

способность создается как предсознательная стратегия «обработки» конфликтов средствами идентификации с попытками аналитика наблюдать, понимать и интегрировать психологические процессы. Таким образом, Шлессингер и Роббинс (Schlessinger, Robbins, 1983) подводят итог результатам своих отсроченных исследований. Мы полагаем, что эти данные снимают с нас как с аналитиков определенное бремя. Они удовлетворяют нас и потому, что аналитическую работу в результате таких исследований можно описать более реалистично и взвешенно, чем любым другим методом.

Систематические послеаналитические исследования преследуют и другие цели, особенно это стало возможно в психоаналитических амбулаторных клиниках после проведенных Фенихелем (Fenichel, 1930) первых исследований результатов анализа при Берлинском психоаналитическом институте (см.: Jones, 1936; Alexander, 1937; Knight, 1941). Такие исследования призваны оценить влияние различных факторов на терапевтический

460 Средства, пути и цели

процесс и его результаты и возможны только при большом количестве данных (см., например: Kernberg et al., 1972; Kordy et al., 1983; Luborsky et al., 1980; Sashin et al., 1975; Weber et al., 1985; Wallerstein, 1986). Обзор состояния исследований результатов психотерапии дается Бергином и Лэмбертом (Bergin, Lambert, 1978).

Лишь очень немногие аналитики признают важность таких глобальных оценок результатов, несмотря на их большую ценность для социальной политики. В Германии послеаналитические исследования такого рода имели решающее значение для включения психоанализа в число терапий, покрываемых медицинским страхованием (Dührssen, 1953, 1962). Именно в силу того, что современное состояние исследований терапевтических последствий отнюдь не сводится к упрощенным процедурам терапии (Kächele, Schors, 1981), систематические послеаналитические исследования обоснованности включения длительных психоанализов в лечение, покрываемое страховой медициной, настоятельно необходимы, особенно ввиду впечатляющих результатов, достигнутых психоаналитическими короткими терапиями (Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984).

9 Психоаналитический процесс

Хотя в предшествующих главах мы обсуждали различные аспекты психоаналитического лечения, мы не фокусировали внимания на роли, которую эти аспекты играют в терапевтическом процессе в целом. Мы концентрировались на сегментах лечения различной протяженности и переходили от макро- к микроэлементам аналитического процесса (см.: Baumann, 1984). С одной стороны, мы как бы использовали увеличительное стекло, чтобы сосредоточиться на мельчайших гранях процесса лечения, например на вопросах, которые задает пациент, и, с другой стороны, исследовали общие стратегии аналитика, дистанцируясь от излишних деталей.

Психоаналитическое лечение можно охарактеризовать разными способами. Чтобы обрисовать характерные и существенные черты психоанализа, мы использовали широкий набор метафор. Мы рассказывали о том, как Фрейд сравнил аналитический процесс с игрой в шахматы, об аналогиях, которые он проводил между аналитиком и археологом, художником и скульптором (гл. 7 и 8). Хотя Фрейд и не сомневался в возможности аналитика решающим образом влиять на ход анализа в положительную или отрицательную сторону, он больше подчеркивал независимость хода анализа.

Аналитик... запускает процесс разрешения существующих вытеснений. Он может наблюдать за этим *процессом*, продвигать его вперед, устранять препятствия на его пути и, несомненно, может

наносить ему значительный вред. Но в целом, начавшись, процесс идет своим собственным путем и не позволяет предписывать себе ни направление, которое он принимает, ни порядок, в котором он выбирает свои темы (1913, р. 130; курсив наш).

В метафорах заложены теории и модели, которые мы теперь хотели бы идентифицировать. Требование Сандлера (Sandler, 1983) относительно того, что измерение частного значения в понятиях должно быть выработано для достижения реального прогресса, также адресовано практикующему аналитику:

Исследование должно быть направлено на то, чтобы подразумеваемые понятия сделались ясными практикующему аналитику, и предполагается, что этот процесс приведет к ускоренному развитию психоаналитической теории. Основу этой теории должны составлять те аспекты, которые отно-

462 Психоаналитический процесс

сятся к работе, проводимой аналитиком, и поэтому главное внимание должно быть обращено на клинику (р. 43).

Чтобы помочь осуществлению этой задачи, следующие разделы содержат обсуждение функции процессуальных моделей (разд. 9.1) и существенных черт для их оценки (разд. 9.2) и описание различных концепций этого процесса (разд. 9.3), включая нашу собственную (разд. 9.4).

9.1 Функция процессуальных моделей

Если мы сосредоточим внимание на терапевтическом процессе, то есть на всей дистанции, которую пациент и аналитик проходят вместе от начального интервью и до завершения анализа, то обязательно придется огромное большинство происшедших событий отодвинуть на задний план. Мы должны ограничиться самым существенным, иначе рискуем за деревьями не увидеть леса. Суть вопроса в отношении функции и общих трудностей процессуальных моделей состоит в том, что события не являются важными сами по себе, но становятся таковыми благодаря тому значению, которое мы им придаем. То, что психоаналитик считает весьма существенным в ходе лечения, зависит от паттернов смыслов, интернализованных им относительно организации и хода психоаналитического процесса. Мы можем отложить ответ на вопрос, насколько определенны и дифференцированы имеющиеся идеи об аналитическом процессе, или каковы они должны быть. В данный момент мы только хотели подчеркнуть, что ни один терапевт не может вести лечение или оценить его, не имея модели возможного хода лечения, содержащей указания для его действий и критерии для оценки.

Концепция аналитика в отношении процесса выполняет важную регуляторную функцию в преобразовании его намерений в систему вмешательств. Таким образом, понимание процесса не является абстрактным или теоретическим вопросом. Напротив, такое понимание в более или менее разработанной форме представляет собой компонент повседневной деятельности любого аналитика. Однако именно здесь и проявляются качественные различия между детализированными моделями и скорее имплицитными взглядами на аналитический процесс. Чем менее эксплицитно или чем более обобщенно сформулирована модель, тем с большей легкостью она ускользает от критической рефлексии. По этой причине модели, передаваемые от одного поколения аналитиков следующему поколению, часто сформулированы в настолько общем виде, что их невозможно опровергнуть средствами наблюдения. Однако сомнительно, что такие модели являются адекватными предмету, к которому они применяются.

Одним из решающих факторов, определяющих, адекватны ли идеи аналитика в отношении аналитического процесса, является то положение, которое эти идеи занимают на шкалах «степень сложности» и «степень выводимости» (degree of inference). Мы придаем статус модели такой концепции, которая локализована близко к полюсам «сложной» (в отличие от «недифференцированной») и «выводимой» (в отличие от «поддающейся наблюдению»).

Клаус и Бур (Klaus, Buhr, 1972, p. 729) полагают, что модель — это

объект, который вводится и используется субъектом на основе структурной, функциональной или поведенческой аналогии, для того чтобы получить возможность решить определенную задачу... Использование модели особенно необходимо в определенных ситуациях, чтобы получить новое знание об исходном объекте...

Это определение базируется на том понимании «модели», которое возникло в сфере науки и технологии, как это проясняют Клаус и Бур:

Общее свойство всех моделей заключается в том, что они не могут быть созданы (выбраны или произведены) субъектом произвольно; напротив, они являются подчиненными своему собственному внутреннему порядку, являющемуся действительным объектом анализа для субъекта в модельном эксперименте, познании, поведенческой адаптации и т.д. (p. 730).

Это определение понятия модели неприменимо к моделям психоаналитического процесса. Акт познания, осуществляемый аналитиком во время лечения, в занимаемой им роли участвующего наблюдателя, явно отличается от акта познания, осуществляемого в науках, в которых объект не меняется из-за наблюдения со стороны исследователя. Ученый-исследователь оказывает влияние на объект только как часть контролируемого эксперимента. Однако важнее всего то, что сам исследователь как человек, осуществляющий воздействие, не есть часть изучаемого объекта (см. также разд. 3.1). Хотя подобный эпистемологический научный подход все больше ставится под вопрос, например в современной физике, тем не менее, остаются качественные различия между способами познания ученого и психоаналитика. Аналитик, который подходит со специфичной моделью к своему объекту — аналитическому процессу, — *оказывает влияние на возникновение событий посредством своих ожиданий*, согласующихся с этой моделью. Так, аналитик, рассматривающий терапию как последовательность предопределенных фаз, внимательно ищет знаки, сигнализирующие о переходе к следующей фазе. Он будет одновременно избирательно концентрироваться на высказываниях пациента, соответствующих его

464 Психоаналитический процесс

модели аналитического процесса. Поэтому он может действительно определять то направление, которое принимает процесс, хотя и уверен в том, что лишь за ним наблюдает. Таким образом, он преобразует свою модель процесса, которую считает *описывающей*, в *предписывающее* терапевтическое действие.

