

**Հոգեվերլուծական
թերապիա**

Helmut Thomä, Horst Kächele

Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie

1

Grundlagen

Unter Mitarbeit von Andreas Bilger Manfred Cierpka Hans-Joachim
Grünzig Roderich Hohage Lisbeth Klöz Julian Christopher Kubier Lisbeth
Neudert Rainer Schors Hartmut Schrenk Brigitte Thomä

Springer-Verlag

Berlin Heidelberg New York Tokyo

«ANTARES»
YEREVAN 2014
ULM 2010

Հելմութ Թոմե, Հորսթ Գեխելե

Հոգեվերլուծական թերապիա

1

Հիմնարար դրույթներ

Թարգմանված է պրոֆ. դոկտոր Հորսթ Գեխելեի աջակցությամբ
բ.գ.դ., պրոֆ. Ա.Մ. Խաչատուրյանի և
բ.գ.թ., դոցենտ Զ. Հ. Սողիկյանի խմբագրությամբ

Armenian Translation of this Textboock was Sponsored
by Prof. Dr. Horst Kächele

Edited by prof. A.M.Khachaturyan MD, Dsci and
K.H. Soghikyan, Ph.D. in Philology, Associate Professor

«ԱՆՏԱՐԵՍ»
ԵՐԵՎԱՆ 2014
ՈՒԼՄ 2010

ՀՏԴ 615.851.13 (07)

ԳՄԴ 53.57 ց7

Թ 751

Թոմե Հելմութ

Թ 751 Հոգեվերլուծական թերապիա / Մ 1. Հիմնարար դրույթներ /
Հելմութ Թոմե, Հորսթ Քելխելե. – Եր.: Անտարես, 2012. –
556 էջ:

Գերմանական հրատարակության սկզբնական անվանումը
Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie, Band 1 Grundlagen

ISBN 3-540-15386-1/0-387-15386-1

ISBN 978-9939-51-367-6

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York Tokyo, 1988

Խմբագրի կողմից

Միտով ձեզ ենք ներկայացնում արդի հոգեվերլուծական թերապիայի երկհատորանոց ձեռնարկը, որի հեղինակները՝ պրոֆ. Հելմութ Թոմեն և պրոֆ. Հորսթ Քեխելեն, ղեկավարում են Գերմանիայի Ուլմ քաղաքի համալսարանի հոգեթերապիայի և հոգեմարմնական հիվանդությունների բաժանմունքները: Ներկայացվող ձեռնարկը անչափ խորը և բազմակողմանի մշակված եզակի նյութ է, որն ընդգրկում է ինչպես հոգեվերլուծության զարգացման պատմությունը, այնպես էլ տվյալ ասպարեզում ներկայումս առկա իրավիճակը:

Առաջին հատորում, որը հեղինակները անվանել են «Grundlagen» (ինչը կարելի է թարգմանել «Հիմնարար դրույթներ»), դասական հոգեվերլուծության գաղափարների հետ մեկտեղ ներկայացված են այդ տեսության տարատեսակ ձյուղավորումները, ինչպես նաև հոգեվերլուծության զարգացման հեռանկարները: Այժմ է ընկնում այն հանգամանքը, որ ներկայացվող ձեռնարկում բազմակողմանիորեն ու խորապես քննարկվում են հոգեվերլուծական թերապիայի և ուսումնական հոգեվերլուծության հակասական ու վիճարկելի դրույթները: Ուշագրավ է, որ հոգեվերլուծության տեսությունը մատուցվում է համակարգված, ինչն առավել դյուրին է դարձնում այդ բարդ նյութի ըմբռնումը:

Երկրորդ հատորը՝ «Կլինիկական հետազոտություններ» (բուն գերմաներեն անվանումը՝ «Praxis»), նվիրված է տեսական դրույթների գործնական կիրառմանը: Այն դուռ է բացում դեպի «սրբավայր»՝ հոգեվերլուծողի ընդունելության սենյակ, որտեղ հոգեվերլուծական տեսությունը մարմնավորվում է հոգեթերապևտիկ պրակտիկայում: Միննույն ժամանակ ձեռնարկի երկրորդ հատորում բերված վառ օրինակները ընթերցողին հնարավորություն են տալիս առավել խորը ըմբռնելու հոգեվերլուծական տեսության կարևորագույն դրույթները: Տվյալ փաստը մեկ անգամ ևս ընդգծում է այն պարզ գաղափարը, որ հոգեվերլուծությունում պրակտիկան և տեսությունը ձեռք ձեռքի տված են քայլում:

Հելմութ Թոմենի և Հորսթ Քեխելենի Ուլմյան ձեռնարկը թարգմանված է եվրոպական գրեթե բոլոր լեզուներով: Ամերիկյան Հոգեվերլուծական ասոցիացիայի կողմից 2004թ. այն արժանացել է Միգուրնի պատվավոր մրցանակին:

*Անդրեյ Խաչատուրյան
բ.գ.դ., պրոֆեսոր*

Ընթերցողին՝ նախաբանի փոխարեն. «Ժամանակակից հոգեվերլուծություն» երկհատորյակի հրատարակման պատմության և դրա հեղինակի մասին

Հարգելի ընթերցող

Մինչ կսկսեք ուսումնասիրել դոկտոր Հելմուտ Թոմեի և Հորսթ Քելսելեի երկհատորյակի այնքան սպասված հրատարակությունը, ես անհրաժեշտ եմ համարում ներկայացնել գրքի հեղինակին, դրա հրատարակման գաղափարի ծագման ու իրականացման երկարատև ուղին:

Մեր ծանոթությունը դոկտոր Հորսթ Քելսելեի հետ տեղի է ունեցել «հեռավոր անցյալ դարում»՝ 1998 թվականին: Դա միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիայի յոթերորդ արևելաեվրոպական սեմինարի ժամանակ էր, որը կազմակերպվել էր այդ շրջանում Մոսկվայում միակ՝ ռուսական Հոգեվերլուծական ասոցիացիայի կողմից: Սեմինարին Հայաստանից մասնակցում էինք երեքով՝ ես, հայկական Հոգեվերլուծական ասոցիացիայի առաջին նախագահ Անդրեյ Խաչատուրյանը և ասոցիացիայի համահիմնադիրներից մեկը՝ Զոյա Խիմչյանը:

Հրաժեշտի ճաշկերույթին ես և Զոյա Գրիգորյանն նստած էինք Հորսթ Քելսելեի կողքին և շուտով գրույցի բռնվեցինք: Հորսթին հետաքրքրում էր ամեն ինչ՝ մեր պատմությունը, մշակույթը, քաղաքականությունը: Այդ պատճառով մեր գրույցը շուտով կենտրոնացավ դարաբաղյան պատերազմի հիմնախնդրի, շրջափակման իրական բարդությունների և, իհարկե, Հայաստանում հոգեվերլուծության ի հայտ գալու փաստի ու մեր ասոցիացիայի խնդիրների շուրջ:

Մենք ներկայացրեցինք մեր պատկերացումները տվյալ պատմական իրավիճակում հոգեվերլուծության նշանակության և անհրաժեշտության, էստուգիազմի և էստուգիաստների, երիտասարդ սերնդի մոտ հոգեվերլուծության նկատմամբ մեծ հետաքրքրության մասին:

Հորսթը լսում էր ուշադիր՝ առանց ընդհատելու:

Ես ոգևորվեցի և կիսվեցի նրա հետ իմ «ցավով». Հայաստանում հոգեվերլուծությունը զարգացնելու հսկայական ցանկությունը արգելակվում է ՀՀԱ-ի¹ անդամների համար հոգեվերլուծական մասնագիտական կրթություն ստանալու իրական հնարավորությունների բացակայության պատճառով: Շրջափակման պայմաններում փոստային ծառայությունների, գրականության բացակայությունը անհնար էր դարձնում միջազգային կապերի հաստատումը: Ուսուցիչներ գտնելը, ովքեր պատրաստ կլինեին գալ Հայաստան և ուսուցանել մեզ առանց հոնորարի, անհույս գործ էր:

«Երևի ձեզ խելացորի զառանցանք է թվում պատերազմի և շրջափակման մեջ գտնվող երկրում երազել հոգեվերլուծության զարգացման

¹ Հայկական հոգեվերլուծական ասոցիացիա:

մասին»,- հարցրեցի ես նրան: Հիշում եմ նրա հստակ և հակիրճ պատասխանը. «Այլ տարբերակ չկա: Անհրաժեշտ է մի փոքր խենթ լինել՝ խիզախելու համար»: «Իսկ դու՞ք: Դուք, օրինակ, կգայի՞ք», - արագ արձագանքեցի ես: Պատասխանը նույն կերպ անսպասելի էր. «Իհարկե, հաճույքով»: «Կսպասենք»: «Որոշված է»:

Մեր ծանոթության վերջում մենք հասցեներ փոխանակեցինք: Մենք՝ ես և Զոյան հմայված էինք մեր գրուցակցով, և սկսեցինք պլաններ կառուցել, երազել ապագա հանդիպումների մասին: Շարունակվեց այդ ամենը ոչ շատ երկար: Անդրեյ Խաչատուրյանի թերահավատությունը. «Դե, ինչ եք երեխաների պես ուրախացել, դե, բարի մարդը ասել է, որպեսզի ձեզ ուրախացնի...», սասանեց մեր հույսերը և նույնիսկ վհատեցրեց:

Սակայն մենք դեռ չէինք ձանաչում դոկտոր Քելսելեին: Ամանորից հետո նա գրեց ինձ, որ մի խումբ գործընկերների հետ պատրաստ է գալ Հայաստան: Մենք շտապ քննարկեցինք «Հոգեվերլուծության, հոգեթերապիայի և հոգեբանական խորհրդատվության արդի հիմնահարցերի» վերաբերյալ սեմինարների ծրագիրը և արդեն 1999 թվականի մարտին Հորսթ Քելսելեի շնորհիվ տեղի ունեցավ հայկական հոգեվերլուծական ասոցիացիայի առաջին միջազգային սեմինարը: Այն էլ ինչպիսի՜ սեմինար: Երեք օր վեցական ժամ շարունակ տեսագործական սեմինարներ կլինիկական դեպքերի ներկայացմամբ, անհատական խորհրդատվություններով և սուպերվիզիաներով, ամենօրյա ամփոփիչ քննարկումներով, նաև սեմինար Գյումրիի «Արևամանուկ» հոգեբանական կենտրոնում:

Դոկտոր, պրոֆեսոր Հորսթ Քելսելեն՝ հոգեսոմատիկ բժշկության գծով մասնագետ և հոգեվերլուծող, հոգեվերլուծական գործընթացի հետազոտության ոլորտում ձանաչված գիտնականներից մեկը, Ուլմի համալսարանի հոգեթերապիայի բաժանմունքի դեկանը, Շտուտգարդի հոգեթերապևտիկ հետազոտությունների կենտրոնի տնօրենը, Լոնդոնի համալսարանի հոգեվերլուծության հրավիրված պրոֆեսորը, Միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիայի հոգեվերլուծական հետազոտությունների կոմիտեի անդամը, Հոգեթերապևտիկ հետազոտությունների միջազգային միության նախնիին նախագահը, Ուլմի հոգեվերլուծական միության նախագահը գործընկերների հետ շրջափակման մեջ գտնվող Երևանում՝ ապրելու բավական խիստ պայմաններում (առանց ջեռուցման, «Բժիշկներ առանց սահմանների» միջազգային կազմակերպության հանրակացարանում), ազգային առողջապահության ինստիտուտի՝ ցուրտ, չջեռուցվող դահլիճում, ինչպես և մենք՝ բոլորս վերարկուով, անցկացրեց բոլոր պլանավորված սեմինարները: Եվ, իհարկե, ոչ ոք չէր զգում ցուրտը:

Հոգեվերլուծական գործընթացի առանձնահատկությունների մասին տեսաբանելու նրա ազատ ոճը, ինչպես և կլինիկական դեպքերի ներկայացումը անցնում էին գրույց-մտորումների ձևով, ինչը հնարավորություն էր տալիս ունկնդիրներին նույն կերպ ազատ ներթափանցել այդ գործընթացի ներսը, խորհրդածել դրա շուրջ, իմաստավորել այն: Բոլորիս ապշեցրել էին

այդ խորը և բազմազգիտակ հոգեվերլուծողի համեստությունն ու պարզությունը: Նրա մարդասիրության և առատաձեռնության մասին մենք դեռ պատկերացում չունենինք:

Հայկական հոգեվերլուծական ասոցիացիան նվեր ստացավ Զ. Ֆրոյդի աշխատությունների տասներկու հատորյակը, գրքեր սեքսուաթոլոգիայի և հոգեսոմատիկայի վերաբերյալ և, իհարկե, հոգեվերլուծական թերապիայի վերաբերյալ գերմաներեն հանրահռչակ երկհատորյակը:

Երկհատորյակը, որը լույս էր տեսել 1985 թվականին, իր ավագ ընկերոջ՝ պրոֆեսոր Հելմութ Թոմեի հետ դոկտոր Հորսթ Քելսելեի երկարատև համագործակցության արդյունքն էր: Լույսընծայումից հետո այն թարգմանվել և հրատարակվել էր նաև անգլերեն, հունգարերեն, իսպաներեն, իտալերեն, լեհերեն, պորտուգալերեն, ռումիներեն, չեխերեն, իսկ 1997 թվականին՝ մեկ հատոր ռուսերեն:

Ուսանողների հետ հանդիպումներից մեկի ժամանակ Վ. Բյուսովի անվան ինստիտուտում (այն ժամանակ բուհը այդպես էր անվանվում²), որտեղ ես հոգեբանության ամբիոնի վարիչն էի, բարձրաձայնվեց հայերեն հոգեվերլուծական գրականության իսպառ բացակայության հարցը: Հորսթը անմիջապես առաջարկեց հայերեն թարգմանել և հրատարակել «Ժամանակակից հոգեվերլուծություն» դասագիրքը: Մենք մեծ ուրախությամբ հավանություն տվեցինք այդ գաղափարին: Այդպես առաջացավ նախագիծը, որը ենթադրում էր եռակողմ համագործակցություն:

Գաղափարը թվում էր գեղեցիկ, իսկ իրականացումը՝ հեշտ:

Գերմաներենի ամբիոնի վարիչի և դասախոսների հսկողության ներքո ուսանողները խորհրդանշական վարձատրությամբ պետք է գերմաներենից հայերեն թարգմանեին առաջին հատորը: ՀՀԱ-ի անդամներն ու հոգեբանության ամբիոնի աշխատակիցները ձեռնարկեցին թարգմանության գիտական խմբագրումը: Դոկտոր Քելսելեն իր վրա վերցրեց այս ոչ մեծ, բայց մեզ համար շատ կարևոր նախագծի նյութական կողմի ապահովումը:

Ցավոք, ամեն ինչ միայն թվում էր հեշտ: Իրականում իրադարձությունները զարգացան լրիվ այլ կերպ: Թարգմանության որակը պարզվեց խիստ անբավարար էր: «Դժվար» էջերը բաց էին թողնված: Թարգմանված նյութը այնքան տարբեր էր բնագրից (չտիրապետելով գերմաներենին՝ մենք որպես հիմք վերցրել էինք ռուսալեզու հրատարակությունը), որ թվում էր, թե թարգմանվել էին իմաստից զուրկ բառեր:

Դա այսօր է, որ ունենալով ֆրանսերեն հոգեվերլուծական տեքստերի գիտական խմբագրման փորձ՝ ես կարող եմ իրատեսորեն գնահատել այդ աշխատանքի ողջ բարդությունը և այն, որ նմանատիպ մասնագիտական տեքստերի թարգմանությունը նույնիսկ չորրորդ կուրսի ուսանողի ուժերից վեր է:

² Այժմ՝ Երևանի Վ. Բյուսովի անվան պետական լեզվաբանական համալսարան:

Բայց այն ժամանակ... Այն ժամանակ մեզ անհրաժեշտ էր ուսումնական ձեռնարկ: Խիստ անհրաժեշտ էր: Մենք շատ էինք ցանկանում ունենալ այն, և դա մեզ թվում էր հնարավոր:

Ավա՛ղ: Մեկ վայրկյանում փուլովեցին հոգեվերլուծական թերապիայի վերաբերյալ հայերեն առաջին դասագիրքն ունենալու մեր բոլոր հույսերը: Որքա՛ն ջանք, որքա՛ն գումարներ ծախսվեցին ապարդյուն: Մենք զգում էինք հիասթափություն, հուսահատություն և ամոթ: Մայրենի լեզվով մեզ համար այդքան անհրաժեշտ ուսումնական նյութերը ունենալու հնարավորությունը հավետ կորած էր թվում:

Հնարավոր է՝ դա այդպես էլ լիներ, եթե չլիներ՝ Հորսթ Քելսելեի բնավորությունը:

2007 թվականին Անդրեյ Միխայիլովիչն ասաց ինձ, որ Հորսթ Քելսելեի առաջարկով ինքը սկսել է աշխատել գրքի թարգմանության վրա: Այս անգամ դա անելու է անձամբ ինքը, և այս անգամ դա լինելու է թարգմանություն անգլերենից հայերեն: Դա հուսադրում էր: Վերջապես հայ ընթերցողը կունենար հոգեվերլուծություն ուսանելու այդքան կարևոր սկզբնաղբյուրը մայրենի լեզվով:

2009 թվականին տեղի ունեցավ մեր հերթական հանդիպումը Հորսթ Քելսելեի հետ: ՀՀԱ-ի հրավերով նա կրկին եկավ մեզ մոտ դասընթացների: Այս անգամ Թբիլիսիից, որտեղ ևս անցկացնում էր երևանյան նմանատիպ դասընթացներ: Հոգեվերլուծության դասավանդումն ու կադրերի պատրաստումը Հորսթ Քելսելեի բեղուն գործունեության ևս մեկ կարևոր կողմն են: Այս մասին նա սովորաբար համեստորեն լռում է:

Եվ ահա նա կրկին մեզ հետ է: Մեզ հետ շփվելու և նյութը ներկայացնելու նույն պարզությունն ու ազատությունը, լռելու և լսելու առանձնահատուկ ոճը, որտեղ զրուցակիցը՝ ուսանող, թե մասնագետ, զգում է իրեն ինչպես հավասարը հավասարի հետ: Ընդմիջումներին մենք կրկին խոսում ենք գրքի մասին և նա հաճույքով հայտնեց մեզ, որ աշխատանքն ավարտական փուլում է:

Բայց, ավա՛ղ: Այս անգամ ևս նախագծին վիճակված չէր իրականանալ:

2010 թվականի մարտի 10-ին Անդրեյ Խաչատուրյանի անսպասելի մահը կրկին ընդհատեց գրքի հրատարակության աշխատանքը: Փակ շրջա՛ն: Դրան վիճակված չէ՞ իրականություն դառնալ:

Բայց միայն ոչ Քելսելեի համար: Նա, ինչպես ոչ այլ ոք, հասկանում է հայոց լեզվով գրքի հրատարակման կարևորությունը:

Մենք մեր հերթին ցանկանում էինք ունենալ մայրենի լեզվով հենց այդ դասագիրքը, քանզի այն կատեքսիզիս չէր, որը սովորեցնում է մեզ հետևել միակ իսկական ճշմարտությանը, մեթոդին կամ տեխնիկային: Դասագրքում հեղինակները, առաջնորդվելով պատմականության սկզբունքով, ցույց են տալիս հոգեվերլուծական հոգեթերապիայի կայացման ուղին, հնարավորություն են տալիս տեսնել դրա «լաբորատորիան», մոտեցումների բազմազանությունը, հասկանալ դրա տրամաբանությունը, մանրամասն դիտարկել

յուրաքանչյուր փուլն ու դրա տեղը թերապիայի գործընթացում: Նրանք առաջարկում են խորհրդածել, համեմատել, որոնել, ինչի հիման հնարավոր է դառնում ստեղծել մասնագիտական կայացման հավաստի և հարմարավետ ուղի:

Գրքի նախաբանում, որը հասցրել էր պատրաստել Անդրեյ Խաչատուրյանը, նա մանրամասն պատմում է երկհատորյակի կառուցվածքի և բովանդակության, դրա առանձնահատկությունների և անվիճելի արժանիքների մասին:

Ավածին ես կցանկանայի հավելել, որ գիրքը օգտակար կլինի ոչ միայն փորձառու մասնագետների, այլև նրանց համար, ովքեր դեռ նոր են սկսում իրենց ուղին հոգեվերլուծության և հոգեթերապիայի ոլորտում: Յուրաքանչյուրն իր համար այստեղ կարող է գտնել խորհրդածության և ինքնագարգացման համար շատ օգտակար և կարևոր նյութեր:

Հարգելի ընթերցող, հիմա, երբ դուք արդեն ծանոթ եք երկհատորյակի թարգմանության և հրատարակության դրամատիկ այս պատմությանը, ձեզ համար պարզ է դառնում, որ ձեր ձեռքին է դրա ծննդյան փորձի երրորդ և վերջին պտուղը:

Այն հաջողությամբ պսակվեց Հորսթ Քելսելեի և ՀՀԱ անդամ Անահիտ Կրիշչյանի աներևակայելի նպատակասլացության, համառության և էներգիայի շնորհիվ: Վերջինս սեփական նախաձեռնությամբ իր վրա վերցրեց այդ գործընթացի վերականգնման հսկայական աշխատանքը, կազմակերպեց երկու հատորների նոր թարգմանությունը, սկզբից մինչև վերջ դեկավարեց աշխատանքային ողջ գործընթացը, ինչի համար մենք շատ երախտապարտ ենք նրան:

«Ժամանակակից հոգեվերլուծություն» հայերեն դասագրքի լույսընծայումը դոկտոր Հորսթ Քելսելեի՝ մեծ գիտնականի, պրակտիկի և հոգեվերլուծության ոլորտի հմուտ հետազոտողի, մեծ մարդասերի, Մարդու պատգամն է մեզ, ով ունակ է ոչ միայն ցանկանալ և խիզախել, այլև հասնել իր նպատակին: Դրա վառ ապացույցը գիրքն է, որը դրված է ձեր սեղանին:

Վերջում ցանկանում եմ իմ խորին երախտագիտությունը հայտնել դոկտոր Հորսթ Քելսելեին՝ անձամբ իմ, ՀՀԱ-ի անդամների և հայ ընթերցողի անունից:

Իրականացավ մեր երազանքը, ընդ որում՝ ՀՀԱ-ի քսանամյակի նախաշեմին, որը միգուցեև պատահականություն չէ:

Շնորհակալություն դոկտոր Քելսելեին:

Անժելա Վարդանյան

*ՀՀԱ նախագահ,
ՀՀԶՖՀԱ նախագահ,
հոգեբանական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ,
Փարիզյան և Միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիաների անդամ*

1. ՀՈԳԵՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ. ՆԵՐԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ

1.1 Մեր դիրքորոշումը

Այս գրքում հաճախ և մանրամասնորեն կիշատակենք Զիգմունդ Ֆրոյդի աշխատությունները: Ուստի նախ կցանկանայինք ընդհանուր գծերով ներկայացնել նրա աշխատությունների վերաբերյալ մեր պատկերացումը և մեր անձնական դիրքորոշումը հոգեվերլուծության հարցերի նկատմամբ: Ֆրոյդի աշխատություններից արվող այդ ծավալուն մեջբերումները մի քանի նպատակի են ծառայում: Ամենակարևորն այստեղ այն է, որ չնայած նյութի համակարգման առումով գրանցված մի շարք տպավորիչ հաջողություններին՝ այսօր հիրավի կարելի է նշել, որ «հոգեվերլուծությունը լավագույնս հասկանալու համար դեռևս հարկ է անդրադառնալ նրա ծագմանն ու զարգացման ընթացքին» (Freud, 1923 a, էջ 235): Հոգեվերլուծության ժամանակակից խնդիրները հասկանալու և դրանց արդիական լուծումները գտնելու անհրաժեշտ նախապայմանը դասական տեքստերին ծանոթանալն է:

Աշխատության այս հատորի նպատակն է պատմական զարգացման տեսանկյունից համակարգված կերպով նկարագրել հոգեվերլուծության զարգացման ընթացքը: Հոգեվերլուծության արդիական հայեցակերպին հանգեցրած զարգացման ուղիներն ի ցույց դնելու համար վեր ենք հանել այն աղբյուրները, որոնցից սնվել է հոգեվերլուծական ուղղությունը: Մեր կողմից մեջբերված հատվածներով մենք նպատակադրվում ենք հիմնավորել և պաշտպանել մեր տեսակետը՝ դիսկուրսիվ փոխներգործության մեջ մտնելով Ֆրոյդի դիրքորոշման հետ: Այն հակասությունները, որ կան նրա աշխատություններում և տասնյակ տարիներ այս կամ այն ձևով կրկնվում են, վկայում են հոգեվերլուծության բաց լինելու մասին. «... այն կուտակված փորձի միջոցով շոշափելով է գտնում իր ուղին, այն միշտ անավարտ է և միշտ պատրաստ է ճշգրտել և փոփոխել տեսությունը» (Freud, 1923 a, էջ 253): Անսասան հիմքը դրված է Ֆրոյդից մեջբերվող հետևյալ երեք պարբերությունում.

1. «Հոգեվերլուծության մեջ սկզբից եթե *անքակտելի է եղել կապը բուժման և հեղափոխական գործունեության միջև*: Գիտելիքը բերում էր թերապևտիկ հաջողության: Հնարավոր չէր հիվանդին բուժել՝ առանց որևէ նոր բան սովորելու, հնարավոր չէր հասնել նոր ներհայեցման՝ առանց նրա բարերար արդյունքներն իմանալու: Մեր վերլուծական ընթացակարգը միակն է, որտեղ այս արժեքավոր միասնությունը երաշխավորված է: Միայն որպես հոգևոր հովիվ հանդես գալով է, որ կարող ենք խորացնել մարդկային մտքի մասին մեր նոր ձևավորվող պատկերացումները: Գիտական հայտնագործությունների այս

հեռանկարը վերլուծական գործունեության ամենավսեմ և երջանկաբեր կողմն է» (Freud, 1927 a, էջ 256):

2. «Այն վերլուծական դեպքերը, որոնք կարճ ժամանակում բարենպաստ կերպով են ավարտվում, արժեքավոր են այնքանով, որ բարձրացնում են թերապևտի ինքնագնահատականը և հաստատում են հոգեվերլուծության բժշկական կարևորությունը, բայց դրանք քիչ կարևոր են գիտական իմացության տեսանկյունից: Դրանցից ոչ մի նոր բան հնարավոր չէ սովորել: Իրականում դրանք արագ հաջողում են, քանի որ ավարտի համար անհրաժեշտ ամեն բան արդեն իսկ հայտնի է: Նոր բան կարելի է բացահայտել հոգեվերլուծության միայն այն դեպքերում, որոնք առանձնահատուկ դժվարություն են ներկայացնում, և դրանք հաղթահարելու համար շատ ժամանակ է պահանջվում: Միայն այս դեպքում մենք հաջողությամբ կարող ենք խորամուխ լինել՝ հասնելով հոգեկան զարգացման ամենախորը և պարզագույն մակարդակներին և այնտեղ գտնել ավելի ուշ առաջ եկած խնդիրների լուծումները: *Այդ ժամանակ ենք զգում միայն, որ ըստ արժանիւնյն «վերլուծություն» կարող է կոչվել միայն այդքան խորը ներթափանցած քննությունը:*

3. «Ես արդեն ասել եմ, որ հոգեվերլուծությունը երևան է եկել որպես բուժման մեթոդ, սակայն միևնույն ժամանակ չէի ցանկանա Ձեր ուշադրությունը բևեռել դրա վրա որպես բուժման ձևի: Այն հետաքրքրության է արժանի իր պարունակած ճշմարտությունների և մարդու ու նրա էության մասին տրամադրող տեղեկությունների, ինչպես նաև մարդու գործունեության ամենատարբեր ասպարեզներում առկա կապերի բացահայտման համար: Որպես բուժման միջոց՝ այն իրապես «*primus inter pars*» է՝ առաջինը՝ հավասարների մեջ: Եթե այն թերապևտիկ արժեք չունենար, որպես այդպիսին չէր հայտնագործվի և հետագա զարգացում չէր ապրի ավելի քան 30 տարի շարունակ (Freud, 1933 a, էջ 156–157)»:

Ինչպես ցույց են տալիս այս մեջբերումները, Ֆրոյդը նախագծել է դասական ճարտարապետությամբ շենք, որի կառուցումը, սակայն, երբեք ավարտին չի հասցվի ոչ միայն այն պատճառով, որ յուրաքանչյուր հոգեվերլուծող ամեն անգամ կրկին կառուցողական նյութ է գտնում վերլուծության ամեն դեպքի մեջ, անգամ եթե այդ նյութն արդեն նախկինում օգտագործվել է, այլև զուտ սկզբունքորեն:

Թերապիա և գիտություն

Այս հատվածներում արտահայտված 3 հիմնական կանխավարկածները կարևոր բաղադրիչներ են պարունակում թերապիայի պատճառաբանությունը հասկանալու համար: Ֆրոյդն անթույլատրելի է համարում բուժման և գիտահետազոտական գործունեության միջև անխախտելի կապի թուլացումը: Հոգեվերլուծողը չի կարող բավարարվել միայն թերապևտիկ հաջողությամբ: Նա ցանկանում է արտացոլել հոգեկան խանգարումների ծագումը և ավելին՝ բացահայտել, թե ինչպես են դրանք փոփոխվում թերապիայի

ընթացքում և կամ ինչու չեն փոփոխվում: Անհաջողությունները միշտ էլ ամենամեծ մարտահրավերներն են համարվել (Caspar & Kächele, 2008): Պնդումն առ այն, որ բուժման և գիտահետազոտական գործունեության միջև անքակտելի կապ կա, պահանջում է, որ և՛ ծագումնաբանության, և՛ փոփոխությունների վճռորոշ գործոնները, ինչպես նաև բուժման ձախողման պատճառները գիտական հետազոտության ենթարկվեն: Եթե համարենք, որ Ֆրոյդի համար լիովին ընդունելի էր բավարարվել հիվանդի, ինչպես նաև հոգեվերլուծողի վիճակի գնահատմամբ՝ թերապիայի բարենպաստ արդյունքն ապահովելու նպատակով, այժմ մենք, այնուամենայնիվ, հոգեվերլուծական թերապիայի կառուցվածքային ճգնաժամի լույսի ներքո պետք է դիմենք այս ազդեցության օբյեկտիվ գնահատման միջոցներին: Մեր կարծիքով, սա պարզապես ժամանակակից միտման հարց չէ, որի կարևորությունը կարելի է նսեմացնել՝ անվանելով այն համատարած դարձած «ապացուցողական բժշկություն» (Sackett et al, 1996) եզրով, այլ ավելի շուտ հիմնարար խնդիր է տեսության և պրակտիկայի փոխկապակցվածության հարցի համատեքստում: Ի հակադրություն ընդունված, միջուկային տային ծայրահեղական մոտեցմամբ սահմանափակման, որն առանց որևէ լրացուցիչ պատճառաբանության հիմնված է միայն պատումի ճշմարտության վրա, այս դեպքում խնդիրը բուժման հոգեվերլուծական տեսության վերաբերյալ պնդումների իրավացիությանն է վերաբերում: Եթե սա հաշվի չառնվի, ապա կարելի է ասել, որ յուրաքանչյուր հոգեվերլուծություն ինքնին հետազոտություն է: «Օսկայն (տվյալների ստացմանը զուգահեռ մշակմամբ) հետազոտությունը» (եթե գործածելու լինենք Ու. Մոզերի (1991) եզրը) պետք է նաև զբաղվի համապատասխան ներկայացման խնդրով (1992, հատոր 2, գլուխ 1):

