

Impact Factor:	ISRA (India)	= 6.317	SIS (USA)	= 0.912	ICV (Poland)	= 6.630
	ISI (Dubai, UAE)	= 1.582	ПИИИ (Russia)	= 0.191	PIF (India)	= 1.940
	GIF (Australia)	= 0.564	ESJI (KZ)	= 8.100	IBI (India)	= 4.260
	JIF	= 1.500	SJIF (Morocco)	= 6.004	OAJI (USA)	= 0.350

SOI: [1.1/TAS](#) DOI: [10.15863/TAS](#)

International Scientific Journal
Theoretical & Applied Science

p-ISSN: 2308-4944 (print) e-ISSN: 2409-0085 (online)

Year: 2026 Issue: 06 Volume: 158

Received: 31.05.2026
Accepted/Published: 30.06.2026 <https://T-Science.org>

Issue

Article



Margarita Sergeevna Kuznetsova

Pirogov Russian National Research Medical University
Assistant. Department of Psychotherapy,
Institute of Clinical Psychology and Social Work, Moscow
v-esaulov@yandex.ru

Vladimir Igorevich Esaulov

Pirogov Russian National Research Medical University
Senior lecturer. Department of Psychotherapy,
Institute of Clinical Psychology and Social Work, Moscow
v-esaulov@yandex.ru

Mikhail Anatolyevich Nekrasov

Pirogov Russian National Research Medical University
MD, Professor,
Institute of Clinical Psychology and Social Work, Moscow

FEATURES OF COUNTERTRANSFERENCE WHEN WORKING WITH SIX TYPES OF PERSONAL ADAPTATIONS IN PSYCHOTHERAPY

Abstract: Based on the integration of three psychotherapeutic areas (transactional analysis, psychoanalysis, cognitive behavioral therapy), behavioral models in psychotherapy of six types of "complex" clients were analyzed and patterns of countertransference were identified. Countertransference was presented as a diagnostic tool that allows recognizing the patient's personality structure and choosing appropriate therapeutic strategies. The countertransference reactions described in the article can serve as a practical guideline for the therapist, helping him to improve his professional competence when working with difficult categories of clients.

Key words: Difficult clients, transference, countertransference, personal adaptations, psychotherapy.

Language: Russian

Citation: Kuznetsova, M.S., Esaulov, V.I., & Nekrasov, M.A. (2026). Features of countertransference when working with six types of personal adaptations in psychotherapy. *ISJ Theoretical & Applied Science*, 06 (158), 260-264.

Soi: <https://s-o-i.org/1.1/TAS-06-158-12> **Doi:**  <https://dx.doi.org/10.15863/TAS.2026.06.158.12>
Scopus ASCC: 3200.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРПЕРЕНОСА ПРИ РАБОТЕ С ШЕСТЬЮ ТИПАМИ ЛИЧНОСТНЫХ АДАПТАЦИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

Аннотация: На основе интеграции трёх психотерапевтических направлений (транзактный анализ, психоанализ, когнитивно-поведенческая терапия) были проанализированы модели поведения в психотерапии шести типов «сложных» клиентов и выделены паттерны контрпереноса. Контрперенос был представлен как диагностический инструмент, позволяющий распознавать личностную структуру пациента и выбирать адекватные терапевтические стратегии. Описанные в статье реакции контрпереноса могут служить практическим ориентиром для терапевта, помогая ему повысить профессиональную компетентность при работе с трудными категориями клиентов.

Ключевые слова: Сложные клиенты, перенос, контрперенос, личностные адаптации, психотерапия.

Impact Factor:

ISRA (India) = 6.317
ISI (Dubai, UAE) = 1.582
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
РИИЦ (Russia) = 0.191
ESJI (KZ) = 8.100
SJIF (Morocco) = 6.004

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

Введение

УДК 159.962.3

Термином «контрперенос» обозначают всю гамму осознаваемых и неосознаваемых эмоциональных реакций психотерапевта на личность пациента и, прежде всего, на его перенос [8, 11]. В современной психотерапии контрперенос рассматривается не как помеха, а как ценный источник информации о внутреннем мире клиента [2, 9, 10]. И всё же даже опытные специалисты время от времени сталкиваются с тем, что контакт с пациентом вызывает у них фрустрацию, гнев или чувство профессионального бессилия [2, 9]. Ключевую роль в появлении таких состояний играют активация собственных «слепых пятен» терапевта, его неотреагированные личностные конфликты, а также проявления проективной идентификации [8, 11].