Причина, по которой мы подчеркнули этот аспект, заключается не в том, что такая процедура предосудительна. Наоборот, у аналитика нет иного выбора, кроме как понять терапевтический процесс на основе своей модели этого процесса, выдвинуть гипотезы, исходя из такой модели, и провести терапию в соответствии с этими гипотезами. Решающий вопрос заключается не в том, выстраивает ли аналитик ход своих действий, исходя из своей модели, а в том, следует ли он этому ходу действий строгим предписывающим образом.

В своем обсуждении терапевтических правил и стратегий (см. гл. 7 и 8) мы придаем огромное значение различению стереотипных и эвристических моделей. Процессуальные

модели также могут использоваться аналитиком стереотипным образом, то есть так, как если бы они были алгоритмами. Алгоритм закладывает точную последовательность индивидуальных шагов, неуклонно приводящую к предписанной цели при условии точного соблюдения такой последовательности. Процессуальные модели не могут принять на себя такую предписывающую функцию; они всегда должны использоваться эвристичным и творческим образом (Peterfreund, 1983). Модель может быть использована как алгоритм, только если она является всеобъемлющей, то есть при условии, которое никогда не может быть удовлетворено применительно к психологическому процессу. Процессуальные модели дают подсказки, каким образом может быть организована в высшей степени сложная, специфическая для диалекта информация, накапливавшаяся в течение длительного периода. Даже после того, как была выбрана форма организации, необходимо, однако, снова и снова испытывать ее в отношении способности интегрировать новую информацию.

Аналитик должен уделять особое внимание той информации, которая не соответствует его модели. Он всегда будет способен найти внутри богатого материала моменты, подтверждающие его модель; однако это говорит еще слишком мало в пользу его понимания аналитического процесса. Информация же, которая не может быть интегрирована, наоборот, побуждает модифицировать понимание аналитического процесса так, чтобы сделать его совместимым с новой информацией. На этом пути образ, имеющийся у аналитика, начинает все более точно приближаться к объекту.

Мы понимаем, что на аналитика ложится тяжелое эмоциональное бремя и от него требуется огромное душевное усилие, чтобы признать, что используемая им концепция аналитического

Характерные особенности процессуальных моделей 465

процесса является неподходящей, и таким образом сознательно поставить себя в небезопасную ситуацию, которая неизбежно следует из такого признания. Существенная функция процессуальных моделей в конечном итоге заключается в том, чтобы привести порядок в разнообразие информации, направлять внимание и поведение терапевта и таким образом обеспечить последовательность в его терапевтических действиях. Вполне понятно, что никто не хочет утратить такую опору, хотя бы даже и временно. Такие кратковременные потери ориентации легче перенести, если аналитик не поддается соблазнительной мысли о том, что существует правильная модель аналитического процесса. По нашему мнению, понятие правильной процессуальной модели является таким же фиктивным, как и понятие правильного психоаналитического процесса, который следует естественным законам и имманентному порядку до тех пор, пока вмешательства аналитика не нарушают его. Процессуальные модели непосредственно влияют на терапию. Привержен ли аналитик вымыслу о естественном процессе, рассматривает ли он лечение как диалектически-специфический психосоциальный процесс взаимодействия — все это имеет, таким образом, вполне реальные последствия для пациента. Аналитик, придерживающийся последней точки зрения, должен снова и снова определять, согласуются ли еще его допущения в отношении аналитического процесса с его наблюдениями за взаимодействием в каждом отдельном случае.

В целом это зависит от аналитика, принимает ли он (ошибочно) свою процессуальную модель как реальность и последовательно применяет свои вмешательства стереотипным образом, или же он рассматривает ее как инструмент для организации процесса, который нужно пересмотреть, как только при помощи эвристических стратегий получена противоречащая информация. Конечно, одни модели часто ведут к *стереотипным* интерпретациям, в то время как другие облегчают использование эвристических стратегий. Ниже мы собираемся обсудить с этой точки зрения различные характеристики моделей процесса.

9.2 Характерные особенности процессуальных моделей

Как мы уже объяснили выше, вопрос заключается не в том, чтобы отличить истинные модели процесса от ложных. Скорее он состоит в пригодности различных процессуальных моделей для создания эффективных терапевтических стратегий. Центральный критерий при этом усматривается нами в том, предпо-

466 Психоаналитический процесс

лагает ли модель, что психоаналитический процесс придерживается своего квазиестественного течения. Такая модель не ведет с неизбежностью к стереотипному применению ее аналитиком, но подкрепляет любую тенденцию строго ориентироваться на ожидаемый, естественный ход, которая у него имеется. Наблюдения, не согласующиеся с моделью, часто игнорируются или интерпретируются как сопротивление.

Это можно особенно отчетливо увидеть в том, как аналитик обходится с высказываниями пациентов, свидетельствующими, что они или не смогли понять, или не принимают определенные интерпретации. Если отвержение пациентом интерпретации затем интерпретируется на основе той же самой гипотезы, которую он не понял или не принял, и, таким образом, понимается как сопротивление, то аналитик остается в плену своего предубеждения, а пациент лишается возможности сделать важные поправки. Хотя концепция сопротивления хорошо обоснована, как мы видели в четвертой главе, все же может оказаться, что отвержение пациентом интерпретации в повседневной коммуникативной ситуации анализа должно быть признано валидным (см. также: Thomä, Houben, 1967; Wisdom, 1967).

Среди моделей, предполагающих квазиестественный ход лечения, выделяется широко распространенная точка зрения, что процесс терапии аналогичен развитию в раннем детстве. В разделе 9.3 мы обсудим модель процесса Фюрстенау (Fürstenau, 1977) как типичный пример такого рода. Такие модели объединяет допущение, что пациент в ходе терапии прогрессирует от ранних стадий развития к поздним. Так происходит не обязательно, и это можно видеть из рассуждения Балинта об «особой фазе в аналитическом лечении пациентов». Он описывает ее следующим образом:

Мой клинический опыт вкратце таков: в периоды, когда аналитическая работа уже далеко продвинулась в своем долгом пути, то есть приближается к концу лечения, мои пациенты начинали — сначала очень робко — желать, ожидать и даже требовать (обычно, но не всегда) некоторых простых подкреплений со стороны аналитика (1952, p. 245).

Пациенты, на которых здесь ссылается Балинт, не в состоянии исследовать в ходе лечения свои главные патогенные допущения (в смысле, описанном Вайсом и Сэмпсоном (Weiss, Sampson, 1984)), пока не будут рассмотрены основные эдиповы конфликты и пациенты не ощутят в результате этого повышение силы Эго и не почувствуют себя в безопасности. А.Э. Майер (в личной беседе) предлагал назвать это «хронологической ретроградной моделью».

В данном обсуждении нужно отвести место и процессуальным моделям самих пациентов; они являются точным отражени-

Характерные особенности процессуальных моделей 467

ем того, как пациенты переживают процесс. Пациенты часто говорят об анализе как об исследовании собственного дома. Эта метафора приглашает обдумать внутреннее устройство здания. И если даже внимательное наблюдение со стороны способно информировать опытного архитектора о внутреннем дизайне, знание о планировке,

предназначении и меблировке комнат может быть приобретено только при внутреннем рассмотрении. Конечно, у зданий есть много общих деталей, о которых мы можем судить на основе своего знания об их устройстве и функции. Точно так же и психическое развитие с неизбежностью ведет каждого из нас через определенные стадии, как это было описано рядом авторов (например: Erikson, 1959). Мы приобретаем свою психическую структуру, решая проблемы развития, встающие перед каждым из нас: сепарация от симбиоза, триангуляция, эдипова конфигурация, подростковый период и т.д. Доступность этих структур для терапевтической работы зависит от множества различных факторов, которые взаимодействуют с техникой лечения, и которые мы понимаем как интрапсихическую защиту и психосоциальное приспособление (см. описание Менцосом (Mentzos, 1982, p. 109) его трехмерной диагностической модели).

Видение процесса терапии и развития в раннем детстве как параллельных феноменов, несомненно, часто является верным и может служить плодотворным руководством к лечебному вмешательству. Однако в случае негибкого применения данный подход становится проблематичным, например если аналитик упускает из виду тот факт, что терапевтический процесс, формируемый вместе со взрослым пациентом, отличается от ранних детских переживаний в ряде существенных аспектов, не последнее место в котором занимает качество субъективного опыта. Ранние переживания *не могут* быть вновь пережиты аутентичным образом; терапевтический процесс всегда затрагивает весьма определенные переживания взрослого. Процессуальная модель, ориентированная на психологическое развитие, должна отдавать должное этим переживаниям.

Как было сказано выше, больше всего соблазняет в подобных моделях предположение о том, что индивидуальные фазы следуют друг за другом в неуклонной последовательности. В результате аналитик будет рассматривать и использовать только ту информацию, которая соответствует текущей фазе, игнорируя все остальное. Таким образом, одна фаза за другой могут *создаваться* во взаимодействии, в то время как их последовательность интерпретируется как регулярность, присущая процессу. В моделях, основанных на той идее, что психоаналитический процесс следует естественному курсу, развитие пациента логически оказывается в центре внимания. Напротив, если психо-

468 Психоаналитический процесс

аналитическое лечение рассматривается как диадически-специфический процесс взаимодействия (см. разд. 9.4), то очень важным становится вклад терапевта.

