

сияние той загадки, к которой привела его работа. Вооружившись оставленным им инструментарием, мы могли бы теперь предпринять долгий и мучительный труд по разрешению этой загадки — загадки существования, жизни и смерти.

Перевод Н. Кизай

## Литература

- Flugel J. (1955). The death instinct, homeostasis and allied concepts. In: *Feelings and desires*. London: Duckworth.
- Freud S. (1915). The unconscious. SE 14.
- Freud S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18.
- Freud S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. SE 20.
- Freud S. (1933). *New introductory lectures on psycho-analysis*. SE 22.
- Freud S. (1940). *An outline of psycho-analysis*. SE 23.
- Hinske N. (1971). Antinomie, I. In: Ritter J., ed. *Historisches Wurterbuch der Philosophie*. Vol. 1, p. 394—6. Basel-Stuttgart: Schwabe.
- Jones E. (1957). *The life and works of Sigmund Freud*. Vol 3. London: Hogarth.
- Von Kutschera F. (1971). Antinomie, II. In: Ritter J., ed. *Historisches Wurterbuch der Philosophie*. Vol. 1, p. 396—406. Basel-Stuttgart: Schwabe.
- Lombardo-Radice L. (1967). *Istituzioni di Algebra Astratta* [Foundations of abstract algebra]. Milano: Feltrinelli.
- Lorenz K. (1969). *On aggression*. London: Methuen.
- Matte Blanco I. (1973). Le quattro antinomie dell'istinto di morte [The four antinomies of the death instinct]. In: *Enciclopedia 73*, p. 447—56. Rome. Enciclopedia Italiana
- Matte Blanco I. (1975). *The unconscious as infinite sets*. London: Duckworth.
- Matte Blanco I. (1988). *Thinking, feeling and being*. London: Routledge.
- Money-Kyrle R. (1955). An inconclusive contribution to the theory of the death instinct. In: Klein M., Heinemann P., Money-Kyrle R. *New directions in psycho-analysis*. London: Tavistock.
- Morris D. (1967). *The naked ape*. London: Cape.
- Stahl G. (1962). *Introduccion a la logica simbólica* [Introduction to symbolic logic]. Santiago di Chile: Editorial Universitaria.

## АМАЛИЯ ИКС, ТИПИЧНЫЙ НЕМЕЦКИЙ СЛУЧАЙ: ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хорст Кэхеле, Корнелия Албани, Анна Бухайм, Майкл Хольцер, Родрих Хохаге, Эрхард Мергенталер, Хуан Пабло Хименес, Марианн Лейцингер-Болебер, Лизбет Нойдерт-Драйер, Дан Покорный, Хельмут Томэ

Horst Kdchele, Cornelia Albani, Anna Buchheim, Michael Hülzer, Roderich Hohage, Erhard Mergenthaler, Juan Pablo Jiménez, Marianne Leuzinger-Bohleber, Lisbeth Neudert-Dreyer, Dan Pokorny and Helmut Thomd. The German Specimen Case, Amalia X: Empirical Studies. (2006). International Journal of Psychoanalysis, 87: 809—826

Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Ulm University, Am Hochstrass 8, D—89081, Ulm, Germany

**Аннотация:** Авторы предлагают пример исследования психоаналитического процесса. Они берут за основу описанную ранее модель исследования процесса и приводят варианты исследований, которые распределяются на четырех уровнях этой модели. В статье дан обзор многочисленных эмпирических исследований, которые были проведены и опубликованы на материале случая психоаналитической терапии, полностью записанного на магнитофон. Эти исследования демонстрируют, что многие модальности, которые имеет исследование эмпирического процесса, доступны для объективного исследования феноменов аналитического процесса и их влияния на результат.

**Ключевые слова:** единичный случай, исследование аналитического процесса, оценка.

Исторически устное изложение психоаналитического случая, сопровождаемого виньетками из клинического материала, стало традиционным способом передачи понимания, достигнутого в терапевтической ситуации, которая служит полем для исследовательских открытий. Использование термина «типичный час» (Dahl et al., 1988) для обозначения транскрипта одного отдельно взятого часа (сеанса) психоаналитического случая подразумевает, что в психоанализе не только сновидения могут быть типическими, как называл их Фрейд. Следуя рекомендации Валлерштайна и Сэмпсона (Wallerstein, Sampson 1971) предоставлять более развернутые исследования отдельного случая, чтобы развивать нашу науку, мы общими усилиями осуществили длительное многоуровневое изучение случая, который можно назвать «типичным случаем». В этой статье мы представляем краткое изложение иссле-

дований психоаналитического лечения нашего типичного случая, названного нами «случай Амалии Икс». Клинические виньетки и психодинамический обзор этого случая приведены во втором томе учебника психоаналитической терапии Томэ и Кэхеле (Thomд, Kдchele, 1992)<sup>1</sup>.

Амалия Икс (родилась в 1939 г.) проходила психоанализ (517 сеансов) в начале 1970-х, с хорошими результатами. Несколько лет спустя она вернулась к своему прежнему терапевту на короткий период аналитической терапии из-за проблем со своим возлюбленным, на много лет ее младше. Двадцать пять лет спустя она консультировалась у моего коллеги, поскольку, расставшись в конечном итоге с партнером, испытывала непереносимые трудности и снова попросила о краткосрочной помощи.

Амалия Икс обратилась к психоаналитику из-за того, что уровень ее самооценки снизился настолько, что в последние годы у нее возникала депрессия. Всю свою жизнь, начиная с подросткового возраста, в том числе в социальной женской роли, она испытывала огромное внутреннее напряжение, связанное с гирсутизмом. И хотя она могла скрыть свою беду — сильное оволосение по всему телу — от других (окружающих), косметическая помощь не повысила ее самооценки и не уменьшила ощущение крайней социальной незащищенности. Ощущение дефекта и невротические симптомы, проявившиеся еще до подросткового возраста, усиливали друг друга, образуя замкнутый круг; навязчивые комплексы и различные симптомы невроза страха затрудняли межличностные отношения и, что еще важнее, удерживали пациентку от вступления в интимные гетеросексуальные отношения.

Эта женщина, многого достигшая в карьере, образованная, незамужняя и, несмотря на ее недостаток, достаточно женственная, произвела хорошее впечатление на аналитика. Он был относительно уверен в возможности изменить смысл, который пациентка приписывала оволосению. В общих чертах аналитик исходил из того, что судьба не определяется телом однозначно и что решающим может стать также отношение к телу значимых других и самого человека. Фрейдовское (Freud, 1912) перефразирование известных слов Наполеона в выражение «анатомия — это судьба» должно быть изменено в соответствии с психоаналитическим пониманием сути психогенеза половой идентичности. Половая роль и ядерная идентичность формируются под влиянием психосоциальных факторов на основе анатомического пола.