Հոգեվերլուծությունը զարգացել է՝ առաջ անցնելով ախտանիշների դեմ ուղղված սուզեստիվ թերապիայից: Ֆրոյդն անհանգստանում էր այն առումով, որ «թերապիան ... կոչնչացնի գիտությունը» (1927, էջ 254): Նա համարում էր, որ բուժման և հետազոտման իր խիստ անկողմնակալ կանոնները լավագույն գիտական պայմաններն են ապահովում հիվանդի վաղ հիշողությունների վերականգնման համար, և որ ամենեզիաների բացահայտումը օպտիմալ պայմաններ է ստեղծում թերապիայի համար (1919, էջ 183): Այսօր մենք գիտենք, որ անքակտելի կապը պահպանելու համար պահանջվում է ավելին, քան բացահայտ ներշնչումից հրաժարվելը և բուժման կանոնակարգված օրենքներին հետևելը: Նույնիսկ Ֆրոյդը պնդում էր, որ անհրաժեշտ է առավել բարենպաստ պայմաններ ստեղծել յուրաքանչյուր, առանձին վերլուծական շրջանակում, այսինքն՝ ընդունում էր առանձին հիվանդով պայմանավորված ձկոնության դրսևորման անհրաժեշտությունը (1910 d, էջ 145): Ոչ միտումնավոր, գիտական և թերապևտիկ հոգեվերլուծության միջև այսպիսի լարված հարաբերակցություն է եղել ի սկզբանե: Մոտավորապես մեկ դար աննպատակայնության հետ սերտորեն ասոցացվող ոչ միտումնավորությունն

իրականում դարձել է ավանդական մտածողության լակմուսի թուղթ կամ ճանաչման նշան:

Ֆրոյդն օգտագործում է «շիբոլեթ» (ճանաչման նշան) եզրն այլ համատեքստերում (1914d, էջ 101; 1923b, էջ 239, 1933a, էջ 6): Մենք կցանկանայինք հիշեցնել ձեզ դրա սկզբնական աստվածաշնչյան իմաստը: «Դատաւորաց 12:5»-ը նկարագրում է, թե ինչպես Եփրեմի ժողովրդից 42000 հոգու խեղդում են Հորդանան գետում, որովհետև, երբ նրանք փորձում էին հեռանալ այդ տարածքից, տեղի բարբառի պատճառով չէին կարողանում ձիշտ արտաբերել «շիբոլեթ» բառը՝ «շ»-ի փոխարեն «ս» արտասանելով, և այդ կերպ մատնեցին իրենց ինքնությունը որպես զավթող կողմի ներկայացուցիչներ և թշնամիներ: Այս վարմունքը միայն վերջերս է հերքվել Սանդլերի և Դրեհերի կողմից (1996)՝ ի հայտ բերելով, որ այն միայն ինքնախաբեություն է: Սա միայն թերապիայի վրա չէ, որ բացասական ազդեցություն ունեցավ: Այն հոգեվերլուծողները, որոնք չէին տրվում նման ինքնախաբեության, շարժման կողմից համարվում էին այլախոհներ և չէին ընդունվում Հոգեվերլուծության միջազգային ասոցիացիայի կողմից: Արդեն վաղուց գոյություն ունեցող տեսական և թերապևտիկ բազմակարծությունն ընդունվեց միայն 1970-ականներին, երբ ժամանակի հոգեվերլուծության առաջատար դեմք Հայնց Կոհուրը ստեղծեց Ես-հոգեբանությունը՝ արմատական վերաձևակերպում, որն առաջադրվեց որպես այլընտրանք հյուսիս-ամերիկյան զարգացող հոգեվերլուծական դպրոցին: 1981-ին Մոնրեալում կայացած Հոգեվերլուծության միջազգային ասոցիացիայի համաժողովում Վալերշտայնը դրեց քննարկման մեկնարկն իր ներկայացրած «Մեկ, թե բազմաթիվ հոգեվերլուծություններ» ելույթով և երկու տարի անց Հռոմում արտահայտեց իր համոզմունքը, որ կա «ընդհանուր հայտարար», ինչը շատ առարկությունների տեղիք տվեց (Wallerstein, 1988, 1990): Այդ ժամանակից ի վեր ամենուր կարելի է զգալ համաձայնության հասնելու ձգտումը: Ակներև կոնֆլիկտներն ու տարաձայնություններն էմպիրիկ հետազոտությունների միջոցով քննելու փոխարեն ենթադրվում են վիրտուալ համաձայնություն և ներդաշնակություն, որոնց հասնում են Ֆրոյդին՝ հիմնադիր հորը³ մեջբերելով:

³ Հոգեվերլուծության միջազգային ասոցիացիայի կողմից ուսուցում չանցած և այլ մասնագիտական ասոցիացիաներին անդամակցող, բայց այժմ Ասոցիացիայի անդամակցությանը ձգտող հազարավոր հոգեվերլուծողների ՀՄԱ-ի կազմում ընդգրկելու հարցի վերաբերյալ շրջում է լրացուցիչ հիմնավորում չպահանջող միանշանակ ենթադրություն այն մասին, որ այդ մասնագետների որակավորումների հիմքում ընկած փորձագիտական որակներն անհամապատասխան են Ասոցիացիայի պահանջներին, և նախքան դրան անդամակցելը հարկ է վերացնել այդ անհամապատասխանությունները լրացուցիչ սուպերվիզիայի կամ ուսումնական վերլուծության կրկնության միջոցով: Ասոցիացիա ընդունվելու ստորացուցիչ արարողությունները իրականում չեն օգնում այս էմպիրիկ տեսանկյունից չապացուցված որակական տարբերությունների հաղթահարմանը: Ընդունելության այդպիսի արարողություններ են իրականացվում, օրինակ՝ DPV

Թերապևտիկ շրջանակի ստեղծումը անգիտակցական հոգեկան կապերի ներհայեցման նախապայմանն է: Ֆրոյդը թերապևտիկ հաստատում էր թերապևտիկ փոփոխությունների և բուժման գործոնների բացահայտման գիտական արժեքը: Նա այդ կապակցությամբ գրել է. «Հոգեվերլուծությունը ոչ թե անկողմնակալ գիտական հետազոտություն է, այլ թերապևտիկ միջոց: Նրա էությունը ոչ թե որևէ բան ապացուցելու, այլ ուղղակի որևէ բան փոխելու մեջ է» (1909 թ, էջ 104):

Ամենասկզբից ևեթ էթիոլոգիային միտված հետազոտությունը և թերապիայի վրա կենտրոնացող հետազոտությունը անբալկետելիորեն կապված են եղել: Մենք լրջորեն կարծում ենք, որ այս ձեռնարկը ձախողվել է: Խանգարումների էթիոլոգիայի մասին չափազանց շատ հարցեր անպատասխան են մնում թերապևտիկ գործընթացների ժամանակ: Սրան, սակայն, չի հակադրվում այն փաստը, որ ինքնակենսագրական նախապատմության հստակեցումը կարող է նպաստավոր թերապևտիկ ազդեցություն ունենալ: Հաշվի առնելով անցյալը՝ լրջորեն կարևորվում է իրերի ժամանակավոր բնույթը, առանց որի ներկայի կամ ապագայի հասկացությունը չի կարող գոյություն ունենալ: Այս կապը խորացնում է Ֆանգիի (1999) և Բլումի (1999) միջև հիշողության վերականգնման կարևորության՝ որպես թերապևտիկ գործոնի մասին ծավալված բանավեճի ընկալումը: Ֆոնագիի բավականին չափազանցված հատկորոշումը, որ «հոգեկան փոփոխությունների գործընթացի համար հիշողության վերականգնումը երկրորդական է», մեր կարծիքով, բավարար չափով չի քննվել (Fonagy et al, 2003, էջ 842):