Другой существенный критерий для оценки процессуальных моделей составляют ответы на следующие вопросы: что говорит модель о роли аналитика? Какая функция приписывается ему в формировании процесса? В общем виде можно допустить, что чем более процесс будет мыслиться как «естественный» и автономный, тем меньше приходится говорить о роли аналитика (и об ответственности, которую он при этом принимает на себя). В крайнем случае, он выполняет свою функцию просто через осознание упорядоченности процесса, постулируемого его моделью, и не нарушая его ход. В таком случае использование аналитиком эвристических моделей не является ни необходимым, ни желательным. В любом случае его поведение ориентируется преимущественно не на пациента, а скорее на его «естественное» видение процесса, который он, как правило, пытается поддерживать при помощи нейтральности и интерпретаций.

Логично, что при таком подходе большое значение приобретает вопрос о том, является ли вообще пациент, которого аналитик только что наблюдал в начальном интервью, пригодным для этого процесса, ход которого детерминирован «природой вещей». В таких рамках адаптивные показания в предложенном нами смысле (см. гл. 6) оказываются невозможными, поскольку они требуют большой гибкости со стороны аналитика, который должен предлагать самого себя в меняющихся ролях как партнера по общению.

Мы описали крайний случай для того, чтобы прояснить риск, который становится тем

выше, чем более «естественно» аналитик рассматривает аналитический процесс, то есть ту опасность, что он будет закрывать глаза на то, что терапевтический процесс структурируется во взаимодействии и гибок. Таким образом, можно предположить, что он начнет неправильно классифицировать как непригодных для анализа все большее число пациентов.

Мы бы хотели описать точку зрения, выдвинутую Меннингером и Хольцманом (Menninger, Holzman, 1958) в качестве примера понимания аналитического процесса, которое неправильно характеризует роль аналитика. Эти авторы предлагают процессуальную модель, согласно которой подходящий пациент заключает контракт с аналитиком и к концу типичного процесса изменяет свою психическую структуру и разрешает свой перенос. Эта точка зрения, кстати, была опровергнута последующими исследованиями, проведенными Шлессингером и Роббинсом (Schlessinger, Robbins, 1983). Согласно этим исследованиям, разрешение переноса к концу успешной терапии является мифом;

Характерные особенности процессуальных моделей 469

напротив, в последующих интервью даже успешно проанализированные пациенты демонстрировали явные проявления переноса. Для Меннингера и Хольцмана аналитик представляется не более чем обычно молчащим компаньоном, терпение и дружелюбие которого убеждает пациента в том, что его переносы любви и ненависти не имеют в настоящем ни позитивных, ни негативных оснований.

Эта фикция психоаналитического процесса, очищенного от реальной личности аналитика, предполагает, что существует усредненный аналитик и подходящий для анализа пациент. Эта концепция, игнорируя факт, что такой пары пациента и аналитика не существует, не позволяет сочетать полученные в социальных науках данные с сущностью терапевтических отношений, начиная с вхождения в психоаналитическую ситуацию. Актуальные проблемы психоаналитической техники нельзя разрешить, придерживаясь — в качестве ответной реакции на кризис идентичности — слишком ригидной концепции лечения. Напротив, мы придаем роли аналитика большое значение в совместной детерминации структуры терапевтического процесса. Он осуществляет свою роль в диадически-специфической манере, которая зависит от его собственной личности и от пациента. Такой взгляд на роль терапевта несовместим с концепцией аналитического события как естественного явления.

Каждая из этих двух противоположных концепций аналитического процесса, прежде всего, представляет собой не что иное, как убеждение, основанное на вере. В конечном счете, только наблюдение за психоаналитическим процессом может предоставить информацию о пригодности той или иной из процессуальных моделей. Предварительным условием для этого является то, чтобы модели были сформулированы способом, который делает возможным их подтверждение или опровержение на основе наблюдения. Мы рассматриваем вопрос об эмпирическом обосновании процессуальных моделей как важный критерий для их оценки; на самом деле это единственный способ оценки их применимости.

Такое предварительное условие требует, чтобы модели были сделаны настолько эксплицитными, насколько это в настоящий момент возможно. Чем ближе к уровню наблюдения сформулированы модели, тем более четкими будут производные операциональные гипотезы, которые могут быть испытаны затем на базе наблюдаемых в интервью событий. Необходимо иметь возможность проверки гипотез и, что всего важнее, сбора не согласующихся с моделью данных. Это означает, что модель, способная легко объяснять результаты, диаметрально противоположные первоначальному прогнозу, бесполезна. Несмотря на это, именно при построении психоаналитических теорий широко распро-

странена тенденция к созданию таких непровержимых моделей. Отчасти это, безусловно, связано с первоначальной беспомощностью, которая неизбежно охватывает аналитика, когда он сталкивается со своим чрезвычайно сложным предметом. Рискованно делать прогнозы терапии, если человеческое поведение сверхдетерминировано, если борьба между желанием и защитой не разрешена. Неопределенность возрастает, если увеличивается период, на который делается прогноз. Таким образом, формулировка процессуальных моделей всегда рискованное предприятие. Это особенно верно, если модель в идеале обеспечивает аналитика сеткой для классификации большого числа взаимодействующих, взаимозависимых событий без детального знания о природе отношений между ними.

Существует два возможных пути преодоления этих трудностей. Один из них — формулирование процессуальных моделей в таком абстрактном виде, что они становятся универсально валидными и, таким образом, непровержимыми. Подобное теоретизирование заводит в тупик и скорее искажает, чем обостряет восприятие нового материала. Проявлением такого абстрактного обобщения служит явное стремление некоторых аналитиков уже после короткого ознакомления помещать случаи в понятную теоретическую структуру — факт, вызывающий удивление на клинических семинарах. Случай втискивается в прокрустово ложе теории, при этом неподходящая информация остается без внимания, и предполагается, что информация, которой недостает, согласуется с теорией.

Другой способ справиться со сложностью психоаналитического процесса — ограничить претензии модели на создание всеобъемлющей концепции процесса. Плодотворный подход заключается в том, чтобы сначала выдвигать гипотезы в форме утверждений «если — то», касающихся различных событий, которые обычно повторяются в ходе терапии. И компонент «если», и компонент «то» должны быть определены как можно более точно, так, чтобы обеспечить опровергаемость гипотезы.

9.3 Модели психоаналитического процесса

Технические рекомендации Фрейда по ведению лечения, и, таким образом, по процессу, довольно поверхностны, намеренно туманны и неопределенны в отношении общего хода лечения. Хотя по ним можно составить целую серию правил (гл. 7) и стратегий (гл. 8), невозможно вычленить какое-либо понимание целого процесса, помимо простого обозначения начальной, срединной и заключительной фаз анализа, как заметил Гловер (Glover, 1955). Мы уже упоминали о том, как понимали этот

Модели психоаналитического процесса 471

процесс Меннингер и Хольцман; независимо от оценки их позиции, по существу, попытка этих авторов осмыслить весь процесс свидетельствовала об осознании проблемы и была тепло встречена при ее опубликовании в 1958 году. Развитие теории психоаналитической терапии, которая представляла бы собой нечто большее, чем свободный свод технических принципов, оказалось неразрешимой задачей с момента ее постановки Бибрингом на Мариенбадском конгрессе в 1936 году. Число вразумительных процессуальных моделей, объединяющих отчеты об индивидуальных случаях и дающих общее понимание процесса, тем не менее остается незначительным. Может быть, это связано с тем, что большинство аналитиков отдают предпочтение очерковой манере подачи истории болезни (Kächele, 1981), а также со сложностью материала. Нижеследующие описания нескольких попыток сформулировать процессуальные модели отражают состояние развития теории.

Общим для всех размышлений о процессе является понятие *фазы*. Дифференциация отдельных стадий лечения в соответствии с принятыми основными паттернами характерна как для описания случаев кандидатами, проходящими курс обучения, часто использующими

заголовки, богатые образами, так и для делового подхода, принятого Мельцером (Meltzer, 1967), который описывал следующие фазы типичных процессов в анализе детей, проводившемся по Кляйн:

1. Сбор переноса.
2. Разбор географической путаницы.
3. Разбор зональной путаницы.
4. Порог депрессивной позиции.
5. Процесс отнятия от груди.

Согласно Мельцеру (Meltzer, 1967, р. 3), такая последовательность фаз выражает по-настоящему естественный органический процесс, который происходит, когда лечение ведется строго в соответствии с методами Кляйн. Последовательность стадий развития очевидна для понимания детского анализа, но она становится проблематичной, когда используется в качестве попытки понять аналитический процесс взрослого человека. Иллюстрацией этого служит модель «прогрессирующей структуры нефокального психоаналитического лечения» Фюрстенау (Fürstenau, 1977). Эта прогрессирующая структура является результатом взаимодействия динамических факторов в аналитической ситуации, что мы уже описывали различными способами.