В последние десятилетия во всём мире наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа пациентов с тяжёлыми расстройствами личности в психотерапевтической практике [2, 9, 10]. Эти клиенты характеризуются особыми паттернами поведения: расщепление, идеализация и обесценивание, импульсивность, манипуляции, тотальное недоверие или, напротив, симбиотическая зависимость [9, 12]. Как подчёркивает Нэнси Мак-Вильямс [9], у пациентов с пограничной организацией личности мир воспринимается в черно-белых категориях, что неизбежно провоцирует у терапевта сильные и противоречивые чувства — от желания спасти до гнева и вины.

В связи с этим возникают ключевые вопросы, на которые призвана ответить настоящая работа. Почему один клиент не меняется, несмотря на все усилия терапевта? Почему с одними пациентами специалист чувствует себя компетентным, а с другими — беспомощным? Как распознать, какие именно модели поведения клиента активируют те или иные контрпереносные реакции? Ответы на эти вопросы позволят не только сохранить профессиональное долголетие терапевта, но и превратить собственные эмоции специалиста в мощный диагностический и терапевтический ресурс.

Целью работы было: описание моделей поведения шести типов «сложных» клиентов и соответствующих им паттернов контрпереноса психотерапевта на основе интеграции трёх психотерапевтических школ (транзактного анализа, психоанализа, когнитивной терапии).

Материалы и методы

В основе настоящего исследования лежал качественный теоретический анализ, который позволил синтезировать данные из различных

психотерапевтических школ (психоаналитической, транзактно-аналитической, когнитивно-поведенческой) в единую концептуальную рамку. Данный метод дал возможность выявить внутренние связи между типами личностных адаптаций, защитными механизмами, дисфункциональными убеждениями и соответствующими им контрпереносными реакциями терапевта.

Источником клинических примеров и теоретических моделей послужили работы П. Уэра [13], Нэнси Мак-Вильямс [9], а также А. Бека и А. Фримена [1], содержащие развёрнутые описания поведения различных типов клиентов на приёме и типичных контрпереносных реакций терапевта. Дополнительно привлекались работы Г. Габбарда [2], В. Джоинса и И. Стюарта [4], В. Джоинса [5, 6], М. Хойта [3], Т. Калера [7], О. Кернберга с соавторами [8], Г. Ракера [11], а также антология под редакцией И.Ю. Романова [12].

Для систематизации материала в работе были проанализированы шесть типов личностных адаптаций: истерическая, шизоидная, обсессивно-компульсивная, параноидная, антисоциальная и пассивно-агрессивная. Каждый тип был рассмотрен с точки зрения трёх подходов: транзактно-аналитической модели «трёх дверей» (П. Уэр) [13], детализированной В. Джоинсом и И. Стюартом в работах по личностным адаптациям [4, 5, 6], психоаналитического описания центральных мотивов и защит (Н. Мак-Вильямс) [9, 10] и когнитивной концептуализации дисфункциональных убеждений (А. Бек, А. Фримен) [1]. Использование обобщённых данных из клинической практики, представленных в этих работах, позволило повысить валидность и воспроизводимость выводов настоящего исследования.

Обсуждение результатов исследования

При анализе данных было выявлено, что каждый из шести типов личностных адаптаций демонстрирует устойчивые паттерны поведения на терапевтической сессии и вызывает у психотерапевта качественно специфические контрпереносные реакции. Эти реакции могут быть как эмпатическим резонансом с аффективным состоянием пациента, так и откликом на бессознательно навязываемую роль из его прошлого опыта [8, 11].