1936-ի Մարիենբադի համաժողովից ի վեր թերապիային նվիրված հետազոտությունները վերաբերել են գործընթացի և արդյունքի տարբերակմանը և այս երկուսի հարաբերակցությանը (Bibring, 1937): Գիտահետազոտողները հատկորոշել են բազմաթիվ գործոններ, որոնք իսկապես ազդեցություն են ունենում թերապևտիկ գործընթացներում, և համադրել են դրանք մեկ ընդհանուր կադապարի մեջ, որը նաև ներառում է հոգեվերլուծական թերապիայի համար խիստ էական տարրեր (Orlinsky et al, 2004, էջ 316): Հոգեվերլուծական բուժման սկզբի և ավարտի միջև ընկած ժամանակահատվածում տեղ գտած փոփոխությունների ապացույցները, ինչպես նաև դրանց հարաբերակցությունը մշտակայուն գործոնների հետ, հարկ է

(Հոգեվերլուծության գերմանական ասոցիացիա) անդամակցության հայցորդների նկատմամբ. այս արարողության ընթացքում հայցորդները, ինչպես նաև քննողները, առաջնորդվում են գնահատման այնպիսի չափանիշներով, որոնք իրականում մասնավորեցված և հստակ չեն. դրանք ընկալվում են միայն ենթադրաբար և անուղղակիորեն: Հոգեվերլուծության գերմանական միության (DGP) մի քանի անդամների կողմից Հոգեվերլուծության միջազգային ասոցիացիայի գիրքը վերադառնալու ցանկությունը, մեր կարծիքով, հարկ է քննել հոգեվերլուծության դիրքերից: Այդ ինչու են DGP-ի ականավոր անդամները պատրաստ անցնել լրացուցիչ ուսուցում իրենց փորձառությունը և գիտելիքը Հոգեվերլուծության միջազգային ասոցիացիային առաջարկելու փոխարեն:

առանձին դիտարկել: Ինչպես արդեն նշել ենք, Ֆրոյդի համար առաջնային էր ապացուցել պատճառականությունը. այնուամենայնիվ, մենք ստիպված ենք քննադատել Ֆրոյդին, քանզի նա պատշաճ կերպով չի տարբերակել կարճաժամկետ և երկարաժամկետ պատճառականությունը: Երկարաժամկետ պատճառականություն ասելով մենք նկատի ունենք հենց այն սկզբունքը, որի վրա հիմնված է հոգեվերլուծությունը և որը զատում է այն սուգեստիվ թերապիաներից:

Թերապիայի խնդիրների ժամանակակից հետազոտության հիմնական նպատակն է ցույց տալ, որ փոփոխությունները տեղի են ունենում հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում, ինչպես նաև բացահայտել այդ փոփոխությունների և այն տեսությունների միջև հարաբերակցությունը, որոնց հետևում է վերլուծողը: Այս նպատակին հետամուտ՝ հարկ է լուծել բազմաթիվ խնդիրներ: Ֆրոյդի համար առաջնայինը պատճառական կապերի հաստատումն էր, որի վրա հիմնվել էր դասական հոգեվերլուծությունը: Վերջինս էլ տարբերակում է դասական հոգեվերլուծությունը սուգեստիվ թերապիայից: Ֆրոյդն այդ հարցին անդրադարձել է Հալսմանի գործի վերաբերյալ Ինսբրուքի բժշկական ֆակուլտետից ստացված փորձագիտական եզրակացությանն իր տված մեկնաբանությունում (Freud, 1931 d): Ֆիլիպ Հալսմանը մեղադրվում էր իր հոր սպանության մեջ, և պաշտպանող կողմը պնդում էր, որ նա պատասխանատվություն չի կրում՝ հենվելով Էդիպյան բարդության վրա՝ որպես մեղմացուցիչ գործոնի: Այսպիսով, հարկ է պարզաբանել պատճառական հարաբերությունները Էդիպյան բարդության և ենթադրյալ հայրասպանության միջև: Ֆրոյդը պնդում էր, որ «Էդիպյան բարդությոը շատ հեռու է նմանատիպ գործողության համար հիմնավորում հանդիսանալուց: Հենց միայն այն պատճառով, որ այն (Էդիպյան բարդությոը) առկա է մշտապես, դա չի կարող հիմք լինել մեղսունակության հարցը որոշելու համար» (1913, էջ 252): Այս օրինակում հայրասպանության փոխարեն կարող էր որևէ այլ հանգամանք կամ ախտանիշ լինել: Ավելին, եթե նման միակողմանի հայեցակարգի վրա հիմնված ախտաբանության համակարգը փոխարինվի երկդասյան համակարգով (Էդիպյան – նախաէդիպյան), բացատրությունը ձեռք կբերի նվազագույն լրացուցիչ հիմնավորվածություն: Ֆրոյդն այս իրավիճակն ի ցույց է դնում հետևյալ դեպքի նկարագրությամբ:

Կողոպուտ է տեղի է ունեցել: Մի մարդ, որի մոտ հայտնաբերել են ագռավուկ (կողպեք բացելու գործիք), մեղավոր է ճանաչվել: Դատավճիռից հետո երբ նրան հարցրել են, թե արդյոք որևէ բան ունի՞ր ասելու, նա խնդրել է, որ իրեն ներկայացնեն նաև ամուսնական անհավատարմության մեղադրանք, որովհետև նա դրա համար անհրաժեշտ գործիքն էլ ունի (Freud, 1931d, էջ 252):

Այսքան հեռահար պատճառական կապերն ավելի ապացուցողական չեն, քան աստվածաբանության մեջ մարդու՝ Աստծո ողորմածությունից զրկվելու առասպելը: Որքան հրապուրիչ է «համաշխարհային հիվանդությունները բուժելու» ցանկությունը՝ 1 կամ 2 ոլորտում փոփոխություններ

մտցնելով, նույնքան և հրապուրիչ է այն միտքը, որ հոգեկան խանգարումներն ունեն ստանդարտ էդիպյան կամ նախաէդիպյան ծագում, և գոյություն ունի համապատասխան թերապիայի 2 ձև՝ հարաբերությունների և մեկնաբանության բևեռացմամբ (Cremierus, 1979): Այս գաղափարը բերում հավասարեցնում է ամենախորքային շերտերը ամենավաղ և ամենաազդեցիկ ախտածին գործոններին, որոնք ասես բացատրում են ամեն ինչ:

Այն գործոնները, որոնք նպաստում են խանգարման զարգացմանը, այն, ինչը մենք անվանում ենք կարճաժամկետ պատճառականություն, բավարար չափով չեն դիտարկվել: Թերապևտիկ հարաբերության՝ որպես երկարաժամկետ պատճառականությունից (անցյալի ենթագիտակցական կոնֆլիկտներից) «այստեղ և հիմա» կարճաժամկետ պատճառականության փոխարկման հոգեվերլուծական նշանակությունը հոգեվերլուծական օպերացիոնալիզացիա է: Այդ իսկ պատճառով ժամանակակից հոգեվերլուծության մեծ թվով տարբեր դպրոցներ իրավացի են՝ «այստեղ և հիմա» կատարվողի վրա կենտրոնանալով: Միայն հոգեվերլուծության մեջ է, որ այդքան զգալիորեն կարևորվում է կապը անցյալի և ներկայի միջև: Ի համեմատություն սրան, վարքային թերապիայում սոցիալիզացիայի մասին խոսակցությունները պարզապես դատարկ խոսքեր են (Margraf, 2000a,b):

Տարբեր դպրոցներ խախտում են դասական մոտեցման հիմնական սկզբունքը՝ հանուն հարաբերական ստանդարտիզացիայի, երբ նրանց չի հաջողվում ներկայացնել կամ նույնիսկ փորձել ներկայացնել անհրաժեշտ ապացույցներ, կամ նրանք այլապես համարում են, որ այդ ապացույցներն արդեն ներկայացված են:

Եթե վերը նշված երեք պարբերություններում մասնավորեցված սկզբունքները փորձ է արվում կիրառել գործնականում, հարկ է պնդել, որ հոգեվերլուծությունը գտնվում է անընդհատ կայացման փուլում: Արդեն ստացված գիտելիքները անհրաժեշտ է հաճախ ստուգել: Շատ խորը ախտածնության մակարդակներ իջնելը պետք է արդարացված լինի այն ընթացիկ խնդիրների առկայությամբ, որոնք իրենց հերթին կախված են խորը արմատներ ունեցող ախտածին գործոններից:

Բուժման տևողության և հաջողության փոխհարաբերությունը

Ֆրոյդի ուսմունքից կարելի է եզրակացնել, որ ծանոթ գոտու սահմաններում կատարվող թերապիան ավելի արագ է արդյունքներ տալիս, քան այն, որն սկսվում է նոր մեկնակետից: Հոգեվերլուծողի՝ իր մասնագիտությանն ու գործին տիրապետելը պետք է հանգեցնի բուժման տեմպերի արագացմանը: Ե՛վ վերլուծողի, և՛ հիվանդի ինքնագնահատականը աճում է, երբ հաջողությունը կանխատեսվում, ապա և ձեռք է բերվում: Իսկապես, կարճատև թերապիան, լինի կարճ տևողության, թե փոքրաթիվ հանդիպումներով, շատ դեպքերում հանգեցնում է երկարատև փոփոխությունների, և պետք չէ դրանից հրաժարվել՝ այն համարելով պարզապես

ախտանշանների դեմ ուղղված կամ տրանսֆերային բուժում: Կարճ ժամկետներում նպաստավոր հանգուցալուծման բերող վերլուծությունները, այնուամենայնիվ, այսօր այնքան էլ չեն գնահատվում և հազիվ թե բարձրացնեն վերլուծողի մասնագիտական հեղինակությունը:

Տեղեկատվության կարճաժամկետ հոգեդինամիկ հոգեթերապիաների դրական արդյունքները (մասնավորապես մինչև 50 հանդիպում)՝ ընդհանրապես գոհացուցիչ չեն: Ըստ հեղինակավոր մասնագիտական պարբերականներում Լայխստերինգի և այլոց (2004) և Շեդլերի (2010) հոդվածներում փաստագրված տեղեկատվության, ավելի շուտ միտում կա համեմատել որակը վերլուծության երկարատևության հետ, թեև արդեն այլ հարց է, թե արդյոք ստացված գիտելիքները համապատասխանո՞ւմ են թերապևտիկ և տեսական չափանիշներին:

Պուրիստական մեկնաբանություն

Ֆրոյդի աշխատությունները կարելի է մեջբերել՝ տարբեր մոտեցումների իրավացիությունն ապացուցելու համար: Չի կարելի անտեսել այն հանգամանքը, որ թերապևտիկ և գիտական մտածողության մեջ Ֆրոյդի համար առաջնային միտքն այն էր, որ մի գեղեցիկ օր հնարավոր կլինի մի կողմ նետել բոլոր այլ ազդեցությունները և պուրիստական մեկնաբանություն առաջադրել: Էյսլերի (1958)՝ Լյովենշտեյնի (1958) հետ բանավեճում առաջադրած մեկնաբանության գլուտ ուտոպիստական մոտեցումը կլուծեր բազմաթիվ գործնական և տեսական խնդիրներ: Դժվար է դիմանալ նման գայթակղությանը: Մենք նաև ուրախությամբ կհամաձայնեինք դրա հետ, եթե չլիներ փորձը, որը մեզ այլ բան է հուշում: Այս համատեքստում Ֆրոյդը (1919a, էջ 162) հարցնում է՝ բավարա՞ր է արդյոք արտամղված նյութը դարձնել գիտակցված և երևան հանել դիմադրությունը: «Արդյոք հա՞րկ է հիվանդին թողնել մենակ իր այն դիմադրությունների հետ, որոնք մենք ենք նրան մատնացույց արել: Չե՞նք կարող արդյոք նրան որևէ օգնություն ցույց տալ, բացի այն խթանից, որ նա ստանում է տրանսֆերից»:

Այս հարցերին կարելի է հեշտությամբ ավելացնել ուրիշները, բայց դրա անհրաժեշտությունը չկա, քանի որ դա բացառվում է Ֆրոյդի հետևյալ հարցով. «Արդյոք բնական չէ՞, որ մենք հիվանդին պետք է օգնենք նաև այլ կերպ՝ դնելով նրան հոգեբանական այնպիսի շրջանակի մեջ, որն ամենաբարենպաստն է կոնֆլիկտի լուծման համար, ինչն էլ հենց մեր նպատակն է»:

Ստանդարտ տեխնիկայի տեսանկյունից այլևս պետք չէ մտածել վերլուծական շրջանակի ստեղծման մասին: Պնդում են, որ կանոններին հետևելու դեպքում կստեղծվեն օպտիմալ պայմաններ կոնֆլիկտի անգիտակցական բաղադրիչները ճանաչելու համար: Այս դեպքում այն հիվանդներին, որոնց առաջին հերթին վերլուծություն է անհրաժեշտ, ավելորդ կլինեն ձկուն կառուցվածքային վերլուծական շրջանակի միջոցով հավելյալ օգնություն առաջադրելը, քանի որ արտաքին շրջանակը՝ հանդիպումների

հաճախականությունը, օթոցի օգտագործումը և այլն, արդեն բազմիցս ապացուցել են իրենց նպատակահարմարությունը, և դրանց կիրառման քննադատական վերանայումն ավելորդ է: Փաստորեն, հոգեվերլուծական մեկնաբանության արվեստը, տեխնիկայի էությունը շատ գործոններից է կախված, որոնց անտեսումը կսահմանափակեր հոգեվերլուծական մեթոդաբանության ինչպես տեսական ուժը, այնպես էլ թերապևտիկ արդյունավետությունը (Schachter&Kächele, 2007): Այս պայմանները, որոնք անտեսվել էին և հիմա արդեն հանրաժանոթ են դարձել, առաջին անգամ ի հայտ եկան վերջերս երեխայի զարգացման ոլորտում ականավոր մասնագետ Դենիել Ստերնի ազդեցության ներքո, Բոստոնի՝ Փոփոխության գործընթացի ուսումնասիրության խմբի «Հայեցակարգ. ավելին, քան մեկնաբանություն» աշխատանքում (Stern et al, 1998): Ակտիվ վերլուծողներն ականատես են կարող են համարել, որ իրենք հենց այդ հայեցակարգով էլ առաջնորդվում են, քանի որ մեր մասնագիտության կայուն զարգացումն ապահովում է ամենօրյա ընթացքի և սեանսների ժամանակ ավելի փոքրաթիվ հանդիպումներով առարկայացող թերապևտիկ իրականությունը:

Փոփոխություններ

Ամեն անգամ, երբ փորձ է արվում որևէ մեթոդ հարմարեցնել առանձին հիվանդի կամ միանման հիվանդների խմբին բնորոշ ընդհանուր շրջանակներին, պետք է ձգտել հոգեվերլուծական մեթոդի այն տարբերակներին, որոնք առաջարկել է Ֆրոյդը: Թեև ստանդարտ տեխնիկայի կիրառման ցուցումների շրջանակներն ավելի ու ավելի էին նեղանում, փնտրվում էին հիվանդներ, որոնք հարմար էին այս մեթոդի համար, որի ձկուն կիրառումը հանգեցնում էր ձևափոխությունների, որոնք նոր հնարավորություններ էին ընձեռում հոգեվերլուծական թերապիայի ավելի լայն կիրառման համար: Ստանդարտ տեխնիկան պահանջում է *ընտրողաբար* մոտենալ ցուցումներին. հիվանդը պետք է հարմարվի մեթոդին: Ձևափոխված տեխնիկաները թույլ են տալիս առաջնորդվել ցուցումների *հարմարեցված* հավաքակազմով (Baumann, 1981). այդ դեպքում թերապևտիկ մոտեցումը փոխվում է այնպես, որ համապատասխանի հիվանդին: Դա իր հերթին թույլ է տալիս թերապիան ավելի լայնորեն կիրառել՝ ներգրավելով տարբեր տարիքի և սոցիալական տարբեր ծագում ունեցող հիվանդներին, որոնք ունեն լայն սպեկտրի հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդություններ:

