

**Барке У., Нор К.** Кататимно-имагинативная психотерапия: Учебное пособие по работе с имажинациями в психодинамической психотерапии. Пер. с нем. – М.: Когито-Центр, 2019. – 398 с. (Современная психотерапия).

## **7.7. Работа с переносом, контрпереносом и сопротивлением в КИП**

### **7.7.1. Вводные тезисы**

Во всех предыдущих разделах данной книги терапевтические отношения, динамика переноса–контрпереноса и терапевтическая работа с сопротивлением пациента уже обсуждались и в явной, и в скрытой форме, поскольку они являются существенными элементами любой психодинамической терапии, а также влияют на другие обсуждаемые аспекты. В конечном счете речь идет о работе с переносом и сопротивлением, что отличает психодинамический психотерапевтический подход от любого непсихоаналитического подхода и, конечно же, от консультирования и бесед неспециалистов.

Начиная тему динамики переноса–контрпереноса, мы помещаем самого КИП-терапевта в центр рефлексии. Следовательно, представленные в этой главе рассуждения в меньшей степени поддаются изучению только посредством прочтения учебника. Необходимо

336

продолжить изучение процесса рефлексии терапевтом в рамках очного обучения или учебной терапии с получением непрерывной поддержки в супервизии и интервизии со стороны психодинамически ориентированных коллег.

Что касается описания взаимосвязей и выводов, в данном случае также необходимо сослаться на соответствующую литературу (Mertens, Waldvogel, 2000; Thomä, Kächele, 1985). Однако комплекс тем внутри психоанализа продолжает непрерывно дополняться и обсуждаться, выявляя при этом множество противоречий. Ни в коем случае нельзя утверждать, что здесь имеется единодушие по какому-либо вопросу. Для обозначения наших собственных центральных положений ниже представлены следующие тезисы:

1. Терапевтические отношения, перенос–контрперенос и сопротивление находятся в тесной непосредственной взаимосвязи и не могут рассматриваться изолированно друг от друга. Все же по дидактическим соображениям в данной главе намеренно уделяется внимание отдельно каждому из аспектов.
2. Это объясняется тем, что в КИП-терапии, как и в любой психодинамической терапии, нет свободного от переноса пространства: Отношения в переносе не могут быть отделены от терапевтических отношений, якобы не находящихся под влиянием этого переноса, как это утверждают более ранние психоаналитические концепции, такие как концепция рабочего альянса (Greenson, 1965). Терапевтические отношения и отношения в переносе–контрпереносе в этом смысле являются идентичными.
3. Первоначально сформулированные З. Фрейдом (Freud, 1926) различные формы сопротивления не рассматриваются отдельно друг от друга, поскольку в конечном итоге они все полностью входят в сопротивление переноса. От самих терапевтических отношений будет зависеть, когда какое сопротивление будет в них

преодолено и что, до сих пор находившееся под защитой, обнаружится, благодаря его проработке, поэтому сопротивление не рассматривается изолированно от переноса, и в центре внимания в данном разделе находится процесс переноса–контрпереноса.

4. Все вышеизложенное в полной мере относится и к работе с имагинациями. Весь процесс терапии в КИП, все этапы терапев-

337

тической работы с имагинациями и без них, в той же степени определяются динамикой переноса–контрпереноса. По этому вопросу сегодня иногда еще встречается устаревшая точка зрения, что во время имагинаций перенос относится исключительно к самим имагинациям, а не к терапевту (экскурс 10: Невроз проекции, см. ниже).

5. В то же время это означает, что было бы полным недоразумением предполагать, что разрешение сложной констелляции переноса может быть достигнуто путем перехода терапевта от диалога к имагинации. Само собой разумеется, что при такой обходной процедуре перенос продолжает действовать как внутри имагинации, так и через то, что было представлено! Решение за или против проведения имагинации является частью формирования терапевтических отношений с учетом контрпереноса.

1. Следует уточнить, что в отношении эффективности работы с переносом не существуют универсального терапевтического пространства и такие утверждения, например, что «более действенными при переносе» являются предварительная и заключительная беседы и «менее действенным при переносе» будет пространство имагинаций, нельзя признать справедливыми. Все подобные попытки в конечном счете бесполезны и исходят из желания отрицать или недооценивать влияние процесса переноса–контрпереноса вместо того, чтобы безусловно признать это влияние и учитывать его в своей работе.

6. В рамках представленной здесь интерсубъективной парадигмы (см. ниже) рефлексия контрпереноса важна в той же степени, что и наблюдение манифестации переноса пациента, а именно потому, что в контексте сложной динамики переноса–контрпереноса мы как терапевты не только существенно «вливаем» на высказывания пациента и его имагинации, но и «порождаем» их вместе с ним.

Процесс переноса–контрпереноса во всех психодинамических терапевтических подходах определяется одинаково, независимо от того, проводится ли краткосрочная, долгосрочная или психоаналитическая терапия.

Различия лишь в том – и это положение является центральным, – станет или не станет процесс переноса–контрпереноса объектом общей рефлексии с пациентом.

338

### ***Экскурс 10. Невроз проекции***

*Понятие «невроз проекции» было введено Лейнером (Leiner, 1985, S. 418) для обозначения «проективных отношений в переносе» в сеттинге кататимного переживания образов». Он опирался при этом на психоаналитическое понятие «невроз*

переноса». Таким образом, его концепция строилась по аналогии с идеей рабочего альянса (Greenson, 1965), исходя из которой существуют различные терапевтические области: пространство переноса и пространство без переноса. Лейнер ярко сформулировал это, используя метафору ныряльщика: внутри доверительных, положительно окрашенных и поддерживающих отношений в имажинации пациент, связанный с терапевтом, сидящим на «палубе корабля», через «подающий воздух шланг», должен на «морском дне» исследовать свое бессознательное. В то время как пациент в соответствии со своим эмоциональным состоянием готов проецировать свой перенос на холст имажинации, терапевт сидит рядом сухой на палубе и смотрит, сопровождает, побуждает, волнуется вместе с ним и внутренне участвует, однако перенос затрагивает его «лишь немного или это совсем не выражено» (Leipner, 1985, S. 418). (То, что каждое высказывание терапевта, все, что он говорит или не говорит, само его присутствие являются частью процесса имажинации (пар. 7.7), в этой концепции не учитывается.)

Возникновению этой несостоятельной на сегодняшний день идеи способствовало несколько факторов: на концепцию Лейнера (Leipner, 1995), конечно же, оказала влияние аналитическая психология Юнга, в которой меньше, чем в направлении Фрейда, уделялось внимание переносу. Только в 1960-е годы немецкий психоанализ постепенно стал возвращаться к фундаментальным положениям Фрейда, особенно касающимся необходимости учета переноса в процессе терапии. Тем не менее в международном психоанализе периодически возникали точки зрения (см. выше), которые исходили из концепции свободного от переноса терапевтического пространства (подробные комментарии см. у Барке – Bahrke, 2007, 2010b). Однако сам Лейнер не был однозначен в своей позиции. Хотя он придерживался метафоры ныряльщика и пренебрегал в своих поздних теоретических описаниях тем, что существует определяющая роль рефлексии процесса переноса–контрпереноса, многие его практические примеры содержат плодотворные размышления относительно этого процесса.

Фундаментальной проблемой о взаимосвязи между динамикой переноса и терапевтической имажинацией после смерти Лейнера занимались многие КИП-терапевты, такие как Дитер (Dieter, 2001), Хенниг (Hennig, 2007), Шнелль (Schnell, 2005), а также это было освещено

в «Положении» Барке и Нор (Bahrke, Nohr, 2005). Авторы этих работ рассматривают идею Лейнера о редуцировании переноса, согласно которой во время сеанса терапии выделяются два пространства: пространство предварительной и заключительной беседы и пространство имажинации, которое существует отдельно. На сегодняшний день наше понимание того, что все терапевтическое пространство определяется процессом переноса–контрпереноса, не допускает такого принципиального различия. Шнелль (Schnell, 2005, S. 73), например, пишет, что «в КИП через динамику переноса–контрпереноса отношения формируются на каждом этапе: при вербальном обсуждении, при выборе мотива, в имажинации, а также при последующей проработке на сеансе терапии и между сеансами.»

### **7.7.2 Понятие переноса в КИП**

В рамках данного учебного пособия невозможно во всей полноте обосновать применяемое здесь понятие переноса–контрпереноса. Однако далее оно будет раскрыто и последовательно изложено, исходя из поставленных задач.

Под переносом «в широком смысле понимаются все феномены субъективного приписывания значения тому, что происходит в рамках одной встречи» (Mertens, Waldvogel, 2000). В каждом межличностном взаимодействии, а также в терапевтических отношениях перенос инсценируется на фоне переживания бессознательного опыта объектных отношений. Перенос в значительной степени определяется детским опытом отношений, фантазиями и конфликтами влечений, но не только этим. Сандлер (Sandler, 1983) различал соответствующее детскому опыту отношений «бессознательное прошлое» и определяющее актуальные желания и фантазии переноса «бессознательное настоящее». Последнее мы встречаем в терапевтической ситуации на интерактивном уровне: на постоянно действующий перенос отвечает постоянно действующий контрперенос, и наоборот (Racker, 1978). Под контрпереносом мы понимаем совокупность всех эмоциональных реакций терапевта на пациента, вне зависимости от того, имеют ли они свое происхождение в пациенте или в терапевте (подробнее см. в пар. 7.7.5).

Исторически сложилось так, что в психоанализе перенос приобрел первостепенное значение, прежде всего, благодаря открытию З. Фрейда. Он заметил, что пациенты могут вести себя в отношении психоаналитика особым ограничивающим их образом, например,

340

стеснялись или что-то умалчивали до тех пор, пока эти ограничения не были отражены, проинтерпретированы, поняты и проработаны. Таким образом, перенос оказывается в центре восприятия как место психотерапевтического изменения, он превращается из «огромной помехи» в «мощное вспомогательное средство» лечения, «если удастся его всякий раз угадывать и транслировать больному» (Freud, 1905, S. 281).

Первоначально роль психоаналитика состояла в распознавании, обнаружении, описании, прояснении и, таким образом, коррекции у пациента искажений, обусловленных переносом. Однако уже сам Фрейд признавал, что аналитик не только является наблюдающим интерпретатором, который помогает пациенту признать свои искажения реальности внутри невроза переноса, но и он сам неизбежно оказывает влияние на этот перенос. Со времен Балинта (Balint, 1952) преобладало мнение, что аналитическая ситуация принципиально состоит из взаимодействия переноса и контрпереноса и что следует больше фокусироваться на формировании терапевтических отношений. В 1980-е годы, наряду с описанным различием бессознательного прошлого и бессознательного настоящего, произошел также сдвиг в сторону переноса, что сопровождалось изменениями в техниках лечения: «Прежде чем спросить, что выявляет материал пациента в его прошлом, необходимо спросить, что происходит непосредственно сейчас» (Sandler 1983, S. 589).

