

Хельмут Томэ и Хорст Кэхеле

## **Сравнительный психоанализ на основе новой формы отчета о лечении: случай Амалии Х<sup>1</sup>.**

### **Сравнительный психоанализ**

*(перевод Анаит Кришян)*

Несмотря на то, что проведение сравнений, т.е. рассуждение о сходствах и различиях, является неотъемлемой частью нашей жизни и нашего профессионального мышления и действий, фраза “сравнительный психоанализ” недавно вошла в наш профессиональный обиход (Скарфоне, 2002). Она относится к качественному сравнению различных форм психотерапии, в том числе и психоанализа. В виду официального признания психоаналитического плюрализма, введенного благодаря мужеству Валлерстайна (1988, 1990, 2005а, б), мы сегодня обязаны сравнивать друг с другом различные психоаналитические техники и теоретические предположения. Для того чтобы эти сравнения были обоснованными, надежными и результативными, необходимы общие критерии. В работах представителей различных обществ и опубликованных отчетах клинических случаев критерии обычно лишь предполагаются, если не сказать, что отсутствуют полностью.

Следствием “сравнительного анализа” является растущий интерес к различным способам документирования клинических фактов. В течение последнего десятилетия было опубликовано внушительное количество работ на эту тему. В своем предисловии к работе, посвященной “Концептуализации и коммуникации клинических фактов в психоанализе” для специального издания, приуроченного к 75-летию Международного Психоаналитического Журнала, Таккет (1994) писал: “После 75 лет настало время не только пересмотреть нашу методологию для оценки наших истин, но и разработать подходы, позволяющие быть открытыми новым идеям и, в то же время, быть способными оценивать полезность этих идей на основе правомерной аргументации. Альтернативой является Вавилонская башня.” (стр. 865). Таким образом, для того, чтобы “сравнительный психоанализ” стал успешным предприятием, необходимо

---

<sup>1</sup> Х. Кэхеле, Дж. Шachtлер, Х. Томэ (2009, chap.5.1) От психоаналитического описания к эмпирическому исследованию отдельного случая. Выводы для психоаналитической практики. Нью Йорк: Аналитик Пресс.

определить, каким образом лечащий аналитик применяет свои профессиональные знания в конкретном взаимодействии. Во многих смыслах психоанализ является прикладной наукой, основанной на клиническом наблюдении, но из всяческих практических соображений аналитик, как активный наблюдатель, будет перегружен необходимостью комбинировать свои терапевтические задачи с задачами исследователя. Терапевтическое исследование в психоанализе – одна из самых сложных задач, выходящая далеко за пределы возможности изолированно лечащего клинициста.

Только команда способна выполнить работу, обозначенную Фрейдом тезисом “неотделимой связи”, а именно проверки достоверности случайных связей, наблюдаемых в аналитической ситуации (см. Гл. 1). Психоаналитическая литература изобилует виньетками о новых открытиях, которым зачастую недостает даже убедительного описания. Кажется, “современный контртрансференциальный субъективизм” разрешил все практические и научные проблемы: Если эмоции аналитика действительно верно отзеркаливают бессознательное пациента, если “третий глаз или ухо” видит или слышит бессознательные сцены или голоса (подобно тому, как Гете представлял “Прото-феномен”), то без дальнейших затруднений психоаналитик оказывается в уникальной богоподобной позиции. И хотя мы и наслаждаемся подобными фантазиями, мы понимаем, что они не являются решением.

Приведение симптоматических, не говоря уже о структурных, изменений в соответствие с интересубъективными процессами и, в конце концов, с бессознательной схемой, в качестве их определяющих условий, является сложным предприятием. Иными словами, микро-аналитические описания интересубъективных процессов должны иметь отношение к тому, какие бессознательные клише генерируют типичные паттерны симптоматического разрешения конфликтов. Мы покажем взаимоотношение между гипотетическими бессознательными процессами и детальными интерпретациями на примере отчета о двух сессиях Амалии X.

Наша интерпретация юнкима<sup>2</sup> делает ударение на ответственность лечащего аналитика. Клинические исследования берут начало в аналитической ситуации; все зависит от участия аналитика. В этом смысле есть некая истина в тезисе “неотделимой связи”, особенно, если

---

<sup>2</sup> **Юнким** (А. Адлер) - тенденциозное соединение для усиления аффекта двух мыслительных и чувственных комплексов, которые, в сущности, ничего или почти ничего общего между собой не имеют. (прим. переводчика)

принимать всерьез контекст этой фразы. юнктим выполняется только, если доказывается его “благотворный эффект” (на немецком: “wohlthätige Wirkung”). Наш упор на то, что отчеты о лечении должны быть центрированы вокруг процессов изменений, более чем оправдан. Так как эти процессы относятся к явному опыту и поведению и их предполагаемым бессознательным источникам (Фрейдовская схема), необходимо обсуждать их взаимоотношения с интересубъективными процессами в психоаналитической ситуации. Только отдельные части опыта пациента могут быть выражены на “языке наблюдения”, но отказывать психоанализу в этом языке, как это сделал Рикюер (1970, стр. 366), с нашей точки зрения, не оправдано.

### **Вводные комментарии к аудио записи аналитического лечения.**

Примечательно, с каким количеством проблем сталкивается аналитик, когда предоставляет коллеге данные о своей работе, особенно, если его диалог записан на пленку или стенографирован. Коллеги подтверждают, в более или менее резкой форме, то, что и самонаблюдение в состоянии подметить, а именно, вероятность значительного несоответствия между профессиоанльным идеалом аналитика и реальностью. Самый отличительный стиль интерпретирования любого аналитика делает необходимым некоторое редактирование исходного текста.

