

Телесный контрперенос. Жажда интерпретации: Случай соматического контрпереноса



Карен Габб (Karen Gubb)

- Клинический психолог
- Доктор философии
- Сертифицированный коуч (Международная федерация коучинга, ICF)
- Работает в психиатрической больнице в Суррее (Великобритания), а также ведет частную практику
- Участник многих международных конференций, автор статей по клинической психологии

ВСТУПЛЕНИЕ

В данной статье предпринята попытка «осознать» вклад, который вносит тело аналитика в терапевтический процесс. Основное внимание уделяется таким аспектам терапии, как появление тела аналитика в кабинете, неконтролируемые движения его тела, и тому, как взаимодействие с этими аспектами может приводить к терапевтическим целям. В статье особое внимание уделяется тем контрпереносным телесным явлениям, которые воспринимаются пациентом.

В современном психоанализе контрперенос считается столь же фундаментальным для аналитической работы, как и перенос (Carlson, S.N., 2009). Однако соматизированному контрпереносу уделяется меньше внимания, чем его «ментальным» формам, таким как мысли и фантазии аналитика. Вероятно, это связано с тем, что контрпереносные проявления в форме мыслей или фантазий находятся в том же регистре (т.е. выражены тем же языком), что и тот, в котором проходит терапия.

Понимание проявлений телесного контрпереноса может привести к полезным терапевтическим эффектам, но их часто бывает сложно понять и с ними трудно справиться. Телесные реакции легче

Перевод с англ.яз. Е.В. Щепкиной

скрыть, ими тяжелее управлять, сложнее интерпретировать, чем другие формы контрпереноса. Терапевт может испытывать тревогу, когда пациент замечает их, поскольку они рассказывают пациенту о терапевте раньше, чем последний сможет понять и интерпретировать свой контрперенос.

Изучая литературу по телесному контрпереносу, складывается впечатление, что «психосоматические» реакции аналитика обычно рассматриваются как проблема или патологический сбой ментализации. Такая оценка обесценивает этот опыт и не способствует его осмыслению и осознанию. В статье делается попытка оспорить эту точку зрения и приводятся аргументы в пользу необходимости обращать внимание на телесные реакции контрпереноса, особенно на те, которые ощущает пациент, для выявления психодинамики конкретной диады. Работа начинается с краткого изложения теоретического контекста, а затем используется пример из практики, чтобы проиллюстрировать высказанные мысли.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

Для формирования теоретического контекста статьи важно кратко рассмотреть два направления психоаналитической литературы. Первое направление — это психопатология, лежащая в основе психосоматических реакций, второе — литература, касающаяся телесного контрпереноса.

Психосоматические реакции

Самое раннее понимание процесса формирования симптома и его интерпретации было сделано в работах Фрейда по исследованию истерии. В его понимании ментальный конфликт может быть выражен телесными проявлениями (Breuer, J. & Freud, S., 1893; Freud, S., 1912b). Истерические симптомы лечили, используя интерпретации, которые были необходимы для поднятия вытесненных травматических воспоминаний, лежащих в основе симптомов, чтобы трансформировать их и связанные с ними желания, и преобразовать физические симптомы в психологические объекты. Для аналитика целью такого лечения было помочь пациенту развить понимание симптома и бессознательного значения, лежащего за его формой (Freud, S., 1905). Теоретики-последователи Фрейда в области психосоматики, расширили его идею и предложили новое ее понимание.

Пьер Марти (Marty, P., 1968) ввел термин «ментализация» в результате работы с соматизированными пациентами, у которых он заметил недостаток психических репрезентаций и слабость психических процессов обработки, как будто их ум был пуст. Он понимал ментализацию как процесс мыслительной работы для интерпретаций потребностей тела и отклика на них.

Концепция ментализации также широко используется в теории привязанности, где она рассматривается как межличностный психический процесс, в котором человек воспринимает и интерпретирует свое собственное поведение и поведение других (Fonagy, Gergley, Jurist & Target, 2004). Особое значение здесь имеет общее понимание того, что ментализация зависит не только от резонанса и имитации состояний других людей, но и от знания собственного тела. Действительно, большинство теоретиков, работающих в области ментализации, подчеркивают, что ментализация запускается в теле в тот момент, когда человек начинает взаимодействовать со своими влечениями и аффектами и осознавать их (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2007).

В настоящее время признано, что психосоматические проблемы связаны с неспособностью психического аппарата перерабатывать соматические возбуждения или связывать их, в результате чего они остаются бессознательными и выражаются языком тела, а не языком разума (Gottlieb, 2013). Если способность к мышлению окажется под угрозой, вполне вероятно, что психические процессы более высокого порядка также могут потерпеть неудачу, и таким образом, могут развиваться психосоматические процессы.

Я предполагаю, что, если контрперенос является соматизированным, то могут иметь место аналогичные процессы, и терапевтам необходимо «думать» о своем собственном теле,

раскрывая и интерпретируя значения, лежащие в основе их собственной физической реакции. Другими словами, в психоаналитической практике должно быть диагностическое, интерпретирующее измерение использования соматизированных контрпереносов.