История концепции переноса в психоанализе (см.: Mertens, 1993; Mertens, Waldvogel, 2000) и ее влияние на понимание переноса в КИП (см.: Bahrke, 2010b) не могут здесь быть представлены достаточно подробно. Однако важны оба этих аспекта: перенос определяется не только инфантильным прошлым, психоаналитик или КИП-терапевт понимается сегодня не только как наблюдающий интерпретатор, который помогает пациенту понять его искажения реальности внутри невроза переноса (интрапсихическая

парадигма), но и как тот, кто признает свое собственное влияние на перенос (интерсубъективная парадигма). Так, например, при помощи особой динамики переноса, как это описано в случае г-жи Айхель, запускается весь аналитический процесс: аналитик с опорой на контрперенос считывает невыраженное и труднопроизносимое на данный момент желание пациентки относительно проведения терапии (ср. особенно пар. 6.1).

Наиболее последовательно это положение было разработано в парадигме переноса как социального конструкта (Gill, 1996), где

341

феномены переноса являются совместным продуктом аналитика и пациента. Вклад пациента в перенос задается невротическим принудительным повторением, через которое пациент вынужден – как в жизни, так и в терапевтической ситуации – воспроизводить свои конфликты на сцене межличностных отношений. Вклад аналитика в перенос определяется его индивидуальностью, техникой лечения, которую он использует с опорой на имплицитные частные теории, его латентными представлениями о человеке, а также его личными интерпретациями и применением терапевтических правил. Согласно Гиллу, патологический перенос характеризуется, прежде всего, стереотипной ригидностью, с которой пациент объясняет ситуации, и компульсивными, сценически выраженными усилиями, которые пациент предпринимает для того, чтобы другие вели себя в соответствии с его ожиданиями. В качестве примера можно привести типичный образец поведения г-жи Грюн: в начале каждого сеанса она пыталась сделать терапевта союзником своих переживаний (пар. 5.4).

В этой концепции наряду с стереотипными повторениями пациента аналитик рефлексирует свое собственное влияние на наблюдаемую им систему отношений. Такая «работа с переносом и внутри переноса», строящаяся на вопросах: «Что пациент делает с терапевтом, что терапевт делает с пациентом и как это можно понять и затронуть в терапевтической ситуации на фоне интериоризованного опыта объектных отношений?» – целесообразна и показана к назначению лишь в рамках психоаналитического лечения. Тем не менее это должно быть учтено в любой психодинамической терапии, краткосрочной или долгосрочной, так как только на этой основе могут быть осуществлены планирование, формирование и понимание эксплицитного терапевтического процесса (см. этапы планирования лечения во всех трех представленных случаях).

В КИП также, исходя из этой интерсубъективной парадигмы, все высказывания пациента внутри и вне имажинации рассматриваются в контексте динамики переноса–контрпереноса. Это оказывает влияние и на то, какие образы представляет пациент. КИП-терапевт непрерывно рефлексирует свой собственный вклад в наблюдаемую им систему отношений и процесс имажинации. Для иллюстрации такой комплексной динамики Нор (Nohr, 2006, S. 8) предлагает наглядный пример: «Как только я слышу первые слова имажинации, у меня возникает следующая метафора: я сразу же погружаюсь в реку, один

342

берег которой сформирован мной, другой – пациентом, а вода и ее течение соединяют наши эмоциональные и душевные субстанции. Вода представляет собой смесь из

постоянного возвратно-поступательного проективного катексиса репрезентаций другого... На берегу есть места, с которых я могу наблюдать общую картину, и, пожалуй, я могу держать голову над водой или держать курс на остров; то же может делать и пациент... Другие острова мы формируем или добираемся до них вместе, когда удастся при помощи эмпатии и понимания преодолеть препятствие в виде защиты желаний». Далее интересубъективная парадигма относительно переноса–контрпереноса будет проиллюстрирована при помощи виньетки.

На курсах повышения квалификации в последний день занятий руководитель решил познакомить обучающихся с мотивом «Опушка леса» и предложил провести эту имажинацию кому-нибудь из коллег, кто готов это сделать. Сразу же вызвался молодой коллега и сел на «стул протагониста» рядом с руководителем.

Руководитель был доволен ходом обучающего процесса, так как большинство коллег, в основном женского пола, активно принимали в нем участие. Однако ему неоднократно приходилось ограничивать двух обучающихся в их дополнительных организационных вопросах. До этого коллега-протагонист казался ему недостаточно заинтересованным, что он связывал с преобладанием женщин в группе. Таким образом, исходя из половой солидарности, руководителя порадовало, что коллега воспользовался этим последним шансом – оказаться перед группой с ним, терапевтом, в роли пациента. Однако он отметил внезапность решения коллеги – у руководителя сложилось впечатление, что он немного импульсивно демонстрирует свою потребность в защите. Руководитель решил разобраться в этом дополнительно в процессе сопровождения имажинации.

Как бы «впрыгивая» в имажинацию, коллега описал луг и слева, где сидел руководитель, темную опушку леса. Там он увидел маленького, сгорбившегося мужчину в остроконечной высокой шляпе, который каким-то образом выползает из земли. Коллега-протагонист развеселился, в то время как руководитель, который в его высказываниях увидел указание на нарциссическую динамику, в своем контрпереносе почувствовал себя поднятым на смех. Руководитель предположил, что протагонист спроецировал на него страх обесценивания («сделать маленьким» другого, чтобы самому не быть маленьким), благо-

даря чему обнаружилось явное желание получить одобрение от него. Поэтому, когда руководитель выразил заинтересованность высказываниями протагониста, атмосфера изменилась, и коллега теперь был способен принять свое желание встретиться со сгорбившимся мужчиной, что в имажинации превратилось в приближение к мужчине: Но этот мужчина, блуждающий там вдоль опушки леса, сейчас подходит ближе, внезапно шипит на меня. По впечатлению руководителя коллегу-протагониста еще очень пугала встреча с мужчиной, что было видно из этого «шипения». Поэтому руководитель предложил ему дистанцироваться. Протагонист подхватил это: Я сейчас ухожу с опушки леса на возвышенность. Теперь я над ним. И вновь сопровождающий протагониста руководитель отследил нарциссическую динамику, которая позволяла коллеге воспринимать что-либо только «сверху» или «снизу». Отсюда, то есть «сверху», коллега смог в первый раз взглянуть в лицо мужчине: у него были добрые глаза, и они напомнили ему глаза старого профессора психотерапии, которого, как он предполагал, знал также и

руководитель курса. Я бы с удовольствием с ним встретился, подошел бы к нему поближе, он интересуется меня, но заинтересован ли он во мне? Снова руководитель ощутил в контрпереносе нарциссическую амбивалентность: он почувствовал себя польщенным быть идентифицированным с этим известным человеком, но одновременно и обесцененным, поскольку этот другой «был поставлен начальником» над ним. И он ощутил в себе желание подлинной встречи без идеализации и обесценивания – в конкордантной реакции контрпереноса (пар. 7.7.5) он ощутил более глубокое желание протагониста. И действительно, в тот момент, когда руководитель почувствовал его истинную потребность, протагонист смог сформулировать ее самостоятельно: Я хочу, чтобы он увидел меня, принял меня, принял меня таким, какой я есть – и поэтому он обоснованно выразил беспокойство, что это может быть совсем не так: потому что у него совсем нет интереса ко мне, и он может отвергнуть меня. Далее последовал длинный период, когда они вместе с руководителем курса обсудили конфликт, развернувшийся на воображаемой сцене, рассмотрели противоречия и возможности в данной ситуации, которые потребовали от коллеги много напряженной внутренней работы над конфликтом. Он размышлял: Я должен с ним заговорить? Поприветствовать его, проходя мимо? Перенести встречу? Что говорит за это, что – против и т. д., пока не закончилась имажинация.

344

Как же можно понять этот имажинативный процесс? Здесь было ясно представлено исходное обесценивание отцовской фигуры куратора, которую воплощал и руководитель курса. В этой волшебной шляпе он был похож на дождевого червя. Протагонист подшучивал над ним, что он похож на Гарри Поттера. Одновременно с этим куратор был магически оснащен, но описан как «маленький» и «сгорбившийся», в чем выражалась проекция страха коллеги быть обесцененным со стороны руководителя курса. Наряду со страхом обесценивания велико было также и желание контакта: коллега сразу же вызвался, изъявил желание стать протагонистом и развил в имажинации тему приближения к интересующему его мужчине. Он желал бы видеть себя таким же, как руководитель, возможно даже, вести курс как руководитель. Возможно, несмотря на страх обесценивания, он хотел также по-мужски быть в состоянии ограничивать женщин, как он это наблюдал на курсе. На какое-то время он вынужден был возвыситься над руководителем, чтобы затем увидеть «добрые глаза» – глаза, которые смогли разглядеть его предполагаемый, обусловленный биографическими данными страх обесценивания отцовской фигурой, что являлось частью динамики переноса. Наконец, он смог разобрать свою проблему самооценки и желание на равных общаться с куратором и другими, напоминающими фигуру отца. Описанное выше совместное формирование имажинации является впечатляющим во многих моментах. Особенно запоминается то, как руководитель без обиды отреагировал на повторное, полное противоречий обесценивание протагониста, рефлексируя в контрпереносе его желание контакта.

Действие в качестве КИП-терапевта на основе интерсубъективной парадигмы означает не только желание найти себя в фигуре переноса в имажинации. Это означает также, что не следует ожидать, что протагонист будет представлять образы, исходя только из своей внутренней конфликтной ситуации, – установившиеся между ним и терапевтом достаточно хорошие терапевтические отношения будут в равной мере влиять на эту

ситуацию. Дальнейшее продвижение в интерсубъективной парадигме означает также учет того, что эта имагинация была создана совместно обоими сторонами. Она именно такая здесь и сейчас, поскольку вытекает из специфической ситуации и специфического переживания сложившихся отношений на курсе и актуализированного тем самым конфликта. Следование интерсубъективной парадигме означает не только вопрос к се-

бе как терапевту: «Что за шляпу пациент здесь надевает на меня? Как я переживаю это и что означает данное переживание?» – но также размышление о том, например, как способ моего руководства этим курсом повлиял на возобновление у коллеги страха обесценивания и что вызвало его импульс представить имагинативный образ здесь и сейчас в отношениях со мной. В данном случае руководитель осознавал, что при ведении этого курса он склонялся к четкому структурированию и реализовывал этот план. Как уже упоминалось, он ограничивал также некоторых обучающихся женщин в количестве вопросов, задаваемых ими в процессе курса, иногда обращая внимание на их защитное интеллектуализирующее поведение. Возможно, это одновременно пугало и восхищало представляющего образ коллегу. Важно было и то, что руководитель во время имагинации ощущал его уязвленность, но не отыгрывал обесценивание, которое протагонист направлял не только на него, но и на самого себя. Наоборот, благодаря рефлексии контрпереноса руководитель способствовал возможности сближения с ним в образе, благодаря чему протагонист смог отказаться от своей нарциссической защиты.