В психоаналитическом процессе важно различать два взаимосвязанных процесса, которые вместе составляют прогрессирующую структуру. Согласно Фюрстенау (Fürstenau, 1977, р. 858), этими двумя частичными процессами являются:

472 Психоаналитический процесс

1. Процесс постепенного структурирования и нормализации Я с периодически возникающими фазами тяжелых структуроформирующих рецидивных кризисов и те способы, какими аналитик справляется с ним путем замещения и поддержки.
2. Процесс сценического развертывания и обработки фиксаций, слоя за слоем, через анализ переноса и контрпереноса.

Теперь мы кратко опишем семь фаз прогрессирующей модели Фюрстенау и упомянем о тех проблемах, которые в связи с ней встают. Согласно Фюрстенау, каждая фаза описывается с общих точек зрения «проработки жестких паттернов, которые несет с собой пациент», и «построения нового паттерна взаимоотношений».

В первой фазе аналитик играет материнскую роль в отношении пациента; он ведет себя таким образом с целью обеспечения безопасности.

Во второй фазе пациент разворачивает свою симптоматику, он все еще мало интересуется пониманием бессознательных связей, но делает важные открытия в отношении надежности и уверенности аналитика.

В третьей фазе обращаются к негативным аспектам ранних взаимоотношений с матерью.

В четвертой фазе происходит обращение к себе (к своему Я) путем выявления скрытой агрессии и оскорблений из области ранних отношений матери и ребенка; это сопровождается улучшением диффузных депрессивных симптомов. В аналитических отношениях пациент узнает, что аналитик интересуется его скрытыми фантазиями, но не навязчиво и не заставляет его испытывать чувство вины за свой нарциссический уход.

В пятой фазе выявляется сексуальная идентичность пациента; аналитик по-разному ведет себя с пациентами мужчинами и женщинами. Эта тема продолжается в шестой фазе, фазе эдиповой триангуляции.

Завершение лечения в седьмой фазе облегчается вновь развившимися отношениями, которые пациент смог установить как с самим собой, так и с партнерами. В центре внимания стоит проработка периода оплакивания, траура, прощания.

Фюрстенау делает различия между двумя классами психических расстройств, которые он

называет невротами с относительно интактным Эго и структурными расстройствами Эго. Последний класс включает психотиков, людей нарциссически замкнутых, асоциальных, наркоманов, извращенцев и психосоматических пациентов. В отличие от лечения пациентов с неповрежденным Эго, которое происходит описанным способом через эти фазы, особенно при первом из двух частичных процессов, указанных выше, в нефокальном психоаналитическом лечении пациентов со структурными расстройствами Эго частичные про-

Модели психоаналитического процесса 473

цессы переплетаются. К тому же для последней группы терапия меняется, особенно в первых трех фазах лечения. Например, в первой фазе аналитику приходится все в большей степени брать на себя замещающие функции. Более того, не существует ясного перехода к четвертой фазе, и во второй половине этого процесса доминирует чередование занятий пациента собой с занятиями с другими. «Соответственно этому происходит постоянная смена вмешательств аналитика, работающего то над переносом и сопротивлением, с одной стороны, то над укреплением Я пациента — с другой (Fürstenau, 1977, p. 869).

В противоположность нашей собственной процессуальной модели (разд. 9.4), прогрессирующая процедура Фюрстенау характеризуется фиксированным содержанием. Это само по себе обладает терапевтической функцией, так как придает аналитику уверенность в своих возможностях. Фюрстенау развил эту модельную структуру на основе своего опыта клинической супервизии. Один из ее важных аспектов, совпадающих с нашей точкой зрения, состоит в том, что лечебный процесс делится на фазы, для которых характерны различные темы. Менее точным, по нашему мнению, является предположение, что последовательность фаз в каждом процессе организована подобно линейной проработке онтогенетического развития. С точки зрения общественных наук мало вероятно, что эта модель удовлетворяет своим претензиям на всеобщность; однако создание модели типичного хода лечения, несомненно, дало бы значительное продвижение вперед в описании хода и исхода психоанализа.

Преимущество такой модели состоит в том, что она приспособливает психоаналитический метод к действительным особенностям двух больших групп пациентов. Это избавляет от постоянных новых определений области более или менее узкого понимания «классической техники». Соответственно это уничтожает источник споров — не дающих преимуществ аналитику и не помогающих пациентам, — в результате которых обычно применение так называемой классической техники пациентами ограничивается интрапсихическими конфликтами на эдиповом уровне, а все другие пациенты передаются на аналитическую психотерапию или так называемую психодинамическую психотерапию или же создается новая школа терапии для их лечения. Ориентация на потенциальные возможности метода, в конце концов, приводит к дифференциации в соответствии с типом заболевания, к которой призывал Фрейд (1919а). Это подразумевает необходимость некоторой степени гибкости в смысле приспособления к нуждам отдельных пациентов, что еще, однако, не достигнуто. Нетрудно заметить, что модель терапевтической активности Фюрстенау относится также к области так называемых нарциссических расстройств, так как она включает час-

474 Психоаналитический процесс

тичный процесс «постепенного структурирования и нормализации Я».

Кохут в своих позднейших работах (Kohut, 1971, 1977) делает фундаментальное различие между техникой, основанной на теории инстинкта и эгопсихологии, и своим пониманием анализа и восстановления Я. Процессуальная модель в теории восстановления Я Кохута определяется следующими тезисами:

1. Я-объект ищет себя в других.
2. Имеется недостаток эмпатического резонанса со стороны матери. Степень отсутствия эмпатического резонанса в конечном итоге определяет дефицитарность Я. Эмпатический резонанс состоит из нескольких определяемых развитием стадий: зеркального переноса, двойникового переноса и идеализирующего переноса Я. Они определяют форму, которую принимает эмпатический резонанс, и описываются как базовые потребности человека.
3. Дефицитарность Я дает основу для всех расстройств. В своих более поздних работах Кохут (Kohut, 1984, р. 24) рассматривает даже эдипову патологию как эманацию лишенных эмпатии матери или отца. По его мнению, если Я не было первоначально повреждено, не будет иметь места кастрационная тревога с ее *патологическими* последствиями.
4. После того как сопротивления, направленные против возобновления Я-объектных фрустраций (фрустраций, являющихся следствием того, что другой не таков, как нам бы хотелось), преодолены, в терапевтическом процессе происходит мобилизация «Я-объектных переносов» с неизбежными конфликтами в аналитических отношениях. Конфликт имеет место между постоянной потребностью в соответствующих Я-объектных реакциях, с одной стороны, и страхом пациента перед повреждением Я — с другой. Если пациент чувствует, что его понимают, архаичные нужды, от которых он отказался, возрождаются в отношении к Я-объекту в Я-объектном переносе.
5. Отношения между Я анализируемого и Я-объектом, то есть Я-функцией аналитика, неизбежно являются неполными. Поскольку попытка установить полную эмпатическую гармонию с анализируемым обречена на неудачу, имеют место регрессии Я и симптоматика, понимаемые как продукты дезинтеграции.
6. Путем своего эмпатического резонанса аналитик чувствует обоснованные потребности пациента в его функции Я-объекта, которые погребены под искаженными манифестациями. Он проясняет ход событий и корректирует свое собственное недопонимание.

Модели психоаналитического процесса 475

7. Целью терапии является трансформация «функции Я-объекта аналитика в функцию Я анализируемого» (Wolf, 1982, р. 312). Это известно как трансмутационная интернализация. Знаменательно, что укрепление структуры Я не означает никакой независимости от Я-объектов; напротив, это означает большую способность находить их и использовать.

Применение этих тезисов к процессу классического трансферентного невроза, который, по определению, может быть ограничен эдиповыми конфликтами, ведет к следующей структуре фаз (Kohut, 1984, р. 22):

1. Фаза «общих упорных сопротивлений».
2. Фаза «эдиповых переживаний в традиционном смысле, в котором доминируют переживания тяжелой кастрационной тревоги» (эдипов комплекс).
3. Возобновление фазы тяжелого сопротивления.
4. Фаза дезинтеграционной тревоги.
5. Фаза «легкого беспокойства, перемежающегося с радостными предчувствиями».
6. Завершающая фаза, для которой Кохут предлагает термин «"эдипова стадия", с тем, чтобы указать на ее важность, как на здоровый, радостно предпринятый шаг в направлении развития, начало устойчивого, дифференцированного в соответствии с полом Я, что обещает творчески продуктивное будущее».

Сам Кохут указывает, что «одно из теоретических предположений», лежащих в основе этой классификации фаз, заключается в том, что «процесс анализа обычно идет от поверхности вглубь», и из этого заключает, что «последовательность переносов обычно

повторяет последовательность развития *в обратном порядке*» (Kohut, 1984, p. 22). Цель и двигатель этого процесса — показать пациенту, что «поддерживающее эхо эмпатического резонанса в этом мире действительно есть» (1984, p. 78).