Аудио запись является относительно нейтральной процедурой в плане содержания записи; она не пропускает сказанных слов, если только они произнесены достаточно громко для того, чтобы могли быть записаны. Стенография часто кажется скудной по сравнению с воспоминаниями психоаналитика о сессии. При прочтении стенографии или прослушивании пленки становится необходимым воскресить клиническую ситуацию при помощи идентификации и с пациентом, и с аналитиком. Именно богатый когнитивный контекст придает жизненность предложениям, произнесенным пациентом и аналитиком. Заполнение пробелов при помощи воображения и собственного опыта, безусловно, является делом практики (подобно тому как музыканты считывают партитуру). Для традиционного представления клинического случая, который в целом содержит гораздо меньше подлинных данных, такое обогащение предоставляется в виде описательных комментариев автора. Даже использование обобщений, например, абстрактных концепций, которые регулярно служат для клинических описаний, вероятно, способствует тому, чтобы читатель чувствовал себя как дома. Используемые концепции записываются автоматически с убеждением, что читатель с ними согласен. Если отчет относится к травме или оральности, мы все придадим ему смысл,

основываясь на нашем собственном понимании этих или иных концепций, что само по себе, ведет нас к одобрительному или скептическому диалогу с автором.

Для Сандлер и Сандлер (1984, стр. 396) “основной задачей будущих исследований” является “обнаружение того, почему стенография материала сессии другого аналитика так часто заставляет думать, что это – очень плохой аналитик?” Примечательно, что Сандлеры сделали этот комментарий в специальном выпуске “Психоаналитического исследования”, посвященного новаторскому вкладу Ментона Гилла в психоаналитическую технику. Наше, несколько ироническое, присоединение к этому наблюдению в следующем: Оба Сандлера принадлежали бы к тем плохим аналитикам, если бы им пришлось представить аудио запись их диалогов в виде словесного скелета, лишенного плоти их мыслей и чувств. Иными словами, устные отчеты в некоторой степени передают аудитории эмоциональный климат аналитической ситуации; но без дополнительного редактирования и без приращений, сделанных лечащим аналитиком, записанная в чистом виде сессия действительно является туповатой.

Ретроспективно мы можем сказать, что введение аудио записи в психоаналитическое лечение было связано с началом критической переоценки терапевтического процесса (Гилл и др., 1968; Розенкоттер и Томэ, 1970). Этот простой технический инструмент стал и до сих пор является объектом полемики среди психоаналитиков (Валлерстаин 2003).

Мы считаем, что привнесение исследования в психоаналитическую ситуацию является огромной пользой для пациента. Это позволяет аналитику узнать больше, чем он может это сделать в результате любой супервизии. Клинические обсуждения на основе аудио записи сессий приближаются очень близко к самому сердцу проблемы, в случае, если аналитик предоставляет анамнестические данные. Стенография создает впечатление одномерности: интерпретации аналитика и ответы пациента не отражают автоматически латентные структуры, хотя и типичные интерпретации обнаруживают принадлежность аналитика к той или иной школе. После 20 лет нашего эмпирического исследования аудио записей психоаналитических диалогов (Кэхеле и др. 1988) мы бы хотели поощрить наших коллег использовать этот инструмент для улучшения своих терапевтических возможностей.

## **Две сессии из случая Амалии<sup>3</sup>**

---

<sup>3</sup> Обратите внимание на изменение стиля текста. Лечащий аналитик (Х.Т.) говорит теперь от первого лица.

### *Необходимость в аннотации*

Для обогащения понимания следующих сессий мне следует дать каждой интервенции некоторую исходную информацию. Эти, так называемые “соображения” последовательно добавлены к каждому обмену между откликами пациента и аналитика. Очевидно, что к моим интервенциям меня приводили не только идеи, описанные в тексте. Но каким бы образом не создавались мои интерпретации, всякая из них, в действительности, может быть соотнесена с “когнитивным” критерием, как этого требует Арлоу (1979). Мои комментарии относятся к “когнитивно” и “рационально” детерминированным “конечным продуктам” (сами интервенции) и пренебрегают интуитивными, бессознательными компонентами их происхождения. Следовательно, я редко ссылаюсь на свой контрперенос. Я – эклектичный психоаналитик и интересубъективист (Томэ, 2005). Что касается контрпереноса, я старомоден как Мелани Клайн. Я не верю, что контрперенос возникает в результате проективной идентификации. Могут быть типичные паттерны трансфера и контртрансфера взаимодействия, но я думаю, что ответственностью аналитика является извлечение для пациента наибольшей пользы из его эмоциональных реакций.

Источник каждого из моих аналитических размышлений остается открытым вопросом. Если мы предположим, что аппарат восприятия аналитика управляется его личностью, ценностями и, будем надеяться, его теоретическими знаниями, которые могут стать предсознательными, то очень сложно отследить генезис интерпретаций к их исходной точке. Например, теоретические знания о замещении также способствуют предсознательному восприятию; оно пропитывает интуицию аналитика и смешивается с его эмоциональными реакциями. Эти “соображения” являются моими вторыми мыслями. Для всех клинических и, естественно, противоречивых дискуссий я рекомендую брать исходную информацию за отправную точку нашего обмена. Иными словами, я надеюсь, что мои соображения достаточно последовательны, чтобы стать предметом критического обсуждения. Такая логическая последовательность важна, поскольку поддерживает мою гипотезу паттернов у пациента.