Истерический (гистрионный) тип адаптации. У пациентов данного типа центральным мотивом является поиск внимания и одобрения значимых других [9]. Их поведение на приёме характеризуется беспомощностью, эмоциональной лабильностью, драматизацией, избеганием рационального анализа и склонностью переключаться с одной проблемы на другую [3, 4, 5, 6, 13]. Ключевые убеждения включают

Impact Factor:	ISRA (India)	= 6.317	SIS (USA)	= 0.912	ICV (Poland)	= 6.630
	ISI (Dubai, UAE)	= 1.582	ПИИЦ (Russia)	= 0.191	PIF (India)	= 1.940
	GIF (Australia)	= 0.564	ESJI (KZ)	= 8.100	IBI (India)	= 4.260
	JIF	= 1.500	SJIF (Morocco)	= 6.004	OAJI (USA)	= 0.350

представление о себе как о неполноценном и неспособном справиться самостоятельно, а также убеждение, что другие — это сильные фигуры, которые могут защитить при условии, что им понравиться [1].

Терапевт в ответ на такое поведение часто испытывает желание «спасать» клиента, брать на себя ответственность и думать за него. Наряду с этим могут возникать скука, раздражение от театральности, критическое отношение, а в некоторых случаях — сексуализация контакта. Терапевт может ловить себя на мысли, что думает за клиента, или чувствовать, что его втягивают в роль «всемогущего спасателя». Для эффективной работы с истерическими клиентами терапевту рекомендуется устанавливать контакт через чувства, мягко переводить фокус на мышление и избегать ловушки, связанной с поведенческими проявлениями. Важно признавать и валидировать чувства клиента, создавая безопасную атмосферу, но при этом настойчиво возвращать его к анализу собственных мыслей и действий [3, 4, 5, 6, 13].

Шизоидный тип адаптации. Пациенты этого типа демонстрируют пассивность, эмоциональную отстранённость, односложные ответы, избегание зрительного контакта и уход в фантазии. Центральный мотив — амбивалентность между стремлением к близости и поглощающим страхом перед ней [9]. Их убеждения включают представление о себе как о «белой вороне», которой комфортнее одной, а также представление о других как о вторгающихся и истощающих [1].

Со стороны терапевта часто возникают чувство беспомощности, скука, сонливость, нетерпеливость и желание «растормозить» клиента, которое быстро сменяется желанием отказаться от контакта [2]. Терапевт может ощущать, что «ничего не происходит», и испытывать профессиональную фрустрацию от невозможности установить эмоциональную связь. В работе с шизоидным типом не следует вторгаться в личное пространство вопросами о чувствах — лучше устанавливать контакт через поведение, работать через структуру и конкретные задания, постепенно приглашая клиента к мышлению о своих паттернах. Ключевая задача — избегать ловушки, связанной с давлением на чувства, и уважать автономию клиента [3, 4, 5, 6, 13].

Обсессивно-компульсивный (навязчиво-принудительный) тип адаптации. Данные пациенты характеризуются перфекционизмом, ригидностью и потребностью в контроле. Центральный мотив — потребность в предсказуемости для управления тревогой, связанной со стыдом и наказанием [9]. Ключевые убеждения включают «я должен всё делать идеально, иначе я никчемный», а также

представление о других как о некомпетентных и безответственных [1]. На приёме они склонны спорить («Да, но...»), интеллектуализировать, избегать проявления чувств, уходить в детали и соревноваться с терапевтом [3, 4, 5, 6, 13].

У терапевта могут возникать усталость, скука, раздражение, тревога, а также желание управлять процессом и «переспорить» клиента [2]. Терапевт может заметить, что сам начинает говорить чрезмерно логично и навязчиво, пытаясь доказать свою правоту. Для работы с обсессивно-компульсивным типом важно проявлять терпение, уважать потребность клиента в порядке и логике, признавать его компетентность. Следует аккуратно смещать фокус на чувства и потребности, хвалить за проявление эмоций и избегать ловушки, связанной с директивными указаниями — не говорить клиенту, что делать, а совместно исследовать альтернативы [3, 4, 5, 6, 13].

