рационализировать или не проецировать их на клиента. Сирлз говорит об этой взаимности теневых компонентов очень честно, и предостерегает аналитиков от «приписывания пациентам всей ответственности за психопатологию в терапевтических отношениях» (Searles, 1978, p. 62—63). С юнгианской точки зрения «раненый целитель» не означает целителя «однажды раненого, а теперь исцеленного», но такого, который остается уязвимым {vulnerable} — латинское слово *vulnus* означает «рана».

Аспекты трансформации

Идентификация аналитика с пациентом основывается на реальных компонентах его (аналитика) собственной личности и, таким образом, они с пациентом связаны взаимной раненостью. Именно поэтому работа, которую аналитик проделывает над собой и способна оказывать прямое воздействие на комплексы пациента. Этот процесс начинается с допущения аналитика о том, что приписываемое

ему пациентом в какой-то степени является верным. Окажется ли это верным в конечном итоге — не так важно. Главное, что сейчас аналитик переживает в реальности какой-то компонент их взаимодействующих комплексов. Он делает это, слушая и исследуя то, что Сирлз называет «ядром реальности» (1975b, p. 374) — крючки для проекций клиента.

Размывание границы пациент — аналитик можно назвать регрессивным, но это регрессия на службе исцеления. Терапевт переживает это как собственную регрессию, осознавая, что она нужна «для» пациента и лечения. По мере того как аналитик постепенно интегрирует внутренние реалии клиента, которые теперь получают основу во внутренних реалиях аналитика, клиент также медленно синтезирует их. Сформировавшийся образ «пациента», общий для них, в адрес которого направлены психологические усилия обоих, постепенно выправляется. В зависимости от развития пациента значительная часть этой работы может принадлежать аналитику. В действительности уровень стресса аналитика может варьировать пропорционально уровню защит и сознания пациента. То есть, чем сильнее нарушена и не интегрирована самость пациента, тем в большей степени аналитик получает от него, так сказать, бессознательный «лобовой удар». Бессознательный материал в зависимости от эго-защит клиента более или менее «неотфильтрован» (A. Hill, из личного общения, 1991). Чем меньше преград для бессознательных процессов пациента, тем легче аналитику взаимодействовать с ними напрямую. Соответственно, будет меняться и уровень «работы» аналитика.

Следует еще раз подчеркнуть, что здесь описываются тонкие эмоциональные процессы, которые больше переживаются, чем интерпретируются. Для пациента это выглядит так, как будто его бессознательные проекции действительно начинают проявляться в реальности аналитика. Целью интерпретации в меньшей степени является обратная связь или сам по себе инсайт, хотя на другом уровне (эго, сознания, «взрослого») он также может быть важным. Скорее, интерпретация нужна самому аналитику, чтобы что-то прояснить для себя, а также для сообщения клиенту, что аналитик относится к нему с эмпатией и активно участвует во взаимном процессе. Но воплощение проекций клиента важнее, чем интерпретация как таковая. Эта позиция близка к идее Дикмана о вторичной природе интерпретации и к выводу Шварц-Саланта о необходимости «жертвовать» интерпретацией (1989, p. 109). Происходящие с пациентом терапевтические изменения хорошо описаны Сирлзом:

Пациент начинает видеть в терапевте все фигуры из своего прошлого, и эти восприятия теперь становятся настолько свободны от тревоги, что пациент может (частично путем идентификации с терапевтом, который способен принять в себе то реальное ядро, которое ему приписывают) открыть их и в себе, со свободой, которая дает ему возможность непосредственно переживать их как вполне приемлемые части своей личности. (Searles, 1976, p. 532).

Можно сказать, что со временем аналитик «берет на себя» больше, чем только прошлые конфликты или части личности пациента. Он несет на себе то, что в юнгианском смысле называется Самостью другого человека со всеми ее сознательными и бессознательными образами. Удерживание (holding), выполняемое аналитиком в ходе лечения, помогает возникновению этих образов, во многом подобным образу родителя, прижимающего к себе ребенка, пеленающего и кормящего его (буквально и символически). Довольно точной метафорой здесь могут быть переживания матери во время (и после) беременности⁸ (Мне кажется, об этом говорят Винникотт или Бион.) — с той разницей, что аналитик не начинает с нуля. Как и в реальном воспитании, здесь возникает сложная динамика потребностей, фантазий, власти, инцеста, амбиций, требований и т.д. Представлять это таким образом не обязательно означает инфантилизировать пациента. Этот процесс возможно в чем-то подобен расширенному активному воображению о клиенте (см. Davidson. 1966).

Через некоторое время аналитик может увидеть ребенка в пациенте. Точнее, это «внутренний ребенок», потенциал пациента, который нужно поддерживать и развивать. В довольно наивном, лишенном защит впитывании пациента в себя аналитиком проявляется способность стирать границы и некоторое детское качество; следовательно, в игру вступает «внутренний ребенок» аналитика со всей своей раненостью, надеждами и так далее. Так что можно с уверенностью предположить, что вышеупомянутого «внутреннего пациента» в них обоих можно охарактеризовать как «внутреннего ребенка». У него множество признаков «ребенка»: и связь с фактами истории жизни и направленный в будущее вечный символ Самости. Другими словами, пациенты приходят, чтобы лечить своего «ребенка», и неважно, окажется ли он связан с их детством или с новым развитием (или и тем и другим, как это обычно и бывает).

Эти размышления о смешении внутреннего ребенка, Самости и внутреннего пациента в обоих участниках поднимают довольно важный вопрос о Самости. Поскольку в работе такого рода, основанной на контрпереносе, от аналитика требуется «воплощение» проекций, то особое значение здесь приобретает его связь с собственной Самостью. «Воздействие» (Fordham, 1979, p. 635) бессознательного пациента, само по себе или в сочетании с затронутыми «ранами» аналитика, может периодически отбрасывать аналитика от его внутреннего центра. Поэтому для аналитика иногда может

быть даже необходимо «терять» себя и связь с пациентом, для того, чтобы затем «находить» вновь. Исход работы (и состояние пациента) целиком зависят от того, насколько аналитик связан или способен успешно восстанавливать связь с Самостью. Приведенные случаи показывают сложную природу этой работы, происходящей как на сессиях, так и вне их⁹ (Сама идея об оси эго-самость в контексте контрпереноса исходит от А. Hill (личная беседа), хотя идея о необходимости «потеряться» является авторской.).

Таким образом, путем работы над собой и непрерывного контакта с осью эго-самость, аналитик проводит терапию. В начале важно предпринять надлежащие меры предосторожности, чтобы не оказалось, что аналитик работает, по большей части вслепую, над сугубо своими личными проблемами, которые не связаны с пациентом. Когда они приняты (что будет обсуждаться далее), тогда первостепенное значение приобретают векторы затронутых ран в контрпереносе и отношениях. А уже следом проявляется другой аспект архетипа раненого целителя — «исцеляющая» сторона. Каким же образом эта само-терапия аналитика оказывает воздействие на исцеление пациента?

На одном уровне аналитик всегда старается отделять принадлежащее ему от исходящего от пациента. Это остается верным на протяжении всего анализа и связано с принципом «чистых рук» у Юнга. Тень необходимо отслеживать и сдерживать, насколько это возможно, чтобы предотвратить отреагирование на пациента, отмщение ему, или неэффективность работы терапевта. Желательно, чтобы аналитик как можно меньше мешал процессу исцеления. Здесь необходима функция различения (возможно, принцип Логоса внутри аналитика), которая на самом деле прокладывает путь для «заражения» клиентом. Это только одна половина работы, основанной на контрпереносе.

Существует другой уровень, на котором, парадоксальным образом, аналитик более полно вовлечен в проекции, «принимая» и воплощая их. Он относится к переживаниям слияния, связанным с принципом Эроса.

Когда происходит сдвиг внутри аналитика на этом уровне бессознательного взаимопроникновения и слияния, параллельный сдвиг происходит внутри пациента. Мое объяснение изменений может быть несколько отличным от предположения Сирлза, что пациент идентифицируется с самоанализом аналитика и затем интроецирует его. Хотя нечто подобное действительно происходит, возможно, оно не настолько связано с «возвращением» чего-либо пациенту в прямом смысле. Поэтому сообщение интерпретаций менее важно, и их необходимость зависит от пациента и ситуации¹⁰ (Об этом хорошо говорит Сирлз: «Интерпретации, без сомнения, важны, но гораздо важнее эмоциональная атмосфера или климат на сессиях, — день за днем, год за годом» (1978, р. 44)). Подлинное «возвращение» уже состоялось путем эмпатии, основанной на идентификации. В эмпатии уже присутствует идентичность аналитика и пациента, и, следовательно, бессознательный взаимообмен. Детоксикация задетых ран аналитика происходит на раненых уровнях пациента через реальные переживания — таким же образом, как и заражение пациентом. Столь глубока взаимная идентификация. В то же время есть уровни, находящиеся ближе к поверхности, к царству «эго», где идентичность уменьшается и происходит разделение. Визуально это может выглядеть как буква «V». Данный стиль работы акцентирует внимание на нижней части V.

Во временном аспекте синхронность этого процесса соответствует взгляду Дикмана (1976), что синхрония — это главное объяснение совпадения цепочек ассоциаций пациента и аналитика. Синхрония, в юнгианской терминологии, релятивизирует координаты причины-следствия и пространства-времени и фокусируется на новом уровне смысловой связи. Бессознательные коммуникации иногда происходят, похоже, со скоростью света, при которой невозможно уловить последовательность — и тогда события кажутся подлинно синхронными. Более того, в объединенном бессознательном источник психических событий (то есть, чей сон? чье бессознательное?) и их последовательность во времени (прошлое-будущее, предсказуемость и так далее) могут становиться трудноразличимыми. Стандартные парадигмы не могут дать удовлетворительное объяснение. Однако, это не причина, чтобы постулировать экстрасенсорное восприятие или парапсихологические основы процесса контрпереноса, как это видит Дикман (1974, р. 84). Поэтому пафос этой книги направлен не на исследование ассоциативных цепочек, а на важность реальной проработки аналитика — довольно приземленной и не сопряженной с чем-то сверхъестественным. В то же время, идеи Дикмана, возможно, являются на сегодняшний день лучшим из существующих объяснений.

В архетипе раненого целителя полюс аналитика, таким образом, оказывается тесно связанным с идеей (и идеалом) заклинателя дождя. Подобно даосскому мудрецу, чтобы вызвать поток целительных вод, аналитик должен обратиться внутрь себя. Засуха должна быть помещена, так сказать, внутрь аналитика и проявить его собственную внутреннюю засуху (или раны). Он постигает Дао (прорабатывая свои синхронные, параллельные раны), и тогда изменения происходят и с пациентом. Важный момент здесь заключается в том, что идеал заклинателя дождя достигается, а не «дается». И когда человек обретает силу заклинателя дождя, у него появляется волнующее контрпереносное

чувство — обычно чего-то впечатляющего и значительного. Каждый компонент переноса и контрпереноса, по-настоящему «цепляющий» аналитика, вновь и вновь запускает этот процесс.