### *Некоторые ремарки о психодинамической предистории двух сессий*

Когда структурируешь психоаналитическую ситуацию и имеешь дело с проблемами описанного типа, аналитик должен уделять дополнительное внимание тому, чтобы не позволять асимметрии отношений чрезмерно усиливать ощущение пациента своего отличия (неравенства).

Это является важным, так как идея отличности, т.е. вопрос сходства и отличия, идентичности и не идентичности формирует общую систему, внутри которой возникают проблемы бессознательного. В таком случае пациент и аналитик относительно скоро достигают успеха в установлении хороших рабочих отношений, создавая во время развития трансфера предпосылки для признания интернализации ранних форм взаимодействия с первичными значимыми лицами, такими как родители или учителя. Коррекция, которая была достигнута, может быть увидена в изменениях в самооценке пациентки, в ее возросшем чувстве безопасности и в исчезновении ее симптомов (см. Нюдерт-Дрейер и др. этот том, гл. 5.3)

Ретроспективно, почти 30 лет спустя, у меня возникли следующие запоздалые мысли о моем личном понимании психоаналитического метода в то время. И думаю, я весьма преуспел в установлении помогающего альянса, который сделал возможными интерпретации трансфера по поводу процессов “смещения и конденсации”. Голова является символом понимания и коммуникации и, одновременно, является символом пениса и фаллоса в определении Лакана.

Две выдержки из сессий, приведенные ниже, связаны между собой фактом того, что каждая касается получения пациентом возможности новых идентификаций благодаря анализу трансфера. Голова аналитика становится суррогатом старых, бессознательных “объектов”, а ее содержимое – репрезентацией новых возможностей. Репрезентация “объекта”, что одновременно является репрезентацией Я, делает возможным установление дистанции, так как аналитик предоставляет свою голову, сохраняя ее при этом у себя. Следовательно, он становится моделью и близости, и дистанции. Этот пример четко демонстрирует терпапевтический эффект, освещающий бессознательные связи посредством интерпретаций аналитика. Мне кажется, мои фантазии и мысли уцепились за психическую реальность пациентки.

Я выбрал этот материал потому что, по моему мнению, он подходит для предоставления нескольких подтверждений в поддержку моего аргумента. Хотя и голова приобретает сексуальное значение в результате процесса бессознательного смещения, это смещение не меняет ничего в отношении превосходства эмоциональной и интеллектуальной коммуникации между пациенткой и аналитиком по поводу того, что она искала, как если бы это было спрятано внутри моей головы. Поиск знания был направлен на сексуальность. Из-за бессознательного “смещения” предполагалось, что этот секрет и хорошо охраняемое (вытесненное) сокровище были внутри головы.

Две сессии взяты из периода лечения, когда пациентка явно испытывала сильнейшее чувство вины, которое актуализировалось в ее

отношениях со мной. Библейский закон ока за око и зуб за зуб усиливался в ее опыте из-за сексуальных желаний. Историческая ролевая модель ее жизни в содержании ее трансфера была фантазией инцестуозных отношений с ее братом. Увеличение внутреннего давления привело пациентку, с одной стороны, к пересмотру ее идеи о посвящении своей жизни миссионерству для церкви, а с другой стороны, к рассмотрению возможности суицида. (В юности она хотела быть няней или медсестрой, но отказалась от этой идеи после испытательного срока, т.к. ограничения благочестия оказались для нее чрезмерными.) Теперь она ополчила свою “старую” Библию против меня в “схватке до конца”. Эта схватка происходила на разных уровнях, и пациентка изобрела для них целую серию сравнений. Ей казалось, что догма аналитика, “Библия Фрейда” не может быть соотнесена с ее христианской Библией. Хотя и обе библии запрещали сексуальные отношения с аналитиком.

Пациентка боролась за свою независимость и потребности, которые она защищала от обеих библий. Она развила интенсивную защиту против моих интерпретаций, и у нее было ощущение, что я точно знаю наперед, “что должно произойти”. Она чувствовала себя униженной из-за того, что ее уловки и отвлечение внимания оказывались обнаруженными. У нее было сильнейшее желание что-то значить для меня и жить во мне; она думала о том, чтобы подарить мне старые, красивые и чудесные часы, которые били бы каждый час для меня (и о ней).

На этой стадии лечения одна тема приобрела особое значение и интенсивность: ее интерес к моей голове. Что она узнала благодаря оцениванию моей головы? В похожей ситуации Амалия Х как-то сказала, что ей казалось, что я смотрел в нее – на то, что уже было там – в книгах, в моих мыслях, в моей голове. Ей хотелось, чтобы появилось что-то совершенно новое. Она сама искала интерпретаций и прилагала усилия, чтобы понять мои идеи.

#### Записи отрывков сессий 152 и 153

В начале сессии Амалия сообщила безхитростный сон, в котором мужчина пронзал ее ножом в спину, представив таким образом общую тему борьбы между мужчиной и ею со всеми различными уровнями и смыслами борьбы между полами. Затем Амалия сменила свою роль жертвы и стала злоумышленником. На следующей сессии она вспомнила о том, что совершенно забыла, что смотрела на меня как на молодого мужчину с головой, символизирующей фаллос. Ее моментальная забывчивость является прекрасным примером понимания, по Люборскому (1967; 2001), небольших парапраксистов как симптомов.