Клинический опыт аналитика позволял сделать следующие предварительные предположения. Стигматы маскулинности усиливают зависть к пенису и вторично возрождают конфликты эдиповой стадии. Если бы желание пациентки быть мужчиной было осуществлено, то это разрешило бы конфликт

<sup>1</sup> На рус. яз.: Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ: В 2 т. М.: Прогресс-Литера, 1996. Описание случая приводится в пер. М. Аграчевой под ред. А. Казанской (т. 2, гл. 2.4). — *Примеч. пер.*

гермафродитной схемы тела. В этом случае был бы дан ответ на вопрос «Кто я — мужчина или женщина?»; исчезла бы неуверенность пациентки в собственной половой идентичности, которая постоянно усиливалась стигматом, и тогда образ Я и физическая реальность соответствовали бы друг другу. Однако поддерживать бессознательную фантазию о том, что она мужчина, было невозможно при виде женских гениталий. Стигматы маскулинности не превращают женщину в мужчину. Такой регрессивный способ, как достижение внутренней уверенности (несмотря на маскулинный стигмат) через идентификацию с матерью, оживил старые конфликты в отношениях дочь — мать и привел к возникновению разнообразных защитных процессов. Все эмоциональные и когнитивные процессы пациентки несли на себе печать амбивалентности — например, ей было трудно решить, какого цвета покупать вещи, так как цвет для нее был связан с качеством мужественности или женственности (Thomд, Kдchele, 1992).

Последний доклад об аналитической технике, применяемой в этом случае, был представлен на конференции Международной психоаналитической ассоциации в Новом Орлеане в 2004 г. (Thomд, Kдchele), на которой этот случай обсуждался широким кругом аналитиков различных направлений (Wilson, 2004). Мы могли бы подытожить эти исследования, выбрав в качестве подзаголовка вопрос «Что будет представлять собою слон в описании семи слепых, которые его потрогали с разных сторон?»<sup>2</sup>. Учитывая нехватку систематического описательного материала по психоаналитическим случаям, нам приходится сделать вывод, что все исследователи на данном этапе довольно слепы. Различные исследования, выполненные на материале случая Амалии Икс, затрагивают лишь некоторые его аспекты и должны быть позже интегрированы так, чтобы можно было оценить связь между ними и, как следствие, случай в целом. А пока все мы слепы и не можем утверждать, что видели слона целиком от хобота до хвоста. Однако для анализа образа жизни слона гораздо важнее изучить хобот, чем хвост. То же самое относится к эмпирическим исследованиям, обзор которых приводится в этой статье. Блуждая в менее важных лингвистических особенностях диалога, исследователь может упустить из виду более значимые клинические вопросы; вместе с тем использование методов микроанализа может помочь аналитику осознать слепые пятна в работе. Можно ли сделать из этого какие-либо общие выводы, остается вопросом. Наше твердое убеждение, которое и заставило нас начать это предприятие, состоит в том, что психоанализу, как и любой другой науке, нужна скрупулезная описательная работа. Этот необходимый этап исследований окрестили «ботанической фазой в исследовании психотерапии» (Grawe, 1988).

Люборски и Спенс (Luborsky, Spence, 1971), выдвигая требования к типичным случаям, довольно кратко сформулировали основное: «В идеале долж-

<sup>2</sup> Аллюзия на фразу Д.Х. Бидла (1878): «Мой друг... увидел слона целиком от хобота до хвоста».

ны выполняться два условия: случай должен быть однозначно признан как аналитический, материал должен быть записан на магнитофон, переведен в текст и проиндексирован так, чтобы он был максимально понятным и наглядным». Первое условие было выполнено благодаря тому, что достаточно широкий круг коллег счел этот случай действительно «аналитическим». Хорошая репутация лечащего аналитика была широко признана в профессиональном сообществе, хотя, несомненно, все аналитики должны демонстрировать свою квалификацию в каждом конкретном случае. Основываясь на результате исследований, ретроспективно можно также сказать, что аналитик соблюдал основные психоаналитические правила. При этом не нужно путать приверженность определенному методу с законопослушностью. Мы скорее разделяем мнение Габбарда и Вестена (Gabbard, Westen, 2003), что процесс должен осуществляться путем проб и ошибок. Такая наша позиция по этому вопросу относится исключительно к членам профессионального сообщества.

Второе условие, сформулированное Люборски и Спенсом (1971), выполняется путем использования в наших исследованиях Ульмского текст-банка (Mergenthaler, Kdchele, 1988), в котором хранятся аудиозаписи 517 сеансов этого психоаналитического случая, доступные для исследований, проводимых членами научного сообщества. За многие годы работы примерно половина сеансов этого случая была переведена в текст в соответствии с правилами Ульмского текст-банка (Mergenthaler, Stinson, 1992). Большинство наших исследований не были бы воплощены в жизнь без этих аудиозаписей и дословных транскриптов диалога.

Проблемы, связанные с аудиозаписью аналитических сеансов, широко обсуждались в работе Кэхеле и др. (1988) и позже в клинической презентации одного сеанса из анализа Амалии (Thomд, Kdchele, в печати). Не вдаваясь снова в эти проблемы, мы хотели бы подчеркнуть, насколько ценными оказываются аудиозаписи для осуществления эмпирических аналитических исследований отчетов о лечении и междисциплинарных исследований. Открытый доступ к психоаналитическому диалогу и его изучение психоаналитическими исследователями в сотрудничестве с психологами, лингвистами или другими независимыми специалистами упрочивают междисциплинарную позицию психоанализа. В прошлом слишком часто ученые писали о психоанализе, не имея доступа к его первоначальным данным, — эту ситуацию можно сравнить с обсуждением философских идей Сократа теми, кто не прочитал диалогов Платона.

#### ЭМПИРИЧЕСКИЙ ПОДХОД: МНОГОУРОВНЕВАЯ СТРАТЕГИЯ НАБЛЮДЕНИЯ

Нашей отдаленной целью было найти способы систематически описывать различные аспекты и измерения психоаналитического процесса и использовать полученные таким образом описательные данные для проверки гипотез

о процессе. Это влечет за собой формирование как гипотез о процессах вообще, так и предположений о процессе в отдельных случаях. Развитие психоаналитического процесса в каждом конкретном случае должно определяться не общими клиническими идеями, а анализом материала, который привносит каждый пациент, и стратегией интервенций, наиболее подходящей для того, чтобы добиться изменений разных показателей определенной теоретической релевантности в каждом конкретном случае. Несмотря на то что мы в своем подходе исключили неклинические показатели с целью ограничить влияние внешних факторов на клинический процесс, мы использовали независимые психометрические результаты, чтобы оценить эффективность психоаналитического лечения, которые затем были опубликованы (Thomä, Kächele, 1992).

Наш методологический подход включает четыре уровня исследования случая, каждый из которых работает на разном материале, изучаемом на разных уровнях концептуализации (Thomд, Kdchele, 1993). Уровень I — клиническое исследование случая; уровень II — систематизированные клинические описания, уровень III — организованные процедуры клинической оценки, уровень IV — лингвистический и компьютерный анализ текста. Следуя рекомендациям Сарджента (Sargent, 1961), мы выбрали такую многоуровневую стратегию, понимая, что разрыв между клиническим пониманием и объективизацией нельзя преодолеть с помощью одного подхода.