Этот контрпереносный процесс можно рассматривать как локально, так и на общем уровне. То есть, существуют специфические элементы контрпереноса, которые можно прорабатывать от сессии к сессии — отдельные части общей проработки, эмпатии и так далее. Но в каждый момент времени, на другом уровне, как видно из описания случаев, существует общая картина или образ пациента. Он медленно видоизменяется и развивается в ходе анализа — идея и «ощущение» данного пациента перерабатываются в бессознательном аналитика. Сравнение, приходящее мне на ум, относится к протекающим медленно природным процессам (поэтому в этой книге я иногда называю этот процесс развития «органическим»). Зачастую эти изменения долго не осознаются. По моему опыту, в определенные моменты аналитик вдруг замечает, что «пациент в целом» воспринимается им как-то иначе. Например, что пациент «стал» здоровее или лучше.

Очевидно, что тут задействован своего рода интуитивно-эмоциональный процесс по поводу клиента и этот процесс должен быть исследован терапевтом на предмет его аутентичности и объективности. Подобный образ улучшений у пациента может оказаться, например, продуктом защиты, честолюбия или нарциссической потребности аналитика или, возможно, комплементарным контрпереносом (например, родительского имаго). К счастью, этот сдвиг в восприятии поддается проверке внешней реальностью. Терапевту просто нужно учитывать возможность самообмана.

Однако, неожиданное обнаружение такой перемены в любом случае важное событие, особенно если ранее этого не происходило. На пациентов влияет и потенциально ограничивает их не только то, что мы способны увидеть в себе, но и то, что мы можем аутентично «увидеть» в них (см. Guggenbuhl-Craig, 1971). Если мы не способны вообразить их здоровье, улучшение или, что еще лучше, их целостность, то и они не смогут этого себе представить. Тогда потерпит неудачу зеркализация. В то же время такое видение труднодостижимо и в некоторых случаях обретается очень медленно. Это не вопрос оптимистичного взгляда или доверия аналитическому процессу. Это результат психотерапии, рожденный из состояния слияния в переносе и контрпереносе и идентичности с первоначальным, «поломаным» состоянием «пациента».

В целом можно сказать, что терапевт «заболевает» пациентом для успеха глубинного процесса исцеления. Затем он излечивает себя и тем самым излечивает пациента. С этой точки зрения можно сказать, что феномен переноса фактически состоит в том, что болезнь пациента «переносится» на врача — ситуация, в которой Юнг видел профессиональную опасность анализа (Jung, 1946, p. 172, 176—177). Такой перенос делается не на чистый экран. На самом деле именно «крючки» и активированные комплексы аналитика позволяют переносу «зацепиться» и затем быть проработанным самостью аналитика (имеется в виду целостность сознательно-бессознательных процессов).

«Пациент как терапевт для своего аналитика»

Верно ли, что, как говорится в старой шутке, психотерапия—это «когда два человека, которым нужна помощь, помогают друг другу»? Аналитик, несомненно, получает выгоду от своей работы, и не только потому, что пациент дает ему возможность осуществлять свое призвание, получать за это деньги и исследовать и снова исследовать свои внутренние процессы. Юнг говорит о том, что оба участника «изменяются» и «трансформируются» в этом процессе (Jung, 1946, p. 171, 199). Дикман (1974, p. 75) полагает, что у аналитика есть две возможности «индивидуации»: одна — через его работу с пациентами и другая — через самоанализ¹¹ (Я считаю эти вещи действительно отдельными.). В статьях Гудхарта (1980) значительный акцент делается на подход Лэнгса и, в несколько меньшей степени, на работы Сирлза, причем и в тех и в других подчеркивается, что пациент помогает аналитику. Сирлз (автор, возможно, наиболее глубоких работ по контрпереносу) делает следующий комментарий по поводу взаимности этого процесса с самого начала:

Терапевт, на глубочайших уровнях терапевтического взаимодействия, временно интроецирует патогенные конфликты пациента и работает с ними на интрапсихическом, бессознательном и сознательном уровнях, задействуя в этом процессе возможности своего относительно здорового эго, и затем, опять же посредством интроекции, пациент извлекает пользу от этой интрапсихической работы, выполненной терапевтом. Кстати, я верю, что и пациент зачастую оказывает такого же рода терапевтическую помощь в решении интрапсихических конфликтов терапевта. (Searles, 1958, p. 214, курсив мой).

Эти идеи Сирлза развивает далее в своей работе 1975 года, «Пациент как терапевт для своего аналитика», утверждая, что у пациента есть нереализованные психотерапевтические побуждения, направленные к его родителям, которые должны быть успешно реализованы в переносе. То есть,

лечение включает в себя тот факт, что он в попытках помочь аналитику проявил себя как хотя бы частично успешный терапевт. (Searles, 1975a, p. 384). В юнгианских терминах «раненого целителя» это означало бы формирование эффективного «внутреннего целителя» посредством лечения ран аналитика. Таким образом, интроективное исцеление пациента аналитиком дополняется аналогичным процессом, направленным от пациента к аналитику. Это явно выходит за пределы идеи «биполярного поля» Лэнгса, потому что Сирлз говорит не о смещении переноса или отдельных репликах, но о реальном лечении.

Неудивительно, что идеи Сирлза вызывают нарциссическое и философское сопротивление, ведь он говорит о вещах более личных, чем абстрактный призыв «учиться» у пациента. Возможно, сложность заключается в том, что его идеи ставят под сомнение профессиональное убеждение, что ноша «помощи» в анализе должна приходиться исключительно на плечи самого аналитика. И хотя Сирлз, возможно, ничего подобного не имел в виду, его гипотезы поднимают вопрос о том, кто кого лечит (и кому тогда надо бы платить). Этот радикальный взгляд—как говорит Сирлз, «ничто иное, как метаморфоза в наших концепциях о природе процессов исцеления» (1975a, p. 384) — и очевидно, что «шарлатанская» тень психотерапевта будет с ним бороться. Здесь приходится балансировать на опасной грани и исход зависит от степени интегрированности терапевта.

В парадигме Сирлза, аналитик будет полагаться на то, что «терапевт» внутри пациента интроецирует и впоследствии «вылечит» его (аналитика) внутреннего пациента. Однако я не склонен думать, что пациент лечит аналитика в буквальном смысле, хотя он и может бессознательно ощущать патологические моменты у аналитика и его психологическую ситуацию в целом. Бессознательное пациента зачастую верно оценивает реальность. Не менее восприимчиво и бессознательное аналитика. Многие пациенты имеют точный «радар» (см. Miller, 1981), что, однако не означает, что они являются аналитиками. Хотя мы и должны реагировать на сознательные и бессознательные намеки пациента (в смысле воплощения его проекций или слушания по Гудхарту), надо все время стараться не нагружать его. Опять же, Сирлз не говорит, что аналитики должны нагружать пациентов; скорее о том, что этого трудно избежать. Пациенты все равно будут интроецировать терапевтов. Как говорит Юнг: «Пациент читает личность аналитика... поскольку нет ничего более чувствительного, чем эмпатия невротика» (Jung, 1914, p. 277). Поэтому контейнирование аналитиком своей реальной патологии путем работы над собой все еще остается наиболее верным источником исцеления.

Ответственность за контрперенос все-таки должен брать на себя аналитик. Пациент может идентифицироваться еще и с этими непрекращающимися усилиями. В той же ранней клинической работе, цитированной выше (в которой он также впервые подчеркивает, что личность «аналитика является одним из главных факторов лечения»), Юнг рассуждает об аналитической ответственности:

Пациенты интуитивно читают характер аналитика, и они должны увидеть в нем человека со всеми его человеческими слабостями, но в то же время признать, что в каждый момент он старается выполнять свой человеческий долг в самом полном смысле этого слова. (Jung, 1914, p. 260).

Таким образом, пациент интроецирует не только результаты контрпереносной работы, проделанной аналитиком, но и саму его интегрированность и стремление работать над собой. Здесь акцент в гораздо меньшей степени ставится на пациенте, чем у Сирлза. Поскольку пациент неизбежно будет интроецировать бессознательное аналитика (также как он это делал в отношении своих родителей), ноша аналитика вырастает — не только не отстраняться (задача как раз в обратном), но как можно лучше контейнировать свой собственный материал и материал своего пациента.

Модель контрпереноса

Общая теоретическая картина, обрисованная выше, представляет собой основу для модели более специфичной трансформирующей работы с контрпереносом.

Отдельные аспекты этой модели приложимы к любому стилю анализа, а не только основанному на контрпереносе, так что эта модель не относится к каким-то исключительным случаям¹²(Как я обнаружил в ретроспективе, эта модель в определенных моментах и даже некоторыми словами похожа на сложную, даже своего рода хирургическую модель Tansey и Burke (1989). При подробном описании процесса контрпереноса взаимопересечения между авторами неизбежны.)-. В то же время к ней не следует относиться как к чему-то раз и навсегда заданному: «модель» не следует воспринимать догматически, и поэтому она представлена в свободной манере. Данное описание представляет собой выжимку сугубо индивидуальных процессов, которые могут происходить во время одной сессии или на протяжении длительного периода (например, в течение всего анализа). Однако в реальности не бывает «типичных» сессий или анализов, хотя со временем можно научиться подмечать какие-то общие закономерности.

Приведенная здесь последовательность событий, на самом деле представляет собой группы событий, которые могут в значительной степени перекрываться. Элементы каждого сегмента могут присутствовать и в других, и то, что может показаться четко различимыми отдельными действиями, иногда является частью одного и того же процесса. С другой стороны, можно долгий период анализа прорабатывать одну из стадий, и поэтому длительность разных частей этой скелетообразной модели может сильно различаться. Не относится она и к линейной парадигме «однажды и навсегда достигнутого» — лучше уж говорить, что мы непрерывно движемся по кругу. С количеством повторений этот процесс может ускоряться; то есть, зачастую можно начинать заново прямо с того места, где в прошлый раз закончилась работа с пациентом. Но не всегда необходимо проходить точно по старому следу. Кроме того, некоторые аспекты контрпереноса, похоже, временно исчезают, а затем могут возникнуть снова на более поздней стадии.

Таким образом, трудно создать точную модель этих контрпереносных процессов, поскольку они не фиксированы. Тут происходят последовательные, одновременные и неравномерно распределенные действия. Можно попытаться найти визуальный образ для существующего здесь вертикального измерения: множество констелляций большую часть времени находятся «в воздухе», как самолеты, кружащие над аэропортом на разной высоте, перед тем как приземлиться. В каждый момент времени может преобладать одна из них или несколько. Кроме того, в любой момент центральной проблемой для аналитика может стать сопротивление.

Предварительная стадия

Первую стадию этой модели можно просто назвать предварительной. Она наступает еще до первого контакта с пациентом и включает в себя общую и специальную подготовку для работы с контрпереносом. Ядро ее, естественно, связано со знанием терапевтом себя, его личностным развитием и пониманием основных принципов. Существенными факторами здесь являются, прежде всего, учебный анализ, общее образование аналитика, его клинический опыт, супервидение и предыдущий опыт работы с контрпереносом. Без сомнения полезно, если у вас уже есть опыт этой «войны». Также полезно наличие установки, о которой писал Юнг:

Врач знает — или, по крайней мере, должен признать — что он не случайно выбрал эту профессию; и психотерапевт в особенности должен ясно сознавать, что психические инфекции, сколь бы неприятными и нежелательными они ему не казались, обязательно будут частью его работы, и поэтому они полностью соответствуют инстинктивной предрасположенности его собственной жизни. (Jung, 1946, p. 177).