Вначале Амалия рассказала, что оказалась в роли мазохистского подчинения своему начальнику, что я прокомментировал сказав:

А: *Вы полагаете, что я сижу позади вас и говорю: “Неверно, неверно.”*

Соображения. Эта интерпретация трансфера основывалась а следующем предположении. Пациентка приписывала мне “функцию суперэго”. Эта интерпретация сняла груз с нее и дала ей смелость для бунта (пациентка задолго до этого уже признала мое отличие от других и то, что я не стану критиковать ее, но она не была уверена и не могла поверить, так как все еще испытывала значительную бессознательную агрессию к старым объектам). Я полагал, что ее трансференциальные чувства гораздо более интенсивны и что и я, и пациентка могли выдержать усиление напряжения. Я повторил ее озабоченность тем, что я могу не выдержать и, в конце концов, сформулировал следующее утверждение: “Таким образом, это – своего рода борьба с ножом до конца” (не указывая конкретно, у кого именно нож). Я сделал эту ссылку на фаллический символизм, чтобы простимулировать ее бессознательные желания. Я переборщил! Пациентка прореагировала уходом. Предположение: самонаказание.

П: Иногда у меня такое чувство, что мне хочется броситься на вас, схватить за шею и крепко держать вас. Потом я думаю: “Он этого не выдержит и внезапно упадет замертво.”

А: *Что я не смогу этого выдержать.*

Пациентка варьировала эту тему, выражая свою общую озабоченность тем, что просит у меня слишком многого и тем, что я не могу выдержать борьбу.

А: *Это – своего рода борьба до конца с ножом.*

(Эта итерпретация ссыалась на сон Амалии, который она рассказала в начале сессии о том, как ее проткнули ножом).

П: Возможно.

Затем она обращает внимание на то, что она всегда, на протяжении лет, сдавалась преждевременно, до того как борьба по-настоящему начиналась, и ретировалась.

П: И я больше не сомневаюсь, что уход был верным решением для меня. По прошествии столь долгого времени, я вновь хочу уйти.

А: *Уход и самопожертвование в угоду миссионерству вместо борьбы до конца.*

П: Абсолютно точно, действующий на нервы.

Соображения. Она сильно тревожилась по поводу потери своего объекта.

А: *В таком случае у меня будут гарантии остаться в сохранности. И в таком случае вы преждевременно разрушите мой тест.*

Мы продолжили тему того, что я могу принять и позволю ли я, чтобы она меня ободряла своей “ссылкой”. Пациентка ранее делала сравнения с



деревом, спрашивая, может ли она получить что-либо оттуда и чем это могло бы быть. Я вернулся к этому образу и поднял вопрос о том, чего она хочет достичь, ломая ветви.

Соображения. Дерево познания – агрессия.

П: Это – ваша шея, это – ваша голова. Я часто занята мыслями о вашей голове.

А: *Это длиться долго? Вы часто заняты мыслями о моей голове?*

П: Да, да, невероятно часто. С самого начала я оценивала ее во всех направлениях.

А: Гмм, она...

П: Она особенная, с задней части до передней и с низу до верху. Мне кажется я испытываю истинное поклонение к вашей голове. Это просто очень смешно. С другими людьми я скорее вижу что они из себя представляют, просто инстинктивно, без необходимости изучать их.

Соображения. Чтобы создать нечто общее в качестве изначальной идентификации. (Эта тема обсуждалась длительное время с паузами и “гмм”-ами со стороны аналитика.)

П: Это – просто слишком для меня. Я иногда спрашиваю себя в последствие, почему я не видела этого, это же – такая простая связь. Мне невероятно интересна ваша голова. Естественно, и то что внутри нее. Не для того, чтобы просто забрать, но и забраться внутрь вашей головы, да, прежде всего, забраться внутрь.

Соображения. Частичный уход от объекта усилил ее бессознательную фаллическую агрессивность.

Пациентка говорила так тихо, что я даже сначала не понял “забраться внутрь”, приняв это за “положить внутрь”. Пациентка поправила меня и добавила конкретный образ “Да, об этом очень сложно говорить перед сотней пар глаз”.

П: Забраться внутрь, суть в том, чтобы забраться внутрь и что-то оттуда вытащить.

Соображения. Между тем, чтобы забраться внутрь и взять что-то оттуда я вижу связь с темой борьбы. Стало возможным терапевтически использовать сексуальный символизм, возникший из-за смещения со дна на поверхность, сославшись на историю, рассказанную пациенткой на предыдущих сессиях. Знакомая женщина избегла интеркурса со своим другом, промастурбировав с ним и назвав это, по аналогии с охотой за мозгами, “избеганием головы”. Бессознательное намерение, продиктованное ее завистью к пенису и сексуальной тревожностью, существовало параллельно с общей и специфической тревогой дефлорации. Эти тревожности привели, в свою очередь, к фрустрации, но

которую она сама инстинктивно приписывала невротическому самоувековечивающему циклу. Подавление ее сексуальных и эротических желаний, которые теперь бессознательно усиливали агрессивные компоненты ее желания иметь и обладать (желание пениса и зависть пениса).

*А: Так что вы хотите иметь нож, чтобы быть в состоянии настоять на своем, чтобы получить больше.*

После того, как мы обменялись еще парой мыслей, я дал объяснение, сказав, что было что-то нечто очень конкретное за нашей озабоченностью темами проникновения внутрь, головы и борьбы до конца с ножом.