Как показано в этом примере (см. также случай г-жи Мусат – пар. 4.5 (14), (20), дополнительные виньетки можно найти в трудах Dieter, 2006; Nohr, 2006; Schnell, 2005), динамика переноса–контрпереноса включена в ход имагинации. Каждое из моих высказываний, все, что я говорю или не говорю, даже само мое присутствие, то, как я веду себя с пациентом, какую реакцию это вызывает и как я на это реагирую – все это также будет частью кататимного мира образов. «Кататимный» (пар. 1, экскурс 1: Термин «кататимный») никогда не является образным переживанием, исходящим из души независимо от терапевта, эти эмоциональные образы являются выражением приведенных в действие благодаря переносу желаний отношений и их защит. Эти желания и страхи, возникающие из интериоризованного опыта отношений, связаны с тем, что конкретно обнаруживают и запускают терапевтические отношения. Аналогичным образом мы понимаем и рассказ о сновидении в психоанализе: когда какое сновидение сообщается и как это делается – это и есть функция переноса.

Эффект этого сложного взаимодействия всегда определяется совокупностью факторов. В рамках динамики переноса-контрпереноса мы находимся в сфере, где нет фиксированного, не зависящего от процесса ориентира, исходя из которого было бы возможно объ-

ективное, целостное описание хода терапии (Deserno, 1994). По сути дела, это и есть особый, творческий, а иногда и очень сложный элемент психоаналитической терапии и ее ответвлений – всегда оставаться в поиске и удерживать психотерапевтическую позицию, не будучи отстраненным (пар. 7.1).

Тем не менее в дальнейшем по дидактическим причинам феномены, связанные с этим общим процессом, будут рассматриваться отдельно друг от друга.

### **7.7.3. Сопротивление внутри и вне имажинации**

Под сопротивлением понимаются все возникающие в терапевтическом процессе феномены, которые препятствуют его успешному продолжению. В отличие от понятия защиты – вездесущего интрапсихического процесса, касающегося содержания и аффектов, которые могут не осознаваться в конкретной ситуации или вообще в течение длительного времени, сопротивление является специфически терапевтическим феноменом. Оно направлено против осуществления терапевтических интервенций. Пациент при этом будет использовать интрапсихические и межличностные механизмы защиты.

Со стороны терапевта феномены сопротивления могут быть запущены интервенциями, предъявляющими чрезмерные требования к сиюминутной готовности и способности пациента столкнуться со своими болезненными чувствами или дисфункциональными паттернами отношений. Эти феномены встречаются во время соответствующих интервенций (пар. 7.2) просто потому, что терапевтический процесс принципиально предполагает ситуативное столкновение каждого пациента с пугающими, вызывающими стыд болезненными фактами. Объем этих конфронтаций не всегда может быть оптимально сбалансирован. Особенно неустойчивым и стимулирующим сопротивлением бывает этап, во время которого пациент начинает догадываться, что его «жизненные» проблемы наглядно проявляются здесь и сейчас – в защищенном и значимом терапевтическом пространстве. Например то, что он переживает по отношению к своей жене, в некотором смысле схоже с тем, что он ощущает по отношению к терапевту. Ему приходится подавлять проявления злости и критики или симпатии и желания, которые направлены непосредственно на терапевта (о сопротивлении осознанию переноса см.: Gill, 1996; Thomä, Kächele, 1985). Уровень сопротивления повышается на этапах,

347

где пациент высказывается относительно внутренних тем, полных стыда и вины, которые до этого момента вытеснялись, отрицались или иным способом «минимизировались», а также на заключительном этапе терапии (пар. 7.6).

Для того чтобы терапевтический процесс успешно развивался, решающее значение имеет распознавание и выявление феноменов сопротивления. Согласно общепринятому правилу, они должны стать предметом терапевтической беседы и должны быть совместно поняты, прежде чем будет проанализировано находящееся под их защитой содержание («анализ сопротивления перед анализом содержания»), поскольку сопротивление как бы показывает, что содержание по причинам защиты еще не может стать предметом обсуждения.

Феномены сопротивления достаточно несложно выявить, когда они представлены в форме длительного молчания пациента, его подробного рассказа о «не относящихся к делу сценах» или неважных с точки зрения терапевтического процесса будничных событиях (в которых, конечно же, могут быть скрыты очень важные указания на перенос!) и в форме самых различных нарушений терапевтических рамок, таких как опоздания, ошибки относительно даты и времени встреч, отказы, неоплата и т. д. Затруднительными для распознавания, особенно для новичков, являются такие феномены сопротивления, которые

выражаются косвенно, например, в вербальной форме, через манеру поведения или определенную сцену (экскурс 11: Сцена – пар. 7.7), а также в имажинации, что можно наглядно увидеть в следующих примерах:

- На 9-м сеансе г-жа Грюн спросила своего терапевта, может ли она погрузиться в имажинацию. Здесь можно предположить положительный перенос на терапевта, который в принципе сделал возможным выражение подобного желания, несмотря на то что пациентка попросила терапевта задать тему. Очевидно, эта просьба было основана на доверии г-жи Грюн. Она была открыта своему внутреннему миру и поэтому могла отказаться от контроля. Контекст также давал понять, что через подобное покорное подчинение выражается защита, помогающая справиться с сильным страхом. При этом ее открытость можно было понимать как сопротивление развитию собственной автономии. Точнее говоря, таким образом она хотела в данной ситуации переноса, со-

348

храняя свой контроль над аффектами, избежать углубления в то, что было рассмотрено ранее.

- В определенный момент сессии терапевт предлагает своему пациенту провести имажинацию. Пациент соглашается, но сообщает при этом, что «прежде хотел бы еще быстро проговорить кое-что», и начинает затем говорить настолько быстро или подробно, что в конце концов из-за нехватки времени до имажинации дело так и не доходит. Ситуация переноса здесь состояла в том, что пациент не смог напрямую выразить свои страхи относительно погружения в имажинацию, что исходило также из определенных страхов в переносе, но отыграл их в форме сопротивления.
- Пациент регулярно дольше обычного остается лежать на кушетке после окончания имажинации, прежде чем он снова занимает место напротив терапевта. Хотя после имажинации достаточно часто может наблюдаться определенная задумчивость, в этом случае терапевт на основании своего контрпереноса чувствует себя исключенным, отрезанным от происходящего. Он испытывает злость, что нечто только что совместно порожденное находится, согласно его предположению, под контролем пациента и «предварительно сортируется» перед возможностью более глубокого обсуждения, в некоторой степени «скрывается» от него. Здесь сопротивление снова проявляется как феномен переноса. –
- Пациент во время имажинации сильно расслаблен и эмоционально наполнен, но в заключительной беседе он сразу же начинает обсуждать проблему. Сопротивление в этом случае выражается в констелляции переноса через защиту в форме рационализации. С помощью рационализации пациент в беседе проявляет себя совсем иначе, чем в имажинации, и из-за страхов в переносе стремится поддерживать свое сопротивление. – Что-то подобное может относиться и к случаю, когда пациент очень эмоционально вовлекается в имажинацию, но на следующем сеансе все-таки обесценивает

ее. Если это не будет понято как феномен сопротивления, это может привести терапевта к отказу от имагинаций. Если терапевт чувствует себя обесцененным, он быстро в процессе переноса–контрпе-

349

реноса попадает в тайный сговор с пациентом. Если все же в этот момент сопротивление обсуждается, можно, например, понять, что и почему пациент должен привычным образом эмоционально обесценивать в себе и почему это принимает форму обесценивания других.

- о Существует также вариант, когда имагинация охотно принимается, но никогда не бывает подхвачена пациентом, исходя из дополнительного оформления (например, рисунка) или из беседы. Здесь также отыгрывается сопротивление по причине страхов в переносе (как следует из примера выше) процесс имагинации не может быть спонтанно продолжен, он недооценивается или обесценивается.

В имагинациях сопротивление может быть выражено самим процессом развития имагинации и/или имагинативным содержанием: «размытыми образами», их нестойкостью или неподвижностью (например, появляются рисунки из комиксов или фотография горы вместо ее реального яркого представления), игнорированием и «пропусканьем мимо ушей» терапевтических интервенций вплоть до «прерывания» имагинации. «Туман», препятствующий «хорошей видимости», «много цветов» или вообще «ничего» могут быть способом избегания подлинного самораскрытия. При следовании по течению воды сопротивление может принять форму «плотины» или шатающегося моста, разрушающего берег (случай г-жи Айхель – пар. 6.5 (12)).

Ввиду важности вопроса далее приводится классификация феноменов сопротивления:

1. Относительно установки пациента к процессу имагинации:
  - пациент отклоняет предложение провести имагинацию,
  - он всегда выражает желание погрузиться в имагинацию,
  - он недооценивает или обесценивает имагинацию,
  - он забывает свои имагинации,
  - он держится в имагинации заметно иначе, чем в беседе.
2. В имагинации или по отношению к самому процессу имагинации:
  - пациент не «может» погрузиться в имагинацию,
  - его образы остаются размытыми, все «как в тумане»,

350

- вместо предлагаемого мотива часто проявляется другой/никогда не появляется ничего другого,
- пациент не может двигаться в своем кататимном ландшафте, он видит все «как будто сверху» или «снаружи»,

- вместо живого представления образов возникают фотографии, рисунки или комиксы,
- неожиданно пациент оказывается «мысленно где-то в другом месте»,
- пациент детально описывает свои имагинации, но игнорирует вопросы о воздействии образа,
- пациент формирует некую образную оболочку и не может углубиться в имагинацию,
- все время возникает похожее содержание имагинации.

В ситуации работы с дополнительным оформлением в контексте сопротивления полезно также обращать внимание на такие процессы, которые возникают вокруг нарисованных и не нарисованных, показанных и не показанных или значительно отличающихся от содержания имагинации рисунков (пар. 7.5). Например, на определенных этапах анализа достаточно частое создание рисунков г-жой Айхель можно было рассматривать как феномены сопротивления, поскольку это выражало стремление на уровне содержания доказать терапевту, насколько она «старается» быть «прилежным ребенком» (ср. пар. 6.5 (13)). Однако нарисованная ею пещера, напротив, показывала, что состоявшаяся до этого имагинация (пар. 6.5 (415)) поддерживала сопротивление. Пациентка «щадилась» терапевта, стараясь представить в образе «красивую» пещеру, в то время как нарисованный дома рисунок показал реальный масштаб проблемы (пар. 6.5 (416)).

В целом необходимо размышлять о формах сопротивления по отношению к дополнительному оформлению имагинации (пар. 7.5), если:

- пациент «не может рисовать», – он рисует, но забывает принести рисунок с собой,
- он рисует, приносит рисунок с собой, но рисунок остается у него в сумке,
- он все-таки показывает рисунок, но при этом молчит,

351

- он говорит, что «ничего не видит» на своем рисунке,
- он «пропускает» центральные аспекты рисунка или не затрагивает их,
- он рисует нечто совсем отличное от имагинации,
- он не обращает внимание на центральные аспекты имагинации,
- рисунки «красивее» или «хуже», чем имагинация.

