

Преподаватель - Рогозина М.А.

# Перенос и контрперенос в психоанализе

---

# Перенос

- **Перенос** (или **Трансфер** от англ. *transference*) — психологический феномен, часто проявляющийся во время психотерапии, особенно психоанализа. Заключается в бессознательном переносе чувств, связанных с пережитым опытом (особенно детским), по отношению к одному человеку на другого (например на терапевта). Был описан Зигмундом Фрейдом, который постулировал его важность для понимания чувств клиента в процессе психоаналитической терапии.

# История

- В 1905 году во «Фрагмент анализа одного случая истерии» Зигмунд Фрейд впервые говорит об эффекте переноса, описывая его как «переиздание, копирование побуждений и фантазий, которые пробуждаются в связи с заменой прежней персоны — персоной врача», с которой пациент выстраивает привычные ему отношения. И если изначально Фрейд считал перенос побочным эффектом аналитической работы, то позднее он приходит к осознанию переноса как основного механизма психоанализа, а развитие невроза переноса необходимым условием аналитического лечения. И основным импульсом к развитию невроза переноса в психоанализе является личность терапевта.

- Несмотря на большое число введённых Фрейдом и ассоциируемых сегодня с психоанализом понятий, сам Фрейд считал перенос одним из трех основных критериев, по наличию которых в составе теории можно рассматривать эту теорию как принадлежащую к полю психоаналитического знания (два других: бессознательное и сопротивление). Лакан называет перенос одним из четырёх основных понятий психоанализа, наряду с повторением, бессознательным и влечением.
- Лакан говорит о переносе на знание: анализант обращается к аналитику, предполагая, что тот знает что-то о нём и может ответить на его запрос; он приписывает аналитику, переносит на него некоторое знание о себе. Поэтому в центре переноса для Лакана стоит «предположительно знающий субъект». Таковым же является и само бессознательное, поскольку мы можем лишь предполагать нечто на его счёт, но это знание будет не чем иным, как эффектом переноса.

- В семинаре 1964 года Жак Лакан говорит о развитии переноса уже не на личность, а на «присутствие аналитика». Таким образом, он совершает принципиально важный ход, концептуализируя перенос как одно из четырёх основных понятий психоанализа. Именно это «присутствие», эффект сопричастности с Другим, в котором и аналитик и анализант занимает свою долю, и является отправным пунктом как для переноса, так и для проработки сопротивления.

# Формы переноса

- Фрейд проводил различие между двумя формами переноса: «простой перепечаткой» в смысле повторного издания безо всяких изменений, то есть повторения опыта прошлых отношений, и «исправленным изданием», которое «опирается на некую умело используемую реальную особенность в личности врача или взаимоотношениях с ним

# Перенос в понимании Юнга.

Мысли Юнга по поводу переноса можно разделить на пять основных утверждений, открытых для исследования и обсуждения:

- Перенос есть естественное жизненное явление;
- Необходимо отличать перенос от "реальных" взаимоотношений между клиентом и аналитиком;
- Перенос как форма проекции;
- Перенос имеет как архетипический, так и личностный (инфантильный) аспекты;
- Перенос служит средством обретения индивидуальности за пределами терапевтической обстановки.

# Невроз переноса

- **Невроз переноса** — специфический симптом, возникающий в процессе психоаналитического лечения и характеризующийся вовлечением личности психоаналитика в симптом анализанта. Изначально невроз переноса рассматривался Фрейдом как препятствие для психоанализа и классифицировался им как вид сопротивления, но позднее он приходит к выводу, что невроз переноса является важнейшим терапевтическим механизмом, а его развитие — не помеха, а обязательный этап и условие успешного психоаналитического лечения.



# Базовые положения

- Невроз переноса оживляет инфантильный невроз.
- Он порождается фрустрированными требованиями любви, которые в свою очередь возникают в терапевтической ситуации и в том, как мы ее структурируем.
- Симптомы невроза переноса динамичны и изменчивы; это не статичное явление.
- В развитии невроза переноса важны механизмы регрессии и повторения - действительно, невроз переноса может рассматриваться как навязчивое повторение.
- В случае невроза переноса те старые симптомы, с которыми пациент пришел и на которые жаловался, например, “потеря сексуальной энергии”, могут выглядеть значительно улучшившимися.

- Невроз переноса не идентичен по своей природе тем инфантильным отношениям, которые в ходе него переносятся, и не характеризуется только ими. Существует процесс последовательного расслоения смыслов на инфантильные отношения и на события, которые отражают настоящие интересы и конфликты. Эти смысловые слои и сливаются в значимые паттерны невроза переноса.
- В конечном счете невроз переноса сам по себе становится вовлеченным в сопротивление лечению. Это явление известно как переносное сопротивление (Gill, 1982), сопротивление разрешению переноса, которое проявляется, например, как отказ рассматривать детерминанты прошлого или как требование удовлетворения всех переносных желаний. Если терапевт нарушает фрейдовское “правило воздержания” и выполняет эти желания, дальнейшие инсайты становятся невозможными, что ведет к неизбежному тупику и прекращению терапии.

# Контрперенос

- **Контрперенос** — наблюдение и осознание аналитиком собственной бессознательной эмоциональной реакции при общении с тем или иным пациентом. Терапевт не может избавиться от своего травматического опыта, но может отслеживать его влияние на процесс консультирования.

# Общие признаки

- Неспособность понять определенного рода материал, который касается личных проблем терапевта.
- Депрессивные и тяжелые чувства в ходе и после сеансов с определенным пациентом.
- Небрежность в отношении определенных соглашений с пациентом, опоздания, пропуски назначенных часов без особых причин и так далее.
- Постоянная сонливость терапевта во время сеансов или даже засыпание.
- Чрезмерное или недостаточное внимание к финансовым соглашениям с пациентом или то же самое - в отношении времени и места встреч.

- Повторение невротических или беспричинных аффектов по отношению к пациенту.
- Позволение или поощрение раскрепощения или зажатия.
- Попытки вызвать у коллег или пациентов впечатление важности данного пациента.
- Чрезмерное стремление опубликовать материал или прочитать лекцию о данном пациенте.
- Культивирование зависимости, привязанности пациента или восхваление его.

- Садистическое или без необходимости резкое отношение к пациенту, проявляемое терапевтом, или же обратное этому.
- Чувство, что пациент может сильно повлиять на репутацию или престиж терапевта и страх все это потерять.
- Споры с пациентом или утрата контроля и негативные чувства, если пациент что-то доказывает или спорит.
- Обнаружение своей неспособности найти оптимальный уровень тревожности для успешного ведения процесса терапии и метания между двумя крайностями - от чрезмерной тревоги пациента до потери им мотивации, утраты интереса, скуки.
- Попытки помочь пациенту в его проблемах вне рамок сессии.

- Вовлеченность в финансовые дела пациента, или соглашения с ним на личном или социальном уровне, или постоянное стремление снискать его расположение, всячески рационализируя свои усилия найти расположение именно у него.
- Неожиданные уменьшения или рост интереса к определенным клиническим случаям.
- Сны о данном пациенте.
- Слишком сильная озабоченность в свободное время пациентом и его проблемами.
- Компульсивная тенденция продолжить с пациентом работу над определенными проблемами.