*А: Женщина, о которой вы упомянули неспроста говорила об “избегании головы”<sup>4</sup>.*

П: Именно поэтому моя мысль прервалась. (Пациентка минут на десять переключается на совершенно другую тему).

После выражения своего инсайта по поводу своего сопротивления интенсификации трансфера, она вновь уклонилась от темы. Она прервала интенсификацию, сделав множество критических замечаний.

П: Потому что моментами это может быть таким отдаленным. Да, мои желания являются сутью, но это все не так просто, и я действительно бешусь, и когда голова и избегания головы теперь...

Она засмеялась, тут же выразила сожаление и замолчала. Я попытался подбодрить ее.

*А: Вы знаете, что у вас в голове.*

П: В данный момент я совершенно не в своей тарелке. Как я могу знать, что произойдет завтра. Мне необходимо вспомнить. Я была занята догмой и вашей головой, и если вы желаете углубиться... (к сморщенной голове). Это – действительно гротеск.

Соображения. Впервые я упомянул сморщенные головы, так как предположил, что пациентка

будет более сотрудничающей, если завистливые объектные отношения будут заменены приятными. Затем пациентка стала говорить о внешних вещах. Она описала то, каким она видела меня и какой она видела себя независимо от головы, которая затем опять стала центром внимания в общем смысле.

*А: Думая о голове, вы пытаетесь выяснить, кем являетесь вы, и кем являюсь я.*

---

<sup>4</sup> Непочтительный, жаргонный “мозгоправ” (т.е. психиатр) не имеет своего аналога в немецком языке и он был неизвестен Амалии. Ее выражение “Schrumpfköpfe machen” относится к обычаям Полинезийских каннибалистских племен, которые высушивают головы убитых врагов.

П: Я иногда обмериваю вашу голову, как если бы мне хотелось подчинить ваш мозг.

Затем пациентка стала описывать свои ассоциации, которые возникли у нее однажды, когда она увидела мою фотографию, напечатанную где-то.

П: Я обнаружила нечто совершенно отличное в тот момент. У меня было невообразимое количество зависти к вашей голове. Невообразимое количество. Теперь, я по крайней мере, прихожу к чему-то. Когда бы я ни думала о кинжале и о какой-нибудь приятной мечте.

Соображения. Пациентка очевидно почувствовала себя пойманной. Она почувствовала себя униженной своими собственными ассоциациями, как если бы она угадала мои предположения о том, к чему именно могла относиться ее зависть. В таком случае я бы, так сказать, поспешил бы ее опередить.

А: *Очевидно, для вас это унижительно, как если бы я уже знал к какой категории отнести ваше выражение зависти, как если бы я уже знал, чему вы завидуете.*

П: Это возникло только что, потому что вы сослались на сморщенные головы, о которых я даже не думала. Но что меня восхищает, так это борьба до конца, за нож, для того, чтобы оказаться на сильной стороне... Да, я боялась, что вы не сможете этого принять. Мой страх, что вы не сможете этого принять, очень давний. Мой отец никогда не мог ничего принять. Вы не поверите насколько слепым я считаю своего отца. Он не мог принять ничего.

Соображения. Неожиданный поворот. Незащищенность пациентки, и ее тревожность по поводу овладения “неспецифично” получило развитие в направлении отца.

А: Тем более важно тверда ли моя голова. Овладение повышает твердость.

П: Да, можно держать сильнее... и можно просто бороться лучше.

Затем пациентка сделала множество комментариев по поводу того, насколько было важно то, что я не позволил себя опрокинуть, и она вернулась к своей зависти. Затем она снова упомянула о своей учебе в университете и о том, как она имела привычку “мерить” головы других. Затем она представила новую мысль.

П: Я хочу проделать небольшую дыру в вашей голове и поместить в нее некоторые из моих мыслей.

Соображения. Объективистский образ “интеллектуального” обмена в виде смещения? Идея пациентки о двустороннем характере обмена навела меня на признание другого аспекта этой борьбы. Это было также и выражением того, насколько важным было для меня то, что она остается

частью мира (и в контакте со мной) и не отступает ни в мазохистское самопожертвование, ни в суицид.

П: Это пришло ко мне недавно. Не могла бы я обменять немного своей догмы на вашу. Мысль о подобном обмене облегчает мне весь этот разговор о вашей голове.

А: *Так, что продолжая приходить сюда вы можете продолжать наполнять мою голову своими мыслями.*

Соображения. Оплодотворение во многих смыслах – баланс и признание взаимности.

П: О, да, и отмечание действительно продуктивных идей.

Пациентка вернулась к мыслям и фантазиям, которые были у нее до сессии о том, как ее швыряло взад и вперед. Было ли у нее вообще будущее, и должна ли она прекратить это все так или иначе, положив всему конец.

Вначале я пытался облегчить ее сильное чувство вины по отношению к ее деструктивности. Я еще раз ухватился за идею о том, что ее мысли о моей стабильности находились в пропорции ее уровня агрессивности. Пациентка могла достигать безопасности и далее раскрывать свою деструктивность только в том случае, если находила сильную, непоколебимую стабильность. Тема догматизма, вероятно, принадлежала этому контексту. Несмотря на то, что она критиковала и свою собственную Библию, и мою предполагаемую веру во Фрейдовскую библию, это также придавало ей защищенность, и по причине этого догматизм не был резким или неумолимым.