Подводя итог, необходимо еще раз подчеркнуть, что каждая форма выражения может быть использована для проявления сопротивления. Сам факт существования сопротивления определяется терапевтом, который рефлексировывает контекст и состояние отношений, исходя из контрпереноса (см. ниже). Таким образом, относительно имагинаций нет строгих правил, ведь признаком сопротивления могут быть противоположные вещи, например, пациент может обесценивать имагинацию, так же как и преувеличивать ее значение. Сопротивление может выражаться в отказе от имагинации, также как и в постоянном желании ее проводить, возможно даже, на каждом сеансе. Не подвергнувшись рефлексии согласие с соответствующим желанием пациента проводить большее количество имагинаций или не проводить их вовсе следует расценить как содействие терапевта сопротивлению, то есть как тайный сговор переноса–контрпереноса (см. ниже). Поскольку «все может стать сопротивлением», а содержание имагинации может и что-то показать, и что-то скрыть, служить защите

другого аспекта, то для оценки всегда важны контекст и понимание динамики переноса–контрпереноса.

#### **7.7.4. Феномены переноса в КИП**

Из вышесказанного становится более понятно, что, фокусируясь в этом разделе на феноменах переноса, мы рассматриваем тему сопротивления в каком-то смысле с «другой стороны медали». Поскольку перенос может характеризоваться как «позитивный», «негативный», «пристойный (не шокирующий)» и т. д., он показывает степень сопротивления мобилизации болезненных эмоций и осознания или степень сотрудничества при продвижении терапевтического процесса. Выше подчеркивалось также, что контрперенос является важнейшим «инструментом» для восприятия феноменов переноса (пар. 7.7.5)

352

Основные вопросы, которыми задается терапевт в своем стремлении изучить феномены переноса, могут быть похожи на вопросы, сформулированные в свое время М. Балинтом: «Как пациент ко мне относится?». И, отражая контрперенос: «Как я отношусь к пациенту?». Или также: «Что хочет пациент мне сказать (на самом деле)?», «Чего он хочет достичь в отношениях со мной?», «Что он делает со мной?», «Что он видит во мне?», «Какую роль он мне предлагает?». Этими вопросами терапевт задается прежде всего тогда, когда чувствует себя в актуальной терапевтической ситуации несколько неадекватно: возможно, его восприятие искажено, странно акцентировано, ему бросается в глаза повторяющаяся, необычно ощущаемая им реакция пациента. То же самое относится и к непонятным, значительно преувеличенным реакциям пациента в отношении третьих лиц или же поведение самого терапевта становится неадекватным в рамках терапевтического контекста.

Терапевтически полезным является нежный, положительный, названный З. Фрейдом (Freud, 1912, S. 371) «пристойным» перенос. Пациент при этом располагает положительными интроектами, которые он может активировать в отношении терапевта, чтобы довериться ему и понимать критические дополнительные вопросы в качестве поддержки продвижения к цели терапии (таким способом нежный положительный перенос в случае г-жи Мусат – пар. 4.5 (14) – достаточно быстро способствовал полезным инсайтам). Напротив, следует ожидать осложнений в процессе терапии, если происходят грубые искажающие идеализации терапевта. Терапевт, в свою очередь, может испытывать давление со стороны потребности пациента посредством грандиозной проекции видеть в нем «спасителя», единственное полезное существо и латентно испытывать страх относительно приписываемого ему значения (такой перенос с затрудняющими терапию последствиями прослеживается в случае г-жи Айхель, пациентка долгое время перерабатывала отражающие, положительно резонирующие или содействующие пониманию интервенции как критику, ср. пар. 6.5). Терапия протекает сложно и в том случае, если с самого начала открыто высказывается обесценивание терапевта или его метода.

Поскольку пациентами, как правило, становятся в результате негативного опыта отношений, большое практическое значение имеет негативный перенос. Сквозь призму

этого переноса терапевт открыто, латентно или бессознательно сталкивается со страхами, упрека-

353

ми и недоверием со стороны пациента, за которые он не чувствует себя ответственным, даже если, возможно, в его поведении проявились реальные триггеры (интерсубъективная парадигма переноса, см. выше). Например, г-жа Мусат (пар. 4.4. (5)) воспринимает своего терапевта как строгую, требующую выполнения домашних заданий «учительницу». Часто в самом начале терапии негативный перенос подавляется, вытесняется или расщепляется, как это происходило с различной степенью выраженности в случаях г-жи Мусат, г-жи Грюн и г-жи Айхель.

Феномены переноса могут проявляться в КИП на всех уровнях терапевтического процесса:

1. Их можно обнаружить в отношении терапевтической рамки (ср. поведение при оплате г-жи Айхель между (79) и (83)).
2. Они могут проявляться в случайных сценах (экскурс 11: Сцена) в начале или в конце сеанса, например, через взгляд или особое рукопожатие во время приветствия, демонстративное поведение при складывании зонта, при снятии мокрых туфель и т. д. Сцена, передающая послание переноса, обозначается также как «действенный диалог» (Klüwer, 1983), поскольку сцена разыгрывается не на словах или в имагинациях, а в жестах и поведении (см. подробное описание трех сцен в случае г-жи Айхель – пар. 6.4). Значение подобной сцены нередко раскрывается позже, поскольку невербальная манифестация переноса часто в большей степени подвергается защитной реакции. Например, терапевт поначалу может лишь отметить:
  - Мой пациент получил предложение переместиться на кушетку для имагинации, но остался сидеть в кресле.
  - Моя пациентка сидит на краешке кресла, и она не может занять все пространство кресла для проведения имагинации.
  - Мой пациент ложится на кушетку, берет плед и всегда очень обстоятельно складывает его позади себя. Другой пациент поправляет подушки, всякий раз «хлопая» по ним, или оставляет их лежать в беспорядке (ср. также случай г-жи Айхель, сцену использования туалета – пар. 6.4).
3. Конечно же, феномены переноса особенно часто проявляются в диалогах, в приписывании терапевту чего-либо или в тонких намеках, в которых терапевт может увидеть себя неадекват-

354

но и искаженно охарактеризованным (см. все описания случаев, например, имагинацию «Ангел» г-жи Айхель (86) и виньетку в пар. 7.7.2).

4. Манифестация переноса может звучать также в рассказах и сообщениях, обращенных к третьим лицам, в так называемых «отношениях внешнего переноса». Например, если пациент говорит о друге, который стал ему неинтересен, он может думать о том, что на последнем сеансе почувствовал снижение интереса ко мне как

к терапевту и он опасается испытать то же самое на этом сеансе (внешний перенос, согласно принципу смещения). Такой внешний перенос встречается в случае г-жи Грюн (пар. 5.4 (9)), когда она сообщает о сцене в школе и о том, как ей было важно показать «им», что она «не глупая». Это повторяется и в отношениях с терапевтом, когда пациентка, например, рассказывает ему о своем чтении и прочих интеллектуальных интересах (ср. (23), учить английский язык). Или пациент описывает себя особым образом, например, незаинтересованным в других, как если бы он неосознанно боялся этого со стороны терапевта (намек в переносе по принципу идентификации).

5. Специфичным для КИП является отражение феноменов переноса на имагинативном уровне как в процессе развития имагинации, так и непосредственно в содержании образа. Это может проявляться в виде определенной коммуникации с терапевтом во время имагинации: через молчание, излишнюю говорливость, включение терапевта в имагинацию, дистанцирование от него и т. д.
6. Перенос может проявляться в имагинации непосредственно в виде конкретного символического персонажа, обозначающего терапевта (ср. виньетку – пар. 7.7.2 – или «рука сверху» в случае г-жи Айхель – пар. 6.5 (18) как символическое представление желаний идеализации). В имагинации перенос проявляется также в поведении пациента по отношению к символическому образу, как в случае г-жи Грюн, размышляющей в первичной имагинации о том, чтобы вырвать цветок, или в заключительной имагинации, в которой она берет с собой из терапевтических отношений желтый порошок подсолнуха как положительную интернализацию того, что ничто не исчезнет.
7. Послания переноса связаны, наконец, и с дополнительным оформлением образа, например, когда пациент представляет

355

приятные расслабляющие сцены, но затем заставляет терапевта беспокоиться, изобразив на рисунке что-то угрожающее.

Следует отметить, что манифестация переноса присутствует не только тогда, когда пациент выражает его непосредственно при встрече с нами или когда мы обнаруживаем что-то необычное или неуместное в процессе имагинации. Перенос может проявляться также косвенно в вычурных, излишне детализированных или искаженных описаниях третьих лиц или в противоречивой манере поведения.

В рамках этого учебника невозможно проследить всю многомерность манифестации переноса. Чтобы более подробно изучить этот вопрос, следует обратиться к соответствующей психоаналитической литературе (см. выше). Однако формы выражения этой манифестации во взаимосвязи с имагинацией необходимо раскрыть немного подробнее.

Уже само предложение имагинации может инициировать готовность к переносу, которая проявляется, например, в специфике психодинамики у пациентов с разными нарушениями. Депрессивный пациент может воспринимать предложение имагинации как то, что он «снова недостаточно» смог проявить себя в беседе. Он будет инсценировать переживание дефицита на имагинативном уровне. Истеричная пациентка может начать

создавать изобилие представлений, почувствовав, что она должна в имажинации раскрыть наконец-то, что пыталась спрятать в беседе. Фобический пациент, который чувствует себя уверенно в беседе и цепляется за присутствие терапевта, считывая с его лица предполагаемые «послания», может теперь ощутить себя «отвергнутым», предоставленным самому себе. Это все равно, что быть «отправленным» родителями поиграть, чтобы не «мешал» или не «нервировал», в то время как он хотел бы быть совсем близко к ним. На имажинативном уровне дело может доходить до избегания контакта или уклонения от представления. Пациенты, которые в эдиповой конкуренции пытаются избежать предэдипового желания поддержки, могут использовать имажинацию для демонстрации своих приключений и скрывать нарциссические потребности.

Парентифицированные пациенты могут с облегчением принять предложение имажинации, поскольку у них появляется возможность расслабиться от утомляющего контакта лицом к лицу с объектом, который препятствует их сосредоточению на себе, поскольку они

### 356

всегда должны предчувствовать любой негативный сигнал могущественного другого. Обычно они представляют свое успешное путешествие в горы как одиночное восхождение. Поражает, что привлекательные для отдыха горные луга и скамейки игнорируются ими, все пронизано ощущением покорности и уныния. Нарциссические пациенты могут недоверчиво обесценить предложение или «выполнить задание», изолируясь от аффектов. Наконец, пациенты, страдающие неврозом страха, могут бояться потерять контроль в процессе имажинации.