#### УРОВЕНЬ I: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЯ

Клиническое исследование случая на основе хорошей памяти или даже точных записей аналитика в процессе выполняет важную коммуникативную функцию внутри профессии. Как показал Дьювальд (Dewald, 1978), такая форма изучения случая широко применяется в качестве инструмента обучения. Поразительно, что эти описания случаев редко попадали в фокус строго научного исследования. Тем не менее нужен именно такой фокус, чтобы показать их научную ценность и, следовательно, их полезность для нашего научного сообщества (Michels, 2000). В наши дни быстрее, чем когда-либо, растет понимание критической необходимости в тщательно проведенных исследованиях случаев. Каким именно образом они должны осуществляться, до сих пор остается ключевым вопросом непрерывных дискуссий.

Во втором томе Ульмского учебника (Thomд, Kdchele, 1992) приведены примеры такой традиционной формы использования клинического материала с исследованием случая Амалии Икс на этом уровне, и в частности: идентификации с функцией аналитика (гл. 2, раздел 4.2); свободных ассоциаций (гл. 7, раздел 2); анонимности и естественности (гл. 7, раздел 7); использования аудиозаписей (гл. 7, раздел 8.1); изменений (гл. 9, раздел 11.2).

Уровень II: систематические клинические описания<sup>3</sup>

Уровень систематического клинического описания, согласно структурированным программам, отличается от клинического изучения случая, но остается при этом близким клиническому мышлению. В случае Амалии Икс использовались магнитофонные записи всего лечения и были сделаны расшифровки одной пятой всех сеансов (т.е. 1—5, 26—30, 51—55... 501—505). Дословная запись сеансов может осуществляться самим аналитиком, проводящим клиническое исследование, или третьим человеком. Эта клиническая описательная ступень позволяет производить оценки, ограниченные некоторыми рамками: не все записи сеансов доступны. Все же работа с систематической временной выборкой предполагает, что систематический анализ в фиксированных временных интервалах способен охватить решающие процессы изменений. Аналитик и другие исследователи могут с равным успехом осуществить эту процедуру, используя тот же материал.

Выборка формировалась следующим образом. Все 505 запротоколированных сеансов с Амалией были разбиты на группы по 25. Первые пять сеансов в каждой группе подробно анализировались. Описание каждого из пяти сеансов проводилось по следующим пунктам:

- 1) внешняя ситуация пациента и лечения;
- 2) характер переноса/контрпереноса;
- 3) отношение пациента к важным «объектам» вне лечения, в настоящем и прошлом;
- 4) рабочий альянс;
- 5) важные эпизоды за пять сеансов.

Такое систематическое описание первоначально было сделано двумя студентами-медиками, а затем пересматривалось и уточнялось двумя опытными психоаналитиками. Материал, получаемый в результате, может служить разным целям, а также является ценным сам по себе (см.: Thomd, Kdchele, 2006, chap. 4). Он дает легкий доступ ко всему случаю, будучи более подробным и более систематическим, чем история болезни, которая скорее напоминает повествование. В отличие от этого систематическое описание отмечает упорядоченный процесс лечения. Можно реорганизовать качественные данные (например, связав одно с другим все описания переноса) и таким образом получить хороший обзор развития основных тем, как показано в таблице 1.

Для изучения развития главных тем в ходе лечения мы использовали метод «индекс-темы», основанный на ранних работах сотрудников М. Гилла (Simon и др., 1968). Оценивалось наличие каждой темы по бинарной шкале

<sup>3</sup> Материал последующих разделов более подробно представлен в третьем томе Ульмского учебника «Psychoanalytic practice: research», доступного на сайте нашего отделения: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher.detail.html><sup>1</sup>. (На рус. яз.: Томэ Г., Кэхеле Х. Современный психоанализ: исследования: Случай Амалии Икс. СПб., 2001. — Примеч. пер.)

Таблица 1  
Систематическое описание центральных тем переноса  
в случае Амалии Икс<sup>4</sup>

1—5	Анализ как исповедь
26—30	Анализ как испытание
51—55	Злая мать
76—80	Внешняя покорность и скрытый вызов
101—105	Поиски собственных представлений о норме
116—120	Разочаровывающий отец и бессилие дочери
151—155	Отстраненный отец и метания в поисках идентификации
176—180	Амбивалентность в отношении к отцу
201—205	Отец как соблазнитель или образец нравственности
226—230	Он любит меня — он меня не любит?
251—255	Даже отцу не под силу превратить девочку в сына
276—280	Держась за материнскую юбку
301—305	Бедная девушка и богатый король
326—330	Как ты мне — так и я тебе
351—355	Бессильная любовь к всеильному отцу и ревность
376—380	Расставание ради того, чтобы не быть брошенной отцом
401—405	Открытие собственной способности к критике
426—430	Дочь по левую руку — соперничество с первенцем за материнское внимание
451—455	Ненависть к снисходительному аналитику
476—480	Искусство любви заключается в умении сносить и любовь, и ненависть
501—505	Попрошиться первой
513—517	Симфония расставания

(«да/нет») и полученная в результате графическая матрица позволяла увидеть, когда и на какую тему пациентка и/или аналитик говорили (Thomä et al., 1982).

## Уровень III: организованные процедуры ответов

Этот методологический уровень состоит из качественных клинических суждений, систематических по своему характеру, выносимых двумя или более наблюдателями. Такой подход сохраняет качественный характер данных и при этом позволяет применять к ним статистические методы, как параметрические, так и непараметрические. Инструмент для этого преобразования заключается во введении простого аспекта размерности. Шкалой является

<sup>4</sup> Перевод с небольшими изменениями приводится по: Томэ Г., Кэхеле Х. Современный психоанализ: исследования... (пер. А. Казанской). — Примеч. пер.

разработанный вариант основных различий: «да/нет», который составляет начало всякой операции измерения. Люборски (1984) удачно назвал эти операции «процедурами организованной клинической оценки». Это понятие отражает исследовательские ограничения, с которыми неизбежно сталкивается клиницист, фиксирующий такую сложную реальность. На этом уровне нашего исследовательского подхода мы изучали следующие различные аспекты нашего показательного случая:

- 1) изменение эмоционального инсайта (Hohage, Kьbler, 1988);
- 2) изменение самооценки (Neudert et al., 1987);
- 3) виды субъективного страдания (Neudert, Hohage, 1988);
- 4) изменение сновидений (Leuzinger-Bohleber, Kдchele, 1988);
- 5) центральная модель процесса, выделенная методом «Центральной темы конфликтных отношений (CCRT)» (Albani et al., 2002);
- 6) перерывы между сессиями и аналитический процесс (Jiménez et al., 2006);
- 7) «бессознательный план», в терминах теории контроля-овладения (Albani и др., 2000);
- 8) психоаналитическая техника, оцениваемая методом Q-сортировки психотерапевтического процесса (Albani et al., 2002).

Далее представлен краткий обзор каждого из этих подходов и того, что мы узнали, осуществляя наши исследования.