Но что бы ни чувствовал терапевт по поводу своих мотивов заниматься анализом, он, особенно на этой подготовительной стадии, должен быть «готов тронуться в путь». Первые контакты с пациентами сильно окрашивают контрперенос (как показывают примеры в главе 3). Если клиент тревожный, это не значит, что аналитик не может испытывать такую же сильную тревогу. «Пульки проекций», как говорит Плаут (1956, p. 156), могут витать в воздухе. Аналитик (не обязательно защищаясь) хочет «на бегу попасть в цель», то есть, быть в форме или ощущать аналитическую идентичность с самого начала¹³(Каким-то образом эти активные, даже военные метафоры, похоже, всплывают здесь, возможно, в связи с тревогой, которую переживает аналитик по поводу пересечения его личной «территории» или границ.).

Очищение поля

Вторую стадию контрпереносной работы можно назвать очищением поля. Она относится не только, конечно, к самой первой сессии, но также и к последующим. Главным здесь является создание состояния открытости как бессознательному пациента, так и своему собственному. И хотя для этого не требуется какая-либо специальная техника, тут важна концентрация сознания (и бессознательного) на пациенте, возможно, своего рода медитативно-рефлексивное состояние. Когда Юнг советует: «Изучите теории как можно лучше, но отложите их в сторону» (1973, p. 84), или когда Бион говорит о необходимости начинать сессию, не обуславливаясь «памятью о прошлых сессиях и желанием результата, излечения или даже понимания» (цитируется из Langs, 1990, p. 244), оба они адресуются к одному и тому же состоянию. «Свободно плавающее внимание» Фрейда (1912, p. 118) может выражать то же, только по отношению к более спокойным моментам анализа. В любом случае, целью является научиться смотреть на терапевтическое взаимодействие свежим взглядом.

Вопреки вышеприведенным рекомендациям, на практике может быть полезным проглядеть записи по предыдущей сессии перед началом следующей. Это может помочь сконцентрировать

внимание терапевта на том, что происходит с пациентом—для своего рода «разогрева». Восстановив, таким образом, контакт с пациентом, само содержание той сессии, если необходимо, затем можно отложить в сторону. Кроме того, не мешает поразмышлять о клиенте в свободной манере, просто — что вы чувствуете к нему, что всплывает в контрпереносе. Может быть полезным ведение записей. А чтобы создать эмоциональную завершенность в конце сессии и очистить поле для следующего клиента, можно сделать краткие заметки по контрпереносу сразу по окончании часа¹⁴(К сожалению, здесь необходимо принять в расчет проблему обязательств.). Опять-таки, все эти столь личные усилия аналитика, отнимающие время, нужны в основном для того, чтобы подогреть эмпатию к этому конкретному клиенту. Анализ является творческим процессом, и такие ритуалы могут помочь сконцентрировать необходимую для него энергию.

Происходящее между сессиями может также иметь более чем только подготовительную ценность. Однажды я сделал ошибку, позвонив между сессиями врачу, чтобы узнать результаты моих анализов. Для меня не было неожиданностью, когда врач сказал, что у меня действительно есть легко излечимый «РАК» кожи, на левой подмышке. Встревожившись, я стал с поразительной скоростью (как я оценил позже) метаться от реалистичного принятия этого факта к огорчению и отрицанию его. Интересно, что моя следующая пациентка сказала, что врачи обнаружили рак желудка у ее мужа. Мое эмоциональное состояние, к счастью, помогло создать предварительную основу для более глубокого эмпатического понимания ее на той трудной сессии.

Приведенные примеры случаев показывают использование саморефлексии аналитиком на протяжении большого периода времени, а не только сразу до и после сессий. Чем сложнее ситуация, тем большее количество работы необходимо. В контрпереносной работе такого рода терапевт часто «носит» пациентов повсюду с собой сознательно или бессознательно. То, что Юнг в лирической форме советует в отношении снов, существенно или даже неизбежно и для контрпереноса: «Посмотрите на него со всех сторон, подержите в руках, побудьте с ним, позвольте вашему воображению поиграть с ним» (Jung, 1933, p. 320).

Принятие

Следующей стадией является внутреннее принятие пациента аналитиком. Она состоит из множества процессов, в которых внимание аналитика направлено как вовне, эмпатиче-ски, к клиенту, так и вовнутрь — на себя. На всем протяжении анализа аналитик фантазирует, «видит» и чувствует то с позиции пациента (эмпатия), то — со своей собственной (контрперенос).

«Очистив поле», аналитик «вбирает в себя» клиента и затем начинает работать, замечая свои реакции. Особенное внимание он обращает на свои мысли, фантазии и эмоциональные состояния. Возникнуть может буквально все, что угодно, поэтому желательное какое-то время поассоциировать в контексте материала пациента (в целом это похоже на рекомендацию Юнга побыть с образами сна как таковыми). Но и более свободный, менее «юнгианский» ассоциативный процесс также является вполне подходящим.

Существует огромное количество стимулов, на которые может реагировать аналитик, прежде всего на те, что связаны с содержанием или стилем высказываний пациента. Затем, в этой растущей сети ассоциаций появляются собственные реакции аналитика, которые в свою очередь, могут давать дальнейшие фантазии. На восприятие пациента также воздействуют и другие стимулы. Например, лицо, одежда, или употребление слов могут смутно напомнить аналитику кого-то ему знакомого. Осознание сходства позволяет аналитику заметить эмоциональный тон терапевтических отношений. Вслед за этим могут возникнуть гипотезы в отношении пациента. Можно мгновенно интуитивно определить настроение пациентов, ожидающих в приемной.

Селекция

Вот из этого огромного спектра вариантов начинается процесс селекции (отбора). Плавным образом сам пациент бессознательно выбирает материал, на котором следует сфокусироваться. Аналитика может особенно заинтересовать что-то, что он увидел или услышал. Однако, поскольку пациент так легко может поддаться влиянию выбора аналитика, важно просто позволить бессознательному пациента раскрываться самому и вести процесс. Поэтому аналитик в контрпереносе молча реагирует на материал пациента (конечно, если он не думает о чем-то другом или не отвлекается). Иногда клиент может перескочить на новую тему, оставив аналитика погруженным в предыдущую. В такой ситуации аналитик может попытаться вернуть пациента обратно, и он делает множество интервенций, чтобы воспрепятствовать смене темы и замедлить ход событий. Многие

комментарии терапевта эмпатического характера делаются просто, чтобы отметить что-нибудь по ходу или получить паузу для обдумывания услышанного. Другие комментарии, особенно интерпретативные или конфронтационные, глубоко влияют на этот процесс селекции и выражают намеренный вклад в него аналитика. Именно поэтому аналитику следует внимательно слушать ответ пациента на любую интервенцию. В конечном итоге, отбор материала пациентом направляется ассоциативным процессом обоих участников.

Контейнирование

Главной чертой следующей фазы является контейнирование. Аналитик выполняет его на каждой отдельной сессии и на протяжении всего лечения, по мере того, как пациент продвигается в анализе. Этот процесс включает в себя естественное заужение и углубление. Более глубокие эмоциональные области, а также прямые высказывания, фантазии или сны об аналитике вызывают более сильные контрпереносные реакции. Контрпереносные сны и работа вне сессий могут с другой стороны способствовать подготовке к нисхождению вместе с пациентом в эти области. Аналитик может внимательно слушать косвенные указания на перенос: сны, отзывы о других людях, истории их жизни — все можно интерпретировать, как имеющее отношение к переносу. Обычно аналитик улавливает некоторое ощущение тревоги после одного из таких разговоров. Иногда бессознательное начинает «давить», и аналитик чувствует сильное напряжение.

Такое состояние, конечно же, не обязательно должно возникать только на «поздних» этапах работы. Есть пациенты, которые прямыми нападениями или другими средствами сразу воздействуют на аналитика. Они не продвигаются мягко и постепенно в более глубокое место, куда аналитик сможет последовать за ними; вместо этого они провоцируют интенсивные бессознательные эмоциональные состояния. Независимо от источника или времени, главной чертой этой фазы углубления переживаний является контейнирование бессознательного аналитиком. Именно здесь он должен «выдержать» давление, и не пускаться ни в какие отреагирования ради снятия своего напряжения.

Проработка

Когда появляются сигналы тревоги, внимание аналитика еще больше обращается вовнутрь, чтобы контейнировать эти переживания и справляться с ними. Этот процесс может быть непродолжительным, но в более трудных случаях — это длительный процесс. Здесь важно осознавать, амплифицировать, давать ход фантазии и чувствам, все ради одного вопроса: как я реагирую на это? Частью этой стадии проработки является сопротивление аналитика, поскольку принятие конфликтных или провоцирующих тревогу состояний может быть болезненным. Так что здесь происходит постоянная борьба с тем, что можно назвать «интродективным сопротивлением». Здесь вполне обычны нарциссические сопротивления или сопротивления, исходящие от суперэго.

По мере преодоления сопротивления может возникнуть много вопросов: правда ли то, что этот пациент говорит обо мне? Если да, то насколько его мнение справедливо? Каким образом это может относиться ко мне? Какие раны задевает во мне этот пациент? Потратив какое-то время на ответы на некоторые из этих вопросов, фокус внимания затем вновь переключается на пациента: «Он это или я?» Так проблема начинает возвращаться к пациенту. Аналитик, таким образом, отделяет свой «невротический» контрперенос от того, что может быть невротическими переносными проекциями.

Дальнейшее движение вперед и назад вдоль этих линий может привести аналитика к подобному заключению: «Эти чувства пациент вкладывает в меня». Соответственно, он может построить гипотезу о форме данного конкретного образа в бессознательном пациента. Могут быть сделаны выводы в первую очередь о пациенте и его бессознательном, а также выводы об аналитике, аналитическом взаимодействии, исторических предпосылках, перспективах, параллелях с другими отношениями, в том числе аналитическими и так далее.

Когда эти вопросы относительно проясняются, терапевт встает перед необходимостью принятия другого решения, а именно, сообщать ли пациенту о том, что он «видит». Если он решает высказать интерпретацию, возникает тонкий вопрос о выборе ее формы. Выбор в основном зависит от эго пациента, его эмоциональных состояний, а также от особого контекста сессии и множества факторов, связанных с предыдущей работой и историей жизни, которые нужно обдумать.

Особенно в случае, когда ясное интерпретативное видение ситуации еще не достигнуто, а иногда даже когда оно уже готово, аналитику нужно продолжать свою политику «контейнирования». Аналитику бывает трудно не высказывать свое мнение, в особенности, если это ослабляет внутреннее напряжение. Терапевту важно понять, является ли это напряжение, от которого он хочет освободиться,

его собственным. Другой возможностью является «пожертвовать» интерпретацией и не произносить ее. Однако это не означает отказаться от своих версий или от признания того, что интерпретация, даже невысказанная, способна оказать воздействие. Пациент может уловить ее интуитивно или заметить невербальные сигналы аналитика¹⁵ (Я часто замечал, что после того, как я делаю интерпретацию, я иногда меняю положение тела. Это может означать: облегчение, защиту, прерывание, отделение от слияния, и т.д. Это выглядит так, как если бы тело держало интерпретацию, или слова.). Но главное направление интегративной деятельности аналитика — его собственная рана, которую он бессознательно разделяет с пациентом, а не исключительно проблема этого пациента.