Такие «типичные» примеры пациентов служат убедительным доказательством того, что нельзя понимать «позитивное подхватывание» предложения представить образ как «содействие процессу» (ср. две «интерпретации» первичной имажинации в случае г-жи Айхель – пар. 6.3).

Распознавание переноса в КИП-терапии до, во время и после имажинации предполагает одновременный учет и рефлекссию всего сообщаемого, обсуждаемого и воображаемого, а также то, что пациент выражает в ситуативном отношении к терапевту, даже если он не говорит об этом напрямую (например, г-жа Айхель – пар. 6.5 (145) – играет роль «дружелюбной женщины»).

В отличие от любой другой формы психодинамической психотерапии, в КИП-терапии следует обращать внимание на то, что пациент «делает» со мной как с терапевтом, как он ко мне «относится» и как он «встраивает» меня в свою имажинацию и «представляет» в ней. «Я всегда подразумеваюсь», и именно на этом уровне исследуется общий клинический материал. Однако понимание ситуации переноса не всегда так просто и очевидно, как это считается, например, при предложении мотива «Гора» (пар. 7.2): терапевт здесь может восприниматься в соответствии с проблематикой Сверх-Я и Я-идеала пациента как «чуткий», «неприступный», «возвышенный и доминирующий» и т. д. Или в случае г-жи Айхель (пар. 6.5 (352)) в имажинации терапевт является поддерживающим объектом в образе соседки в отличие от материнского имаго.

Поскольку считывание уровня переноса является достаточно сложной задачей, ему необходимо «обучаться» (ср. первичную имажинацию в случае г-жи Айхель – пар. 6.3). Терапевт не должен пытаться выполнить невыполнимое требование понять

соответствующую динамику переноса «сразу» и «точно». С другой стороны, полезно и в значительной степени оправданно осуществлять рефлексии про-

357

могут недоверчиво обесценить предложение или «выполнить задание», изолируясь от аффектов. Наконец, пациенты, страдающие неврозом страха, могут бояться потерять контроль в процессе имажинации.

Такие «типичные» примеры пациентов служат убедительным доказательством того, что нельзя понимать «позитивное подхватывание» предложения представить образ как «содействие процессу» (ср. две «интерпретации» первичной имажинации в случае г-жи Айхель – пар. 6.3).

Распознавание переноса в КИП-терапии до, во время и после имажинации предполагает одновременный учет и рефлексии всего сообщаемого, обсуждаемого и воображаемого, а также то, что пациент выражает в ситуативном отношении к терапевту, даже если он не говорит об этом напрямую (например, г-жа Айхель – пар. 6.5 (145) – играет роль «дружелюбной женщины»).

В отличие от любой другой формы психодинамической психотерапии, в КИП-терапии следует обращать внимание на то, что пациент «делает» со мной как с терапевтом, как он ко мне «относится» и как он «встраивает» меня в свою имажинацию и «представляет» в ней. «Я всегда подразумеваюсь», и именно на этом уровне исследуется общий клинический материал. Однако понимание ситуации переноса не всегда так просто и очевидно, как это считается, например, при предложении мотива «Гора» (пар. 7.2): терапевт здесь может восприниматься в соответствии с проблематикой Сверх-Я и Я-идеала пациента как «чуткий», «неприступный», «возвышенный и доминирующий» и т. д. Или в случае г-жи Айхель (пар. 6.5 (352)) в имажинации терапевт является поддерживающим объектом в образе соседки в отличие от материнского имаго.

Поскольку считывание уровня переноса является достаточно сложной задачей, ему необходимо «обучаться» (ср. первичную имажинацию в случае г-жи Айхель – пар. 6.3). Терапевт не должен пытаться выполнить невыполнимое требование понять соответствующую динамику переноса «сразу» и «точно». С другой стороны, полезно и в значительной степени оправданно осуществлять рефлексии про-

358

цесса, исходя из интерсубъективной парадигмы, например, регулярно задаваться следующими вопросами: «Что означает в переносе, если мой пациент сегодня не может принять мою интервенцию или предложенный мною побуждающий мотив к имажинации?». Или также: «Что я привнес через контрперенос или как я мог повлиять на то, что мой пациент сегодня повел себя так или иначе?». К рефлексии процесса переноса–контрпереноса внутри интерсубъективной парадигмы относится также и вопрос к нам самим: «Насколько мы как терапевты „участвуем“, то есть „становимся причиной“, в этих откликах в целом и в имажинациях в частности» (пар. 7.7.2).

Например, в случае г-жи Грюн ее отказ погрузиться в имажинацию перед самым экзаменом мог рассматриваться слишком упрощенно как дозирование стресса в значении

копинг-стратегии. Однако, исходя из динамики переноса, можно говорить, что здесь проявился также ее страх потери контроля или неосознаваемая защита от столь же неосознаваемого опасения показаться слабой или «глупой» перед проективно строгим, неэмпатичным визави. Анализ контрпереноса показывает, что усиление страха было спровоцировано разочарованием из-за сдержанной реакции терапевта на пожелание пациентки сделать перерыв в терапии (рефлексия окончания среднего этапа терапии в случае г-жи Грюн).

#### **7.7.5. Работа с контрпереносом**

Под контрпереносом мы понимаем совокупность эмоциональных реакций терапевта на пациента, что подразумевает также и их частичную неосознаваемость. Контрпереносом считается также реакция аналитика на предложенный пациентом перенос, активирующая его раннюю объектную модель, что является источником нарушения терапевтического процесса или препятствует стараниям повернуть пациента к собственному бессознательному как к «принимающему органу». Это объясняется недостаточностью собственного анализа терапевта, его «остаточным неврозом». Предложенное Паулой Хайманн в 1950 году переформулирование данного понятия может быть здесь лишь упомянуто, но оно является радикальным и должно быть принято во внимание, поскольку контрперенос на сегодняшний день остается основным диагностическим терапевтическим инструментом, а его понимание – базовой компетенцией психодинамических терапевтов.

#### **Экскурс II. Сцена**

*Под сценой понимается «моментальное запечатление» терапевтической ситуации, в которой – в действии или поведении пациента – проявляются неосознаваемые эпизоды отношений, актуализированные через перенос (Klüwer, 2002). Действие или поведение осуществляется быстро и как бы невзначай. Например, пациент при разговоре передвигает предмет на столе, или вдруг встает и открывает окно, или сразу же при первой встрече устремляется к креслу терапевта.*

*Выражение «сцена» вписывается в контекст таких понятий, как: агирование, отыгрывание и диалог действия. Термин «агирование» изначально ассоциировался с действиями, которые пациент «воспроизводит» на месте воспоминаний, и получил негативную коннотацию в значении нежелательной или даже незрелой реакции. Однако в дальнейшем понятие «агирование», или отыгрывание, приобрело более широкое значение: с одной стороны, по-прежнему это сопротивление воспоминаниям, с другой – взаимодействие с биографическим опытом, который еще недостаточно был представлен вербально и потому «инсценировался» в первую очередь. В последнем значении агирование сегодня рассматривается как необходимый элемент аналитического процесса. В данной положительной коннотации чаще используется слово «инсценирование», от которого и образовано понятие «сцена» (Mertens, Waldvogel, 2000).*

*Когда сцены состоят из поведенческих паттернов и форм взаимодействия, которые активируются переносом и относятся к неосознаваемому, в основном раннему и/или травматическому опыту (см. три подробных примера в пар. 6.4: плед, вручение подарка, прятки тела в случае г-жи Айхель), говорят о диалоге действия (Klüwer, 1983), когда речь идет о пассивном содействии аналитика (см. сцена с бутылками в пар. 6.5*

(381)), диалог действия осуществляется обеими сторонами по нескольким маршрутам, как активно, так и пассивно. Таким образом, материал опыта отношений, который до этого еще не был вербализован, становится доступным для дальнейшей аналитической обработки. В частности, Аргеландер (Argelander, 1992) отмечал, что сценическое понимание предоставляет собственно возможность для понимания бессознательного.

В контрпереносе сцена воспринимается чаще всего как нарушение границ, вследствие чего пациент привносит в процесс терапии травматический или не имеющий возможности выражения опыт отношений. Поэтому для расшифровки сцен важно, чтобы терапевт внимательно отслеживал свой контрперенос. Это его «путеводитель» для регистрации, расшифровки и интерпретации сцен.

Для регистрации сцен требуется парящее внимание, поскольку сцены, в противоположность словам, легко ускользают от внимания. Штрек (Streeck, 2004) при помощи анализа видеозаписей ритуалов приветствия, прощания и других мимолетных проявлений языка тела в терапии – он называл их случайностями, микродействиями – показал, насколько многообразны проявления сценических сигналов.

Расшифровка сцен начинается с самостоятельной работы понимания, происходящей внутри терапевта (пар. 7.7.5). Все дальнейшие сообщения пациента затем связываются не только с зафиксированными сценами, но и с внутренними предположениями, которые приводят к проясняющим вопросам, дающим общее понимание. Например: «Могло бы быть такое, что...», «Я связываю это с...», «Как это можно было бы понять?», «Что проигрывается там внутри?».

Сценическое понимание часто накапливается пациентом в виде ага-переживания в моменты представленных ему интерпретаций. Поскольку сцена часто касается «ненамеренной случайности» и связана с неслучайным опытом пациента, а также с основным используемым языком – языком тела, зачастую наполненного стыдом, она может плодотворно интерпретироваться тогда и только тогда, когда в терапевтических отношениях существует доверие, перевешивающее возможную обиду и этот стыд. Зачастую сцены, которые терапевт замечает во время сеанса, могут быть обработаны значительно позже, когда удастся достичь совместного понимания. С другой стороны, доверие возникает именно благодаря совместному сценическому пониманию. Поэтому важно стимулировать это заблаговременно с необходимой тактичностью. Если сценический материал не усваивается или не обрабатывается, возникает опасность уменьшения стабильности защит и неудовлетворительного результата терапии.

Сегодня в концепции контрпереноса выделяется непатологическая форма проективной идентификации. Соответственно, на практике контрперенос понимается, прежде всего, как манифестация того, что пациент не в состоянии обработать самостоятельно и потому «помещает» в терапевта. Терапевт проективно «принимает» этот материал и проживает его внутри себя. Такая связь между интрапсихической ситуацией пациента и интерперсональным процессом описывает главную идею сегодняшнего обращения с контрпереносом. Такое понимание контрпереноса больше не различает, имеет ли эмоциональная реакция терапевта свои источники в пациенте или в терапевте. Также признается, что чаще всего невозможно решить, в какой степени это является ответом на поведение паци-

ента в переносе, а в какой происходит из конфликтов самого терапевта, тем более что мы сами подвержены в жизни разнообразным изменениям. Наши эмоциональные реакции в процессе терапии зависят не только от качества завершеного учебного анализа и пройденных супервизий и не только от того, «в какой мы сегодня форме», но и от актуальных конфликтных нагрузок, которые могут встречаться у нас (как и у всех других людей) в форме разнообразных кризисов и судьбоносных событий и влиять на наш отклик. Однако хорошее самопознание позволяет безбоязненно сталкиваться с подобным новым опытом, а также длительное время сохранять «источник контрпереноса» свежим и живым, воздавая должное пациенту. По этой причине нам постоянно требуется сопровождение нашей профессиональной деятельности в форме интервизий и супервизий.