#### **Изменение эмоционального инсайта**

Понятие инсайта — одно из ключевых в психоаналитическом лечении, хотя попытки реально измерить изменения эмоционального инсайта встречаются редко. Хохаге и Кьблер (Hohage, Kьbler, 1988) создали шкалу ранжирования, выделяющую когнитивный (С-показатели) и эмоциональный (Е-показатели) контакт пациентки со своим материалом. В дополнение подсчитывается общий балл так называемого эмоционального инсайта, подробно описанного в руководстве Хохаге (1986).

Этот подход подразумевает качественную оценку не только самого инсайта, но и когнитивной его составляющей. Разумеется, терапевтическое изменение не является исключительно следствием количества достигнутых инсайтов. Тем не менее оно может указывать на продвижение, если пациент начинает обращать большее внимание на себя, а не на других. В таких случаях существенным результатом станет степень растущего контакта пациента со своими переживаниями. Амалия Икс изначально обладала психологическим мышлением и часто говорила о своих мыслях и чувствах (С-показатели не изменялись). Однако изменения в ее эмоциональных переживаниях (Е-показатели) были очевидны. Находясь во власти психического конфликта, пациентка смогла укрепить способность быть в контакте со своим материалом, что свидетельствовало о важном терапевтическом изменении. Например, находясь под давлением надвигающегося окончания анализа, она

могла оставаться эмоционально вовлеченной в него, что повышало общий рост показателей инсайта.

Однако нужно учитывать, что данный подход отражает лишь некоторые аспекты инсайта. Когда в центре внимания оказывается способность пациентки переживать, из поля зрения ускользают другие аспекты понятия инсайта — как растущего знания самого себя или осознания бессознательных мотивов поведения. Нельзя исключать, что пациентка, демонстрируя инсайт, могла при этом говорить о незначительных вещах или делать неправильные выводы. Правильность ее умозаключений или значимость ее мыслей можно выявить только путем клинической оценки, которая, в свою очередь, может быть правильной или неправильной. Более того, снижение эмоционального инсайта, так же как и усиление сопротивления, наблюдаемое в ходе психоаналитического лечения, нельзя рассматривать просто как шаг назад. Психоаналитический процесс обладает многими измерениями, и увеличение способности к инсайту — это всего лишь одна из многочисленных целей этого процесса. Для терапевтического прогресса необходимо, чтобы пациенты переживали конфликты и развивали сопротивление. В их терапевтическом эффекте можно сомневаться только в том случае, если преодолеть сопротивление и проработать конфликты становится невозможным. Шкала эмоционального инсайта может помочь исследовать подобное развитие событий и таким образом внести свой вклад в понимание терапевтического процесса.

#### **Изменение самооценки**

С тех пор как Кохут вновь привлек наше внимание к позитивным аспектам нарциссизма, понятие самооценки получило широкое распространение как собирательный термин для различных направлений исследования, как в рамках психоанализа, так и вне его. Как показали Чешайр и Томэ (Cheshire, Thomd, 1987), самооценка и связанные с ней понятия играют все большую роль в исследованиях личности в последние годы. С другой стороны, в рамках эмпирического исследования психотерапии понятие самооценки часто игнорируют. По нашему мнению, однако, именно с помощью этого понятия можно лучше всего простроить связи между исследованиями психотерапевтического процесса и его результатами, поскольку эта переменная имеет равное отношение как к первому, так и ко второму. Если понимать процесс терапии как постепенное обретение способности к отношениям и новых возможностей и если результат оценивается исходя из обладания этими способностями и возможностями, тогда исследователи должны собирать информацию о тех особенностях пациента, которые отражают такой процесс присвоения и стабильность результата. Отсюда — важность лонгитюдных и катармических исследований.

Нойдерт и др. (Neudert et al., 1987) разработали руководство для оценки различных аспектов понятия самооценки. Подтвердились две центральные

гипотезы относительно изменений в самооценке: в ходе лечения значимо повысилась позитивная самооценка, хотя такое направление ее развития было принято не сразу, а путем сильных колебаний в течение первых 100 сеансов; негативная самооценка также значимо и непрерывно снижалась с самого начала анализа. Однако гипотезы, касающиеся изменений в принятии со стороны других людей, не подтвердились, поскольку не было выявлено систематических тенденций. Не получили подтверждения также гипотезы, касающиеся относительных долей наличия разных категорий материала до и после их фокусированной проработки. С другой стороны, было два положительных результата в отношении гипотез о различиях корреляций между категориями: как и ожидалось, значимо повысились показатели по самооценке в связи с воображаемой гетеросексуальностью и понизились показатели по негативной самооценке в связи с аутоэротизмом.

#### Типы субъективного страдания

Другим ключевым понятием в психоанализе стало субъективное страдание, т.е. страдание, которое нельзя зафиксировать с помощью стандартных психиатрических шкал, а такое, которое переживается субъективно. Нойдерт и Хохеге (Neudert, Hohage, 1988) разработали процедуру, выявляющую формы страдания в записях речи пациента. В изучении пациентки Амалии их интересовали следующие вопросы:

- 1) Каково общее количество субъективного страдания в течение терапии?
- 2) Какая часть страданий пациентки во время психоанализа была связана с ее аналитиком, какая часть — с другими источниками и каковы эти другие источники?
- 3) Как изменялось страдание пациентки в отношении аналитика на протяжении лечения? Были ли кризисы в ходе терапии и если да, то чем они были вызваны?
- 4) Какая часть страдания, связанного с аналитиком, была вызвана его абстинентностью?
- 5) Что делал терапевт, когда становился объектом страданий пациентки?

Результаты показали, что объем страдания в целом в ходе лечения можно описать как непрерывно и статистически значимо снижающийся параметр и что «беспомощность при столкновении со страданием» значимо снижалась в ходе лечения. Из данных было видно, что показатели страдания, связанного с аналитиком, были низкими по сравнению с общим количеством субъективного страдания. Однако страдание, связанное с аналитиком, медленно возрастало вплоть до середины лечения (в блоке 5, сеансы 348—355), когда страдание, связанное с окружением, пришло на смену страданиям пациентки в отношении себя самой. До тех пор она была озабочена в основном своими недостатками, неуверенностью и комплексами. Преодолев их, она начала борьбу со своим окружением, хотя эта борьба и была для нее

болезненной. Психоаналитик стал первым *надежным* объектом ее болезненных конфликтов.

Нойдерт и Хохеге (1988) приходят к следующим выводам:

Можно утверждать, что в ходе этого периода лечения терапевт полностью избегал самозащиты. Если бы он занял защитную позицию, он бы тем самым оправдал критицизм и страдание пациентки или сомневался бы в их оправданности. Он также не был абстинентным в значении формального следования правилу, он соблюдал принцип абстинентности конструктивно, т.е. учитывая контекст психодинамического понимания этого конкретного случая. Быть абстинентным в отношении *этой* конкретной пациентки, в течение *этой* фазы психоаналитического процесса значило, что психоаналитик должен избегать — даже не прямой, а интерпретативной — личной самозащиты.