Инкубация

Таким образом, вместо возвращения этих тревожных состояний клиенту посредством интерпретации, аналитик может решить или быть вынужденным инкубировать и далее прорабатывать их внутри себя. В этом случае аналитик использует «воплощение» проекций и остается вовлеченным. Он осознанно и намеренно позволяет заражению углубляться. На сессии и вне ее он продолжает проработку, следуя тропой своих собственных «крючков». Он борется, изучает и отслеживает, используя свои заметки, сновидения и фантазии. В целом, аналитик прodelывает здесь своего рода «двойные погружения», добровольно, а иногда вынужденно решая спускаться вниз. Также полезно помнить, что интерпретация и инкубация не являются взаимоисключающими. Похоже, что аналитик в контрпереносе прodelывает и то и другое.

В то же время у аналитика могут возникать различные «образы» пациента. Эти картины представляют собой контрпереносное видение ситуации пациента. Это всегда менее очевидный план контрпереносного опыта. Их изменение переживается как открытие. Они могут быть также важны для информации о бессознательных процессах, как и изменения в образности сновидений. Но их нужно отслеживать. Так что когда эти спонтанные образы возникают у пациента, встает вопрос: я изменился или клиент?

Подтверждение

Таким образом, независимо от того, какого рода инструмент предпочитает аналитик — инкубацию или интерпретацию — необходимы некоторые общие процедуры подтверждения. Если аналитик тщательно поработал над своим контрпереносом, то вскоре можно заметить «ощутимый» сдвиг в общей картине (в качестве, тоне или уровне тревоги на сессии). Этому может сопутствовать переживание облегчения понимания и инсайта — так называемое «ага-переживание». При соответствующем добросовестном отношении со стороны аналитика, таким переменам в «образе» пациента можно доверять как точным индикаторам сдвигов (или потенциалов) в реальном пациенте. Ассоциации клиента, по мнению Лэнгса, могут также быть или эффективными свидетельствами перемены или отклика на отдельные интервенции, основанные на этих контрпереносных процессах. В принципе, признаки «продвижения» пациента должны быть заметны любому честному объективному наблюдателю-аналитику. Более того, отслеживать психические перемены в пациенте помогают его прямые утверждения и общие изменения в поведении (надо учитывать возможный вклад его конформности и тенденции к подчинению, способность к самонаблюдению и состояние рабочего альянса). Бессознательные продукты, особенно сны пациента или аналитика, могут подтвердить сдвиги в аналитической ситуации или внутренней жизни пациента. Его личность становится более глубокой, улучшается контакт с чувствами, изменяются близкие отношения, расширяется осознание — все это искомые в контрпереносном образе знаки развития.

Однако лучшей страховкой для аналитика от ошибки является постоянное обдумывание вопроса: «О нем (о ней) это или обо мне?». Это сложный вопрос, на который не всегда можно ответить определенно. Так что постоянное внимание к нему является хорошей предохранительной мерой против неверного использования контрпереноса. Терапевту не помешает длительный период рассматривать ситуацию как свою собственную проблему. Поступать так означает не более того, что он постоянно просит делать своих клиентов — подумать о своей ответственности за проблемы в их отношениях. И поступать так, даже если для этого нет особых поводов — означает делать то, что иногда пациентам очень нужно.

Основанную на контрпереносе программу, обрисованную здесь, также лучше всего рассматривать как непрерывный процесс. Последовательность стадий является здесь произвольной и чересчур упрощенной. Аналитик не руководит этим процессом, он просто откликается на его определенные аспекты¹⁶ (Как драматически констатирует Сирлз, аналитик находится в тисках

процесса... (который) слишком силен, чтобы пациент или сам аналитик могли отклонить его, сознательно, по своей воле или голыми руками, в сторону от основного канала, по которому он направляется с непреодолимой силой, если мы способны предоставить себя во власть этого течения — он будет формировать нас под себя (Searles, 1961, p. 559).

Кейсмент выражается менее лирически:

Цель аналитика — быть слугой аналитического процесса, а не хозяином его... Эффективность аналитика лучше всего проявляется в обучении тому, как следовать аналитическому процессу, не пытаясь его контролировать. И когда аналитическое пространство наиболее явно сохраняется для пациента... можно увидеть, что аналитический процесс живет своей собственной жизнью. Нельзя предугадать, куда он поведет.

(Casement, 1991, p. 345).

Он надеется, что процесс исцеления ведет Самость или бессознательное или что-то еще. Так оно и есть, но часто это становится очевидным только ретроспективно, если лечение было успешным.

Дальнейшие размышления о некоторых вопросах контрпереноса

Вышеприведенная модель исследует специфический тип трансформирующего взаимодействия, основанного на контрпереносе. Теперь мы можем обратиться к обсуждению некоторых противоречивых вопросов, которые возникают не только в связи с данной моделью, но и по поводу контрпереноса в целом. Многие утверждения здесь являются спорными, также как и используемые здесь теория и стиль изложения. Они в целом основаны на уверенности, что у каждого, в каком-то смысле, существует свой контрперенос в отношении темы контрпереноса.

Теория, освещенная в данном исследовании, соткана из нитей трудов других писателей в соединении с моими собственными. Тот же принцип построения относится и к их теориям. Специалист берет теорию и перерабатывает ее по своему усмотрению. Этот процесс подобен принятию в терапию клиента. Для того, чтобы освоить подход Юнга, например, сначала, наверное, нужно испытать определенный резонанс, изучить его работу и затем переварить ее — в соответствии с личными предрасположенностями или нуждами читающего. Человек интегрирует тот материал, который прошел «личностное выравнивание». Кто-то заметил, что, изучая какую-либо теорию, мы «переоткрываем» ее. Кроме того, человек комбинирует различные теории по своему вкусу, добавляя туда также и новые ингредиенты.

В данной работе была сделана попытка понимания бессознательных контрпереносных процессов, которые несмотря ни на что, так и останутся таинственными. Точная природа бессознательного как такового, как и следует из самого термина, «непознаваема». Как сказал Юнг: «бессознательное — это то, что на самом деле бессознательно!» (в Evans, 1976, p. 56). Разные писатели используют разные метафоры для элемента непознаваемого в контрпереносе. Их предпочтения ясны: Юнг с помощью алхимии, Фордхам — через клейнианскую модель проективной идентификации, Дикман с помощью притчи о «заклинателе дождя», Шварц-Салант — через образ тонкого тела, и т. д. Существует много клавиш контрпереноса, на которых можно играть, и различные юнгианцы склонны акцентировать разные ноты, опять же, в соответствии с личными предпочтениями. Мой опыт и размышления по данному вопросу не являются исключением.

В контрпереносе, как и в других областях, важно наличие метафорических структур, опираясь на которые можно попытаться понять этот феномен. Ваша точка зрения может не объяснять всего (а иногда и ничего) происходящего в этот день с этим конкретным клиентом. Так что не следует быть слишком привязанным к своему творению. Моя позиция является индивидуальной, но в то же время — «плюралистичной», используя термин Самуэlsa. Как заметил Юнг (1973b, p. 405) по поводу некоторых своих расхождений с Фрейдом, одни и те же психологические «факты» можно интерпретировать по-разному. Не все интерпретации являются правильными, но достоверный, «заслуживающий доверия» эффект зачастую может быть получен в результате разных интерпретаций. Я лично считаю использование нескольких точек зрения на контрперенос не только здравым, но полезным и правильным. Таким образом, хотя и важно определить собственную точку зрения и придерживаться ее, необязательно при этом отвергать связь с другими взглядами.

В итоге хочется отметить, что существуют не только различные метафоры, но и различные способы ведения работы, основанной на контрпереносе. Как было отмечено ранее, специфическое «видение» данной книги основано на гибриде позиций раненого целителя и заклинателя дождя. Этот требующий усилий и личностной вовлеченности способ работы необязателен для всех терапевтов, и может использоваться не для всех клиентов. Индивидуальные требования от случая к случаю могут варьировать.

Граница субъект—объект

Отмеченный выше плюралистичный подход остается верным в отношении того, что можно назвать границами объективной и субъективной реальности. Эти границы в контрпереносе — особенно сложная проблема. Например, отражает ли образ сновидения или проекция пациента на аналитика нечто объективное. На этот вопрос часто невозможно ответить сразу. Аналитику нужно время, чтобы обдумать ее, подвергнуть ее сомнению, «уверовать» в нее, воплотить ее или сделать что-либо еще. В этой книге описывается такой процесс, когда аналитик находит или допускает, что она справедлива, и затем использует контрперенос как основу для работы. В контрпереносе содержится доля истины. Хотя обычной тенденцией является отделение от проекций, их можно в определенном смысле «принять» в терапевтических целях.

Посмотрим иначе на тему границы субъект-объект: может быть эго аналитика не нужно слишком волноваться по этому поводу. Пациент и его бессознательное будут использовать аналитика так, как это нужно пациенту. Аналитик должен сотрудничать. В целях исцеления, а не только из защитных соображений, можно отмечать, как пациент вытаскивает наружу новые и старые комплексы аналитика или формирует свои проекции вокруг них. Так, например, если пациентке (как во втором случае — с мисс Д.) снится сон о том, что «доктор» хочет убить ее, аналитик может выполнить последовательность из пяти ступеней, в которой такой сон рассматривается как:

1. Субъективный (простая проекция пациентки).
2. Проективная идентификация (терапевт отмечает какие-либо чуждые ему, субъективные эмоциональные состояния на этой сессии).
3. Проективная идентификация и интроективная идентификация (терапевт чувствует себя пойманным, запутавшимся, чья же это проблема?)
4. Проективная идентификация + «крючки» (обнаружение основы интроективной идентификации, и таким образом, углубление ее).
5. Объективный (каким-либо образом верный для аналитика).

Если в целом добросовестный терапевт осознает это движение, то прибытие в пункт 5 будет достижением, а не неудачей. Говоря словами Юнга, он призван «участвовать» (1951a, p. 116) в аналитической ситуации «здесь и сейчас». Я бы сказал, что терапевт находится в бессознательном пациента, и наоборот. В соответствии с этой схемой, весьма вероятно, что успешная проработка им этого «объективного» состояния обратит всю последовательность, поднимет его обратно вверх по лестнице и вернет обезвреженный комплекс назад клиенту. Конечно, приведенную схему можно рассматривать не как изображение текучего процесса, а в статическом варианте как пять отдельных альтернатив интерпретации.

Сны об аналитике, находясь прямо посередине границы объективного — субъективного, представляют много потенциальных возможностей обращения с ними. Они могут относиться исключительно к сновидцу, к внешнему миру, к чувствам по поводу внешнего мира, к аналитику или аналитическому процессу. Не будучи напрямую связаны с контрпереносом, они все же могут говорить о том, что там может проявиться. То есть, эти фигуры сна или образы связаны с комплексами, которые аналитик может почувствовать или которые ему придется воплотить. Сон об аналитике явно говорит, по меньшей мере, о том, что проблемы пациента находятся «в центре» аналитического процесса. Возможно, что они затронут аналитика лично, причем он почувствует что-то характерное для этих образов. Более того, он (его крючки), возможно, вносят свой вклад в то, что проявляется в образе. Или же, как говорит Гросбек, эти образы могут быть комментариями к состоянию «внутреннего целителя» пациента. Но трудно представить, чтобы конкретный образ не был тесно связан с отношениями пациента с его реальным, внешним целителем. Аналитик также будет представлен каким-либо образом.