А: *Естественно, вы бы не довольствовались маленькой дырочкой, вам бы хотелось положить внутрь много чего, а не малость. Идея о маленьком или большом отверстии была вашей скромной попыткой протестировать стабильность моей головы.*

Моя последующая интерпретация состояла в том, что пациентка также могла и увидеть больше сквозь большее отверстие и могла потрогать это. Она подхватила эту идею:

П: Мне бы даже хотелось быть способной погулять в вашей голове.

Она проработала эту идею и подчеркнула, что даже до этой сессии она часто думала про себя о том, как было бы приятно расслабиться внутри меня, иметь скамейку внутри моей головы. Очень умиротворенно она заметила, что, оглядываясь на свою жизнь перед смертью, я бы мог сказать, что работал в очень милом, тихом и спокойном месте. (Мой кабинет находился напротив старинного кладбища, используемого теперь в качестве парка.)

Соображения. Тишина и умиротворенность ясно указывают на регрессивные качества, буквально полное избегание борьбы за жизнь.

Пациентка теперь видела свой вход в лоно матери, как если бы дверь была широко распахнута, и она отворачивалась от жизни. Затем она провела параллель к началу сессии, когда дверь была открыта.

П: Внутри мне действительно не нужно было бы пробиваться. Да, там я могла бы оставить борьбу снаружи, я могла бы и вас оставить снаружи, и вы бы могли остаться при своих догмах.

А: Гмм.

П: И тогда я бы не боролась с вами.

А: *Да, но тогда вы и ваши догмы не боялись бы моих. При таком раскладе мира и тишины все оставалось бы неизменным, но тот факт, что вы вмешались в мои мысли и проникли в мою голову, показывает, что вы, тем не менее, хотите что-то изменить, что вы можете и хотите что-то изменить.*

Минут на 5 в следующей сессии (153) пациентка вернулась к моей голове и ее обмериванию, а также к факту того, что ее беспокоило то, что я стал говорить о высушенных головах.

П: Я сказала вам так. Почему вы просто хотите соскользнуть с темы головы?

Затем она описала, как она едва добралась до дому, когда вспомнила мысли, которые были у нее в момент, когда она поздоровалась, но о которых она совершенно забыла во время сессии.

П: Мне кажется, что он (аналитик) в своем расцвете, и затем я подумала о гениталиях и высушенных головах. (Однако, она быстро оттолкнула эту мысль и полностью ее забыла.) Когда вы начали о высушенных головах, я подумала: “Куда его опять занесло?” Следующей темой стал вопрос о моей защищенности и о моем догматизме, и стало ясно, что пациентка воспользовалась моим комментарием (я не помню в чем он состоял), который я однажды весьма недогматично сделал относительно догматичности Фрейда и Юнга. Затем она стала рассуждать о проживании полноты жизни, о том моменте, когда все остановилось для нее, и она стала “аскетичной”, и о том, можно ли все восстановить. Затем она снова упомянула борьбу и мою голову.

П: Я действительно боялась, что разорву ее. И сегодня я думаю, что это так туго и прямолинейно, и я думаю про себя: “Я как-то неспособна проникнуть в свою голову. Я не дома. И если так, то как я могу забраться в вашу голову?”

Пациентка затем стала говорить о тетке, которая порой бывала настолько жесткой, что возникало ощущение стены. Затем она продолжила о том, насколько крепкую или мягкую голову ей бы хотелось иметь. Ее фантазии, с одной стороны, вращались вокруг тишины и защищенности, а с другой

стороны, она была обеспокоена тем, что могло быть спрятано в ее голове, и опасностью, которая в этом таилась.

Соображения. Это, безусловно, включало в себя регрессивное движение. Пациентка не могла найти тишины и расслабиться, потому что ее сексуальные желания были связаны с прегенитальными фантазиями, которые возвращались в проективной форме, так как была опасность, что ими воспользуются. Эти компоненты получили яснейшее и, в определенном смысле, крайнее выражение в индийской истории, возникшей позднее в ассоциациях пациентки, где матери доставляют удовольствие своим маленьким сыновьям, сося их пенисы, но при этом укрощая их в процессе.

Сравнения между головами и их содержимым всегда вращались вокруг вопроса о том, соответствуют ли они друг другу, или нет.

П: Вопрос, каким образом вы имеете ваши мысли и каким образом я имею свои... Мысли означают много всего...

А: Как они встречаются, как они перекрывают одна другую, как далеко они проникают, насколько дружелюбны или враждебны они.

П: Да, точно.

А: Гмм, ладно.

П: Вы сказали об этом немного более гладко.

Пациентка думала обо всем том, что пугало ее и вновь вернулась к высушенным головам.

П: Там я чувствую слишком тесно связанной с сексуальностью. Прыжок был слишком большим.

Тема была продолжена вопросом о ее скорости и о том, насколько я учитываю ее и ее скорость.

П: Но это верно; естественно, это была не просто ваша голова, но и также и ваш пенис.

Амалия Х теперь достигла позиции, с фазами повышения и ослабления тревоги, где могла различать удовольствие от нахождения интеллектуальных связей и сексуальное удовольствие. Кушетка стала ее психическим местом сексуального единения и помещением в мою голову символа прегенитальной гармонии и, в конечном счете, местом общих элементов и инсайтов. Этот аспект прояснился еще больше немного позднее.