В своем последнем, изданном посмертно, исследовании Кохут уже не уклоняется от использования хорошо известного, но дискредитированного выражения «корректирующее эмоциональное переживание» для описания своей позиции. Он утверждает, что споры, первоначально сопутствующие этому выражению, возникли из-за манипулятивного использования эмоционального переживания вместо проработки. В конце жизни Кохут считал, что его позиция прочно коренится в классической технике, несмотря на все изменения, поскольку основу его позиции составляют нейтралитет и абстиненция, дополненные «динамичными интерпретациями (переноса) и генетическими реконструкциями».

Критическая оценка теории Я должна исходить из того факта, что используемый во всех работах Кохута объясняющий ме-

476 Психоаналитический процесс

ханизм является современным вариантом принципа безопасности. На место инстинктивного желания помещена регуляция отношений со значимым другим, который при этом понимается в соответствии с теорией нарциссизма.

Ранняя работа Балинта о первичной любви пересекается здесь с социально-психологическими положениями Кули и Мида. Кохут отвергал символический интеракционизм даже в той форме, в какой он представлен у Эриксона, чем весьма обеднил свою теорию и практику. В данном контексте следует также упомянуть о первых попытках интегрировать процесс адаптации и аккомодации Пиаже в психоаналитическую теорию развития (см.: Wolff, 1960; Greenson, 1979, 1981). Психоаналитические теории объектных отношений не отдают должного способности к социальному взаимодействию. В первые шесть месяцев младенец учится, «как пригласить свою маму поиграть, и затем начинает общаться с ней» (Stern, 1977). Эти новые возможности в приложении к психоаналитическому процессу ставят в центр всех соображений вопрос о регулирующей способности, и это ведет к такому пониманию процесса, которое может преодолеть односторонность и излишние обобщения Кохута, не упуская, однако, из виду то, что Кохут открыл важный центральный фактор: регуляция благополучия и безопасности иерархически стоит выше реализации отдельных желаний.

Наше обсуждение процессуальной модели Мозера и др. (которое последует ниже) ограничено тем, что сфера когнитивной психологии (см.: Holt, 1964) все еще чужда многим психоаналитикам, и, таким образом, трудно представить эти концепции в форме, соответствующей учебнику. Мозер и др. (Moser et al., 1981) представили теорию регулирования душевных процессов, в которой они описали объектные отношения, аффекты, процессы защиты, используя терминологию, обычно применяемую в моделях, имитирующих компьютеры. В их модели взаимоотношения анализируемого и аналитика понимаются как взаимодействие двух процессуальных систем, действующих в соответствии с явными и неявными правилами. Чтобы понять последующее обсуждение, важно иметь понятие о процессуальных системах. Может быть, полезно рассмотреть знакомую психоаналитическую структурную модель как процессуальную систему, в которой взаимодействуют три регулирующих контекста — Эго, Супер-Эго и Ид. «Контекст» относится к свободной группировке аффективных когнитивных функций, взаимодействие которых является (более или менее) напряженным, сравнимым с метафорой Уэлдера (Waelder, 1960) о передвижении на границе, которое нормально для мирного времени, но запрещено во время войны. Фон Цеппелин (von Zeppelin, 1981) подчеркивал, что главное предположение процессуальной модели состоит в том,

что аналитик и пациент постоянно создают образы (модели) состояния регулирующей системы, как своей собственной, так и других, и их предполагаемого взаимодействия. Важной особенностью модели является то, что устанавливается специальный регулирующий контекст для создания и поддержания взаимоотношений и что в этот контекст входят желания и правила для реализации взаимоотношений. Правила, управляющие отношениями, включают также те, которые принадлежат к коммуникативным «жестким конструкциям» (hardware), регулирующим взаимодействие, и должны быть классифицированы как часть, например, теории универсального прагматизма Хабермаса. Такие правила не представляют интереса для терапевтического процесса, если только они не расстроены в серьезной степени и не проявляют себя в качестве патологических явлений. Общеклиническое значение имеют так называемые Я-релевантные правила отношений, которые важны для поддержания стабильности всей регулирующей системы. Им подчинены (объект-)релевантные правила, следующие за данными социальными правилами отношений. Первое понимание переноса ведет к различению этих двух наборов правил: перенос происходит только там, где вовлечены Я-релевантные правила.

Терапевтический процесс начинается тогда, когда анализируемый стремится получить помощь от регулирующей способности аналитика. Он делает это своим типичным путем, определяемым его развитием. Задачей терапевтического процесса являются прояснение бессознательно возникающих ожиданий, которые анализируемый связывает с аналитиком. Для этой цели в модели определяется четыре главные функции терапевтических отношений (von Zeppelin, 1981):

1. Расширение процесса когнитивно-аффективного поиска в отношении регулятивной активности, особенно расширение Я-отражающих способностей.
2. Подготовка и введение ad hoc модели отношений между аналитиком и анализируемым; таким образом приобретает лучшая способность к взаимодействию в «здесь-и-теперь», которая затем должна быть преобразована в реальные отношения вне анализа.
3. Постепенная модификация терапевтического взаимодействия в смысле пересмотра распределения регуляторных функций между аналитиком и анализируемым.
4. Модификация регулятивной системы анализируемого средствами большей дифференциации Я-отражающих функций.

Анализ переноса и контрпереноса берет начало в применении этих четырех главных функций к терапевтическим отношениям. Вытекающие из этого процессы проходят различные фазы, в которых разнообразные точки фокуса прорабатываются

478 Психоаналитический процесс

снова и снова (см. разд. 9.4). Инсайт можно описать как построение все более точных способов, поиск которых повторяется вновь и вновь.

Не имея возможности углубляться в дифференцированные описательные и репрезентативные возможности, предложенные этой формализованной моделью, мы хотели бы подчеркнуть особое значение понятия регулятивной способности, стратегическая и тактическая задача которой стоит в центре гипотетического «субъект-процессора». Хотя образы используемой здесь терминологии кажутся чуждыми, они точно описывают понятие *безопасности*, в чем можно убедиться на примере процессуальной модели психотерапевтической исследовательской группы «Гора Сиона» (Mount Zion Psychotherapy Research Group), руководимой Вайсом и Сэмпсоном, которую мы сейчас опишем.

В серии исследований, проводимых с 1971 года, эта группа выдвинула на основе клинически и теоретически разработанной концептуализации анализа защиты новые эмпирические подходы к верификации. Не вдаваясь здесь в детали отдельных эмпирически описанных психодинамических конфигураций, скажем лишь, что группа определяет курс

психоаналитического лечения как конфликт между потребностью пациента выразить свои бессознательные патогенные убеждения и усилиями аналитика пройти эти критические ситуации (называемые «тестами») таким образом, чтобы пациент не испытал никакого подтверждения своих негативных ожиданий. Если исход этих тестов окажется положительным, то пациент сможет приобрести чувство безопасности, возникающее на основе знания, что не существует больше никакого оправдания для его системы представлений, состоящих из инфантильных паттернов желание-защита, и поэтому ему нет нужды возобновлять действия их регулятивной функции. Эту точку зрения, полученную из критического анализа более ранней (инстинктивной) и более поздней (психология Эго) теории защиты Фрейда, можно встретить в работах Лёвенштайна (Loewenstein, 1969, p. 587), Криса (Kris, 1950, p. 554), Лёвальда (Loewald, 1975, p. 284) и Гринсона (Greenson, 1967, p. 178). Предшественником понятия теста было положение Фрейда, что Эго производит интерполяцию «между требованием, выдвигаемым инстинктом, и действием, которое его удовлетворяет, при этом деятельность мысли, основываясь на настоящем и оценив более ранний опыт, нацелена на экспериментальный учет последствий предлагаемого действия» (1940a, p. 199). Это было применено Вайсом (Weiss, 1971), теоретиком группы «Гора Сиона», к ситуации переноса; Рэнгелл (Rangell, 1971) и Дьюальд (Dewald, 1978) высказывали сходные соображения.

Ход психоаналитического лечения, следовательно, рассматривался как последовательность тестов, в которых пробуются и

Модели психоаналитического процесса 479

прорабатываются темы, характерные для отдельных пациентов. Особым достижением Вайса и Сэмпсона было то, что они проверили опытным путем процессуальную гипотезу в отношении тезиса о фрустрации. Хотя обе точки зрения считают решающими одни и те же фазы лечения, прогностическая сила тезиса Вайса—Сэмпсона оказалась намного выше прогнозирующей силы тезиса о фрустрации. Прогресс в лечении, в самом деле, можно рассматривать как последовательность успешных опровержений бессознательных патогенных предположений. В дальнейшем было показано, что, если аналитический климат дает безопасность, которая пациенту необходима, вытесненный материал может появиться без тревоги, даже если не дается развернутой интерпретации (Sampson, Weiss, 1983).

Таким образом, была концептуализирована и эмпирически проверена центральная тема, хотя процессы, исследованные группой «Гора Сиона», объяснили только часть сложных событий. Более всеобъемлющая модель до сих пор не может быть создана потому, что еще не было подробной разработки цели всего процесса; были рассмотрены только отдельные его шаги. Можно, пожалуй, предположить, что удовлетворительное завершение терапии будет достигнуто согласно этой процессуальной модели, когда будут опровергнуты все патогенные ожидания пациента. Эта утопическая цель поднимает вопрос о том, какие из патогенных предположений пациента реализуются в конкретном процессе таким образом, что наталкиваются на перекрестный огонь переноса.