На практике рекомендуется исходить из того, что реакции в контрпереносе представляют собой некую смесь: что-то может быть индуцировано пациентом, а что-то привносится собственными конфликтами терапевта. Все эти процессы следует воспринимать и рефлексировать непредвзято. Подобная рефлексия зачастую показывает, что в каком-либо конкретном случае контрперенос может возникнуть на одном из двух полюсов: например, не пациент повлиял на мою усталость, а я сегодня просто не выспался, или моя грусть возникла не на фоне моей собственной недостаточной проработки опыта потери, а по причине проективной идентификации пациента.

Однако перед тем, как рефлексировать, необходимо сначала отследить в себе манифестацию контрпереноса. «Совокупность эмоциональных реакций терапевта на пациента» может включать мысли, чувства, телесные ощущения, различные импульсы и фантазии, которые возникают в нас во время сеанса, а также и позже, когда мы осознанно размышляем о пациенте или вдруг что-то проявляем неосознанно, например, во время чтения книги или просмотра фильма, во время выполнения домашней работы или занятий спортом, вплоть до сновидений, порожденных контрпереносом. Необходимо всякий раз рефлексировать эти реакции в соответствии с их смыслом, и эта задача имеет важное, часто решающее значение для понимания терапевтического процесса: «Почему я чувствую себя с этим пациентом нетерпеливым, грустным, парализованным, воодушевленным или почему время тянется с ним так мучительно долго?», «Почему мне как-то не по себе на этом сеансе – я напряжен и задыхаюсь?», «Почему я начинаю сомневаться в своей компетентности, у меня на-

растает чувство вины или я непривычно активен?», «Что означает мое стремление поставить пациента на место, „всыпать“ ему разок, взять его в руки или даже „на руки“?».

Исследование внутренних реакций в КИП происходит так же, как и в любой другой психодинамической терапии. Различие заключается лишь в том, что эти реакции, конечно же, могут возникать дополнительно и во время имажинаций. Это можно проиллюстрировать следующим примером: 39-летний шизоидный пациент на побуждающий мотив «Луг» представляет площадь, «полную воды», и сразу же ныряет в эту воду. Терапевт наивно предполагает, что пациент спонтанно раскрылся и готов соприкоснуться со своим бессознательным и что он может теперь сопровождать этого пациента в его «погружении на морское дно души». В действительности же терапевт

ощущает в своем контрпереносе дискомфорт, отчуждающую от пациента дистанцию и чувство разочарования, что к нему невозможно приблизиться. При этом терапевту становится понятно, что речь идет не о спонтанном погружении в область бессознательного, а о том, что пациент «нырнул» из отношений с ним. Затем терапевт побуждает пациента «вынырнуть» и остаться на «поверхности». После этого терапевт снова чувствует себя в контрпереносе ближе к пациенту. В последующих имагинациях терапевт намеренно предпочитает оставаться на уровне поверхностно-чувственного восприятия пациента, так как предполагает, что это достаточно безопасный путь приближения к более аффективно заряженным темам.

Работа с контрпереносом, как правило, не вызывает проблем, если существует нейтральное или дружелюбно-благожелательное отношение терапевта к собственному внутреннему пути, к внутреннему пути пациента и к его конструктивно переживаемым столкновениям с самим собой в совместном терапевтическом процессе. Все осложняется, если мы замечаем у себя реакции, которые, как в описанном примере, содержат негативные или откровенно враждебные и чрезмерные аффекты и импульсы. Это может выражаться как ситуативная реакция в виде определенных утверждений или поведения, но мы также можем фиксировать в себе это как общее поведение и установку в отношении пациента. Если реакции контрпереноса развиваются медленно, это, как правило, соответствует невротическому уровню структуры пациента. Быстро и интенсивно развивающаяся реакция контрпереноса возникает чаще всего в работе с пациентами со структурным нарушением Я и зачастую сопровождается оше-

ломляющим страхом от соприкосновения с травматическим опытом (например, во время первичной имагинации в случае г-жи Грюн при вырывании цветка). Вместе с этим был выделен один из аспектов, который делает рефлексии контрпереноса полезным терапевтическим «инструментом».

Важность его раскрывается благодаря введенным Ракером (Rakker, 1978) понятиям комплементарной (дополнительной) или конкордантной (согласованной) идентификации. Мои переживания как терапевта в контрпереносе могут быть идентичными переживаниям пациента, касающимся первичных отношений: я могу себя чувствовать, например, «отвергнутым» пациентом так же сильно, как он чувствовал себя, будучи ребенком, отвергнутым родителями. Мы говорим в этом случае о конкордантном контрпереносе. Пациент отождествляется при этом со своими первичными объектами и «разрешает мне чувствовать» себя так, как он чувствовал себя «тогда» (см. виньетку в пар. 7.7.2).

Если я, напротив, реагирую на пациента так, как это обычно делали и делают первичные объекты или нынешние партнеры по отношениям – могу разочаровываться, раздражаться, осуждать, – в таком случае я идентифицируюсь комплементарно. При этом я соответствую общепринятым ролевым ожиданиям пациента, чьи родители разочарованы им или раздражаются на него и чья партнерша, раздражаясь от «разочарования», осуждает его (Rosendahl, 2007). Исходя из этого, становится понятно, насколько важным аспектом профессиональной компетенции является восприятие терапевтом данных реакций контрпереноса без их отыгрывания. Эта компетенция заключается, прежде всего, в том, чтобы аффективно дистанцироваться от реакций контрпереноса, чтобы рефлексировать их и даже быть в состоянии с интересом их исследовать.

Рефлексия этих двух позиций в контрпереносе дает мне важную информацию о внутреннем объектном мире пациента. На основе комплементарной идентификации я в качестве терапевта могу ощутить, как нынешние и прежние референтные лица чувствовали и чувствуют себя по отношению к пациенту или обходились и обходятся с ним. С позиции конкордантной идентификации я могу ощутить, как пациент чувствует или чувствовал себя здесь и где-то в другом месте. Если я ощущаю беспомощность и обесценивание, поскольку пациент избегает моих интервенций, я понимаю, что в данный момент он идентифицируется со своими обесценивающими первичными объ-

363

ектами. Как терапевту мне больше не нужно полагаться на аффективно скудные описания пациентом своих родителей. Я могу непосредственно, вплоть до телесной реакции «на собственной шкуре» испытывать его переживания. (Например, в случае г-жи Айхель – пар. 6.5 (168) – аналитик, отслеживая напряжение в контрпереносе вплоть до телесного ощущения, выбирает мотив «Гора». Также и в других ситуациях этого случая можно заметить, как аналитик проективно идентифицируется с пациенткой и наблюдает свое внутреннее состояние, которое соответствует переживаниям пациентки.)

Использование терапевтом рефлексии контрпереноса означает, что он не будет отыгрывать возникший импульс. При этом даже неспециалисту понятно, что мы не должны, исходя из контрпереноса, взаимодействовать с пациентом ни агрессивно, ни резко и не должны реагировать на враждебную провокацию яростным отказом от терапии. Столкнувшись с лестью, не следует в знак благодарности отвечать похвалой на похвалу. Вместо этого необходимо спросить себя, из какого ролевого ожидания пациента исходит давление и чего, возможно, боится пациент. Исходя из профессиональной позиции, следует задаться вопросом: «Где не следует проявлять заботу и дружеское участие?». Конечно же, особенно в начале терапии терапевт не только будет эмпатийно вслушиваться в своего пациента, но и поддерживать его. Все же в дальнейшем, как правило, имеет смысл при остающемся без изменений эмпатийно-понимающем поведении (пар. 7.1) быть более сдержанным и не сбиваться на постоянное ободрение пациента, как мог бы поступить сострадательный врач общей медицинской практики. Такая форма взаимодействия стала обычным явлением для некоторых «травматерапевтов» – приверженцев концепции жизнестойкости в противовес совместному процессу рефлексии, отражающему переносы, например, как это изложено у Штайнера и Криппнера (Steiner, Krippner, 2006). Очень часто для пациента может быть намного полезнее, а для терапевта намного сложнее, когда терапевт держит в себе скорбь пациента, сопереживая ему внутренне, а не утешая его поспешно словами, жестами или даже конкретным предложением проведения имажинации. Возможно, пациент в данный момент чувствует скорбь, которую он ранее никогда не мог позволить себе почувствовать и показать. Что-то очень важное в нем разбудило переживание и желание поделиться этими чувствами, и если начать с этим снова что-то делать (например, так называемые «упражнения стабилизации»), то это

364

было бы антитерапевтично. Как известно из практики супервизий, многим новичкам обычно с трудом дается понимание такой терапевтической реакции как чего-то превратного, как пособничество терапевтическому желанию отыграть особым образом – сначала дать пациенту, а затем лишить его возможности самому найти путь к тому, как позаботиться о себе. Это, в свою очередь, в полной мере относится и к терапевтическим действиям во время имагинации, что можно иллюстрировать следующим примером: депрессивный пациент представляет безжизненный ландшафт пустыни и неосознанно мимоходом привлекает внимание терапевта намеком на оазис на горизонте. Одновременно с этим он демонстрирует беспомощность, провоцируя этим терапевта, чтобы он захотел вывести его из пустыни к оазису. В зависимости от того, насколько контролируемо терапевт воспринимает и рефлексировывает контрперенос, имагинация может развиваться в различных направлениях. Одним из вариантов будет неблагоприятное повторение депрессивных переживаний неполноценности: пациент не достигнет оазиса, терапевт также будет испытывать себя неполноценным. Или пациент на основе неосознаваемой фантазии терапевта о его спасении будет суггестивным образом приведен к оазису, что оживит переживание беспомощности со стороны пациента и его неосознанное желание оставаться зависимым от внешней помощи. И, наконец, имагинация может способствовать проработке собственных новых образцов восприятия и действий при помощи прямых и косвенных интервенций подбадривания («Что могло бы быть полезным сейчас?», «Что могло бы вам помочь?», «Что вас останавливает сейчас?» и т. д.). Такой вариант дает пациенту шанс отказаться от деструктивного оформления сцен и продуктивно их изменить. Это становится возможным, если пациент способен принять послание, содержащееся в интервенции терапевта «Я вам доверяю!».

В параграфе 3.6 уже указывалось на проблематику, связанную с завершением имагинации. Например, терапевт оттягивает ее завершение, поскольку чувствует, что «что-то еще не достигнуто», или что-то «недостаточно проработано», или, по его мнению, пациент еще не достиг «хорошего места» или «завершения». Зачастую речь здесь идет об отыгрывании, возможно, альтруистического контрпереноса или частично отрефлексированной, проективно воспринимаемой фантазии чувства вины, что он «недостаточно хорош» для пациента.