Разумеется, для развития терапевтического процесса решающее значение имеет то, как пациентка воспринимает поведение аналитика. Нойдерт и Хохеге ставят здесь вопрос: «Каким образом пациентка реагирует на эту конкретную форму абстинентности аналитика, т.е. на воздержание от защиты?» К счастью, можно однозначно ответить на этот вопрос, изучив последний сеанс этого блока, когда пациентка говорит о том, каким еще недавно она видела своего аналитика. Она не переставала жаловаться на яркий дневной свет в новом офисе, как вдруг на следующем сеансе на окне появились шторы. Она поняла, что аналитик, должно быть, знал о планах повесить шторы, но не сказал об этом, когда она жаловалась на их отсутствие. Она осознает, что именно то, что он не сообщил этого, позволило ей ясно почувствовать, каково это быть тем, на кого смотрят. Пациентка, таким образом, может осознать пользу того, что аналитик воздержался от сообщения ей этой информации. Она чувствует облегчение, когда он реагирует спокойно на ее атаки. Амалия говорит об «обезличенности» в терапевтических отношениях, которая обеспечивает приятную защищенность. Это ощущение «обезличенности» становится настолько сильным, что внезапно она не может вспомнить, как именно выглядит ее аналитик.

В итоге, глядя с психоаналитической точки зрения, можно сделать вывод, что пациентка воспринимает спокойную реакцию аналитика как приносящую облегчение не только в случае с ее агрессивными нападками, но и в случае ее желаний близости, даже если она по-прежнему ощущает эти желания как тревогу. Абстинентность аналитика проявилась не как ригидная приверженность правилам, а как следствие правильного понимания конфликтов пациентки. Очевидно, что, реагируя спокойно как на агрессию пациентки, так и на ее страх слишком большой близости, аналитик, говоря на языке теории контроля-овладения Вайсса и Сэмпсона, «прошел тест». Реакция Амалии соответствует прогнозам этой теории: она заговорила о чувстве облегчения и спокойствия.

### Изменение сновидений

Многие дискуссии о сновидениях в клинической практике сводятся к обсуждению отдельного сновидения, тем не менее сообщения о сновидениях в ходе психоанализа широко распространены. Одни пациенты чаще рассказывают сны, другие — реже, аналитики также различаются по тому, в какой мере они используют сновидения, предложенные пациентом. Путем компромисса и пациент, и аналитик приходят к неосознанному и ненамеренному соглашению относительно важности сновидений для лечебного процесса.

Ульмская группа изучения сновидений исследовала когнитивные изменения на основе отчетов о сновидениях в пяти психоаналитических случаях (Leuzinger-Bohleber и Кдчеде, 1988; Leuzinger-Bohleber, 1989). С помощью методов контент-анализа сравнивались сновидения из начальной (1—100 сеансы) и заключительной стадии (последние 100 сеансов) анализа с целью выявить особенности когнитивного функционирования на каждой стадии. Затем изучалось развитие этих когнитивных функций в ходе всего анализа, на основе общего материала сновидений из транскрибированных сеансов анализа Амалии Икс (Кдчеде et al., 1999a).

Чтобы передать основную идею, мы представим результаты, касающиеся трех вопросов. Во-первых, каково отношение сновидца к другим людям? Было очевидно, что Амалия Икс в своих снах не менялась в том, что касается социальных отношений, что само по себе поразительно, учитывая, что она страдала симптомами эритрофобии в начале лечения. Второй вопрос относится к общей эмоциональной атмосфере сновидений. Мы использовали шкалы, состоящие из прилагательных, и путем факторного анализа установили устойчивую тенденцию изменения атмосферы сновидений от негативной в начале лечения к позитивно окрашенной к концу анализа. Третий вопрос касается способов принятия решения в сновидении, и мы обнаружили устойчивое систематическое изменение, нарастающее по мере продвижения в анализе. Еще одной темой исследования был вопрос о том, можно ли наблюдаемые изменения рассматривать как линейные? В результатах мы обнаружили как статичные процессы с вариациями в интенсивности (как в случае с агрессивными или тревожными чувствами), так и изменения, которые возрастали или убывали линейно в течение времени.

### Фокусная модель процесса, описанная с помощью CCRT

До сих пор существует довольно мало логически последовательных моделей психоаналитического процесса (Thomд, Кдчеде, 1987; Кдчеде, 1988). В Ульмской процессуальной модели психоаналитическая терапия понимается как непрерывная, не ограниченная во времени фокусированная терапия с изменяющимся интерактивно развивающимся фокусом. Последовательность фокусов рассматривается как результат бессознательного обмена между потребностями пациента и ресурсами аналитика.

С самого начала казалось правдоподобным, что определенные пункты фокусировки возникают и подвергаются изменениям в ходе дальнейшей аналитической работы. По нашему твердому убеждению, только становясь на позиции теории «универсального психопатогенеза» (Thomд, 2005) или соглашаясь с идеей ненаправленного и не имеющего цели анализа («просто анализирования»), можно выдвинуть доводы против Ульмской процессуальной модели. Но если прицельно изучить проблему, становится очевидно, что даже концепции, специфичные для теории универсального психопатогенеза, подразумевают фокусировку.

Метод CCRT, разработанный Люборски (Luborsky, Crits-Cristoph, 1998), предлагает способ операционализации таких фокусированных центральных конфликтов. Этот метод подразумевает другое, отличное от клинического, определение фокусировки, и сравнение здесь оказывается невозможным, поскольку аналитик не определяет (ни до, ни после терапии), какой конфликт был в центре внимания, на каком сеансе и какой стадии анализа.

Основное допущение метода CCRT состоит в том, что описываемый пациентом опыт межличностного взаимодействия содержит типичные паттерны интернализованных субъект-объектных отношений. Истории, рассказанные в терапии, отражают опыт, и поэтому метод CCRT анализирует нарративы, описывающие опыт отношений пациента с другими людьми («эпизоды взаимодействия»). Первый шаг — выявить эпизоды взаимодействия, установив три типа компонентов внутри эпизода: потребности, намерения или желания, касающиеся Я (WS-компоненты) или «объекта» (WO-компоненты); предполагаемые реакции объекта (RO-компоненты) и последующие предполагаемые реакции субъекта (RS-компоненты), которые подвергаются категоризации на позитивные и негативные.

Целью исследования, проведенного Албани и др. (Albani et al., 2003), было проверить эффективность метода CCRT для описания хода психоаналитического лечения Амалии Икс с помощью Ульмской процессуальной модели. Мы оценивали материал из первой и последней стадий анализа (сеансы 1—30 и 510—517 соответственно), а также, начиная с 50-го сеанса, анализу подвергались блоки из 5 сеансов с интервалом в 50 сеансов, всего 11 блоков и 92 сеанса.

Путем подсчета наиболее часто встречающихся категорий на всех стадиях анализа был выявлен паттерн, представленный в таблице 2.