Согласно Сэмпсону и Вайсу, формальные шаги, характеризующие ход терапии, имеют место каждый момент времени в каждой терапии и не зависят от того, разделяет ли аналитик эту теорию. Таким образом, эта модель претендует на общую валидность, независимо от особенностей болезни пациента, стадии лечения или техники терапевта. А она касается только одного аспекта всего хода терапии: попытки пациента заставить аналитика действовать особым образом и реакции на это аналитика. Весь процесс, очевидно, рассматривается как серия таких последовательностей, и ничего не говорится по поводу возможности перемен в последовательности хода терапии. Существует лишь различие между кратковременными и долговременными эффектами от опровержения предположений. Немедленный эффект заключается в том, что беспокойство пациента уменьшается; он более расслаблен, принимает более активное участие в аналитической работе и смелее встречает

свои проблемы. Появление новых воспоминаний считается долговременным эффектом.

Можно ожидать, что чем больше авторы пытаются интегрировать дальнейшие клинические наблюдения и результаты ис-

480 Психоаналитический процесс

следований процесса в свою модель, тем необходимее становится конкретизация модели и дополнение ее дальнейшими предположениями. Это могло бы позволить ей лучше описать сложность психологического процесса, хотя, возможно, в результате пострадала бы ее заманчивая простота.

9.4 Ульмская процессуальная модель

В разработке психоаналитической техники с самого начала отмечались две антагонистические тенденции: одна в направлении методологического единообразия, а другая — в направлении синдрома-специфического разнообразия техники. Например, в отношении *терапевтической активности* Фрейд упоминает о модификациях техники в случае фобий и неврозов навязчивостей: «...другой довольно отличный тип активности становится необходимым в свете постепенно растущего понимания того, что все разнообразие форм заболеваний, с которыми мы имеем дело, не может излечиваться при помощи одной и той же техники» (1919а, р. 165). Разработанные в рамках общих и специфических теорий невроза гипотезы о генезисе психиатрических и психосоматических заболеваний являются более или менее эмпирически обоснованными. Устанавливая диагноз и делая прогноз, мы используем свое неточное знание о том, что должно произойти, например, в психоанализе невроза тревоги, нервной анорексии или депрессивной реакции, чтобы было достигнуто улучшение симптоматики или излечение.

Терапевтический процесс начинается до первого лечебного сеанса. Уже сам факт выхода потенциального пациента на аналитика, а также способ установления им контакта и назначения встречи являются факторами, которые сами создают паттерны, оказывающие влияние на начало лечения и определяющие успешность вступления в него. Именно на этой ранней стадии встает вопрос о том, какой уровень открытости и гибкости может понадобиться аналитику для формирования ситуации так, чтобы это привело к созданию аналитической ситуации. Окончание терапевтического процесса создает возможность для овладения темами сепарации и расставания, чтобы эти специфические отношения были благоприятным образом завершены. Мы понимаем невроз переноса как *интерактивную репрезентацию* (Thomä, Kächele, 1975) внутренних психических конфликтов в терапевтических отношениях, конкретное строение которых является функцией аналитического процесса. Она уникальна для каждой диады, и поэтому психоанализ вполне обоснованно может называться исторической наукой; с другой стороны, на более высоком уровне абстракции она позволяет идентифициро-

Ульмская процессуальная модель 481

вать типические паттерны хода анализа. Однако в упрощении, которое здесь предполагается, имплицитно содержится опасность возможного игнорирования личностных особенностей терапевта и их теоретического осмысления. Конечно, возможность придерживаться намеченной синдрома-специфичной стратегии зависит от многих неуловимых моментов, находящихся за пределами влияния аналитика. Так, события в жизни пациента часто создают новые ситуации, требующие модификации стратегии.

Пригодная процессуальная модель должна поэтому совмещать гибкость подхода к

отдельному пациенту и регулярность, связанную с терапевтической задачей. В попытке удовлетворить этому требованию мы построили свою процессуальную модель на следующем наборе аксиом:

1. Свободные ассоциации пациента сами по себе не ведут к обнаружению бессознательных областей конфликтов.
2. Психоаналитик осуществляет селекцию в соответствии со своими тактическими (непосредственными) и стратегическими (долгосрочными) задачами.
3. Психоаналитические теории служат для генерирования гипотез, которые должны непрерывно проверяться на основе проб и ошибок.
4. О пригодности терапевтических инструментов можно судить по тому, достигается ли желаемое изменение; если изменения не происходит, то лечение необходимо видоизменить.
5. Мифы о единообразии в психоанализе и психотерапии ведут к самообману.

Данный перечень ясно характеризует нашу концепцию психоаналитической терапии как процесса лечения, регулируемого в соответствии со стратегическими соображениями. Такая точка зрения является совершенно необычной, поскольку, как кажется, призыв к *равномерно распределенному вниманию*, с одной стороны, и к *свободному ассоциированию* — с другой, выражает совершенно противоположный план лечения. Для того чтобы не создавать излишнего противоречия, полезно обратиться к тому, как Фрейд обосновал свои рекомендации в отношении равномерно распределяемого внимания: это превосходное средство для корректировки теоретических предубеждений и для более легкого обнаружения происхождения (фокуса) каждого отдельного заболевания. Равномерно распределенное внимание и фокусирование, таким образом, выполняют взаимодополняющие функции: функциональное состояние получения максимального количества информации (равномерно распределенное внимание) и организация этой информации в соответствии с наиболее важными углами зрения (фокусирование) чередуются в центральной зоне сознания аналитика.

482 Психоаналитический процесс

Сейчас мы представляем центральное понятие Ульмской процессуальной модели: понятие фокуса. Прежде чем изучить многообразные смыслы, связанные в психоаналитической литературе с этим термином, нам бы хотелось обратиться к его этимологии. Фокусирование означает собирание вместе в одной точке лучей света, в силу чего в фокусе возникает возгорание. То, что мы придаем фокусированию важное значение в нашей концепции аналитического процесса, вовсе не подразумевает жесткую фиксацию на одной теме. Скорее мы хотим обратить внимание на ограниченную способность человека к поглощению и переработке информации, что подразумевает лишь селективное восприятие и, следовательно, фокусированное внимание.

Вначале мы упомянули, что процессуальные модели должны помогать нам делать подобные правила утверждения относительно хода лечения. Фокальная концепция процесса выполняет такую функцию. Хотя в конечном итоге мы можем отдать должное терапевтической активности (независимо от ее ориентации) только идеографическими средствами, то есть принимая во внимание отдельные диады, мы все же обнаруживаем темы, повторяющиеся в психоаналитическом процессе регулярно. Например, если пациент говорит о своих тревогах, то затем данная тема становится психодинамическим фокусом при условии, если:

- 1) аналитик способен выдвинуть гипотезы, которые кажутся пациенту имеющими смысл;
- 2) аналитику, использующему соответствующие вмешательства, удастся подвести пациента к данной теме;
- 3) пациент может развить активный эмоциональный и когнитивный интерес к данной теме.

Наш ответ на вопрос, существует ли фокус в пациенте независимо от структурирующих вмешательств аналитика, является утвердительным, поскольку у пациента как-никак

развились его собственные симптомы, но в то же время в терминах лечебной техники этот ответ является отрицательным. Имея в виду высокую степень взаимосвязанности между бессознательными мотивационными структурами, едва ли можно допустить возможность, чтобы какая-либо фокальная диагностическая деятельность не влияла на интеракционную форму фокусированной активности (см. эмпирические результаты, приведенные Габелем и др. (Gabel et al., 1981)). Когнитивные процессы аналитика, регулирующие его реакцию и избирательность и обсуждавшиеся в таких терминах, как «эмпатия» и «пробная идентификация» (Heimann, 1969), вероятно, находятся во многом за порогом сознательного восприятия. Они становятся доступными для аналитика только в результате его работы над своими аффективными и когнитивными реакциями. Для нашего понимания в целом неважно, приходит ли аналитик к своим фокусированным формам-

Ульмская процессуальная модель 483

лировкам преимущественно в интуитивной, эмпатической манере или же он выводит их главным образом из теоретических соображений. Важным является то, чтобы фокусирование понималось как эвристический процесс, который должен показать свою полезность для прогресса в анализе. Показанием к конкретному формулированию фокуса является выдвижение на первый план общих фокальных тем, например таких, как бессознательная сепарационная тревога в разнообразных формах. Эти различающиеся в повседневной жизни пациента проявления становятся объектом детальной интерпретативной работы, которая должна ориентироваться на идеографические знания, то есть на детальные знания об индивидуальном ходе лечения.