СОМАТИЗИРОВАННЫЙ КОНТРПЕРЕНОС

Несмотря на то, что по контрпереносу существует значительный объем литературы, о соматизированном контрпереносе написано меньше. Область контрпереноса теоретически сложна, и ее развитие исследуется и комментируется такими авторами, как Габбард (Gabbard, 1995, 2001), Ричардс (Richards, 1989), Смит (Smith, 2000) и Закриссон (Zachrisson, 2009). Концепция контрпереноса претерпела два фундаментальных изменения с тех пор, как она была впервые представлена Фрейдом (1910), в которой контрперенос понимался как перенос аналитика на перенос пациента и рассматривался как трудность, которую аналитики должны преодолеть, делая для этого все возможное. Под влиянием работ Винникотта (Winnicott, 1958), Литтла (Little, 1951), Ракера (Racker, 1957, 1968) и в особенности статьи Хайманна (Heimann, 1950) «О контрпереносе», концепция контрпереноса стала включать все чувства и реакции, которые аналитик испытывает по отношению к пациенту (Jacobs, 1999; Lazar Smith, 1990; Young, 1995). Такой более широкий взгляд на концепцию предполагает, что все реакции контрпереноса могут использоваться для глубокого понимания пациента, и понимаются как реакция аналитика на бессознательную динамику пациента и то, как они проявляются в терапии, а не просто как отражение собственного внутреннего бессознательного материала (Epstein & Feiner, 1979; Zachrisson, 2009). Важно, что это более широкое понимание рассматривает контрперенос скорее как полезный инструмент, который следует добавить в репертуар терапевта, а не как проблему (Epstein & Feiner, 1979; Zachrisson, 2009).

В результате второго переосмысления контрперенос стал пониматься как уникальная ситуация, развивающаяся в конкретной терапевтической диаде, и проявляющаяся особым образом. Габбард (Gabbard, 1995, 2001) описывает контрперенос как ситуацию в которой, пациент заставляет терапевта играть роль, соответствующую внутреннему миру пациента, но эта роль окрашена особенностями жизненной истории терапевта.

В результате второго переосмысления контрперенос стал пониматься как уникальная ситуация, развивающаяся в конкретной терапевтической диаде, и проявляющаяся особым образом. Габбард (Gabbard, 1995, 2001) описывает контрперенос как ситуацию в которой, пациент заставляет терапевта играть роль, соответствующую внутреннему миру пациента, но эта роль окрашена особенностями жизненной истории терапевта.

Очевидно, что первый пересмотр концепции контрпереноса расширил его значение до понимания его как незаменимого инструмента аналитика. Однако важно отметить, что концепция становится бессмысленной, если рассматривать ее слишком широко, используя весь сознательный и бессознательный материал аналитика, а также все аспекты его личности (Sandler, Dare & Holder, 1992). С целью достижения этого баланса полезно определение контрпереноса предложенное Сандлером (1992): контрперенос — эмоциональные (или соматические) реакции, основанные на откликах, которые возникают у аналитика в ответ на определенные качества пациента.

Несмотря на различные определения и понимания контрпереноса, один пункт, который не оспаривается, заключается в том, что для успеха клинического прогресса аналитику важно сформулировать, даже если только для себя лично, что он понимает под контрпереносом (Schwaber, 1992). Любые сомнения по поводу соматизированного контрпереноса коренятся в общей направленности в принятии контрпереноса в целом, поскольку это позволяет

Все реакции контрпереноса могут использоваться для глубокого понимания пациента, и понимаются как реакция аналитика на бессознательную динамику пациента и то, как они проявляются в терапии, а не просто как отражение собственного внутреннего бессознательного материала

Джейкобс предложил три условия, которые могут привести к тому, что контрперенос принимает физическую форму: во-первых, когда материал пациента возрождает аналогичные физические переживания из прошлого терапевта; во-вторых, если терапевт постоянно сталкивается с конфликтно заряженным материалом, связанным с телесными ощущениями; и, в-третьих, это качество телесных переживаний, которые аналитик пережил в детстве

енте. В его исследовании отмечалось, что пациенты, у которых были проблемы с влечениями, связанными с сексуальностью, агрессией или приемом пищи, с большей вероятностью вызвали телесную контрпереносную реакцию.

Сосредоточив свои исследования в основном на контрпереносном чувстве голода терапевта, Грин (Greene, A.U., 2001) предположил, что оно обычно означает депривацию, которую пациент начинает ощущать, и эта депривация резонирует с депривированной частью терапевта. Работа Грина предлагает идею о том, что для развития соматизированного контрпереноса большую роль играет сочетание патологии пациента и психики терапевта.

Напротив, Джейкобс (Jacobs, T.J., 1973) и Стоун (Stone, M., 2006) сосредоточили свое внимание на исследовании того, какие элементы в психотерапевте повышают вероятность появления соматизированного контрпереноса. Джейкобс предложил три условия, которые могут привести к тому, что контрперенос принимает физическую форму: во-первых, когда материал пациента возрождает аналогичные физические переживания из прошлого терапевта; во-вторых, если терапевт постоянно сталкивается с конфликтно заряженным материалом, связанным с телесными ощущениями; и, в-третьих, это качество телесных переживаний, которые аналитик пережил в детстве. Он подчеркивает важную роль собственной истории терапевта в формировании соматизированных контрпереносов.

Позднее Стоун, используя Индикатор Майерса–Бриггса, выявил типы аналитиков, для которых свойственно телесные контрпереносы, и то, что среди них часто встречаются специалисты с интровертно–интуитивными чертами. Он пришел к выводу, что когда терапевт резонирует с пациентом на физическом уровне, мысли и чувства остаются неосознанными для разума.

Что объединяет вышеупомянутых авторов, так это то, что их исследования, скорее всего, были нацелены на развитие общего теоретического понимания соматического контрпереноса. Предполагаю, что для дальнейшего развития этой концепции было бы полезно применить

проявить интерес к отклику аналитика на пациента, а также разрабатывать инструменты для понимания этих реакций.

Большая часть существующих теоретических работ по соматизированному контрпереносу, похоже, делится на две категории: первая категория связана с типом пациентов, которые могут его вызвать, в то время как вторая исследует виды черт, защит и личные истории, которые с большей вероятностью вызовут у аналитика именно соматическую реакцию.