Таблица 2

#### Категории CCRT

Желание по отношению к объекту	Другие должны быть внимательны ко мне
Желание по отношению к Я	Я хочу быть независимой
Предполагаемая реакция объекта	На других нельзя положиться
Предполагаемая реакция Я	Я неудовлетворена, напугана

Этот паттерн стал центральной темой, которая прорабатывалась на многих стадиях терапии, описанных в исследовании. Желание Амалии измениться выражалось в жажде автономии, которая сталкивалась с ощущением собственной зависимости, слабости, неспособности устанавливать границы и неудовлетворенности. Основная тема проявлялась в каждой из наиболее часто встречающихся категорий («центральных конфликтов»), и каждая стадия терапии показывала типичные кластеры категорий CCRT, характеризующие тематические фокусы в значении «фокальных конфликтов» Френча (1952), операционализированных методом CCRT.

Как сильные стороны метода CCRT, так и его ограничения проистекают из привязки к отчетам об опыте взаимоотношений самой пациентки. Другими словами, исследования остаются ограниченными рамками опыта отношений, осознаваемого и вербализуемого пациенткой. Этот метод не позволяет включить бессознательный материал, кроме повторяющихся схем, которых бессознательно придерживается пациентка, описывая развитие отношений, а также не дает возможности оценить защитные механизмы. Наше исследование показало, что метод CCRT охватывает клинически значимые межличностные стороны психоаналитического процесса, какими их видит пациентка, и поддерживает Ульмскую процессуальную модель, хотя вклад аналитика отражается лишь в нарративах пациентки, касающихся ее отношения к терапевту.

#### **Перерывы между сессиями и аналитический процесс**

Хименес и др. (Jiménez et al., 2006) изучали изменение реакций Амалии Икс на перерывы в ходе анализа, основываясь на гипотезе, что они могут служить индикатором достигнутых в терапии изменений. Исследование основывалось на выборке из 212 транскрибированных сеансов, равномерно распределенных на всем протяжении лечения и составляющих три этапа.

1. Перерыв в лечении формально определялся с помощью гистограммы, основанной на карте посещаемости.

2. С помощью Ульмского словаря тревожных тем (компьютерный метод вербального контент-анализа) делалась попытка охарактеризовать сеансы, совпадающие по времени с разными видами перерывов. С помощью этого инструмента был выделен конструкт «сеанс расставания», который появлялся непосредственно перед наиболее длительными перерывами, а время от времени и перед более короткими перерывами.

3. В выборке сеансов расставания с помощью CCRT исследовались реакции переноса. Компоненты CCRT изменялись в соответствии с ожиданиями, обсуждение результатов осуществлялось в рамках используемой методологии и психоаналитической теории терапии.

У крайне зависимых пациентов высокая частота сеансов приводит к разделению тревоги и депрессивных реакций. Чувства, которые вызывают

перерывы, зависят от аналитика. Шаблонная интерпретация, что состояние любого пациента ухудшается за время выходных, праздников и каникул, сама по себе ведет к осуществлению этого пророчества. Навязанные предположения о переносе, которые приписывают пациенту роль беспомощного ребенка, сосущего материнскую грудь, вызывают ощущение пассивности и абсолютной беспомощности. В терапевтических целях жизненно важно, чтобы старые тревоги и тревожный опыт заново проживались в рамках заданных интервалов. Вместе с тем отчаяние пациента не должно усиливаться интерпретациями, вызывающими ощущение сокрушительного исчезновения. Те примеры, которые изучались в данном исследовании, подтверждают предположение, что связь между перерывами и депрессией является ятрогенным феноменом, в значительной степени обусловленным техникой аналитика.

#### **Бессознательный план в терминах теории контроля-овладения**

Албани и др. (Albani et al., 2000) проверили, применима ли к случаю Амалии Икс «теория контроля-овладения», разработанная Вайсом и др. (Weiss et al., 1986). Результаты этого первого немецкоязычного исследования, оценивающего надежность «метода формулирования плана», показали, что данная теория может с высокой степенью надежности применяться за пределами США.

#### **Оценка психоаналитической техники методом Q-сортировки психотерапевтического процесса**

Албани и др. (Albani et al., 2002) использовали также метод Q-сортировки психотерапевтического процесса Джонса, впервые осуществив его перевод на немецкий язык. Метод оказался надежным и адекватным инструментом для описания паттернов взаимодействия в случае Амалии Икс.

Сравнение сеансов из начального периода анализа и его завершения показали клинически значимые различия между этими двумя стадиями лечения. На начальной стадии терапевтическое взаимодействие характеризовалось активной и поддерживающей позицией аналитика. Самообвинения пациентки, ее смущение и ощущение неполноценности были встречены помогающими интервенциями аналитика. Терапевтическая техника включала прояснение, конфронтацию и интерпретацию поведения на сеансе. Это помогло пациентке более непосредственно исследовать свои мысли и чувства. Описание начальной стадии анализа этим методом показало установление хорошего помогающего альянса на ранних этапах терапии. На заключительной стадии анализа пациентка обрела способность выражать агрессивные чувства. Чувство вины существенно ослабло, и пациентка смогла говорить о сложных любовных отношениях. Тема расставания открыто обсуждалась в анализе, и пациентка развила способность работать со своими



сновидениями, что свидетельствовало об интернализации функции аналитика.

#### УРОВЕНЬ IV: лингвистический анализ текста с помощью компьютера

На материале ульмского типичного случая были проведены также систематические исследования особенностей психоаналитического диалога. Керфер и Нойман (Koerfer, Neumann, 1982) сосредоточили внимание на переходе, иногда довольно болезненном для пациентки, с повседневного дискурса на психоаналитический. Эти и другие открытия в области дискурс-анализа подтверждают жизненность нашей «философии» психоаналитической психотерапии: говорить повседневным языком столько, сколько нужно, чтобы удовлетворить потребность пациента в безопасности, и переходить к психоаналитическому дискурсу, насколько это возможно, чтобы поощрять пациента к исследованию бессознательного смысла во внутреннем и межличностном пространстве (Thomд, Kächele, 1992, chap. 7, sect. 1).

Следуя идеям Шэфера (Schäfer, 1976) о языке действий, Берман (Beerman, 1983) исследовал использование синтаксических переменных действительного и страдательного залога в речи Амалии Икс в ходе ее лечения. Изучая стратегии речи пациента на основе прежде всего вербальной вовлеченности аналитика, Кэхеле (Kächele, 1983) показал, что в плодотворно развивающемся аналитическом процессе (как в случае Амалии Икс) не было корреляции между количеством вербальной активности пациента и аналитика. Вербальная активность аналитика устойчиво снижалась в ходе анализа, отражая понимание аналитика, что способность пациентки развивать свое собственное вербальное пространство растет.

В более позднем исследовании Кэхеле и др. (1999b) выделяли формальные и смысловые аспекты лексики аналитика (термин «лексика» здесь относится к количеству разных слов или «словоформ», используемых говорящим). Измерение этого показателя представляет интерес, поскольку за словами стоят понятия, и терапию можно рассматривать как обмен понятиями, включающий ассимиляцию нового материала и пересмотр прежних схем. Поэтому лексика аналитика в начале анализа, вероятно, будет одновременно очерчивать и отражать мир переживаний пациента, а в ходе анализа она может развиваться параллельно с процессами понятийного и эмоционального научения или, по крайней мере, частично их отражать.