Мы предполагаем, что в благоприятном случае в процессе проработки фокуса специфическим образом будет изменен тот способ, которым пациент (а возможно, даже и аналитик) обращается с фокальной темой. Более точные утверждения об этом процессе изменения могут быть сделаны во время анализа, только если видоизменяется также и способ рассмотрения констелляции переноса и сопротивления, рабочих отношений и способности к инсайту. Если тот же самый фокус спустя некоторое время возникнет вновь, то поднятые вопросы в принципе остаются все теми же. Однако можно ожидать, что достигнутый ранее прогресс не был утрачен и что лечение будет продолжено на более высоком уровне.

Результат можно резюмировать в следующем виде: мы рассматриваем сформированный во взаимодействии фокус как ось аналитического процесса и таким образом концептуализируем психоаналитическую теорию как *продолжающуюся, не ограниченную во времени фокальную терапию с меняющимся фокусом*.

Эта модель адекватно отражает клинический опыт, говорящий, что течение трансферентного *невроза* является переменной, которая находится в большой зависимости от аналитика. Существует множество исследований в психотерапии, изучающих влияние различных *переменных, связанных с терапевтом*, и эти переменные нужно рассматривать в рамках понимания психоаналитического процесса (см.: Parloff et al., 1978; Luborsky, Spence, 1978). Мы не можем вернуться в ситуацию, предшествующую открытию того, что психоаналитический процесс установлен и развивается во взаимодействии, интерактивно. Таким образом, в отличие от некоторых обсужденных выше моделей, мы рассматриваем последовательность фокусов как результат бессознательного обмена между потребностями пациента и открытыми аналитику возможностями. Смена аналитика, как правило, ведет к совершенно новым переживаниям. Хотя об этом феномене часто сообщалось устно, он редко рассматривался в психоаналитической литературе (например, см.: Guntrip, 1975).

Процесс, который пациент и аналитик переживают вместе, заходит в тупик, когда истощается их продуктивность, даже если лечение все еще продолжается. Некоторые процессы никогда реально не приходят в движение из-за того, что оба участника не преуспели в установлении взаимодействующего «сцепления» в проработке фокальных тем (см.: Nuxter et al., 1975).

Процессуальная модель аналитика, а не только его личность оказывает влияние на ход терапии. Если аналитик, например, исходит из того, что лечение должно протекать в соответствии с предполагаемой естественной последовательностью определенных фаз развития, то он соответственно структурирует и лечение. На интенсивность и качество работы над отдельными темами влияет то значение, которое аналитик придает темам в контексте его специфического видения аналитического процесса.

Наше видение аналитического процесса не исключает того, что аналитический процесс протекает в соответствии с упорядоченной схемой развития (см. разд. 9.3).

Прежде чем детально описать Ульмскую процессуальную модель, нам бы хотелось обратиться к историческим предшественникам фокальной концепции, которые оказали очевидное влияние на нас и которые нас мотивировали. Идея о фокусе в контексте систематического анализа сновидений впервые зародилась у Френча (French, 1952):

Мы представляем себе когнитивную структуру сновидения как констелляцию взаимосвязанных проблем. В этой констелляции имеется одна проблема, к которой сходятся наиболее глубокие проблемы и от которой иррадируют наиболее поверхностные проблемы. *Это фокальная проблема сновидца* на момент сновидения. Каждый фокальный конфликт является реакцией на некоторое событие или эмоциональную ситуацию предшествовавшего дня, которая служит как «пусковой стимул» (French, 1970, p. 314).

Эта модель в качестве парадигмы для понимания сновидений была использована в хорошо известном исследовании консенсуса, проведенного Чикагским институтом. Одним из участников его был Кохут (Seitz, 1966, p. 212), и оно было направлено на изучение конфликтов, доминирующих на сеансах индивидуальной терапии. Было выдвинуто предположение, что предсознательное мышление в каждом из интервью имеет тенденцию концентрироваться на центральной (предположительно сгущенной и подробно определенной) проблеме. Множество ассоциаций, способных войти в сознание, сосредоточены в одной точке. Таким образом «активизируются ассоциированные, бессознательные, генетические конфликты... для эмоциональных зарядов которых характерно перенесение на отдельный перегруженный *фокальный* конфликт в предсознании». Зайц (Seitz, 1966, p. 212), вслед за Фрейдом, предположил, что

Ульмская процессуальная модель 485

фокальный конфликт обычно состоит из текущего переноса на аналитика и лучше всего может быть теоретически понят в терминах динамики дневных остатков. Поскольку эти перегруженные предсознательные конфликты являют собой точки схождения динамических сил внутри психики, они создают полезный фокус для объединения и интеграции интерпретативных формулировок сложного, кажущегося гетерогенным ассоциативного материала, возникающего в индивидуальных интервью.

Согласно Зайцу, фокальный конфликт идентичен преобладающему в интервью переносу. Последующая разработка понятия фокуса на семинаре по фокальной терапии, описанная Маланом (Malan, 1963), привела к кристаллизации фокуса. Это понятие должно было выражать ту идею, что фокус не выбирается аналитиком, а постепенно развивается в совместной работе пациента и аналитика.

Идеи Балинта по поводу этих вопросов, которые нашли отражение в его сообщении о фокальной терапии пациента В. (Balint et al., 1972), сами находились под влиянием

обсуждаемых на семинаре по фокальной терапии переживаний «вспышки». Однако Балинт пошел дальше и высказал требование, гласящее, что фокальный план не может быть построен без точной формулировки фокуса, которая в свою очередь представляет собой перевод переживания «вспышки» на словесный язык. Предполагалось, что формулировка фокуса как направляющей линии лечения должна быть «специфичной (а не обобщенной) идеей вроде «гомосексуальности» или «эдипова комплекса»), четко очерченной (а не такой размытой, как, например, «отношение пациента с матерью») и недвусмысленной» (Balint et al., 1972, p. 152). Это требование специфичности формулировок представляется нам необходимым даже за пределами данного контекста. Привычные обсуждения случаев становятся неудовлетворительными, если участники этих обсуждений не идут дальше сверхобобщенных и, следовательно, почти лишенных смысла характеристик, таких, как «эдипово» или «доэдипово».

Выбор подходящего уровня абстракции, как нам кажется, представляет собой проблему, которая легче всего решается в фокальной терапии. Она предполагает преодоление бреши между диагнозом и терапией, так что у нас появляется возможность переходить от одного к другому. Требование, чтобы фокус обязательно выражался в форме интерпретации, кажется, отражает принятие многими аналитиками желаемого за действительное. Похоже, что даже Балинт попал под влияние этой идеи, когда давал совет, что «фокус должен быть выражен в форме интерпретации, так чтобы она могла даваться пациенту осмысленным образом к концу лечения» (Balint et al., 1972, p. 152).

Наше понимание фокуса, следующее за высказанной Балинтом на семинаре формулировкой, выходит за рамки концепции Френча, поскольку оно имеет отношение к структуре, которая

486 Психоаналитический процесс

распространяется на более длительный временной период. При этом, разумеется, нет причин отказываться от формулировки фокуса для отдельных интервью, но с точки зрения стратегии лечения весьма желательно прорабатывать основные темы в течение более длительных периодов. Какой период является наилучшим и лучше ли его определять при помощи конкретного количества сеансов или при помощи показателя прогресса пациента — это клинические вопросы, которые необходимо решать эмпирически.

Указания для приемлемого разделения процесса лечения на части можно обнаружить в завершающих отчетах кандидатов, находящихся в обучении, которые, как правило, разбивают процесс лечения на четыре или пять фаз с тематическими заголовками.

Эти отчеты, однако, показывают также, что длительность этих фаз в значительной степени зависит от технической процедуры, используемой аналитиком. Поэтому нам необходимо отделить наше понимание фокуса от предложенного Балинтом описания фокального конфликта как фокального плана, который формулируется аналитиком для проведения лечения. Может показаться убедительным, что в короткой психоаналитической терапии выбирается *один* фокус и *только* один этот фокус и подвергается проработке, однако опыт, связанный с Гамбургским проектом фокальной терапии (Meyer, 1981b, и особенно: Gabel et al., 1981), порождает некоторые сомнения. Однако мы делаем больший упор на кооперативный аспект, постоянную работу пациента и аналитика, чьи усилия, направленные на установление фокуса, отражают творческий процесс согласия и несогласия.

В полемике вокруг работ Александера и Френча (Alexander, French, 1946) постоянно звучала критика того, что терапевт в фокусно-центрированной процедуре манипулирует пациентом. Это возражение неприменимо к нашему подходу, поскольку мы делаем упор на совместную работу над фокусом. Напротив, в нашем подходе больше открытости, чем в стандартной технике, в которой аналитик работает скрытно и часто манипулирует без достаточной рефлексии. Петерфройнд (Peterfreund, 1983, pp. 7—50), исходя из своей собственной работы и литературы, представил несколько учебных примеров таких процедур.