Терапевтическая польза от непосредственного выражения контрпереноса зависит от множества факторов. В целом считается, что не отрефлексированное выражение реакций контрпереноса ни в коем случае не способствует процессу терапии. Если эти реакции все же выходят наружу, то это должно происходить в рамках определенных задач, как это обычно бывает с пациентами со слабой структурой в интеракционном аналитическом методе (Heigl-Evers et al., 1993). Это практически без ограничений вполне применимо также и к терапевтическому поведению в работе с имагинациями. Как говорилось в другом параграфе (пар. 7.2), специфика мотива тесно связана с контрпереносом. Предложение побуждающего мотива, многократно показанное во всех трех случаях, в какой-то степени является отрефлексированным символическим выражением контрпереноса, что, в свою очередь, влияет на динамику переноса. Рефлексия контрпереноса предполагает, что он осознается и понимается. Однако часть реакций контрпереноса остается неосознанной и будет осознана лишь в дальнейшем. Это и нехорошо, и неизбежно. Нехорошо потому, что

контрперенос, отыгранный терапевтом, может со своей стороны повлиять на перенос пациента. Это чаще всего происходит в форме подтверждения дисфункционального паттерна: своим апатичным поведением, жалостью к себе пациент вызывает во мне нетерпение и готовность к упрекам, и я веду себя так же комплементарно, как и другие по отношению к нему. Только по ходу терапевтического процесса такие включения становятся более понятными и предотвратимыми. Существуют самые различные признаки, помогающие отследить эти процессы. Они связаны в основном с отклонениями от обычной терапевтической работы или заключаются в ошибочных действиях. Например, я как терапевт забываю о сеансах с данным пациентом, путаю его имя, разговариваю с ним о личной жизни, превышаю время сеансов, излишне вступаю за него в реальной жизни, чрезмерно эмоционально сообщаю о нем другим или веду себя на сеансах непривычным образом: более конфронтационно или более инициативно, чем обычно, часто его прерываю или допускаю его уклоняющееся поведение и т. д. Если такое включение инсценируется (экскурс 11: Сцена), то мы говорим о «диалоге действия» (Klüwer, 1983), который последовательно управляется тайным сговором в переносе–контрпереносе. Исследование данного процесса и дистанцирование от него являются важной частью терапевтической работы. Однако, если на Терапевтическая польза от непосредственного выражения контрпереноса зависит от множества факторов. В целом считается, что неотрефлексированное выражение реакций контрпереноса ни в коем случае не способствует процессу терапии. Если эти реакции все же выходят наружу, то это должно происходить в рамках определенных задач, как это обычно бывает с пациентами со слабой структурой в интеракционном аналитическом методе (Heigl-Evers et al., 1993).

Это практически без ограничений вполне применимо также и к терапевтическому поведению в работе с имажинациями. Как говорилось в другом параграфе (пар. 7.2), специфика мотива тесно связана с контрпереносом. Предложение побуждающего мотива, многократно показанное во всех трех случаях, в какой-то степени является ототрефлексированным символическим выражением контрпереноса, что, в свою очередь, влияет на динамику переноса.

Рефлексия контрпереноса предполагает, что он осознается и понимается. Однако часть реакций контрпереноса остается неосознанной и будет осознана лишь в дальнейшем. Это и нехорошо, и неизбежно. Нехорошо потому, что контрперенос, отыгранный терапевтом, может со своей стороны повлиять на перенос пациента. Это чаще всего происходит в форме подтверждения дисфункционального паттерна: своим апатичным поведением, жалостью к себе пациент вызывает во мне нетерпение и готовность к упрекам, и я веду себя так же комплементарно, как и другие по отношению к нему. Только по ходу терапевтического процесса такие включения становятся более понятными и предотвратимыми. Существуют самые различные признаки, помогающие отследить эти процессы. Они связаны в основном с отклонениями от обычной терапевтической работы или заключаются в ошибочных действиях. Например, я как терапевт забываю о сеансах с данным пациентом, путаю его имя, разговариваю с ним о личной жизни, превышаю время сеансов, излишне вступаю за него в реальной жизни, чрезмерно эмоционально сообщаю о нем другим или веду себя на сеансах непривычным образом: более конфронтационно или более инициативно, чем обычно, часто его прерываю или допускаю его уклоняющееся поведение и т. д. Если такое включение инсценируется (экскурс 11: Сцена), то мы говорим о «диалоге действия» (Klüwer, 1983), который последовательно управляется тайным сговором в переносе–контрпереносе.

Исследование данного процесса и дистанцирование от него являются важной частью терапевтической работы. Однако, если на

366

блюдается сопротивление осознанию нашего контрпереноса, мы говорим о сопротивлении контрпереноса. Аналогично сопротивлению переноса пациента сопротивление контрпереноса направлено против осознания неприятных, болезненных, недостаточно хорошо согласованных с нашим представлением о себе и неприемлемых для нас, терапевтов, аффектов.

Это возможно иллюстрировать на примере обучающей группы. Одна из участниц представляет образ по мотиву «Желание быть подвезенной / Автостоп», в качестве терапевта ее сопровождает коллега:

– Я иду по узкой сельской дороге, темно, вечер, светит луна, ясное небо, луна полная, поэтому относительно светло, хотя и ночь. У меня такое чувство, что есть еще какая-то дорога, здесь еще нет домов – скудный ландшафт. Как в Америке. Совсем тихо. Я радуюсь, что скоро буду дома и хочу быстрее прийти. Однако быстро идти тоже приятно.

– Во что ты одета?

– Легкая одежда, летняя куртка, приятный теплый вечер... Я спрашиваю себя: Похоже, я слышу какие-то звуки. Возможно, что-то там едет. Я осматриваюсь, но тут низина, и я не могу ничего разглядеть. Я иду дальше, но все же слышу шум мотора. Мощный рев. Появляется старенький пикап, на нем несколько царапин, я замедляю ход. Машина проезжает мимо и останавливается где-то через 20 метров... Выходит мужчина. Он выглядит дружелюбным и спрашивает, может ли он меня подвести.

– Ты можешь его описать?

– На нем водолазка и вельветовые брюки, в машину погружено что-то для сельской усадьбы: что-то вроде корма, кукуруза, солома – как будто у него есть хозяйство. Это все не подходит ему, он больше похож на городского жителя. Как будто он едет с работы из города. Он спрашивает, может ли он меня подвести. Мне становится легче. Было бы хорошо ехать вместе – я его проверяю, насколько он достоин доверия.

– И что? Как ты его воспринимаешь?

– Машина, вещи, он такой жизнерадостный и дружелюбный. Я думаю: хорошо, что мне не нужно будет спешить. И ехать на пикапе, наверное, было бы весело. Я сажусь. Карабкаюсь наверх, он то

367

же садится. Машина кажется старой, кожа, гладкие сиденья. Он слушает музыку, которая мне тоже нравится, свинг, джаз.

– Да, что-то еще? Как там пахнет?

– Немного пахнет соломой. Я опускаю стекло, кладу локоть наружу, наслаждаюсь ездой. Очень тихо. Я размышляю, о чем можно было бы поговорить, поскольку мы молчим.

– Как это ощущается на телесном уровне?

– Немного напряженно... Сейчас он начинает болтать. У него это получается достаточно непринужденно. Рассказывает, откуда он. Я расслабляюсь на фоне его рассказа. Я рада, что он делает это. Контакт налажен, и не я должна проявлять инициативу. Между нами все

совершенно непринужденно, ничего, что было бы слишком откровенно. Похоже, что так продлится еще какое-то время. Я откидываюсь назад, просто еду.

– Чего бы тебе сейчас хотелось?

– Я хочу пить. Тут картинки у него в машине: индийский Кришна или что-то такое.

– А что с твоим желанием пить?

– Тут попадается придорожное кафе. Он спрашивает, нужно ли нам остановиться. Я одобряю это и говорю, что хочу пить и нахожу это хорошей идеей. Мы выходим из машины, заходим вовнутрь, тут скорее как в баре. Большая барная стойка со множеством бутылок. Я сажусь за стол и заказываю колу. Он садится напротив меня и тоже пьет колу. Я чувствую себя хорошо. Получился прекрасный вечер, я не ощущаю себя больше уставшей. Теперь мне интересно, что будет дальше.

– Да, я предлагаю, чтобы ты сейчас завершила имагинацию.

Участники и участницы группы сказали, что были заинтригованы: «...как напряжение переходило от негативного к позитивному» полюсу, «Мужчина был симпатичным», «Я была совершенно разочарована, когда все закончилось», «Фильм оборвался на самом интересном месте». Имагинация была воспринята «будоражащей», «доступной для понимания», «не угрожающей», «в баре было увлекательно», в целом присутствовало сожаление о внезапном завершении.

Терапевт, сначала рационализируя, обосновала завершение имагинации тем, что «закончилось» время. Затем она, отвечая на вопро

сы о своих интервенциях, высказала некоторые идеи. «При упоминании Кришны я подумала о Камасутре», и у нее появилось желание защитить коллегу, находящуюся в процессе имагинации. Это было расценено как самой коллегой, представляющей образ, так и группой как нечто неуместное. Протагонист полагала, что она сама смогла бы надлежащим способом регулировать состояние близости-удаленности. В ответ на это коллега приблизилась к пониманию своего контрпереноса. Она защищалась от собственных эротических желаний и от чувства зависти относительно возможной дальнейшей близости, которая затем могла появиться в образе. Вероятно, ей было бы тяжело перенести этот момент, оставаясь только свидетельницей дальнейшего эротического сближения. Она также отметила сомнение в собственной привлекательности и чувство соперничества.

Соппротивление контрпереноса, как можно наблюдать на этом примере, часто рационализируется. Например: «Этот пациент такой беспомощный. Ему все время что-то угрожает, и потому он нуждается в моем участии даже в выходные дни. А другой такой обидчивый, поэтому ему не надо пенять за нарушения правил» и т. д. Если я переоцениваю пациента, который затем не очень хорошо продвигается в терапии, и, если мне это непонятно, это может привести также к отыгрыванию контрпереноса. Например, когда я предлагаю ему «еще больше» сеансов даже в каникулы, чтобы не признавать свою ошибку, или отказываюсь от него, говоря, что ему лучше поможет «пребывание в клинике». Также отыгрывание возможно, когда КИП-терапевт думает о перспективе использовать «имагинацию как средство проживания переживаний», поскольку надеется, что неожиданно «всплывет что-то интересное» и пациент «наконец» через воображение

«приблизится к своим чувствам». Здесь речь может идти об отыгрывании конкордантной фантазии спасения пациента.