Параноидный тип адаптации. Центральным мотивом этих пациентов является страх быть уничиженным или униженным враждебным миром, что проявляется в тотальной недоверии, подозрительности и постоянной проверке терапевта на лояльность [9]. Их убеждения включают представление о себе как об уязвимом, о других — как о враждебных и манипулирующих [1]. На приёме они насторожены, скептически, ищут «скрытый смысл» в вопросах, могут неожиданно гневаться и не прощают ошибок [3, 4, 5, 6, 13].

Контрперенос нередко проявляется в виде страха, тревоги, ощущения, что терапевт ходит «по минному полю», а также желания оправдываться, доказывать свою благонадёжность или, напротив, отстраниться [8, 11]. Терапевт может чувствовать себя несправедливо обвиняемым и испытывать соблазн либо излишне защищаться, либо агрессивно реагировать. В работе с параноидным типом следует быть предельно надёжным, прозрачным и предсказуемым, чётко соблюдать границы, не проявлять излишней дружелюбности (которая может быть воспринята как фальшь). Важно признавать, что у подозрений пациента могут быть основания в его прошлом опыте, и избегать ловушки, связанной с атакой на его убеждения [3, 4, 5, 6, 13].

Антисоциальный тип адаптации. Данные пациенты ориентированы на получение немедленной выгоды и власти, характеризуются отсутствием эмпатии, пренебрежением к социальным нормам и манипулятивностью. Центральный мотив — получение выгоды и власти, отсутствие способности к формированию привязанностей [9]. Их убеждения включают представление о себе как о «суперзвезде», имеющей право брать всё, а о других — как о жертвах или хищниках [1]. На приёме они могут

Impact Factor:

ISRA (India) = 6.317
ISI (Dubai, UAE) = 1.582
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
РИИЦ (Russia) = 0.191
ESJI (KZ) = 8.100
SJIF (Morocco) = 6.004

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

быть внешне обаятельными, играть роль «жертвы системы», бросать вызов, проверять границы, лгать и скрывать важную информацию [3, 4, 5, 6, 13].

Терапевт может испытывать тревогу, настороженность, ощущение соблазна, отвращение, испуг, а также желание либо подыгрывать клиенту, либо покарать его [2, 12]. Нередко возникает ощущение обмана и использования, а также профессиональная беспомощность от невозможности установить искренние отношения. Ключевая стратегия работы с антисоциальным типом — установление жёстких, но справедливых и неизменных границ, предельная честность и прозрачность, отказ от борьбы за власть. Терапевту следует фокусироваться на последствиях поведения для самого клиента, поощрять любые проявления заботы о других и чувств, а также избегать ловушки, связанной с интеллектуальными дискуссиями и манипулятивными играми [3, 4, 5, 6, 13].

Пассивно-агрессивный тип адаптации. Центральным мотивом этих пациентов является борьба за автономию, выражающаяся через пассивный саботаж. Они характеризуются обидчивостью, упрямством и намеренной «неэффективностью» в ситуациях, требующих подчинения [9]. Их убеждения включают представление о себе как о жертве несправедливых требований, а о других — как о несправедливых авторитетах [1]. На приёме они жалуются, но отвергают помощь, фокусируются на мелких деталях, «забывают» домашние задания, играют в «Да, но...», проявляют сарказм, опаздывают или пропускают сессии [3, 4, 5, 6, 13].

Контрперенос при работе с пассивно-агрессивным типом часто включает сильное раздражение, фрустрацию, чувство бессилия и гнев [4, 5]. Терапевт может ловить себя на желании давить, критиковать или, наоборот, впадать в уныние и беспомощность в ответ на провокационное поведение клиента. В работе с данным типом рекомендуется проявлять заботу и избегать критики, не вступать в дискуссии по поводу правил, признавать право клиента на гнев. Терапевту важно помогать клиенту осознавать и прямо выражать свои чувства, давать позитивное подкрепление за любое асертивное и прямое общение, реагировать легко и с юмором, избегая

ловушки, связанной с интеллектуальными спорами и борьбой за власть [3, 4, 5, 6, 13].

Заключение

В данной работе были проанализированы различия в описании проявлений контрпереносных реакций психотерапевтов на шесть типов «сложных клиентов» в нескольких психотерапевтических школах (транзактный анализ, психоанализ, когнитивно-поведенческая терапия). Контрперенос был представлен как диагностический инструмент, позволяющий распознавать личностную структуру пациента и выбирать адекватные терапевтические стратегии.