Чтобы проверить эту гипотезу, мы изучали характерный для аналитика лексикон на начальной фазе анализа Амалии Икс, уделяя особое внимание той части лексики, которую именно он привносит в диалог (в отличие от следования лексике пациентки). Исходя из частоты появления различных

слов, мы обнаружили, что на первых 18 сеансах для интервенций аналитика было характерно использование четырех классов существительных: *технические существительные*, которые были частью его задачи пригласить пациентку к участию в анализе; *эмоциональные существительные*, относящиеся к технике усиления эмоций; *существительные, связанные с полом и телом*, которые относились к спутанной сексуальной Я-концепции пациентки; и несколько *тематических существительных*, отражающих актуальную жизненную ситуацию пациентки, о которой она говорила на первых сеансах.

Чтобы расширить наше понимание этих феноменов, мы более тщательно изучили использование существительного «сон». В начале анализа пациентка узнает, что аналитический диалог необычен, поскольку в качестве интервенции аналитика может выступать расстановка акцентов. Поскольку слово «сон» было элементом лексики, чаще встречающимся в речи аналитика по сравнению с речью пациентки, мы пришли к выводу, что аналитик старался пробудить любопытство пациентки к сновидениям как к особому виду сообщаемого ею материала.

Продолжая наши компьютерные исследования, Хольцер и др. (Hölzer et al., 2006) описали основную интерпретативную стратегию в четырех психоаналитических случаях, включая случай Амалии Икс, в котором акцент был сделан на эмоции. В исследовании был сделан обзор предыдущих работ, основанный на компьютерном анализе лексики в соответствии с теорией эмоций Дала (Dahl, 1991), а затем была предпринята проверка результатов предыдущих исследований четырех долгосрочных психоаналитических случаев из Ульмского текст-банка. Исследование подтвердило, что во всех четырех случаях, хотя и в разной степени, можно выявить систематическое изменение негативных «МЕ-эмоций» на негативные «ИТ-эмоции». Результаты подчеркивают основную мысль Фрейда, что жалобы относительно самого себя должны быть трансформированы в деятельность, направленную на объект.

В последнем (по порядку, но не по значимости) исследовании нашей группы мы изучили, используя методологию эмоций-абстракций из циклической модели Мергенталера (Mergenthaler, 1996), 152-й сеанс с Амалией, который был представлен на конгрессе МПА в Новом Орлеане (Mergenthaler, 2002). Анализ ежеминутных интеракций на микроуровне породил глубокие клинические дискуссии, которые оказали существенное влияние на понимание материала на этом сеансе.

#### ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

В свете малочисленности тщательных клинико-эмпирических исследований психоаналитических случаев (Kächele, 1981) мы считаем, что работа

Ульмской исследовательской группы представляет главное достижение в этой области, во-первых, демонстрируя, что такие исследования *можно* проводить, и, во-вторых, показывая, *как* их можно проводить при наличии определенной преданности этому делу и поддержки институтов. Психоаналитическое лечение можно сделать фокусом объективных и методологически сложных исследований, приводящих к открытиям, которые лечащий аналитик не может сделать в одиночку. Клинический взгляд лечащего аналитика необходим, но неизбежно ограничен его ролью участника аналитического процесса. Дополняя точку зрения аналитика, строгое системное исследование открывает путь независимому пониманию механизмов изменения в психоанализе.

Исследования нашего типичного случая не только подтвердили, что этот анализ привел к значительным изменениям во многих сферах когнитивного и эмоционального функционирования пациентки, но показали также полезность микроаналитических техник исследования, помогающих распознать и описать процессы изменения. Для отражения таких изменений используются более или менее надежные описательные подходы. Однако из исследований нашего показательного случая можно с уверенностью сделать вывод, что процессы изменения существуют, и это можно подтвердить надежными и валидными исследовательскими методами. Изменения как в ходе психоанализа, так и в сфере психологических возможностей пациента происходят на всем протяжении лечения и часто, хотя и не всегда, могут быть описаны как линейные тенденции в лечебном континууме.

Подтверждением ценности этих открытий могла бы служить их воспроизводимость. Пока что мы видим влияние своих исследований лишь на наше собственное психоаналитическое мышление и практику, а также на наших ближайших коллег. Ничто не изменило наше психоаналитическое мышление и работу в большей степени, чем наша открытость по отношению к дружелюбной критике. Возвращаясь к притче про слона и семерых слепых, обследующих разные его части, мы приходим к следующему выводу: для клинициста существуют более значимые и менее значимые результаты. Мы говорим это с целью воодушевить других психоаналитиков сделать свою деятельность доступной вниманию научного сообщества, чтобы улучшить клиническую работу. Для этой цели мы рекомендуем обучение специалистов одновременно как клиницистов и исследователей, чтобы создать для них возможность идентификации с обеими задачами. Нам нужны аналитики и ученые, способные совершать длительные усилия, несмотря на медленное продвижение. Систематические исследования могут вести коллективы при поддержке институтов, таких как наше отделение в Ульме, содействующих сотрудничеству практикующих аналитиков и «чистых» исследователей. Воплощение в жизнь таких исследований поможет психо-

анализу творчески выйти из кризиса, в котором он находится в настоящее время.

Перевод М. Немировской

## Литература

- Albani C., Volkart R., Humbel J., Blaser G., Geyer, Кдчеде H. (2000). Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur 'Control Mastery Theory' von Joseph Weiss [The method of plan formulation: An exemplary German application of the 'Control Mastery Theory' of Joseph Weiss]. *Psychother Psychol Med* 50: 470—1.
- Albani C., Blaser G., Jacobs U., Jones E., Thomд H., Кдчеде H. (2002). Amalia X's psychoanalytic therapy in the light of Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. In: Leuzinger-Bohleber M., Target M., ed. *Outcomes of psychoanalytic treatments: Perspectives for therapists and researchers*, p. 294—302. London: Whurr Publishers. 250 p.
- Albani C., Pokorny D., Blaser G., Konig S., Thomд H., Кдчеде H. (2003). Study of a psychoanalytic process using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method according to the Ulm Process Model. *Eur Psychother* 4: 11—32.
- Beadle J.H. (1878). *Western wilds*. Cincinnati: Jones Brothers.
- Beermann S. (1983). Linguistische Analyse psychoanalytischer Therapiedialoge unter besonderer Berücksichtigung passivischer Sprechmuster [Linguistic analysis psychoanalytic treatment dialogues with special attention to passive speech patterns]. Diploma thesis at Hamburg U.
- Cheshire N.M., Thomд H., ed. (1987). *Self, symptoms and psychotherapy*. Chichester: Wiley. 316 p.
- Dahl H. (1991). The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfillment. In: Safran J., Greenberg L., ed. *Emotion, psychotherapy, and change*, p. 130—66. New York, NY: Guilford. 372 p.
- Dahl H., Кдчеде H., Thomд H., ed. (1988). *Psychoanalytic process research strategies*. New York, NY: Springer. 334 p.
- Dewald P.A. (1978). The psychoanalytic process in adult patients. *Psychoanal Study Child* 33: 323—32.
- Erikson E.H. (1954). The dream specimen of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 2: 5—56.
- French T.M. (1952). *The integration of behaviour*, Vol. 1: *Basic postulates*. Chicago: U Chicago Press.
- Freud S. (1912). On the universal tendency to debasement in the sphere of love. SE 11, p. 177—90.
- Gabbard G., Westen D. (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84: 823—42.
- Grawe K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung [Back to psychotherapeutic single case research]. *Z Klin Psychol* 17: 4—5.
- Hohage R. (1986). Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht. Abteilung Psychotherapie [Empirical studies on the theory of emotional insight], Habilitationsschrift. Universität Ulm.