Любопытно, что существует тенденция рассматривать сны пациента как субъективные, а сны аналитика (о пациенте) как объективные. Это опять же показывает определенное отношение к границе субъект — объект. Возможно, однако, что это не так уж и ошибочно, учитывая то, что аналитик предоставляет свое бессознательное на службу пациенту, чтобы тот установил более здоровые отношения с собой.

Пример

До нашей первой сессии моя первая «контрольная» аналитическая пациентка сказала мне, что она провела несколько лет на кушетке с психоаналитиком, а также уже консультировалась у опытного юнгианского аналитика. Она также сказала, что ей «нужно рассердиться на мужчину». Я

насторожился, в то же время естественно желая, чтобы этот первый в моей практике систематически супервизируемый случай прошел хорошо.

Как можно было ожидать, пациентка на протяжении всей первой сессии бранила меня всеми мыслимыми способами: я был начинающим аналитиком, мой офис был слишком маленьким и находился в ряду других офисов, стулья были неудобными, я не был опытным юнгианским аналитиком, я работал «от головы» и был «мыслящим» типом; слишком «язвительным», не «теплым» и «еврейским»; идиотом («Читали ли вы вообще Юнга и Фон Франц?») и неудачником («Есть ли у вас вообще пациенты?»). В какой-то момент она мне заметила: «Вы упустите свой шанс» (в ответ на это я с легким ехидством спросил: «Вы имеете в виду мой шанс работать с вами?»).

Тем не менее, после того как она ушла я почувствовал, что мне нравится эта клиентка и мне было приятно, что я не закрывался и не отыгрывался (за исключением того завуалированного сарказма). Размышляя над этим, я понял, что она была похожа на одну мою привлекательную подругу, в прошлом коллегу. В эту ночь мне приснился первый сон в анализе: это пациентка машет рукой перед областью моих гениталий (я одет), находясь несколько ниже меня, возможно, встав на колени. Она выглядит любопытной, ее движения не похожи на попытку схватить что-то, как будто она согревает свою руку.

Основательно обдумав этот сон, я решил применить к нему «объективный» подход, как описывающему аналитическую ситуацию. То есть я чувствовал, что за ее грубостью лежала потребность установить связь с ее собственной функцией маскулинности и позитивным анимусом (в тот момент находившимся в отталкивающей форме, которую я испытал на себе). В моем отношении прослеживалась некоторая идеализация (которой оказывалось сознательное сопротивление). Если относить ее к анализу, сон похоже компенсировал «боевое» качество первой сессии и удерживал меня в игре, внушая надежду, что между нами могло происходить также и что-то другое. Для меня лично сон показывал мой осажденный «фаллос» и «я» в позиции превосходства. Я также представил, следуя Сирлзу (1975а), что этот анализ поможет мне развить свои маскулинные компоненты (как это в действительности и оказалось).

Ведь на самом деле это был мой сон, контрпереносный сон. Он заставил меня задуматься не только о ее зависти к пенису, но также и о своей потребности в «фаллическом почитании», связанной с кастрационным аспектом моей психики, который, как я надеялся, мог сейчас проявиться более позитивным способом¹⁷ (Недавно перечитывая Рекера, я обнаружил еще одну интересную возможность:

Вследствие подавления активно-фаллических импульсов как в прошлой эдипальной ситуации, так и в настоящей аналитической ситуации... эти чувства и импульсы легко приобретают пассивно-фаллический характер. Бессознательным желанием теперь может быть (на этом уровне), чтобы пациент влюбился в пенис аналитика. (Racker, 1953, p. 108).

Конечно же, неясно, имеет ли Рекер в виду в данном случае себя или и других аналитиков тоже.)

Так чей же это был сон? Вроде бы, мой; и вроде бы, о ней. Р. Д. Лэнг полагает, что беременная мать может увидеть сон эмбриона или плода (1976). Юнг анализировал «эротические и религиозные проблемы» своего пациента с помощью снов его юного сына (Jung, 1928, p. 53). Бессознательное способно покрывать, поддерживать, окружать и устанавливать связь на уровне пуповины или «держат» пациента и аналитика, подобно тому, как мать держит дитя.

Главное здесь то, что я как терапевт решил интерпретировать свой сон так, как будто это был ее сон (или сон нашего анализа). Я, в каком-то смысле, работал в обратном направлении от объективного к субъективному, в порядке, обращающем вспять ступеньки нашей «лестницы» для работы с переносными снами пациента. Если допускается схожесть бессознательных ран (в предложенной модели), то сны могут содержать в себе больше общего качества, чем индивидуального. Можно вспомнить замечание Якоби о переносном сне, который «действительно принадлежал нам обоим» (1984, p. 33), и предположить, что контрпереносные сны могут также обитать во взаимном пространстве, даже в начале лечения. Аналитик тут полагается на то, что его бессознательное относительно «чисто» и готово с самого начала давать информацию о клиенте или аналитической ситуации. Независимо от того, на чем мы поставим акцент при интерпретации вышеприведенного случая, можно заметить, что мое бессознательное под сильным воздействием этой агрессивной клиентки пытается на различных уровнях восстановить правильный баланс.

И, наконец, в вопросе о субъективном — объективном стоит вспомнить раннее замечание Фордхама о том, что большинство утверждений обращены к спроецированной фигуре (Fordham, 1957, p. 146). Это равно относится и к утверждениям терапевта. Мы эпистемологически связаны, как всегда указывал Юнг, тем фактом, что это сама психика делает утверждения о себе или о другом. Аналитик всегда «воображает» что-либо о пациенте. Даже то, что мы ясно видим своими глазами, получает субъективную окраску и иногда может восприниматься несколько иначе. А когда дело касается чего-

то подобного сну, даже самое подробное описание, рисунок или фотография (если бы это было возможно) могут быть воссозданы в воображении аналитика лишь в соответствии с его субъективными предрасположенностями. Так что когда пациент рассказывает сон, аналитик создает свою визуальную картинку.

Учебный анализ

Проблема субъективности вновь затрагивает тему учебного анализа. Само собой разумеется, что он жизненно необходим для работы с контрпереносом. Уже отмечалось, что среди прочих вещей, анализ предполагает более непосредственный контакт с глубокими чувствами. Этого нельзя избежать. Неподдающиеся контролю проблемы или патология должны быть до определенной степени устранены, хотя «устранены», возможно, не подходящее здесь слово — может быть лучше сказать «проработаны» или, как минимум, взяты под контроль. Бессознательное аналитика не является совершенно чистым или «вылеченным», важно лишь, чтобы ему можно было доверять, и чтобы оно работало для аналитика (и пациента). Фантазии о неуязвимости терапевта следует оставить, поскольку контрпереносная работа, по крайней мере, описанная здесь работа в форме «раненого целителя», опирается на раны терапевта, как новые, так и старые.

Можно даже предположить, что некоторая степень неудачности учебного анализа была бы вполне уместной. Потому ли, что неизбежно незавершенный анализ дает импульс к продолжению этой работы на профессиональном уровне? Или же потому, что модификации теории или техники иногда являются попытками улучшения учебного анализа¹⁸(Винникотт (1949, p. 70) рассуждает об этом, а также Лэнгс (Langs and Searles) в терминах написания. Юнгианский аналитик Alex McCurdy однажды заметил на конференции, что после тренинга можно, наконец, начать собственный анализ; Фордхам (1978, p. 163) поднимает тот же вопрос.)? В любом случае, терапевт может быть в чем-то не намного менее невротичным, чем пациент, просто он способен больше осознавать. Аналитики могут проецировать несколько меньше, чем пациенты, и совершенно точно, что они улавливают и пытаются понять свои «пули проекций», прежде чем те смогут развернуться. Один из способов, которым они это делают — это, позволяя, наедине с собой, разворачиваться свободному потоку фантазий или чувств о пациентах. Это исследование тени, зачастую поразительным образом соответствует потоку мыслей и чувств пациента (Дикман, 1976) и обеспечивает реальную основу для «проработки» текущего «взаимного» бессознательного процесса.

Важное замечание Юнга о том, что «аналитик лишь настолько способен помочь своему пациенту, насколько он продвинулся сам» (Jung, 1937, p. 330), таким образом, является не вполне верным, по крайней мере, применительно к учебному анализу. Следует помнить, что Юнг также писал: «Ни один анализ не способен навсегда исчерпать бессознательное. Аналитик должен бесконечно продолжать учиться» (Jung, 1951a, p. 116). Более того, согласно юнгианскому определению, бессознательное потенциально бесконечно, несмотря на уже знакомые тропинки и элементы. Очевидно, что в учебном анализе невозможно пройти весь путь. Однако, возможно, помимо реальной работы с материалом студента, обеспечить модель, интегрированность и дух которых помогут продолжать работу по самоанализу всю остальную жизнь. На самом деле Юнг ставил в пример не только проанализированного аналитика, но и такого, который «будет способен привнести в работу страстное стремление к истине, так что сможет анализировать себя и через своих пациентов.» (Jung, 1921b, p. 137) Пациент попадает в незнакомые места, незнакомые также и терапевту, и последний должен стараться следовать за ним, иначе пациент почувствует себя там покинутым. Аналитик не может предварительно побывать везде или оказаться там таким же образом, как и пациент, но он должен быть готов и способен сопровождать пациента. Эмоциональные векторы пациента в любом случае достигнут аналитика, посредством контрпереноса.

Непрекращающийся самоанализ является важным, конечно же, для любого аналитика. Когда же в фокусе внимания оказывается контрперенос, он приносит особые плоды. Супервидение, формальное или неформальное, может быть ценным дополнением, также как и личный анализ в любое время. В Берлинском исследовательском проекте Дикмана (1974, 1976) главным компонентом была исследовательская группа коллег, выполнявшая эту работу. Юнг, насколько я помню, рекомендовал аналитикам иметь свое доверенное лицо для презентации случаев, предпочтительно (для аналитика) с хорошо развитой функцией чувствования или противоположного пола.

Типология

Это упоминание «функции» затрагивает вопрос типологии в анализе, основанном на

контрпереносе. Около половины юнгианских аналитиков не ориентируются в своей работе на типы, по крайней мере, не делают этого систематически (Plaut, 1972)¹ (Типологический анализ может сам по себе требовать «мыслительной» ориентации, поскольку старается быть логичным и организованным. Однако данное заключение может быть следствием того, что «мыслительная» функция является подчиненной у автора.)⁹ Как видно из этой книги, контрпереносная работа естественным образом задействует высшую функцию интуиции и чувствования. Однако другие связанные с типами характеристики или комбинации без сомнения могут в равной степени или даже лучше обеспечить возможность работы с контрпереносом. По-видимому, только способность к интроспекции является необходимым предварительным условием.