К авторам, обнаруживающим источник соматизированного контрпереноса в пациенте, относятся Маклафлин и Самьюэлс (McLaughlin, J.T., 1975; Samuels, A., 1985), которые сосредоточили свою работу таком типе пациентов. Маклафлин (1975) выделил два типа пациентов: первый — это пациенты, использующие защиты, позволяющие контролировать и отуплять тех, с кем они имеют дело, второй тип — пограничные и психотические пациенты.

Самьюэлс провел эмпирическое исследование соматизированного контрпереноса. Результаты этого исследования также выявили источник контрпереноса в паци-

клинический подход, который рассматривает индивидуальную и уникальную динамику каждой терапевтической диады в отдельности.

Широко поддерживается идея о том, что аналитик должен работать со своими контрпереносными реакциями, и этот процесс, очевидно, будет одинаковым для всех форм контрпереноса, хотя соматические реакции могут потребовать дополнительной работы, поскольку они проявляются в телесной области и требуют аналитической проработки, чтобы войти в область речи и мышления. В то время как ясна и хорошо известна важность интерпретации контрпереносных реакций, будь то соматические или иные его формы, контрпереносные реакции, которые замечает пациент, привносят дополнительное измерение в аналитический процесс, и это требует изучения.

После изменений в восприятии эффективности контрпереноса возникла необходимость в разработке инструментов и теорий, которые помогли бы использовать реакции контрпереноса в терапевтических целях. Основы этому заложил Фрейд в работе «Толкование сновидений» (1900a, 1900b), где он развивает мысль о том, как аналитик анализирует и интерпретирует свой собственный внутренний мир посредством свободных ассоциаций, которые были разработаны для преодоления сопротивления пациента и получения аналитиком доступа к бессознательным частям его психики (Bollas, C., 2002). Фрейд предположил, что аналитики должны подчиняться подобному свободному ассоциативному процессу копируя требования, предъявляемые к пациенту (Фрейд, 1912a). Фрейд описал способ, которым аналитик должен обращаться с материалом, представленным пациентом. Этот способ стал еще одним фундаментальным элементом психоанализа и известен как «свободно плавающее внимание» (Lothane, 2006; Miller & Aisenstein, 2004; Parsons, 2006).

Лоутейн (2006) расширяет первоначальную концепцию свободно плавающего внимания Фрейда, предлагая аналитику не только слышать то, что говорит пациент, но и замечать льющие мысли, образы, фантазии, эмоции и воспоминания, которые вызывают слова пациента. Использование такого процесса объединяет внутренний мир аналитика с миром пациента, что позволяет аналитику понимать манифестное содержание материала пациента, а также лежащее под ним бессознательное содержание. Эта аналитическая позиция связана с концепциями, описанными другими авторами, такими как «ревери» Биона (1962), «дриминг» Огдена (2004b) и «рефлексивная функция» Фонаги (Fonagy & Target, 1994) (Israelstam, 2011).

Огден (1997a, 1997b, 2004a) расширил термин Биона (1962) «ревери» в своих размышлениях о том, как использовать контрпереносные реакции в терапевтической технике. Он рассматривает ревери не только как производное дихотомии психика-тело аналитика, но как результат объединения бессознательного пациента и аналитика. По его мнению, с помощью ревери аналитик трансформирует необработанный материал, который пациент проецирует в его сознание (Brown, 2009). Что особенно полезно в работах Огдена для данной статьи, так это включение им соматических реакций аналитика в описание работы с контрпереносом.

В этой статье интересны конкретные вопросы, которые возникают в отношениях, когда терапевт не имеет выбора, раскрывать или не раскрывать понимание этой динамики или реакцию на нее. Это «решение» может быть даже более очевидным, если психотерапия проводится в кресле, а не на кушетке. Использование кушетки в психоанализе было разработано для управления рамкой и сеттингом, чтобы пациент мог раскрыть бессознательный материал с минимальным влиянием аналитика. Если вы сядете напротив терапевта и посмотрите прямо на него, то в результате терапевт будет гораздо менее похож на «*tabula rasa*». В очной психотерапии телу терапевта отводится гораздо более важная роль, даже до привлечения внимания плачем, ворчанием или покраснением терапевта. Если кушетка может обеспечить

С помощью ревери аналитик трансформирует необработанный материал, который пациент проецирует в его сознание

обстановку, которая дает пациенту больше возможностей для развития своих фантазий о том, что он действительно ощущает, то неожиданным последствием психотерапии лицом к лицу, является то, что телесный контрперенос может быть более заметным для пациента. Терапевт должен проявлять бдительность в этом отношении, чтобы, если он обнаружит новый материал, когда пациент замечает физическую реакцию (как это было в случае с Энн, который приводится ниже), с этим можно было бы работать и использовать.

Когда еще не обработанный материал терапевта вносится в комнату, терапевт обязан использовать все доступные инструменты (в частности, дриминг), чтобы раскрыть значение такой реакции настолько глубоко и тщательно, насколько это возможно. Вероятно, сначала для себя, а затем применить это понимание к динамике конкретной терапии. Эти ситуации могут оказывать дополнительное давление на терапевта, заставляя его сохранять свою аналитическую позицию и не участвовать в разыгрывании, но даже если в этих областях все же происходят промахи, вдумчивая и тщательная аналитическая работа может выявить области, лежащие в основе динамики, требующей интерпретации.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Чтобы продемонстрировать трудности, связанные с раскрытием смысла физического отклика на конкретного пациента, я рассмотрю случай, в котором очевидна польза от интерпретации и понимания формы физического контрпереноса. Рассматриваемая пациентка (я назову ее Энн) дважды в неделю посещала очную психотерапию и представляла себя добрым и чутким человеком, который всегда ставил других на первое место. Она говорила мягко, дружелюбно и услужливо. У Энн была давняя анорексия, она строго ограничивала свое питание, но дразнила себя едой, которую себе не позволяла, например, стояла в пекарне и нюхала готовящиеся мясные пироги. Она ощущала триумф, когда могла выйти из магазина и отказаться себе в том, чего жаждет. Энн всегда приходила на сеанс на несколько минут раньше и часто уточняла, звонила ли я ей вовремя (она измеряла время по секундной стрелке на часах в комнате ожидания). В то время как она представила это в ее «сладкой» манере, сказав, что я «большую часть времени была на месте», она немного торжествовала, если я вызвала ее на сеанс несколькими секундами раньше или позже.