Отыгрывание сопротивления контрпереноса может также возникнуть из бессознательной идентификации терапевта с привычно воспринимаемой моделью поведения терапевта. Это имеет место, когда КИП-терапевты следуют уже раскритикованной выше задаче добиться, чтобы пациент чувствовал себя на сеансе терапии лучше, чем в реальной жизни. Они предлагают имажинации на мотивы «хороших» и «приятных» мест. Соответственно, этот необходимый и уместный на определенных этапах терапии психотравмы процесс (Steiner, Krippner, 2006) становится привычным сопротивлением контрпереноса, если он принимается в качестве основной

369

позиции. Терапевты защищаются таким образом от негативного переноса. Они хотели бы быть «хорошими» в смысле «кормящими» терапевтами и компенсировать пациенту в процессе лечения то, чего он до сих пор, исходя из его биографического опыта, не имел и воспринимал как что-то болезненное. Это можно расценивать в качестве позиции осознанной или неосознанной манипуляции переносом с использованием суггестивных возможностей имажинации, что фундаментально противоречит базовой позиции, представленной в этой книге (пар. 7.1).

Мы еще раз подчеркиваем это здесь, поскольку рефлексия контрпереноса и возможного сопротивления контрпереноса имеет фундаментальную этическую импликацию. Во-первых, мы только так можем удовлетворить пациента и его намерение измениться. Мы должны при этом понимать, какой значительной жизненной инвестицией является само начало терапии. Во-вторых, мы только вредим пациенту, если мы – это подразумевает терапевтическая абстиненция – в терапевтическом процессе осознанно или неосознанно отыгрываем собственные желания. Например, желание успеха терапии по нарциссическим причинам, желание держать пациента в зависимости, чтобы защититься от собственных страхов сепарации, использование терапии как замены отношений и т. д. В этой чрезвычайно важной области настоятельно рекомендуется постоянно поддерживать внешнюю триангуляторную перспективу через регулярные супервизии и интервизии.

#### **7.7.6. Практические рекомендации по проработке сопротивления и анализу переноса в КИП**

Проработка сопротивления начинается с того, что терапевт в контрпереносе ощущает настороженность или дискомфорт или он определенно чувствует, что в терапевтическом процессе наблюдается застой и обычная открытость пропадает, и т. п., как было уже изложено выше. Очень часто он обращает внимание на сопротивление, когда видит недостаточное или неадекватное эмоциональное участие пациента, которое затем отслеживает также и у себя: он устает, скучает, злится. Терапевт замечает свои ошибочные действия. Например, он может забыть о сеансе именно с этим пациентом или испытывать желание сократить частоту сеансов. Как описано выше, все это является феноменами динамики переноса–контрпереноса

370

Раньше или позже в зависимости от терапевтического опыта и интенсивности своего сопротивления контрпереносу терапевт начинает спрашивать себя: «Почему процесс идет не так хорошо, как прежде? Что здесь не так?».

На втором этапе терапевт пытается понять мобилизованный в терапевтических отношениях конфликт отношений, лежащий в основе сопротивления. В этом ему помогают знание биографии пациента и собственные психодинамические гипотезы, но, прежде всего, рефлексия контрпереноса. Учитывая все это, он может спросить себя: «Какое значимое и находящееся под защитой желание отношений пациента с важными референтными лицам снова привело нас к разочарованию из-за мобилизованного во мне пациентом способа взаимодействия с ним?». Иногда целесообразно вспомнить гипотезы о центральных неосознаваемых желаниях пациента, касающихся отношений, как они были выражены в первичной имажинации и сформулированы в отчете эксперту. Нередко необходима дальнейшая рефлексия, что и почему «выпадает», что «забывается» по причине собственной вовлеченности в динамику контрпереноса.

Терапевт фантазирует и размышляет, почему пациент может испытывать страх, разочарование, обиду и т. д. Благодаря такой внутренней работе терапевта, которую он проводит самостоятельно, чтобы понять конфликт отношений между ним и пациентом, терапия уже на этом этапе часто начинает протекать более благоприятно. Это происходит в определенной степени и за счет почти всегда незаметной совокупности операций по выравниванию процесса контрпереноса – без обсуждения с пациентом предпосылок сопротивления (см. в случае г-жи Грюн окончание промежуточного этапа терапии).

Будет ли, и если будет, то как станет рассматриваться сопротивление на третьем этапе его обработки (случай г-жи Мусат – пар. 4.4 (12), 4.5 (18)), станут ли предметом обсуждения в терапии находящиеся во взаимосвязи с сопротивлением динамика переноса и контрпереноса (анализ переноса), зависит от многих обстоятельств:

- о Сначала терапевт должен решить, достаточно ли ему его собственных инсайтов относительно динамики (этап 2). Каждый анализ сопротивления – это шанс подойти ближе к инсайтам и изменениям, к которым пациент осознанно стремится и которых неосознанно избегает из-за страха. Каждая обработка сопротивления приводит в движение

371

- о страх, поскольку способствует осознанию чего-то постыдного, болезненного или еще чего-то, до этого находящегося под защитой. Работа с сопротивлением является терапевтической возможностью отрегулировать оптимальный уровень страха (пар. 7.3). Мобилизация страха может принести пользу терапевтическому процессу или же, если пациент перенапряжен, навредить ему. Именно для пациентов с нарушенной структурой, как это наблюдается в случае г-жи Грюн (глава 5), терапевтически полезна косвенная работа с сопротивлением.
- о Обработка сопротивления не вызывает сильного страха, если она не связывается с переносом, то есть хотя бы сначала протекает изолированно от анализа переноса. В рамках психодинамической краткосрочной терапии, как правило, отказываются от интерпретации переноса, тем более что здесь с самого начала наблюдается стремление к ограничению его динамики. Перенос должен рассматриваться здесь

лишь в том случае, если он начинает доминировать над процессом терапии, то есть если перенос становится устойчивым к сопротивлению, которое не ведет к модификации терапевтического процесса, или если процесс зашел в тупик из-за устойчиво негативного, эротически-сексуального или искажающего идеализированного переноса.

В КИП, например, терапевт может в течение длительного времени наблюдать, ориентируется ли пациент на него в процессе имажинации или, напротив, выражает сопротивление задачам, заложенным в мотиве. Игнорирование (сознательное или бессознательное), молчание или определенные знаки, выраженные символически на имажинативном уровне, такие как туман, препятствие, пауза в потоке имажинации и многое другое, являются характеристиками такого сопротивления переноса. Они должны не только распознаваться, но и обрабатываться, чтобы гарантировать и повышать эффективность терапии. Это может происходить также непосредственно в имажинации (пар. 7.3).

Внимание, направленное на терапевта, может быть обработано с помощью его повторного призыва: «Почувствуйте снова, действительно ли это то, чего вы сейчас хотите». Если сопротивление выражается посредством того, что при за-

372

данных параметрах мотива представляются другие образы (вместо «горы» – «животное», вместо «животного» – «дерево» и т. д.), необходимо сначала, следуя сопротивлению, помочь сформировать данное направление имажинации, которое предоставит терапевтически релевантный материал, чтобы в ходе дальнейшей терапии сфокусироваться на содержании, изначально попавшем под действие защит.

- о Если терапевт решается на раскрытие сопротивления через вербализацию, он должен осознавать связанную с этим мобилизацию аффектов. Сопротивлением пациент регулирует терапевтические отношения и меру своей конфронтации. Если терапевт решается на анализ сопротивления, он вмешивается в этот бессознательный баланс. Если этого не будет происходить, то терапия не будет отличаться от просто полезной беседы с неспециалистом, однако если же это будет происходить в слишком конфронтующей манере, пациент может повысить уровень сопротивления и при необходимости прервать терапевтические отношения. Следует еще раз подчеркнуть, что выбор правильного порядка действий затрагивает область основных терапевтических компетенций, которые нельзя изучить по книгам, для них нельзя сформулировать какие-либо общие инструкции.
- о Все-таки стоит отметить, что по названным причинам целесообразно начинать обработку сопротивления в форме осторожных вопросительных, избегающих любые обвинения, тактично заинтересованных интервенций. Вот только один пример: «Мне стало заметно, что вы в последнее время все чаще стали терять первые минуты вашего сеанса, поскольку опаздываете. Что могло бы послужить причиной? Я хотел(а) бы это лучше понять». Такая формулировка более располагает к установлению понимания, нежели просто нейтральное высказывание: «Я замечаю, что вы в последнее время часто опаздываете», – в котором пациент может почувствовать себя критикуемым и будет хвататься за рациональные оправдания, не способствующие пониманию. Однако даже и это

можно обсуждать: «Возможно, вы чувствуете критику с моей стороны, но я хотел(а) бы просто понять, что происходит». Но все же это чаще всего не позволит легкоуязвимо

373

му пациенту «поверить» в заинтересованность терапевта (ср. случай г-жи Айхель – пар. 6.5 (452)) и, скорее всего, приведет к усилению сопротивления. В рамках предложенного примера можно также в зависимости от реакции пациента продолжить: «Было ли что-то в моей манере обращения с вами на последнем сеансе, что вас раздражало или беспокоило? Возможно, это что-то совсем незначительное?» Таким образом можно попытаться в совместном диалоге обсудить причины сопротивления.

- о Дальнейшая интервенция могла бы быть интерпретацией переноса, которую можно сформулировать гипотетически примерно так: «Я предполагаю, что вы могли бы переживать по поводу моего замечания, как вы описывали мне это в ситуации с вашим начальником, а ранее – с вашим отцом, будто и я не воспринимаю вас всерьез».
- о В беседе, объединяющей анализ сопротивления и переноса, можно постараться совместно прояснить причины определенного поведения. Например, для пациента под влиянием переноса может быть важно не делать именно то, чего, как он предполагает, ждет от него терапевт.

В краткосрочной психодинамической терапии процессы переноса, наблюдаемые в терапевтических отношениях, раскрываются, как правило, имплицитно. Их тематику стараются ограничивать за счет фокусирования на промежуточных целях и отказа от поддержки регрессии, что снижает их интенсивность. Напротив, в аналитической психотерапии возрастающее эксплицитное понимание динамики переноса становится важным средством желаемых терапевтических изменений. При помощи анализа переноса у пациента есть неповторимый шанс внутри поддерживающих его терапевтических отношений одновременно переживать и признавать возникающие по отношению к терапевту желания, связанные с чувствами стыда, страха и вины. Непосредственность такого аффективного переживания в аналитических отношениях реально дает уникальную возможность интериоризовывать новый опыт отношений. Вспоминается формулировка З. Фрейда (Freud, 1912, S. 374): «...ибо, в конце концов, никого нельзя убить *in absentia* или *in effigie*!» – аналитик

<sup>1</sup> Заочно или символически (лат.).

374

вовлекается в болезнь пациента, эта болезнь должна протекать в аналитических отношениях, и только на «поле сражения переноса» она может быть побеждена.

Случай г-жи Айхель показывает, как происходит эта психоаналитическая работа в рамках терапии с имажинациями, как обрабатывается общий психический материал на службе структурных изменений. Описание случая ясно показывает, что именно динамика переноса воплощает движущую силу терапевтических изменений, а также какую

поддержку может получить такой аналитический процесс благодаря включению  
имагинаций (например, сеанс 175).