Ниже, для иллюстрации нашего понимания аналитического процесса, мы описываем курс лечения гипотетического пациента. Как это уже стало ясно теперь, мы используем также фокус в отношении главной темы терапевтической работы, возникшей из взаимодействия предложенного пациентом материала и усилий аналитика, направленных на понимание. Мы полагаем, что пациент может предъявлять в данный период времени различ-

Ульмская процессуальная модель 487

ный материал и формирование фокуса достигается только благодаря избирательной деятельности со стороны аналитика. Относительно процесса мы ожидаем, что совместная работа над фокусом выведет на дальнейшие существенные вопросы, которые могли обозначиться только на базе предшествующей работы.

Давайте рассмотрим пример, в котором пациент на начальной фазе предлагает четыре различные темы. Мы понимаем эти четыре предложения в смысле идеи Френча о «ядерных конфликтах» (French, 1952, 1970) как инфантильные конфликтные конstellляции, которые являются бессознательными, психогенетически приобретенными структурами, детерминирующими симптоматику и характер пациента.

Указание определенного числа первоначальных предложений является произвольным, поскольку в психоаналитической теории концептуализировано большое число детских конфликтов. Мы можем идентифицировать большее или меньшее число ядерных конфликтов или даже усмотреть другие ядерные конфликты в соответствии с тем, куда мы направляем свое внимание, которое в свою очередь зависит от нашей теории. Ожидаемое число ядерных конфликтов, вероятно, понижается при более специфичных нарушениях и повышается при более серьезных нарушениях. На диагностическом этапе начального интервью (время T_0 ; см. гл. 6) аналитик стремится получить первое впечатление о возможных конфликтах, в данный момент независимое от терапевтических интерпретаций. Когда далее, по ходу начального интервью, делаются первые терапевтические шаги (время T_1), формируется первая фокальная конstellляция (F_1); ее полезность должна быть продемонстрирована на первой фазе лечения. При идентификации сущности этой конstellляции мы тщательно придерживаемся предложенных Френчем критериев описания *фокального конфликта*, которое требует информации об источнике (бессознательные, инфантильные стимулы), о запускающих причинах (недавние и текущие события), об основных формах защит и попытках решений.

В отличие от Френча мы не хотим делать утверждений количественного характера относительно временного периода, в течение которого данная фокальная тема является доминирующей. В некоторый момент (мы не замахиваемся на большую точность) работа над первым фокусом открывает доступ ко второму (F_2). В нашем примере работа над этим вторым фокусом возвращает назад к первому фокусу, который затем становится центром работы, хотя и в несколько качественно отличающейся форме (F_1).

В нашем примере первоначальный, основанный на диагнозе фокус F_1 представляет собой основную тему, лейтмотив всего процесса. Это соответствует хорошо подтвержденному клиниче-

488 Психоаналитический процесс

скому факту, что отдельные фокусы увязаны друг с другом через центральный конфликт. В схематическом виде примером может служить истерическое нарушение; в неосложненном случае первичным конфликтом является сфера позитивных эдиповых отношений. Однако в то же время нарушение может также вовлекать негативную эдипову область (F_2), а также анальную (F_3) или оральную (F_4) конфликтные темы, которые могут и в зависимости от структуры аналитического процесса, вероятно, будут возникать в качестве вторичного

фокуса в анализе.

В этом отношении мы придерживаемся предположения, высказанного Люборским (Luborsky, 1984), который смог эмпирически продемонстрировать точность этой классификации конфликтных тем. Он назвал такую основную трансферентную проблему ядерной темой конфликтных отношений (core conflictual relationship theme). Эта хорошо обоснованная в теоретическом и практическом планах концепция центральной конфликтной динамики, направляющая терапию, может также служить основой и для фокальной процедуры (Balint et al., 1972; Klüwer, 1985; Malan, 1963; Strupp, Binder, 1984), объектом которой выступает овладение таким главным конфликтом, который предположительно можно увидеть в начальном интервью (см. также: Leuzinger-Bohleber, 1985). Другие фокусные точки в нашем примере (F_2 , F_3 , F_4), как это легко себе представить, встречаются и обрабатываются в ходе лечения. При этом каждая из них предоставляет новые средства доступа к главному трансферентному пункту F_1 .

Конечно, в дидактических целях нами был выбран весьма огрубленный пример хода лечения. Используя нашу модель в зависимости от цели, можно описывать процесс на разных уровнях дифференциации.

Возвращаясь к метафорическому описанию психоанализа как исследования дома, скажем, что изучение интерьера преимущественно вращается вокруг комнаты, которая в силу своего центрального расположения определяет доступ к другим помещениям, но в эту комнату также можно попасть из различных соседних комнат.

Мы не собираемся здесь детально вдаваться в другие разнообразные положения, являющиеся частью нашей модели. Мы ставили своей целью лишь представить схему для концептуализации психоаналитического процесса, удовлетворяющую ряду критериев, которые мы считаем релевантными. Должно стать очевидным, что стереотипное видение процесса вносит излишнюю ригидность в психоаналитическую работу. Наша модель создает рамки для понимания психоаналитических процессов в самых разных обстоятельствах и может применяться как в краткосрочной, так и в длительной терапии. Она совместима с разнообразными теоретическими подходами в психоанализе, ис-

Ульмская процессуальная модель 489

пользующимися как средства, облегчающие понимание того материала, который предлагается первоначально пациентом.

Мы считаем, что наша концепция процесса исходит из социальных наук и находится в полной оппозиции к тем теориям процесса, которые основаны на представлении, что процесс есть естественно возникающий феномен, и которые развиваются там, где формирование школ и формирование идеологий неразделимы.

Психоаналитический процесс, как мы его понимаем, живет благодаря своему разнообразию и открытости, оставляющей пространство для творчества, но сам себя ограничивает, как только возникает конкретность. Таким образом, модель не диктует, будет ли на следующем сеансе развиваться та же самая тема или же под воздействием ситуационных стимулов оживет другой фокус. На каждом сеансе с неизбежностью возникает ситуация, при которой необходимо принимать решение в отношении того, какое направление следует выбрать. Аналитический процесс пребывает в диалектическом напряжении между концепцией, заявляющей, что «путь является целью» (von Blarer, Brogle, 1983, p. 71), и фактом, что не существует такого явления, как бесцельное странствие. Время от времени оба странника делают остановку и углубляются в тему, которая обоим кажется значимой. Привлекательная метафора фон Бларера и Брогге об аналитическом процессе как пути, на который аналитик и анализируемый «вступили с момента первого интервью», может быть принята, если допустить, что путь ведет от проблем к их решению.

Мы хотим противопоставить концепцию процесса как продолжающейся не ограниченной во времени фокальной терапии с качественно меняющимся фокусом фиктивной идее о

чистом психоаналитическом процессе. Мы привержены гибкой процессуальной модели, то есть технике, которая является эвристически ориентированной, годной для поиска, обнаружения и открытия и направленной на создание наилучших из возможных условий для перемен. Мы убеждены, что традиционные правила психоаналитической процедуры содержат много полезного, но они становятся непродуктивными, если метод сам по себе считается целью. То же самое относится к концепциям процесса. Они обладают функцией предоставления ориентиров и прежде всего являются инструментами, помогающими аналитику в организации его собственной работы и облегчающими необходимое общение между аналитиками. Они начинают представлять угрозу для терапии, если рассматриваются как неизбежная реальность и поэтому не подвержены постоянному необходимому пересмотру.

490

10 Отношение между теорией и практикой

10.1 Призовой вопрос Фрейда

Шестьдесят лет назад Ференци и Ранк (Ferenczi, Rank, 1924) попытались прояснить «отношения между аналитической техникой и аналитической теорией» и исследовать, «в какой степени техника повлияла на теорию и насколько они обе помогают или мешают друг другу». Это — призовый вопрос Фрейда (1922d, pp. 267—270). Сравним теперь сегодняшние проблемы с проблемами того времени. Несколько общих наблюдений проверку временем выдержали. Например, Ференци и Ранк полагали, что для проверки гипотез требуется как индуктивно-эмпирическая процедура, так и дедуктивная процедура. Они писали:

Возможно, не будет преувеличением утверждать, что этот взаимный контроль познания опытом (данные факты, индукция) и опыта предыдущим знанием (систематизация, дедукция) является единственным способом, который может удержать науку от ошибок. Дисциплина, использующая только один из этих путей исследования или пытающаяся избежать контроля перепроверкой, обречена на потерю твердой почвы под ногами: голые факты из-за отсутствия в них плодотворной идеи, чистая теория из-за преждевременного всезнания будут вызывать потерю мотивации дальнейших исследований (Ferenczi, Rank, 1924, p. 47).

Оценивая взаимодействие теории и практики, необходимо отличать растущее богатство знания и его систематизацию в целом в рамках специфических теорий невротизма от их успешного терапевтического приложения. Факт, что теоретическая фаза (в которую Ференци и Ранк включали, например, знание о бессознательных эмоциональных механизмах) опережала терапевтическое мастерство, заставил аналитиков придавать огромное значение воспоминанию и рациональному реконструированию прошлого. Объектом критики был терапевтически неэффективный «фанатизм интерпретации», идущий от этиологической теории.

Другой аспект этой проблемы можно проиллюстрировать примерами терапевтической функции воспоминания, интерпре-