- Hohage R., Kabbler J.C. (1988). The emotional insight rating scale. In: Dahl H., Kdchele H., Thomд H., ed. *Psychoanalytic process research strategies*, p. 243—55. Berlin: Springer. 334 p.
- Hulzer M., Dahl H., Pokorny D., Kdchele H. (2006). A basic interpretative strategy in psychoanalytic treatments. Unpublished manuscript.
- Jimenez J.P., Pokorny D., Kdchele H. (2006). The Psychoanalytic Loss—Separation Model (LSM): Evolution of the reaction to breaks in the psychoanalytic process as an indicator of change. *Int J Psychother* 10: 22—34.
- Jones E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson. 381 p.
- Kdchele H. (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung [On the relevance of case histories in clinicopsychanalytical research]. *Jahrb Psychoanal* 12: 118—77.
- Kdchele H. (1983). Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: Minsel W.R., Herff W., ed. *Methodology in psychotherapy research: Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research*, p. 125—9. Frankfurt: Lang.
- Kdchele H. (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm Process Model of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 69: 65—73.
- Kdchele H., Thomд H. (1993). Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *J Am Psychoanal Assoc* 41 (Suppl): 109—29.
- Kdchele H., Thomд H., Ruberg W., Grunzig H.J. (1988). Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: Scientific, clinical and ethical problems. In: Dahl H., Kächele H., Thomä H., ed. *Psychoanalytic process research strategies*, p. 179—94. Berlin: Springer. 334 p.
- Kdchele H., Eberhardt J., Leuzinger-Bohleber M. (1999a). Expressed relationships, dream atmosphere and problem solving in Amalia's dreams—Dream series as process tool to investigate cognitive changes—A single case study. In: Kächele H., Mergenthaler E., Krause R., ed. *Psychoanalytic process research strategies II*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Kächele H., Mergenthaler E., Hölzer M. (1999b). The analyst's vocabulary. In: Fonagy P., Cooper A.M., Wallerstein R.S., ed. *Psychoanalysis on the move: The work of Joseph Sandler*, p. 217—29. London: Routledge. (Bott Spillius E., ed. *New Library of Psychoanalysis*, Vol. 35.) 237 p.
- Koerfer A., Neumann C. (1982). Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung der Patienten in einen 'ungewöhnlichen' Diskurstyp [Everyday discourse and psychoanalytic discourse. Aspects of socialization of patients into an unusual type of discourse]. In: Flader D., Grodzicki W.D., Schroter K., ed. *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision* [Psychoanalysis as discourse. Interaction-analytic studies on treatment and supervision], p. 96—137. Frankfurt: Suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber M. (1989) *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen*. Band 2: *Eine gruppen-statistische Untersuchung* [Change of cognitive processes in psychoanalyses. Vol. 2: A group-statistical study]. Berlin: Springer. 489 p.
- Leuzinger-Bohleber M., Kächele H. (1988). From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to investigate cognitive changes during psychoanalysis. In: Dahl H., Kächele H., Thomä H., ed. *Psychoanalytic process research strategies*, p. 291—306. Berlin: Springer. 334 p.

- Luborsky L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York, NY: Basic Books. 270 p.
- Luborsky L., Crits-Christoph P. (1998). *Understanding transference*, 2nd edition. Washington, DC: American Psychological Association. 379 p.
- Luborsky L., Spence D. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin A., Garfield S., ed. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, p. 408—38. New York, NY: Wiley.
- Mergenthaler E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *J Consult Clin Psychol* 64: 1306—15.
- Mergenthaler E. (2002). Psychoanalytische Prozessforschung: Emotions-/Abstraktions-Muster und das Therapeutische Zyklusmodell zur Untersuchung von Veränderungsprozessen [Psychoanalytic process research: Emotion-Abstraction patterns and the Therapeutic Cycle Model' for the study of change patterns]. In: Giampieri-Deutsch, P., ed. *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften* [Psychoanalysis in the dialogue of sciences], p. 301—15. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mergenthaler E., Kdchele H. (1988). The Ulm Textbank management system: A tool for psychotherapy research. In: Dahl H., Kdchele H., Thomд H., ed. *Psychoanalytic process research strategies*, p. 195—212. Berlin: Springer. 334 p.
- Mergenthaler E., Stinson C.H. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychother Res* 2: 125—42.
- Michels R. (2000). The case history. *J Am Psychoanal Assoc* 48: 355—75.
- Neudert L., Hohage R. (1988). Different types of suffering during a psychoanalysis. In: Dahl H., Kdchele H., Thomд H., ed. *Psychoanalytic process research strategies*, p. 227—41. Berlin: Springer. 334 p.
- Neudert L., Grunzig H.J., Thomд H. (1987). Change in self-esteem during psychoanalysis: A single case study. In: Cheshire N.M., Thomд H., ed. *Self, symptoms and psychotherapy*, p. 243—65. New York, NY: Wiley and Sons. 316 p.
- Sargent H. (1961). Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24: 93—108.
- Schafer R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale UP.
- Simon J., Fink G., Endicott N.A., Gill M. (1968). Psychoanalytic research and the concept of analytic work. Department of Psychiatry, Brookdale Hospital Center, Brooklyn.
- Thomд H. (2005). Future psychoanalysts without special professional identity—A utopian dream? *Int Forum Psychoanal* 13: 213—36.
- Thomд H., Kdchele H. (1987). *Psychoanalytic practice*, Vol. 1: *Principles*. Berlin: Springer. 421 p.
- Thomд H., Kdchele H. (1992). *Psychoanalytic practice*, Vol. 2: *Clinical studies*. Berlin: Springer. 540 p.
- Thomд H., Kdchele H. (2006). *Psychoanalytische Therapie*, Band 3: *Forschung* [Psychoanalytic practice: Vol. 3: Research]. Berlin: Springer.
- Thomд H., Kdchele H. Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment report. *Psychoanal Inq* 27: 650—689.

Thomä H., Mergenthaler E., Kächele H. (1982). The Topic-Index method for systematic process description. Unpublished manuscript.

Wallerstein R.S., Sampson H. (1971). Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52: 11—50.

Weiss J., Sampson H., The Mount Zion Psychotherapy Research Group, ed. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. New York, NY: J Guilford. 423p.

Wilson A. (2004). Multiple approaches to a single case: Conclusions. Psychic change: What and how? *Int J Psychoanal* 85: 1269—71.

## ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