## Обсуждение

### Сравнительная оценка

Задачей этого сообщения являлось предоставление данных для сравнительной оценки. В центре психодинамического фокуса этих двух

сессий находится процесс смещения с образа тела пациентки на трансфер. Голова используется как трансференциальный объект. В то же время, пациентка использует мыслительные процессы аналитика, локализованные у него в голове, в качестве нового опыта для преодоления трансференциальных повторений. Таким образом, обе сессии содержат изменения, вызванные предложенными аналитиком в качестве нового объекта мыслями и чувствами. (Лоевалд, 1960; Габбард и Вестен, 2003). С микроаналитической точки зрения, стенографический протокол содержит детали, которые не могут быть освещены корневыми выдержками из сессий.

Альтернативная концептуализация, основанная на плановом анализе Вейсса-Семпсона материала пациентки (см. Параграф 5.7), указывала на травматичный опыт раннего ухода. Аналитик, однако, зная об этом раннем опыте, придавал меньший вес этому раннему опыту в своей концепции случая. Он был убежден, что каким бы ни был ранний опыт, заметным воздействием должен был стать исправляющий эмоциональный опыт в новых субъект-объектных отношениях для получения новых интернализованных структур. В этом смысле, мы полностью согласны с идеями Вейсса о бессознательных усилиях пациентов опровергнуть свои бессознательные, патогенные, неумолимые убеждения.

Сравнительная оценка этих двух концепций в случае образца 152-ой сессии ведет к интерпретации того, что пациентка желает мирно устроиться в голове у аналитика, не только как фаллическое вторжение, как это отметил один из дискуссентов во время презентации случая в Нью Орлеане, но так же и может репрезентировать прегенитальное желание воссоединения со своей матерью. Эта бессознательная фантазия могла отражать репарацию раннего опыта куммулятивных травмирующих сепараций. Неопровержимое доказательство состоит в выявлении поведения и опыта пациента, которые могли бы выступать за или против этих двух макро-концепций. Тем не менее, психоаналитическое предложение сверхдетерминации не исключает того, что обе интерпретации имеют свое обоснование, для которого были выявлены эмпирические референты. Следовательно, концепция мини-моделей в меньшей или более развернутой форме, связанная с нашей концепцией центральных конфликтов, указывает на важнейший пункт: без таких вех, отмечающих промежуточные рабочие модели, аналитик легко теряется в практически бесконечных микроскопических состояниях ума. Учитывая, что сознательная активность имеет окно продолжительностью в 3 секунды, становится очевидным, что такие модели действуют бессознательно и направляют способность слушания и наблюдения аналитика. Прекрасный пример такой бессознательной модели психического функционирования

был приведен Спенсом и другими (1994), описывающими процесс наблюдения.

### *Коллегиальные обсуждения*

Так как этот материал был представлен на коллегии, состоявшейся во время 43-го конгресса Международной Психоаналитической Ассоциации в Нью Орлеане, мы приводим выдержки из заключительного отчета коллегии Вильсона (2004):

Джименес обсуждал вопросы по четырем измерениям: (1) трудность достижения единого мнения состояла в том, что все рассматривали клинический материал с различных точек зрения; (2) все боролись с соблазном “супервизировать” технику клинического материала докладчиков из Ульма, пытаясь оставаться в рамках уважительной дискуссии; (3) избыток теории и нехватка эмпирических наблюдений; (4) был обширный консенсус среди коллегии относительно того, что независимо от теоретических воззрений, диада пациент-аналитик развивалась в направлении, которое могло быть описано как “психоаналитический процесс”, и, что интересно, члены коллегии различных убеждений представили различные описания того, как развивались сессии, но все сошлись во мнении, что имел место психоаналитический процесс (Вильсон, 2004, стр. 1269).

Помимо этого дружеского уничтожения согласия, неразделенного всеми коллегами (Ирландия, 2004), мы считаем что обсуждение С. Ахтара технических пунктов этой презентации было поучительным:

Подобно своему эволюционному пониманию, техника доктора Томэ демонстрирует гибкость, эластичность и широту мысли. Она центрирована вокруг помощи пациентке в достижении свободы эго посредством интерпретации и разрешения трансфера. Тем не менее, она включает множество подходов слушания и широкий спектр интервенций, которые могут рассматриваться как подготовительные (так же как и замещающие) к смелым интерпретациям. Очевидны следующие 6 из таких подходов:

#### *Формирование помогающего альянса*

Доктор Томэ подчеркивает, что формирование “помогающего альянса” (Люборский, 1984) является важной терапевтической задачей в начальной фазе анализа. Находясь еще далеко от стимулирования регрессивной зависимости, поощрение реалистичной надежды и помощь в развитии неиспользованных психических возможностей проходят долгий путь для усиления “рабочего альянса” (Гринсон, 1967) и, следовательно, анализа трансфера. Например, открытое признание аналитиком неотъемлемой неуклюжести аналитической ситуации парадоксально помогает пациенту расслабиться. Объяснительный подход аналитика к паузам в их диалоге служит той же функции. Обсуждения того, чем аналитический диалог



отличается от социального общения, как свободные ассоциации способствуют раскрытию скрытых значений и то, каким образом, не давая фактических ответов на вопросы пациента, аналитик также способствует большему участию пациента в аналитическом процессе (Томэ и Кэхеле, 1994б, стр. 35-38), помогают понять, что анализируемый и анализирующий не враги; они дружественные кузены.