Во время сеансов с Энн я часто испытывала внезапный и сильный голод. Мой желудок громко урчал до такой степени, что пациентка замечала и неодобрительно кривила лицо, как бы выражая отвращение к моему явному желанию поесть. Что было особенно примечательно, так это то, что в этих случаях я хотела специфический тип пиццы с несколькими мясными начинками, и иногда у меня был визуальный образ, похожий на галлюцинаторное наслаждение пиццей, плавающей между нами, но вне досягаемости. Обычно я не ем этот вид пиццы, и, что важно, пациентка перестала есть мясо за несколько лет до этого, чтобы ограничить потребление калорий.

Особое значение имели частота и интенсивность урчания в животе (известный как борборигми (*borborygmi*)) (Da Silva, G., 1990; King, A., 2011), сопровождающий их сильный голод и визуальный образ пиццы. У меня не было ни одного из этих «симптомов» ни с одним из моих пациентов, даже с теми, которых я видела в аналогичное время дня или которые тоже ограничивали прием пищи. Это похоже на опыт, описанный Ломбарди (2002) во время лечения пациента с анорексией, который он понимал как попытку разума освободиться от телесных ощущений.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СОМАТИЧЕСКОГО КОНТРПЕРЕНОСА

Мой живот часто урчал во время сеансов с Энн, и она всегда кривилась в ответ и иногда комментировала звук. Она неуверенно пыталась извиниться за то, что заставила меня работать допоздна и за то, что удерживала меня от желанной еды. Интерпретации были встречены пожатием плечами и улыбкой, но у меня осталось сильное чувство, что ее комментарии и жесты косвенно означали «ты, бедный смертный, имеющий эти базовые, физические потребности». Казалось, это было частью ее переноса, который на первый взгляд был таким милым, вежливым и самоуничижительным, но с неприятной концовкой.

Несмотря на то, что Бромберг работает в другой парадигме, нежели описанная в этой статье, некоторые его работы полезны для понимания этого случая. Моя физическая реакция вполне могла быть проективной идентификацией с диссоциированным желанием Энн по-есть, в соответствии с его (2001) предположением о том, что пациенты с расстройством пищевого поведения регулируют свое желание посредством диссоциации. Комментирование моего желания и полный отказ от любого из ее собственных — еще одно свидетельство диссоциации Энн.

Я еще больше осознала динамику терапии после того, как позвонила своей подруге и снова пригласила ее на пиццу. Она сказала, что я делаю это регулярно по понедельникам. После того, как я съела всю пиццу, и тяга была удовлетворена, я чувствовала себя переполненной, виноватой и противной самой себе, и четко осознала: «Энн никогда бы не съела это». Мысли и чувства в тот момент были похожи на описание Бромбергом (2003b) чего-то, связанного с этим пациентом, из-за чего я чувствовала себя немного «не в своей тарелке». Дальнейшие размышления позволили мне лучше понять идею поединка «Энн против меня». У меня возникли физическая реакция, страстное желание и визуальный образ, похожий на галлюцинацию о пицце. Однако эта галлюцинация не могла принести удовлетворение, ее нужно было разыграть, поэтому я позволила себе удовлетворить желание, в отличие от Энн, которая иначе взаимодействует с миром. Этот опыт перекликается с идеей Рэника (1993) о том, что аналитик часто развивает осознание своего контрпереноса только после разыгрывания, и акцентом Деверо (2006) на важности расшифровки и проработки разыгрывания.

На следующих сеансах, когда происходила такая соматическая реакция, мое ревери собрало все те различные факторы, работающие в этой динамике переноса-контрпереноса. Сюда входило время возникновения реакции (это всегда был понедельник — день, когда Энн была моей последней пациенткой); еда, которую я страстно желала (высококалорийная пища с высоким содержанием жиров, которую я обычно не ем); подруга (кто-то, с кем у меня конкурирующие отношения, и казалось, что я бессознательно пыталась смягчить свою неудачу, заставив подругу участвовать, чтобы защитить себя от чувства поражения со стороны моей пациентки и зависти к ее железной воле) и мысль, которая пришла мне в голову, что Энн никогда бы не съела пиццу.

После моих размышлений над этими элементами и следуя моему ревери, я поняла свой контрперенос как соревнование, которое Энн устраивала между мной и собой. Я знаю себя, и свои чувства, когда я вынуждена делать «сложные» дела и наслаждаться успехом в выполнении сложных задач, но в этом контрпереносном опыте появилось чувство, что пациентка восторжествовала надо мной, потому что смогла противостоять искушению и делать «сложное» дело — не есть. Она смогла отказаться от мясных пирогов, а я ела мясную пиццу. Я чувствовала, что я не такая «сильная», как она, и знала, что пациентка точно не «сдастся» и не «уступит», как я, поскольку она никогда не будет есть пиццу, тем более мясную. Признавая стремление Энн вырваться вперед и видя, как это отрицалось, но присутствовало в замаскированной форме в ее милой, но покровительственной манере, я смогла затем увидеть, что ее комментарии о моем теле (об урчании в животе, а также о времени начала сеанса) вызвали во мне дух соперничества. Я ощущала в себе ее реакцию, что стало решающим моментом в моем понимании динамики терапии.