Похоже, «тип» аналитика как таковой не является главным условием. Могут быть терапевты, имеющие большую «контрпереносную уязвимость», чем другие, но не из-за разницы в типологии. Юнг, как уже упоминалось, говорит о «роковой предрасположенности» или «инстинктивной предрасположенности» к «психическим инфекциям» (Jung, 1946, p. 177). Гюгенбюль-Крайг полагает, что среди аналитиков существуют подлинные «раненые целители» (Guggenbuhl-Craig, 1971, p. 129). Как мы уже говорили, хорошая связь с «феминным» принципом (в его обычном определении) может порождать у аналитика склонность к контрпереносной ориентации, основанной на слиянии, восприимчивости, эросе, и т. д. В целом существуют некоторые аналитики, которые, не столько благодаря типологической функции, сколько в силу других причин, более склонны делать акцент на переносе и контрпереносе. Мнение Браун о причинах разрыва между Фрейдом и Юнгом: «Похоже, что юнгианцами и фрейдистами, также как либералами и консерваторами, рождаются, а не становятся» (Brown, 1961, p. 43), — применимо и к данному вопросу. Люди «контрпереноса» возможно просто рождены такими. Именно поэтому существуют «школы» анализа (Самуэлс, 1985), даже среди юнгианских аналитиков.

Типология показывает нам скорее как терапевт работает с проблемами контрпереноса, а не то, способен ли он это делать вообще. Без сомнения, он будет работать с контрпереносом в соответствии с тем, как ему вообще свойственно прорабатывать свои проблемы. Это также относится к разнице или сходству в типах пациента и терапевта и тому, как это влияет на контрперенос. Существуют различные «виды» пациентов, каждый из которых вызывает разные контрпереносные отклики у терапевта, но главное здесь — следовать своим откликам на проявления данного человека, которые включают и его тип. Вне всякого сомнения, терапевт будет реагировать на стиль презентации проблем пациентом и на его тип. Однако эти типологические особенности можно учитывать и на более специфическом уровне, чем общий, сознательный план типологического анализа. Опять же, функциональный тип может быть связан с тем, что Когут называет «отстраненным от непосредственных переживаний» (в противоположность «приближенному») способом размышления о пациентах, тогда как акцент этой книги скорее ставится на эмпатии и идентификации. Конечно же, определенная эмпатия проявляется и в том, чтобы менять свой тип в зависимости от типа пациента, но это то же самое, что пытаться говорить с пациентом на его языке. Более важное значение имеют типы эмоций, а не типология личности. Терапевт будет сильнее откликаться на типы комплексов, присутствующих в аналитическом поле, чем на психологический тип клиента как таковой²⁰ (У Quenk и Quenk (1982) и у Beebe (1984) есть хорошие статьи по типологии и аналитическим отношениям, хотя только Beebe касается контрпереносных измерений. У этих авторов явно лучше построены отношения с типологией в целом, чем у меня.

Единственное реальное обсуждение контрпереноса и типа есть у Гросбе-ка в его работе «Psychological Types in the analysis of Transference» (1978), которую я обнаружил после того, как данная глава была написана. Хотя в этой прекрасной статье обсуждаются неудачные совпадения и «вращение» типов у аналитика и пациента, наиболее интересные (для меня) части связаны с ценностью аналитических «промахов» и таким образом, констелляции архетипического «раненого целителя». В его примерах случаев специфически рассматриваются контрпереносные «раны» (опять же, выходя за пределы типологии как таковой, по моему мнению). Впервые после примера Юнга обсуждаются и прорабатываются контрпереносные сновидения (1937).

Типы ситуаций, порождающих контрперенос

Проблема типологии наиболее убедительно проявляется в различных типах ситуаций, порождающих контрперенос, которые могут возникать в анализе. Ряд таких ситуаций уже обсуждался здесь при представлении случаев. Эротический контрперенос был ключевым моментом случая 1 (миссис Ф.), тогда как различные аспекты работы с испуганной или пугающей (угрожающей, суицидальной, более тяжелой) пациенткой проявлялись во втором случае. Но не бывает простого или

статичного контрпереноса, он должен развиваться и изменяться в психотерапии, чтобы можно было продолжать работать (проблемы возникают как раз, когда контрперенос остается замороженным). Таким образом, полный спектр реакций аналитика может проявляться в каждом случае. В свете «юнгианской» ориентации данной работы можно сказать, что существует столько же контрпереносов, сколько и индивидуальных пациентов. Принимать, «видеть» и отражать уникальную самость пациента — необходимая и зачастую одна из наиболее важных терапевтических задач аналитика (или самая важная?).

Однако, терапевт может классифицировать различные типы пациентов и образующиеся в результате встречи контрпереносные эффекты (и аффекты). Работа, основанная на контрпереносе, является в некотором роде психотерапией тупика, когда аналитик «застревает», оказывается «пойманным на крючок» или зараженным инфекциями пациента, констеллирующими бессознательное. Таким образом, для большинства контрпереносных ситуаций будет характерна временная или длительная тревога. И таким образом почти все контрпереносы являются выражено или потенциально трудными. Как говорит Юнг в том же параграфе, где он впервые называет «собственную боль» раненого целителя источником его целительной силы: «Трудные случаи — это настоящее испытание» (Jung, 1951a, p. 116).

Реальная типология контрпереноса мало обсуждается в юнгианской литературе. М. Штайн (1984, p. 71) указывает, что с «материнским — питающим» и «эротическим — сексуальным» паттернами работали, соответственно Мэчтайгер и Шварц-Салант. Это верно лишь отчасти, поскольку Мэчтайгер на самом деле не описывает своей работы развернуто, а у Шварц-Саланта есть свой собственный, глубокий, но весьма специфический подход тонкого тела и внутренних пар. Сам Штайн считает «власть, шаманизм и майевтику» видами контрпереноса. Однако, похоже, он характеризует здесь различные аналитические стили, нежели ситуации, порождающие контрперенос. Помня о том, что в любом случае все равно проявятся какие-то контрпереносные реакции (даже если человек не склонен фокусироваться на контрпереносе), в данном пункте будут предложены краткие примеры некоторых других «типичных» контрпереносных ситуаций. Каждая из этих ситуаций, следует отметить, вполне заслуживает написания отдельной книги, и этот перечень, конечно же, не является исчерпывающим.

Жизненные кризисы терапевта и его семьи не только ограничивают его эмоциональные ресурсы, но и могут способствовать более сложному, а иногда очень полезному для пациента видению ситуации.

Пример

Когда умер муж пожилой пациентки, это совпало со смертью моего отца. Помимо моих предыдущих попыток разграничивать личные реалии моей пациентки и материнский или даже связанный с бабушкой контрперенос, теперь я должен был работать над тем, чтобы разграничить ее горе и стиль горевания от тех же переживаний моей матери (и моих собственных). Этот трехсторонний процесс, помимо того, что был сложным и требующим усилий, также увеличил мою способность к эмпатическому реагированию. Усиление это исходило не только от моей, увеличенной в данный момент, способности понимать горе, но и от способности понять стиль пациентки и интенсивность ее горевания на основе аналогичных переживаний у моей матери. Таким образом, я стал видеть сходство в их способах горевания, а поскольку я также проходил тогда сквозь свои собственные проблемы привязанности и различные эдипальные моменты, я смог использовать это для понимания своей пациентки.

Суицидальные чувства (пациента) могут породить выраженные тревожные отклики у терапевта. Это было отличительной чертой второго случая (мисс Д.). Суицидальная тема не получила заметного освещения в юнгианской литературе, за исключением живого парапсихологического примера Юнга о пациенте, который застрелился (Jung, 1961a, p. 137), и мимолетного упоминания у Мэчтайгер (Machtiger, 1982, p. 104).

Пример

Пожилой пациент с гомосексуальными (но платоническими) и алкогольными тенденциями около года назад потерял жену (они развелись) и был на грани потери эмоционально поддерживавшей его работы. Он с облегчением говорил о смерти и о пособии, которое в этом случае сможет получить его жена. Его отец однажды пытался застрелиться из винтовки, которая теперь хранилась у пациента, и он частенько ругал себя: «Ты не заслуживаешь жить!». Риск его суицида был довольно высоким, и поскольку прошлое и настоящее медицинское лечение оказалось неудачным, психиатр рекомендовал

электрошок. Не возражая против такого решения, он сказал (и я внутренне был с ним согласен), что госпитализация «убьет» его.

В разное время этот клиент вызывал во мне: интенсивный страх, что он совершит самоубийство, беспомощное отчаяние (которое как я думал, могло быть отражением отчаяния этого пациента), желание от него отделаться (избавиться от своих тревог), и раздраженное беспокойство (вызываемое его мазохистической, пассивно-агрессивной манерой), страх юридических проблем и осуждения со стороны коллег и так далее. В то же время, этот придавленный жизнью человек, отрицавший свои гомосексуальные наклонности, писал буквально тысячи слов в день (неопубликованные новеллы, в основном о молодежи) и фантазировал и том, что после смерти он соединится с мальчиком. Бывает особенно сложно, когда образы перерождения присутствуют в психике наряду с беспросветным отчаянием. Для меня было особенно трудно, практически невозможно, строго выдерживать символический подход в работе с этим пациентом²¹ (Этот пациент в итоге был «спасен», без особой помощи с моей стороны (хотя я и заступался за него в критический момент): он весьма удачным образом получил прекрасное место. Он ушел с того места, где так долго проработал, и которое в любом случае ему грозило потерять, принял новую должность и в итоге женился во второй раз.

Провокационные размышления Хиллмана на тему суицида, *Suicide and the Soul*, возможно, весьма подходят к данному случаю.)

Оба вышеописанных пациента вызывали реакции, которые также были связаны с нашей значительной разницей в возрасте, что в целом поднимает проблемы, связанные с клиентами, которые способны пробуждать в аналитике либо «контрпереносных родителей», либо «контрпереносных детей».

Примеры

Пожилая клиентка (с. 137) была вдвое меня старше. Я видел в ней «мудрую старушку», способную прояснить для меня «тайнства» жизни и смерти. Эти особенности проявились и в контрпереносе, потому что мой отец, близкий друг и отчим недавно умерли. У нее в жизни было поразительное количество потерь: мать (с которой она рассталась в очень раннем возрасте вследствие развода родителей), отец (самоубийство), брат, ее единственный сын, и второй муж. Во время лечения умерли ее третий муж и внук. Именно она, гораздо сильнее, чем я, всегда нуждалась в Матери: она почти прямо просила воплощать ее и видела во сне потерявшихся маленьких девочек, которые нуждались во внимании. Давая ей это внимание, я всегда вспомнил, что она не может помочь разрешить мои проблемы смерти и утрат. Кроме того, я должен был видеть трехлетнюю девочку в этой женщине, бывшей вдвое меня старше. Ситуацию еще более усложняло то, что я находился в том же возрасте, в каком был бы сейчас ее младший ребенок. Таким образом, разделение этой пациентки и моей матери сопровождалось отделением меня от ее сына, ее от «великой матери», и ее утрат от моих. В контрпереносе она оставалась ребенком, матерью, бабушкой, мудрой старушкой.

У второго вышеописанного пациента, мужчины, любившего «мальчиков», были некоторые качества, напоминавшие мне о моем отце в период, когда тот развелся и находился в депрессии. В отличие от первой пациентки, он с готовностью видел во мне «взрослого», тогда как сам он играл роль беззащитного «мальчика». Эта динамика была очень похожа на некоторые мои проблемы с отцом. В то время как почти все клиенты нуждаются в том, чтобы терапевт видел «ребенка» в них, это трудно сделать в контрпереносе, когда пациент значительно старше терапевта. Обратная ситуация может быть не менее интересной, хотя, возможно, и легче: когда пациент является достаточно молодым, чтобы напоминать терапевту его собственных детей. Я такого еще не испытал. Однако, нарциссический запрос на то, чтобы пациент, какого бы он ни был возраста, исполнял мои желания, терапевтические надежды или мечты мне знаком.