Для каждого типа адаптации были выделены ключевые контрпереносные реакции: истерический тип вызывает желание спасти, критиковать и возможную сексуализацию контакта, шизоидный — беспомощность, сонливость, нетерпеливость и желание «растормозить» клиента, обсессивно-компульсивный — усталость, раздражение, тревогу и желание управлять процессом, параноидный — страх, тревогу и желание оправдываться, антисоциальный — тревогу и ощущение соблазна, пассивно-агрессивный — сильное раздражение, фрустрацию, чувство бессилия и гнев.

Интеграция трёх подходов (транзактного анализа, психоанализа и когнитивно-поведенческой терапии) создаёт эффективную систему для понимания «сложных» клиентов и выбора адекватных терапевтических стратегий

Проведенное исследование показало необходимость разработки и валидации обучающих программ для психотерапевтов по работе с контрпереносом. На основе представленной интегративной модели могут быть разработаны тренинговые программы, включающие:

- обучение распознаванию типов личностных адаптаций по поведению клиента и по вызываемому контрпереносу;
- отработку техник контейнирования в ролевых играх;
- обучение стратегиям работы с сопротивлением;
- формирование навыков саморефлексии и работы с собственными уязвимостями.

References:

1. Beck, A., & Freeman, A. (2002). *Kognitivnaya psikhoterapiya rasstroystv lichnosti*. [Cognitive

psychotherapy of personality disorders]. Piter. 448 p.

Impact Factor:	ISRA (India)	= 6.317	SIS (USA)	= 0.912	ICV (Poland)	= 6.630
	ISI (Dubai, UAE)	= 1.582	ПИИИ (Russia)	= 0.191	PIF (India)	= 1.940
	GIF (Australia)	= 0.564	ESJI (KZ)	= 8.100	IBI (India)	= 4.260
	JIF	= 1.500	SJIF (Morocco)	= 6.004	OAJI (USA)	= 0.350

2. Gabbard, G. O. (2009). *Dolgosrochnaya psikhodinamicheskaya psikhoterapiya. Bazovoe rukovodstvo*. [Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic guide]. Kogito-Tsentr. 629 p.
3. Hoyt, M. F. (1989). Psychodiagnosis of Personality Disorders. *Transactional Analysis Journal*, 19(2), 101–114.
4. Joines, V., & Stewart, I. (2019). *Lichnostnye adaptatsii*. [Personality adaptations]. Metanoyya. 464 p.
5. Joines, V. (2011). Personality Adaptations Further Clarified. *Transactional Analysis Journal*, 41(1), 90–99.
6. Joines, V. (2024). *Slomay stereotipy*. [Break stereotypes]. Metanoyya. 198 p.
7. Kahler, T. (1982). Personality Pattern Inventory. Kahler Communications. 45 p.
8. Kernberg, O., Yeomans, F., & Clarkin, J. (2014). *Terapiya, fokusirovannaya na perenose. Klinicheskoe rukovodstvo*. [Transference-focused therapy: Clinical guide]. Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy. 480 p.
9. McWilliams, N. (2015). *Psikhoanaliticheskaya diagnostika*. [Psychoanalytic diagnosis]. Klass. 583 p.
10. McWilliams, N. (2016). *Psikhoanaliticheskaya psikhoterapiya. Rukovodstvo praktika*. [Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide]. ERGO. 392 p.
11. Racker, H. (1998). Znachenie i ispol'zovanie kontrperenosa. [The meaning and use of countertransference] *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 6(2), 95–143. 49 p.
12. Romanov, I. Yu. (Ed.). (2005). *Era kontrperenosa: Antologiya psikhoanaliticheskikh issledovaniy (1949–1999 gg.)*. [The era of countertransference: An anthology of psychoanalytic studies (1949–1999)]. Akademicheskii proekt. 573 p.
13. Ware, P. (1983). Personality Adaptations. *Transactional Analysis Journal*, 13(1), 2–11.