Однако я осознала парадокс в нашем с Энн соревновании. Мое действие, принявшее форму звонка подруге и поедания пиццы, означало, что я «проиграла» конкуренцию за контроль над телесными побуждениями, но в то же время в процессе приема пищи я позволяла себе быть здоровой и не попадать в ловушку анорексической сети, внутри которой оказалась Энн. Хотя поначалу я чувствовала себя пристыженной и побежденной, именно благодаря творческому акту (Rozenberg, 2006) понимания контрпереноса и его формулированию (хотя бы для себя) моя способность к интерпретации и моя терапевтическая роль были восстановлены. Помня о физической реакции и отмечая моменты, когда она проявлялась, я пыталась связать ее с конкретным материалом, который принесла пациентка, что облегчило метаболизацию и ментализацию моего физического опыта. В результате улучшилось понимание

скрытого духа соперничества пациентки. Благодаря этому материалу мы могли начать говорить о конкуренции в ее отношениях, что позволило ей получить доступ к той части себя, которую она до этого момента не позволяла себе признавать. Когда Энн осознала свой конкурентный характер, она стала иначе взаимодействовать с окружающими. С этого момента мой контрперенос больше не принимал соматическую форму.

Интерпретация соматического контрпереноса была сделана в два этапа. Комментарии Энн о звуках в моем желудке и о голоде, который я ощущаю, позволили мне обратить внимание на форму моей реакции и мысли о еде, страстном желании поесть и, что наиболее важно, на контроль этого желания. Важно то, что мои размышления показали, что физическая реакция возникала именно в отношении этой пациентки. Осуществление этих страстных желаний позволило мне мысленно представить более глубокую, более бессознательную динамику конкуренции между нами, что, в свою очередь, помогло мне вернуть диссоциированные части Энн, с которыми я идентифицировала себя, обратно в диадическое пространство, где их можно было интерпретировать и обрабатывать (Bromberg, 2003).

ОБСУЖДЕНИЕ

В описании данного клинического случая я принимала во внимание следующие три аспекта. Первый — переработка существующей литературы, посвященной природе соматического контрпереноса, в особенности в форме урчания в животе. Второй аспект — использование реверси в интерпретации телесного контрпереноса. И третья область внимания — особые случаи, когда пациент ощущает соматический контрперенос терапевта.

Чтобы разобраться в динамике переноса-контрпереноса, действующей в случае с Энн, было необходимо установить, почему эта реакция возникла у этого конкретного пациента в этот конкретный момент терапии. У пациентки Энн действительно были некоторые защиты, соответствующие пограничной структуре, которые Маклафлин (1975) определил как участвующие в развитии соматических контрпереносов. У нее также было расстройство пищевого поведения, которое Сэмьюэлс (1985) признал потенциальным фактором развития соматического контрпереноса. Эти точки зрения помогли лучше понять, что именно в Энн вызвало у меня такую реакцию. Однако, важно отметить, что я лечу некоторых пациентов с расстройством пищевого поведения, использующих защиты пограничного уровня. И хотя хорошо известно, что контрперенос с пациентами с этой комбинацией патологий часто бывает очень интенсивным (Russel & Marsden, 1998), но исследуемый физический отклик произошел только с этой пациенткой. Следовательно, необходимо обратить внимание на то, что, как полага-

ли Стоун (2006) и Джейкобс (1973) могло бы быть во мне, и было активировано пациенткой. Было очевидно, что я внесла что-то общее в мои отношения с пациенткой (дух соперничества), хотя это моя постоянная черта, дух соперничества был частью этой терапии и проявлялся не у всех моих пациентов. Тогда становится понятно, что, несмотря на наличие патологии пациента, и личности терапевта, требовалось взаимодействие всех соответствующих элементов терапевтической диады, чтобы соматический контрперенос был выражен в той форме, в которой он проявился. Бромберг (1996) объясняет, что диссоциация действует в терапевтической диаде интерсубъективно и образует мощный и многогранный канал коммуникации, отличный от вербального. Большая часть работы с Энн включала

Да Сильва и Кинг описали физические реакции урчания в животе. Они утверждают, что желудочно-кишечные реакции имеют строго метафорический характер, т.е. психическое значение и, следовательно, связывают тело и разум.

мои попытки понять, что диссоциировала она, и что разыгрывала я.

Да Сильва и Кинг описали физические реакции урчания в животе. Они утверждают, что желудочно-кишечные реакции имеют строго метафорический характер, т.е. психическое значение и, следовательно, связывают тело и разум. В случае с Энн было ясно, что понимание желудочно-кишечных реакций позволило мне проникнуть туда, где разыгрывалась ее патология (анорексия), что было свидетельством ее диссоциированных желаний, но это было просто ареной, на которой происходило наше соревнование. С Энн форма телесного контрпереноса действительно стала ключом к глубокому пониманию, но в тоже время оставалась лишь средством для его достижения.

Да Сильва (1990) отмечает, что когда у аналитика возникает урчание в животе, это сигнал о том, что конфликт пациента нашел отклик в точке чувствительности аналитика. Поскольку моя чувствительность не связана с пищей, это означало, что физическая реакция указала на что-то другое. Это подчеркивает сложность взаимоотношений между обобщенным пониманием формы соматического контрпереноса и тем, как тело аналитика особым образом может трактоваться как объект переноса в конкретных терапевтических отношениях.

В исследуемом случае мое урчание в животе сопровождалось сильным голодом и визуальной галлюцинацией объекта. Образ пиццы, который, казалось, висел между мной и Энн, подчеркивал телесный характер контрпереноса: это не было смутным желанием какой-то еды, я визуалью в очень точном виде вызвала в воображении именно тот объект, который желала. Безусловно, существуют пределы формы удовлетворения, которые позволяет фантазия, поэтому галлюцинаторное удовлетворение являлось частичным, а мой голод сохранялся. Только действия — заказ и поедание пиццы — удовлетворили это страстное желание.