Обычной ситуацией для юнгианцев являются мистические или «нью эйдж»-клиенты. Большое количество людей по понятным причинам интересуются Юнгом как духовным наставником. Иногда тут есть тенденция не замечать того, что Юнг называет «тенью», или даже серьезная патология из-за увлечения всякими экстраординарными явлениями. Это может создавать своего рода «юнгианскую» защиту от личных проблем — против *prima materia* анализа — личного бессознательного. Такие клиенты относятся к тем, которые «приходят в юнгианский анализ и с удивлением обнаруживают, что аналитик является довольно приземленным и почти лишенным культового или мистического качества» (Stein, 1982, p. xv). Такие клиенты иногда вызывают у меня контрпереносные переживания ностальгии (по тем временам, когда «Юнг» означал для меня Религию), зависти, циничности по поводу их духовных поисков, иронии (чтобы погасить их претенциозность), компенсаторной приземленности (становишься сенексом для их пуэра), и т.д. Все эти чувства могут быть весьма

информативными.

Пример

Молодой восточный студент обратился ко мне за помощью, поскольку я был «юнгианцем» и мог работать с его духовными и «психопатологическими» проблемами. Он недавно открыл, что был одним из «звездно-рожденных», — группы ранее одиноких, а теперь «особенных» людей. У этого довольно шизоидного, но тонко чувствующего человека были живые психические переживания с задействованием планов реинкарнации, «каналов», и «пятого измерения». Однако его интеллигентность и знания в области буддизма и философии позволяли ему сохранять некоторую дистанцированность от своих идей. Временами я был не уверен, не был ли он «сумасшедшим». Как выяснилось, такие же подозрения возникали периодически у его семьи и внешнего окружения.

Похоже, я становился для него (а также и в комплементарном контрпереносе) отцом, семьей и миром, которые никогда его не понимали. Временами я выступал в роли необходимого напоминания об эго и его жизни в этом мире. Когда он однажды сказал мне: «Вы не духовны!», я внутренне ошетинился, протестуя, не желая быть отвергнутым. Когда он начинал критиковать «людей 60-х годов» (подобных мне) в сравнении с «нью эйдж», частью которого он себя чувствовал, я ощущал побуждение указать ему на факты (защищая «мое поколение» и себя самого). В конце концов, однажды, чтобы сбить его помпезность, я сказал нечто вроде: «В том, что вы говорите, нет ничего такого, чего не понимали бы люди 60-х годов, или что не обсуждалось бы на протяжении всего нашего века, да и всех других». Борьба с «духовным материализмом», как я считаю, на самом деле ничем не отличается от любой другой конкуренции (кстати, он был студентом в области бизнеса).

Однако при всей его конкурентности этому человеку необходимо было чувствовать себя уникальным, и даже проявлять враждебность по причинам компенсаторного характера, связанным с его прошлым. Размышляя временами о том, считать ли его потенциальным «психотиком» или просто «другим», я был вынужден прояснить для себя вопрос о том, какова допустимая степень индивидуальных, духовных и даже культурных различий, при которой еще сохраняется способность к эмпатии.

Как видно из вышеприведенного случая, контрпереносы на враждебность в пациентах так же зависят от ситуации и особенностей пациента, как и любые другие. Некоторые пациенты не так очевидно враждебны, как в примере с пожилым мужчиной-мальчиком, и могут провоцировать комплементарный, основанный на страхе и фрустрации гнев в аналитике. Важно не срывать его на пациенте, несмотря на акцентирование Юнгом спонтанности: «Я полностью раскрываюсь и реагирую без ограничений» (Jung, 1935a, p. 139).

Пример

После продолжительного периода контейнирования в работе с сопротивляющейся и постоянно отреагирующей на меня пациенткой, я применил то, что как я надеялся, могло бы быть смелым шагом, подобным удару дзенского мастера, сказав с силой в голосе: «Как вы думаете, что это такое, дурацкая шутка?!» Оправдывая этот поступок, как несущий в себе «информацию» для нее, я также обнаружил, что ее поведение вызывало у меня фантазии о том, чтобы вышвырнуть ее из анализа. В итоге эта пациентка прекратила работу при чрезвычайно конфликтных обстоятельствах, включая попытку шантажа. Аспект отыгрывания, присутствовавший в моей попытке «шоковой» терапии, возможно, ускорил этот процесс.

Размышляя над случившимся ретроспективно, мне было бы лучше сдерживать гнев или при необходимости до некоторой степени выпускать пар (возможно, с помощью иронии, как я это делал с вербально грубой пациенткой, см. выше). Фордхам приводит пример раздражавшего его пациента, который спросил его, сказал ли тот «карма или спокойнее?» (по англ. «*karma or calmer*» — прим. перев.) — на что Фордхам (мне кажется, довольно ехидно) пошутил и произнес «кальмер» (в оригинале «*kalmer*» — прим. перев.) (1978a, p. 129). Но в основном предпочтительнее ответы без какого-либо отыгрывания, как рекомендует Ламберт (1972). Идея Винникотта об объективной «ненависти в контрпереносе» — вполне оправданных чувствах, которые иногда можно раскрыть пациенту, но лишь гораздо позднее, когда он уже чувствует себя хорошо — является весьма существенной для нашего обсуждения. На противоположном полюсе находится Сирлз, который, чтобы избежать фиксации обиды и чувства вины, рекомендует «час за часом передавать столько доброго отношения, сколько в нас есть» клиентам, зачастую имеющим очень тяжелые нарушения (Searles, 1966, p. 34).

Самораскрытие

Вся эта проблема отыгрывания связана с более широким вопросом раскрытия своего контрпереноса аналитиком. Его трудно обсуждать вне конкретного контекста. В целом, для меня лично, кажется более приемлемым ошибиться в сторону нераскрытия. Юнг, очевидно, занимал позицию «Выкладывай!», как следует из его Тэвистокских лекций²² (Опять же, пиковое эмоциональное состояние Юнга могло повлиять на силу его высказываний (Jung, 1935a, p. 139).)

и рассказов из первых рук о его харизматической личности и сверхъестественных интуитивных силах (см. Jaffe, 1971). Свой контрпереносный сон о клиентке в «башне замка» он немедленно раскрыл и проинтерпретировал ей и, судя по его рассказу, получил положительные результаты (Jung, 1943, p. 112). Для других аналитиков, которые менее активно проявляют себя на сессиях, часто необходимо предварительное внимательное изучение ситуации.

Психоаналитики, которые довольно долгое время занимались изучением этого вопроса, разделяются примерно на три лагеря по степени «раскрытия»: консервативный (нет), умеренный (избирательное) и радикальный (более свободное, хотя и продуманное использование)²³ (См. Gorkin (1987) и Tansey и Burke (1989), где даны хороший обзор и обсуждение этой классификации.). Это полезный спектр, на котором, однако, не обязательно фиксироваться. Позиция аналитика по этому вопросу может варьировать от сессии к сессии, или даже в течение одной сессии. Это во многом зависит, опять же, от клиента, терапевтического альянса, времени, атмосферы, ассоциаций, интуиции, эмпатических состояний, продолжительности или стадии лечения и так далее—это одно из тех многих решений, о которых говорилось в начале этой главы.

Тем не менее, можно прояснить наиболее общие моменты. Юнг, возможно, попал бы на радикальный край этой шкалы. Моя позиция находилась бы где-то между умеренной и консервативной: если требуется самораскрытие, обычно его можно ограничить высказываниями об эмоциональных состояниях на сессии или об элементах контрпереноса, которые уже хорошо проработаны. То есть, лучше показывать «конечные продукты» работы, основанной на контрпереносе, чем детали, которые находятся «еще в процессе». Недостаточно проработанные реакции могут быть интересными, но могут оказаться дополнительной ношей для пациента, которому и без того не легко. Кроме того, они побуждают анализировать аналитика, что он совсем не должен делать, поскольку пациент не подготовлен к этому и может обидеться. Нельзя сказать, что пациент или его бессознательное не изучает или возможно (Сирлз), не пытается «лечить» аналитика. Аналитик должен принимать намеки, но ответственность брать на себя. Если нужно поделиться чем-то из контрпереноса, то лучше, чтобы это исходило из насколько возможно нейтрального состояния, если возможно, а не из состояния переполненности эмоциями. Хорошей гарантией будет проверка своего состояния на возбужденность перед тем, как решиться на такое раскрытие.

Конечно же, зачастую невозможно найти это нейтральное место. Пациент может задевать терапевта или давить на него. Честность — это лучшая политика, но честность не обязательно означает полное раскрытие. Достаточно ограниченного, тактичного раскрытия. В целом мне кажется более правильным молчать, если нет уверенности, и сразу же признать ошибку или свою неуверенность, не защищаясь, если это необходимо. В контексте сессии можно поделиться возникшим чувством, образом, или ассоциацией. Детали, однако, можно оставить при себе. Такие реакции должны приходиться в ответ на слова пациента или развивать далее что-то, о чем он говорит. Так что раскрытие в этом случае — это скорее амплификация, чем активная прямая интервенция. С другой стороны, иногда процесс надо просто контейнировать, или (по Гудхарту) может возникнуть «разряжающее комплексы» поле, когда вообще мало что может быть сказано. Тогда остается надеяться, что терапевтический альянс в достаточной степени сохранился, чтобы устоять перед хаотичными бессознательными состояниями.

На другом конце спектра раскрытия находится идея Шварц-Саланта о важности подтверждения «видения» пациентом аналитика (особенно в работе с пограничными пациентами). Как обычно, решение сделать это зависит от способности к пониманию клиента и специфического контекста, а также от точности видения ситуации. Зрелость терапевтических отношений является ключевым фактором здесь. Предложенное Шварц-Салантом очень свободное участие в общем образном поле, очевидно, требует длительного развития и особых отношений. Например, хоть этот пассаж и вырван из «образного» контекста, мне было бы трудно в реальности сказать пациентке: «я хочу проникнуть в вас сзади» (Schwartz-Salant, 1986, p. 44). Возможно, он глубоко погружен «in vivo» эротического поля, а другим аналитикам гораздо труднее достигнуть этого на сессиях. Тем не менее, модель, обрисованная в этой главе, также включает в себя полное признание такого рода фантазий аналитика, но частным образом, обычно не раскрывая их пациенту.

Если принять все это во внимание, то следует подумать об отношении к интуитивным догадкам, появляющимся у аналитика в результате прямого использования контрпереноса или сновидений. Вопрос самораскрытия здесь является первостепенным, поскольку их воздействие может быть сильным. Терапевту очень приятно, когда его видят исполненным инсайтов или даже своего рода волшебником. Однако главным тут является вопрос времени, или понимания, что сейчас нужно пациенту. Великое искусство анализа состоит в том, чтобы вовремя «заткнуться». Вспыхнувшие инсайты иногда можно держать при себе до тех пор, пока пациент не будет готов к ним, или даже ими вообще можно пожертвовать. На мой взгляд, не повредит сосчитать до десяти и еще важнее дважды перепроверить свою интуицию. Фордхам настаивал на осторожности в вопросе быстрых контрпереносных раскрытий пациентам — необходимо подождать, пока материал пациента состыкуется с тем, что аналитик уже «знает».