#### *Титрование угла асимметрии*

Доктор Томэ признает что определенная асимметрия в диаде необходима для возникновения аналитического процесса. Тем не менее, градиент этой асимметрии должен быть титрирован с осторожностью, чтобы не добавлять пациенту чувства неполноценности и отверженности. Все это важно, так как пациент должен испытывать и близость, и различие в диаде; первое способствует доверию и самораскрытию, а второе помогает самопознанию и ассимиляции инсайтов. По словам Стоуна (1980), первое отвечает условию “разборки”, которая необходима для развития трансфера, а второе дает возможность аналитику интерпретировать трансфер. Невозмутимость доктора Томэ и его рассматривание желания пациентки читать его статьи и книги как вполне естественное и даже здоровое, является свидетельством его уважения к потребности пациентки в близости. Его позиция приятия подарков от пациента также свидетельствует об этом. Он против того, чтобы категорически отвергать все подобные подношения. Оппозиционируя превалирующему мнению, что принятие подарков ведет к краху анализа, он постулирует, что “отвержение подарков часто не позволяет аналитику распознать их настоящий смысл” (стр. 301). Он признает, что принятие подарков может все усложнить, но подчеркивает, что отвержение подарков может усилить асимметрию диады до болезненной критической точки, последствия чего порой могут оказаться непоправимыми. Это звучит в духе того, о чем напоминал Пайн (1998), говоря, что обычно полезные аспекты аналитической рамки (т.е. кушетка, лимиты времени, не предоставления информации о месте отпуска) могут оказаться травматичными для некоторых индивидуумов.

#### *Коррекция основных искажений реальности*

Как аналитики, мы постоянно несем и “контейнируем” (Блон, 1967) искаженные видения нас самих, а также внешней реальности. Мы надеемся, что разборка по частям таких сценариев позволит пациенту иметь большее доминирование эго над внутренними реальностями. Доктор Томэ определенно одерживает победу в этом смысле, но и добавляет, что аналитик должен предоставлять корректирующую информацию там, где имеет место истинное невежество (т.е. в случае терапии недавних эмигрантов, пример, который он сам не приводит, но

который, как мне кажется, очень подходящий) и когда проверка реальности пациента серьезно подорвана (Ахтар, 2007).

Аналитик комментирует это оценочное утверждение следующим образом: Оценка доктора Ахтара приятна. Я действительно был удивлен его способностью раскрыть мой психоаналитический подход, выраженный в словесной коммуникации. Это очень редкий случай в моей профессиональной карьере, чтобы коллега смог колоритно описать теорию техники другого коллеги, прочитав лишь несколько стенографий сессий. Он заверил мою гибкость, упругость и широту взглядов. Конечно же, мне приятна эта оценка, особенно по одной важной причине: я начал этот анализ 35 лет назад, задолго до того как я познакомился с Мертоном Гиллом и до того, как он оказал на меня влияние своим поворотом к интерсубъективности. Оценка Ахтара, следовательно, особенно замечательна как доказательство моего независимого развития по направлению к психоанализу отношений.

Ахтар выделяет самую важную проблему моего психоаналитического мышления, задокументированного в этих двух сессиях: голова - автономное местоположение индивидуального ума и также орган индивидуального угла зрения трансферов и контртрансферов. В то же время голова может быть использована механизмами смещения для разграничения различных аспектов интерсубъективных процессов в психоаналитической ситуации, что является постоянной задачей. Эти сессии являются хорошим примером смещения в пределах образа тела и демонстрацией полезного терапевтического действия в психоаналитическом столкновении.

Akhtar, S. (2007). Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Inquiry*, in press.

Arlow, J. A. (1979). Metaphor and the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 363-385.

Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. In E. Bott Spillius (Eds.), *Melanie Klein today*. London, New York: Tavistock 1988. pp 17-21

Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-842.

Gill, M. M., Simon, J., Fink, G., Endicott, N. A., & Paul, I. H. (1968). Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 16, 230-244.

- Ireland, M. S. (2004). Freudian and Lacanian approaches to the clinical case: Listening, interpretation, transference and countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1251-1255.
- Kächele, H., Thomä, H., Ruberg, W., & Grünzig, H.-J. (1988). Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In H. Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin: Springer. pp 179-194
- Loewald, H. W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 16-33.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and philosophy: An essay on interpretation*. New Haven: Yale University Press.
- Sandler, J., & Sandler, A.-M. (1984). The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 367-399.
- Scarfone, D. (2002). Commentary to first interview and one session with Anna. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 575–577.
- Spence, D. P., Mayes, L. C., & Dahl, H. (1994). Monitoring the analytic surface. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 43-64.
- Stone, L. (1981). Notes on the noninterpretive elements in the psychoanalytic situation and process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 89-118.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1994). *Psychoanalytic practice. vol. 2: Clinical studies*. New York: Jason Aronson.
- Thomä, H., & Rosenkötter, L. (1970). Über die Verwendung audiovisueller Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Ausbildung (On the use of audio-visual technology in the training of psychotherapists). *Didacta Medica*, 4, 108-112.
- Tuckett, D. (1994). The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 865-870.
- Wallerstein, R. S. (1988). One psychoanalysis or many? *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 5-21.
- Wallerstein, R. S. (1990). Psychoanalysis. The common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 3-20.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 375-404.
- Wallerstein, R. S. (2005). Dialogue or illusion? How do we go from here. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 633-638.

- Wallerstein, R. S. (2005). Will psychoanalytic pluralism be an enduring state of our discipline. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 623-626.
- Wilson, A. (2004). Multiple approaches to a single case: Conclusions. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1269-1271.