Работы Огдена о ревери были очень полезны для понимания и исследования значения моего контрпереноса и способа его открытого проявления. Особенно полезными оказались его идеи, посвященные четырем аспектам аналитического использования ревери. Первый из них заключается в том, что работа с ревери и ее интерпретация трансформируют бессознательные интересубъективные переживания в словесные метафоры, которые затем становятся доступными для аналитика. Свободно плавающее внимание и ревери в лечении Энн помогли отслеживать ассоциации и связывать их так, чтобы переместить их из физической реакции урчания в животе в более осмысленное пространство, где стали возможными размышления о том, что разыгрывается под видом голода и контроля над физическими желаниями.

Второй полезный вывод, сделанный Огденом (Ogden, 1996a, 1996b, 1997a), заключается в том, что содержание ревери необходимо интерпретировать и понимать, а не просто делиться с пациентом, потому что иначе это приведет к поверхностным интерпретациям, в которых явное содержание может быть ошибочно принято за скрытое. Эта идея была особенно полезна в описанном случае, поскольку она обеспечила трансформацию понимания динамики с уровня, который был сфокусирован на еде и приеме пищи, на второй, более глубокий бессознательный уровень, который раскрыл динамику конкуренции.

Третий важный аспект, отмеченный Огденом (1997a) состоит в том, что реакции, составляющие ревери аналитика, не являются лишь последствиями собственных неразрешенных конфликтов аналитика, актуальных стрессов, физического состояния или личных качеств. Каждая ситуация, переживаемая аналитиком, складывается с каждым пациентом по-разному и, таким образом, становится отдельным «аналитическим объектом» терапии.

Содержание ревери необходимо интерпретировать и понимать, а не просто делиться с пациентом, потому что иначе это приведет к поверхностным интерпретациям, в которых явное содержание может быть ошибочно принято за скрытое.

Понятие ревери и аффективных скрытых намеков, используемые Огденом, могут быть полезны и применимы к соматическим контрпереносам

—

ся очень личным эмоциональным переживанием. Сначала следует понять его с точки зрения материала пациента и в рамках аналитических отношений. В случае с Энн было бы бесполезно просто раскрывать ей страстное желание, галлюцинации и разыгрывание. Гораздо важнее было сначала проработать понимание того, как все элементы сочетаются друг с другом и что они раскрывают, а затем эффективно использовать это понимание в терапии.

В этой статье я делаю попытку развить идею о том, что аналитическое использование ревери облегчает для аналитика психический процесс, который изначально было физическим. Предложение Огдена о том, что в процессе размышления и использования ревери содержание ума терапевта так же важно, как и реакции его тела (Огден, 1997а), особенно полезно с этой точки зрения. Очевидно, что в терапии часто присутствует нементализированный материал, когда пациент не может выразить свои внутренние конфликты словами, вместо этого его довербальный перенос может проявляться в контрпереносе аналитика (Jacobs, 2001; Richards, 1989). В момент, когда «нементальное» становится доступным для сознательного ума, становится возможным лечение разговором. Первыми признаками данного процесса было урчание в животе. Затем размышления помогли согласовать мысли, физические ощущения и блуждания моего разума, уделяя должное и равное внимание телесному и психическому, что в конечном итоге позволило добиться значительных терапевтических успехов.

Несмотря на объем литературы, в которой обсуждается контрперенос, относительно мало написано о технике его интерпретации и работы с ним. В этом отношении работа Огдена очень важна, поскольку его примеры не только объясняют процесс использования ревери (см., например, Ogden, 1994а). Понятие ревери и аффективных скрытых намеков, используемые Огденом, могут быть полезны и применимы к соматическим контрпереносам, они позволяли мне создавать ассоциации к тем откликам, которые еще не были выражены словами (Ogden, 1994а, 1997а). В данной статье предлагается идея о том, что привлечение внимания к физическим аспектам ревери позволяет аналитику размышлять и, таким образом, переосмысливать свои соматические реакции, в конечном итоге позволяя ему интерпретировать соматический контрперенос.

Важный момент в терапии с Энн — сложность, которую вносит в терапевтическую ситуацию тот факт, что пациент ощущает соматический контрпереносный отклик терапевта. Соматический контрперенос часто труднее понять, потому что его нужно переводить с языка тела на язык сознания. С такой формой контрпереноса труднее справиться, особенно когда пациент замечает соматические реакции, будь то визуальные (например, слезы или покраснение) или звук, как в случае урчания в животе. Тот факт, что пациент осознает эти физические реакции терапевта, может иметь непредвиденные последствия.

Я согласна с точкой зрения Огдена (1994b), что не каждая мысль или чувство, которое аналитик испытывает при общении с пациентом, является контрпереносом. Бывают случаи, когда терапевт может телесно реагировать на пациента и сразу становится понятно,

Как описано в случае с Энн, именно ее комментарии и манера их подачи оживили динамику наших отношений. Размышления о том, как Энн вела себя и проявляла активность в терапии — внешне очень мило, но всегда с долей критики и снисхождения — позволили мне развить понимание того, какую роль играла моя контрпереносная реакция на нее. Таким образом, то, как Энн обращалась со своим терапевтом выявило в нем нечто такое, что раскрыло кое-что и об Энн.