В целом, контрпереносная работа состоит из двух частей: проработать это содержание и затем что-либо с ним сделать. Как утверждает Розмари Гордон, после дифференциации материала аналитик должен решить, «сообщать ли пациенту о своих эмоциональных реакциях и, если сообщить необходимо, то когда и в какой форме» (Gordon, 1968, p. 181). Примыкая скорее к сторонникам радикального подхода к самораскрытию, Сирлз точно определяет твердую основу для ответа на вопрос о том, когда и как раскрывать контрпереносный материал:

Для меня очевидно, что внутренняя свобода аналитика в переживании чувств, фантазий и изменений в его личной идентичности, связанных с переносом пациента... желательна и необходима. Но в равной степени очевидно, что только его терапевтическая интуиция вместе с накопленным клиническим опытом могут быть лучшими советчиками в вопросе о том, когда это раскрытие будет своевременным и полезным — а когда, наоборот, время неподходящее, и было бы неразумно выражать свои внутренние переживания. (Searles, 1973, p. 279).

Весь этот вопрос самораскрытия может зависеть не только от стиля и обстоятельств, но и от оценивания важности «идентификации» с аналитиком. Для многих аналитиков взаимодействие пациента и терапевта целительно тогда, когда пациент интроецирует «хороший объект», или переживает в настоящем позитивный, «корректирующий эмоциональный опыт». Представление аналитика о том, как это должно происходить, может определять степень сознательного раскрытия контрпереноса. Поскольку мы не уверены в том, что же на самом деле «лечит», естественно, будут существовать расхождения в представлениях о принципах работы психотерапевта. Я не собираюсь напускать таинственности, однако думаю, что весь аналитический процесс, включая сущностную природу общения, является в значительной степени бессознательным (что не означает, что мы не должны стараться внимательно и сознательно выстраивать его). Соответственно, возвращаясь к контрпереносу, знание себя представляется более важным, чем самораскрытие как таковое. Можно быть радикальным в переживаниях и консервативным в раскрытии этих переживаний. И поскольку, похоже, не может быть твердо установленного правила в вопросе самораскрытия, главным здесь будет постоянное обдумывание в целом и в каждом конкретном случае.

Тень контрпереноса

Контрперенос, который в прошлом считался тем, что юнгианцы называют «тенью» (в негативном смысле), всегда будет иметь тень. Ее имеет все существующее, включая любую технику или стиль анализа. Тень создается светом, и любая фокусировка света сознания будет углублять тень и исключать из поля зрения что-то другое. Как считает Гюгенбюль-Крайг (1968, p. 251), сознание порождает бессознательное. На протяжении этой книги я постоянно отмечал прямые или косвенные опасности, связанные с работой, основанной на контрпереносе. Также обсуждались вопросы подстраховки. Однако в конце имеет смысл более подробно обсудить вопрос «тени контрпереноса».

Работа с туманными, взаимопереплетающимися аспектами переноса и контрпереноса требует ослабления границ между людьми в гораздо большей степени, чем было бы необходимо, если считать анализ «отдельной» работой. В ситуации слияния всегда существует потенциал для усложнения. Сильное вовлечение в сознательное и бессознательное аналитическое взаимодействие сопряжено с большим риском, и сложностями — но при этом может быть большим и целительный потенциал.

Принципиальной опасностью здесь является, так называемый, «невротический контрперенос» в классическом смысле этого термина. Личностное совершенство никогда не достижимо полностью, даже с помощью полного или непрекращающегося анализа, супервизии и т.д. Так что в аналитике всегда может проявиться «патология». И действительно, в этой модели она даже должна проявиться. В работе с ориентацией на контрперенос существует меньше защит от такого рода опасностей или слепых пятен, чем когда, благодаря технике или теоретическому подходу, аналитик более

дистанцирован от терапевтического процесса.

Кроме того, существует еще опасность, связанная с тем, что контрпереносы всегда появляются как «смешанные», а не в виде чисто невротического или чисто информативного. Если заниматься контрпереносом, то следует учитывать эту туманную область «крючков», «ядерную реальность», «объективные сновидения» и так далее, а также бессознательное изучение аналитика пациентом и возможность его точных «образных восприятий». И поскольку здесь не существует «или-или», контрпереносом нужно заниматься постоянно. Поэтому появляется совершенно новая парадигма, где сама идея «это или то» (т.е. невротический или информативный) временно остается позади.

Юнг говорил об этой трансценденции напряжения противоположностей в переносе как о «трансформации в третье» (1946, р. 199). А Шварц-Салант развивает алхимические концепции Юнга далее и живо описывает эти переживания. Таким образом, дилемма «смешанных» контрпереносов превосходит в такого рода сдвиге парадигмы. Это синтетическое разрешение не обязательно представляет трудную проблему; однако, следует отметить, что радикальный сдвиг в ориентации может привести к внутреннему разладу и требует значительной гибкости от участников.

Контрпереносная ситуация изобилует также и индуцированными чувствами вдобавок к вышеупомянутому невротическим, смешанным и квази-трансцендентным. Пациент и терапевт сильно рискуют подвергнуться психическому заражению. В этой терапии они оказывают максимальное воздействие друг на друга, и всегда нужно задавать себе вопрос: «Кто кого индуцирует?» Акцент на трансценденции не уделяет внимания этому вопросу, приглашая исследовать общее поле взаимодействия. Штайн (1984, р. 78) предостерегает, что такая «шаманская» авантюра несет в себе риск «folie a deux» и обращение направления терапии (пациент лечит аналитика). Это действительно тот канат, по которому, балансируя, идет аналитик, принадлежащий к типу «раненого целителя». Здесь нельзя недооценивать опасности и связанную с ними ответственность.

Глупцы сразу берут быка за рога. Конечно, Фрейд признавал, что его идеал аналитической «нейтральности» и техники содержат в себе много защитных, противо-контрпереносных компонентов²⁴(См. Freud (1913, 1915). Честно признаваемые Фрейдом ограничения в вопросе о том, чтобы пациенты видели его — «Я не переношу, чтобы меня пристально разглядывали по 8 часов в день» — интересным образом анализируются Когутом на предмет их нарциссического измерения.). Юнг (1946) критиковал Фрейда за это, точно улавливая и высвечивая холодную тень фрейдистской техники. Однако, Фрейд, возможно, хорошо понимал и старался учитывать связанные с личными, профессиональными и социальными отношениями опасности его теории. В то же время Юнг смело преодолевал ограничения, но пал жертвой тех самых опасностей, которые нами здесь обсуждаются, — похоже, он переступал границу с некоторыми своими пациентками²⁵ (Юнгианский аналитик Judy Savage обратила мое внимание на весьма интересную статью Carotenuto (1990), в которой высказывается предположение, что на взгляды Фрейда на контрперенос (не говоря уже о взглядах Юнга) серьезное воздействие оказал роман со Шпильрейн.)

Другая серьезная опасность заключается в самой сути такого типа работы. Как указывал Юнг (и как показывает первый случай этой книги — с миссис Ф.), в анализе могут проявляться потребности терапевта в интимности. Опять-таки, неизбежно, что терапевт, работая над собой, привносит в лечение себя целиком. О своих потребностях нужно знать и по возможности удовлетворять их в другом месте, а иногда и жертвовать ими. Это не шутка. Более того, работа с переносом и контрпереносом в целом тесно связана с темой инцеста. Работа аналитика сталкивается с личными и коллективными табу в опасной зоне фундаментального человеческого таинства и наиболее сложных глубоких эмоций. Юнгианский аналитик А. Хилл говорил (в личной беседе), что у аналитиков есть эта «глубинная» тяга: «Мы так же тянемся к инцесту, как и наши клиенты». Поскольку, как отмечает Юнг: «Инцест символизирует союз с самим собой, он означает индивидуацию и становление собой» (Jung, 1946, р. 218).

Кроме того, всегда существует возможность самообмана в стиле анализа, основанного на контрпереносе, как и в любом другом. Излишняя преданность какому-либо одному подходу может быть проблематичной. В случаях, представленных в этой книге, можно было бы работать и по-другому или с другими акцентами — и все равно получить положительный результат. Таким образом, еще одно теневое измерение данного стиля связано с идеями, которые наиболее близки аналитику. Аналитик, обращающий внимание преимущественно на переносную динамику, может иметь склонность связывать материал пациента исключительно с аналитической ситуацией или с самим аналитиком. Подобным же образом, если аналитик склонен фокусироваться только на контрпереносе, это может быть связано с его нарциссической проблемой. Здесь важна способность легко освобождаться от включенности в анализ контрпереноса. При хорошей работе терапевт постоянно движется между субъективными реакциями (контрпереносом) и своими представлениями о том, что чувствует клиент (эмпатией). Эти две стороны тесно взаимосвязаны.

Плюралистическая позиция (Samuels, 1989) является не только теоретически верной, учитывая множество важных сторон психической реальности, она также полезна на практике. Реакции контрпереноса можно рассматривать многими способами, также как и перенос или любой другой материал пациента. Можно вспомнить замечание Юнга о «волновой» теории света — это и волна и частица, и то и другое верно (Jung, 1947, p. 229). Так что следует принимать во внимание различные возможности.

Фокусирование на контрпереносе определено сопряжено с погружением в область неуверенности, неясности, и смешения субъекта и объекта. В целом, однако, этот метод не более подвержен всем этим опасностям, чем любые другие. Маловероятно, что проблемы контрпереноса не появятся в стилях работы, не учитывающих контрперенос. С другой стороны, в фокусировании преимущественно на собственных внутренних процессах аналитика может заключаться риск упустить или проигнорировать процессы пациента. Однако это не единственный возможный метод. Многие в изысканиях Юнга, работе лондонской школы, исследованиях Дикмана, а также всех авторов, упоминаемых здесь, в значительной степени связано с этой темой. Каждый автор привносил свои личные вариации, вполне заслуживающие внимания. Основные юнгианские принципы, касающиеся взаимной трансформации в анализе, вовлеченности аналитика, таинственных сил психики и телеологического взгляда на природу бессознательного, задействованы в моем подходе. Даже наиболее «невротический» контрперенос может содержать в себе, как сказал Юнг о неврозе пациента: «подлинное золото, которые мы никогда бы не нашли в другом месте (Jung, 1934a, p. 170).

И чтобы отыскать золото, приходится работать несколько иначе, чем виделось аналитикам раньше. Я пытался показать здесь способ работы с контрпереносом как с центральным элементом в анализе. В соответствии с юнгианскими принципами, между пациентом и аналитиком существует улица с двусторонним движением. Кроме того, внутри аналитика также происходят двусторонние процессы, включающие слияние и разделение. Они протекают в парадоксальном пространстве и основаны на некоторых сдвигах перспективы, которые описаны в этой книге. Аналитик работает «ближе к кости» или, если сравнить его с матадором, ближе к быку (иногда, во многих смыслах). Лучше сказать, что аналитик в данном способе работы действительно идет по тонкой грани между болезнью и здоровьем. Подобная концептуализация и метод работы, под эгидой архетипа раненого целителя, представляются мне вполне естественными и осмысленными.

Дэвид Сэджвик
Раненый целитель
Издательства: КДУ, Добросвет, 2007 г.
Мягкая обложка, 232 стр.
ISBN 978-5-98227-354-3
Тираж: 1000 экз.
Формат: 60x84/16
Переводчик Л. Лагутина