Огден предположил (1994а, 2004а, 2004b), что бесполезно напрямую обсуждать с анализандом ревери, так как оно является

что означает соматический отклик. Например, у терапевта могут появиться слезы на глазах, когда ему рассказывают печальную историю, которая напоминает ему о подобной боли или утрате из собственной жизни. Хотя эти отклики, конечно, важны, они часто возникают на уровне Эго и, вероятно, являются проявлениями симпатии или идентификации. Поэтому, они не требуют постоянной интерпретирующей активности со стороны терапевта. Когда возникают подобные реакции, от терапевта может потребоваться признать их проявление, и, безусловно, всегда важно обращать внимание и интерпретировать реакцию пациента на физические реакции аналитика. Например, пациент может чувствовать утешение в слезах своего терапевта или может раздражаться или злиться, если он чувствует, что теперь его обязанность утешить терапевта. Затем этот материал становится зерном для лечебной мельницы. В этом виде физического отклика именно содержание материала приводит аналитика к «обычным» аффектам, таким как симпатия или идентификация, где, даже если интенсивность определяется историей терапевта, та степень, в которой эта контрпереносная реакция подвергается сомнению и обсуждению в том смысле, что в нем нет замаскированного, бессознательного компонента. Вероятно, что такое же событие, рассказанное любым другим пациентом в сочетании с историей аналитика, произвело бы такой же эффект.

Сделанное здесь различие основано на собственной интуиции терапевта: хотя некоторые соматические реакции могут быть сразу интерпретированы, другие, возможно, необходимо обсудить с пациентом, прежде чем их можно будет использовать в терапевтических целях, потому что их значение все еще бессознательно и, следовательно, не сразу доступно аналитику. Все, что аналитик испытывает к пациенту в кабинете, актуально и потенциально полезно, но есть фундаментальное различие между тем, что требует дальнейших размышлений от того, что сразу требует интерпретации.

В этой статье описан тип сильной соматической контрпереносной реакции, которая ощущается пациентом, но значение которой не сразу понятно терапевту. Терапевту нелегко скрыть от пациента присутствие физических проявлений в их телесной форме, и, поэтому, они менее контролируемы, более видны и слышны, чем другие формы контрпереноса (такие как аффект или фантазия). Таким образом, они вносят в терапевтическое пространство диады то, что, возможно, необходимо исследовать, прежде чем терапевт разовьет понимание значения этих реакций и то, каким образом они могут отражать терапевтическую динамику.

В этих случаях реакция терапевта сразу становится общим «аналитическим объектом» (Ogden, 1997a). Напротив, реакции контрпереноса, которые происходят в области мысли или фантазии, могут быть скрыты от пациента и оставаться в памяти терапевта до тех пор, пока они не будут распакованы и поняты, а затем терапевт сможет использовать информацию, которую они раскрывают, в терапевтическом процессе. В случае с Энн именно то, как она воспринимала и комментировала мое урчание в животе, выдвинуло на первый план динамику переноса-контрпереноса и сделало ее частью диады еще до того, как смысл был полностью истолкован. В конечном итоге предоставленная информация имела решающее значение для прогресса лечения и обеспечила доступ к очень полезному материалу, но сначала потребовала от терапевта активного процесса интерпретации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эта статья помогает понять, как можно размышлять о соматических контрпереносах и использовать их. Поскольку эти отклики происходят в физической области, они требуют

Все, что аналитик испытывает к пациенту в кабинете, актуально и потенциально полезно, но есть фундаментальное различие между тем, что требует дальнейших размышлений от того, что сразу требует интерпретации.

дополнительного уровня интерпретации, в сравнении с другими видами контрпереноса. Форма, которую принимает контрперенос, дает намек и ключ к разгадке действующей динамики, однако важно, чтобы терапевт понимал их полностью в контексте конкретной диады, поскольку поверхностная интерпретация может привести к упрощенному пониманию их значения. Хотя можно утверждать, что часть этого понимания, очевидно, применима к контрпереносу в целом, телесный контрперенос требует особого внимания и сосредоточения, и как только это произойдет и лежащий в его основе бессознательный материал будет понят, откроются более широкие перспективы для терапии. «Наблюдение» за телом аналитика, таким образом, может выявить важные аспекты динамики, действующей в конкретной терапии.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*. London: American Psychiatric Publishing.
2. Bion, W. (1962) *Learning from Experience*. London: Tavistock.
3. Bollas, C. (2002) *Free Association*. Cambridge: Icon.
4. Breuer, J. & Freud, S. (1893) On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication from Studies on Hysteria. SE 2, pp. 1–17.
5. Bromberg, P.M. (1996) Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis* 32: 509–35.
6. Bromberg, P.M. (2001) Treating patients with symptoms – and symptoms with patience: Reflections on shame, dissociation, and eating disorders. *Psychoanalytic Dialogues* 11:891–912.
7. Bromberg, P.M. (2003a) One need not be a house to be haunted: On enactment, dissociation, and the dread of ‘not-me’ – A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 13: 689–709.
8. Bromberg, P.M. (2003b) Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology* 20: 558–74.
9. Brown, L.J. (2009) Bion’s ego psychology: Implications for an intersubjective view of psychic structure. *Psychoanalytic Quarterly* 78: 27–55.
10. Carlson, S.N. (2009) Whose hate is it? Encountering emotional turbulence in the crosscurrents of projective identification and countertransference experience. *Psychoanalytic Review* 96(6): 895–915.
11. Da Silva, G. (1990) Borborygmi as markers of psychic work during the analytic session: A contribution to Freud’s ‘Experience of satisfaction’ and to Bion’s idea about the digestive model for the thinking apparatus. *International Journal of Psychoanalysis* 71:641–59.
12. Devereux, D. (2006) Enactment: Some thoughts about the therapist’s contribution. *British Journal of Psychotherapy* 22(4): 497–508.
13. Epstein, L. & Feiner, A.H. (1979) Countertransference: The therapist’s contribution to treatment – An overview. *Contemporary Psychoanalysis* 15: 489–513.
14. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2004) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. London: Karnac.
15. Fonagy, P. & Target, M. (1994) Understanding and the compulsion to repeat: A clinical exploration. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 17: 33–55.
16. Fonagy, P. & Target, M.J. (2007) The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 55: 411–56.
17. Freud, S. (1900a) The Interpretation of Dreams, Part I. SE 4, pp. 1–338.
18. Freud, S. (1900b) The Interpretation of Dreams, Part II. SE 5, pp. 339–610.
19. Freud, S. (1905) Fragment of an analysis of a case of hysteria. SE 7, pp. 1–122.
20. Freud, S. (1910) The future prospect of psychoanalytic therapy. SE 11, pp. 141–51.
21. Freud, S. (1912a) Recommendations to physicians practising psycho-analysis SE 12, pp. 111–20.
22. Freud, S. (1912b) Types of onset of neurosis. SE 12, pp. 227–38.

23. Gabbard, G.O. (1995) Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis* 76: 475–85.
24. Gabbard, G.O. (2001) A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology* 57(8): 983–91.
25. Gottlieb, R.M. (2013) On our need to move beyond folk medicine: A commentary on Karen Gubb's paper 'Psychosomatics today: A review of contemporary theory and practice'. *Psychoanalytic Review* 100(1): 143–54.
26. Greene, A.U. (2001) Conscious mind – conscious body. *Journal of Analytic Psychology* 46:565–90.
27. Heimann, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 31:81–4.
28. Israelstam, K. (2011) The interactive category schema of candidate competence: An Australian experience. *International Journal of Psychoanalysis* 92: 1289–313.
29. Jacobs, T.J. (1973) Posture, gesture, and movement in the analyst: Cues to interpretation and countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 21: 77–92.
30. Jacobs, T.J. (1999) Countertransference past and present: A review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis* 80: 575–94.
31. Jacobs, T.J. (2001) On misreading and misleading patients: Some reflections on communications, miscommunications and countertransference enactments. *International Journal of Psychoanalysis* 82: 653–69.
32. King, A. (2011) When the body speaks: Tummy rumblings in the therapeutic encounter. *British Journal of Psychotherapy* 27(2): 156–74.
33. Lazar Smith, B. (1990) The origins of interpretation in the countertransference. *Psychoanalytic Psychology* 7S: 89–104.
34. Little, M.I. (1951) Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis* 32: 32–40.
35. Lombardi, R. (2002) Primitive mental states and the body: A personal view of Armando B.Ferrari's concrete original object. *International Journal of Psychoanalysis* 83: 363–81.
36. Lothane, Z. (2006) Reciprocal free association: Listening with the third ear as an instrument in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 23: 711–27.
37. Marty, P. (1968) A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psychoanalysis* 49: 246–9.
38. McLaughlin, J.T. (1975) The sleepy analyst: Some observations on states of consciousness in the analyst at work. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 23: 363–82.
39. Miller, P. & Aisenstein, M. (2004) On analytic listening. *International Journal of Psychoanalysis* 85: 1485–8.
40. Ogden, T.H. (1994a) The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. In: *Subjects of Analysis*, pp. 61–95. Northvale, NJ: Aronson.
41. Ogden, T.H. (1994b) *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson.
42. Ogden, T.H. (1996a). The perverse subject of analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 44: 1121–46.
43. Ogden, T.H. (1996b) Reconsidering three aspects of psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalysis* 77: 883–99.
44. Ogden, T.H. (1997a) Reverie and interpretation: Henry James (1884). *Psychoanalytic Quarterly* 66: 567–95.
45. Ogden, T.H. (1997b) Reverie and metaphor: Some thoughts on how I work as a psychoanalyst. *International Journal of Psychoanalysis* 78: 719–32.
46. Ogden, T.H. (2004a) The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *Psychoanalytic Quarterly* 73: 167–95.
47. Ogden, T.H. (2004b) This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *International Journal of Psychoanalysis* 85: 857–77.
48. Parsons, M. (2006) The analyst's countertransference to the psychoanalytic process. *International Journal of Psychoanalysis* 87: 1183–98.

49. Racker, H. (1957) The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly* 26:303–57.
50. Racker, H. (1968) *Transference and Countertransference*. New York, NY: International Universities Press.
51. Renik, O. (1993) Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly* 62: 553–71.
52. Richards, J.M. (1989) Countertransference as a complex tool for understanding the patient in psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy* 4: 233–44.
53. Rosenberg, V. (2006) Countertransference: Whose feelings? *British Journal of Psychotherapy* 22(4): 471–81.
54. Russell, G. & Marsden, P. (1998) What does the therapist feel? Countertransference with bulimic women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychotherapy* 15(1): 31–42.
55. Samuels, A. (1985) Countertransference, the 'Mundus Imaginalis' and a research project. *Journal of Analytic Psychology* 30: 47–71.
56. Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1992) *The Patient and the Analyst*. London: Karnac.
57. Schwaber, E.A. (1992) Countertransference: The analyst's retreat from the patient's vantage point. *International Journal of Psychoanalysis* 73: 349–61.
58. Smith, H.F. (2000) Countertransference, conflictual listening, and the analytic object relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48: 95–128.
59. Stone, M. (2006) The analyst's body as tuning fork: Embodied resonance in countertransference. *Journal of Analytic Psychology* 51: 109–24.
60. Winnicott, D.W. (1958) Hate in the countertransference. In: *Collected Papers Through Paediatrics to Psychoanalysis*, pp. 194–203. New York, NY: Basic Books.
61. Young, R.M. (1995) The vicissitudes of transference and countertransference: The work of Harold Searles. *Free Association* 5B: 171–95.
62. Zachrisson, A. (2009) Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis* 18: 177–88.