Կյանքի տևողության մեծացումը նույնպես հանգեցրեց հոգեվերլուծության կիրառման սահմանափակումների թուլացման, քանզի խորհուրդ էր տրվում հոգեվերլուծությունը կիրառել միջին տարիքից բարձր մարդկանց շրջանում: Այս սահմանափակումը առաջարկել է Ֆրոյդը, բայց դեռևս 1920թ. Աբրահամը այն կասկածի տակ առավ: Տարեցների համար հոգեվերլուծական բուժման կիրառումը հանգեցրեց հոգեվերլուծական տեսության ընդլայնման: Տարիքային յուրաքանչյուր փուլին հատուկ ձգնաժամերը

և կոնֆլիկտները (վաղ մանկություն, պատանեկություն, հասունություն, միջին տարիք և ծերություն) մեծ նշանակություն ձեռք բերեցին հոգեկան և հոգեվերլուծական հիվանդությունների ախտաձևությունը հասկանալու համար (Erikson, 1959, Greenspan, Pollock, 1980 a, b, 1981, 1968): Հարմարեցված ցուցումները ենթադրում են հոգեվերլուծական տեխնիկայի ձևավորում հատկապես տարեց հիվանդների համար (Steury, Blank, 1981, Radebold, 1982):

Կան երկրներ, որտեղ Ֆրոյդի հույսերն արդարացան այն տեսակետից, որ այնտեղ հասարակության տարբեր շերտերի հիվանդներ կարող են օգտվել հոգեվերլուծական բուժման առավելություններից (Kutter, 1992, 1995), ինչի մասին մանրամասնորեն կխոսենք 6.6 գլխում:

Կլասիցիզմի հասկացությունը

Դասական գիտական տեսությունները հնադարյան հուշարձաններ չեն, և կարիք չկա դրանք պահպանել այնպես, ասես հենց հնադարյան հուշարձաններ են: Վալենշթայնը (Valenstein, 1979) չկարողացավ «կլասիկ»՝ «դասական» հոգեվերլուծության համոզիչ սահմանում գտնել և փորձել բացատրել դասական հոգեվերլուծությունը՝ օգտվելով Վեբստերի բառարանում բերված «դասական» բառի նշանակություններից: Ըստ այդ տեսության՝ մեթոդի կամ մտքերի հավաքակազմի բովանդակությունը «դասական է, եթե նոր մշակումները կամ հիմնարար փոփոխությունները նեղացրել են դրանց կիրարկության ոլորտը»: Երկրորդ սահմանումը նույնպես ուսանելի է: Յուրաքանչյուր համակարգ կարելի է հետահայաց անվանել «դասական», եթե հետագա ձևափոխությունների ու արմատական ճյուղավորումների համեմատ այն շարունակում է մնալ վստահելի և վավերականորեն կիրառելի: Այս սահմանումը հետաքրքիր է, եթե հաշվի առնենք այն փաստը, որ ինքը՝ Ֆրոյդը, խոսում էր *դասական* մեթոդի մասին միայն երազների մեկնաբանման համատեքստում՝ հետահայաց, բավականին անկանոն կերպով, անդրադառնալով նաև ձևափոխություններին: Բացի այն դասական մեթոդից, որն է՝ երազը տեսած անձին խնդրել մեկնաբանել դրա առանձին դրվագները, կան նաև այլ բազմազան տարբերակներ: Օրինակ՝ մենք կարող ենք խնդրել «երազ տեսնողին սկզբում փնտրել օրվա ընթացքում տեղի ունեցածի «նստվածքը» երազի մեջ ... Եթե մենք դրան հետևելու լինենք, ապա կարող ենք երազի հեռավոր աշխարհից տեղափոխվել հիվանդի իրական կյանքը» (Freud, 1933 a, էջ 11):

Ավելին՝ «բուժման դասական տեխնիկա» եզրը Ֆրոյդին չի պատկանում, այն առաջին անգամ կիրառվեց, երբ կատարվեցին որոշակի ձևափոխություններ: Ֆերենցին շատ հնարամիտ գտնվեց դասական տեխնիկաների անվանակարգման մեջ: Իր (սեփական փորձի միջոցով ստացվող զգացողությունը հիշողությունից վեր դասող) նորարարությունների հանդեպ հայտնի վերլուծողների, այդ թվում նաև Ֆրոյդի վերաբերմունքից

վիրավորված՝ Ֆերենցին իր նամակներից մեկում գրում է, որ մեղանչելով վերադառնում է «մեր դասական տեխնիկային» (Thomä, 1983 a): Այսպես ծնվեց այն եզրը, որը 20-ական թթ. սկզբին օգտագործվում էր՝ անվանելու թերապևտիկ տեսանկյունից հիշողության և ինտելեկտուալ վերակազմավորման անցանկալի նախընտրությունը (Ferenczi Rank, 1924): Ինչպիսի ձև էլ ընդունած լինի դասական տեխնիկան հետագա տասնամյակների ընթացքում, այն հավատարիմ է մնացել իր ծագմանը և ծաղկում է՝ շեղումներից առաջացած այն հակադրության շնորհիվ, որը չի հիմնվում հստակ սահմանված չափանիշներ կիրառող տարբեր ընթացակարգերով էմպիրիկ հետազոտությունների վրա: Սովորաբար այն հիացնունքը, որը վայելում է «դասական» եզրը կրող ցանկացած երևույթ, խոչընդոտ է բուժման տեխնիկայի զարգացման երկարատև գործընթացում դասական և նորաձ տարրերի դերի ուսումնասիրման համար: *Նեոկլասիկ* ոճը բնութագրվում է ոչ այնքան նորամուծություններով, որքան արդեն իսկ մեկ այլ դպրոցի կողմից սահմանված որոշակի կանոններին օրթոդոքսալ նվիրվածությամբ (Stone, 1981 a):

Նշանակալի տարբերություն կա Ֆրոյդի դասական գործերի և դրանց կիրառման միջև: Այդ տարբերությունը բնութագրվում է տեսության և պրակտիկայի միջև առկա խնդիրներով, որոնք կքննարկենք 10-րդ գլխում: Վտանգը, որ տեխնիկայի գործնական կիրառումը չի կարողանա արտահայտել Ֆրոյդի հիմնական գաղափարները կամ նույնիսկ կհակասի դրանց զարգացմանը, շատ մեծ է այն դեպքում, երբ կանոններին հետևում են հանուն հենց այդ կանոնների, և երբ դրանց գործողությունն անընդհատ չի ստուգվում: Հենց այդ պատճառով մենք տարբերակում ենք «դասական», «նեոդասական», «օրթոդոքսալ» և այլ եզրերը: Քանի որ Ֆրոյդը երազների մեկնման դասական մեթոդի շրջանակներում չի գտել որևէ պատճառաբանություն գործողությունների մեկ ուղղությունը բնութագրելու համար, մենք չենք խոսի դասական հնարքի և բովանդակության մասին՝ կենտրոնանալով միայն կանոնների կիրառման չափորոշիչների վրա (Will, 2001):

Ստանդարտ մեթոդով բուժման կանոնները

Չնայած նրան, որ Ֆրոյդի դասական գործերը միշտ այս կամ այն կերպ արտացոլվում են յուրաքանչյուր վերլուծողի գաղափարներում, դրանք հնարավոր չէ վերածել թերապիայի այնպես, որ կարողանանք այն անվանել դասական տեխնիկա: Բայց խիստ անհրաժեշտ է հետևել կանոններին և ստանդարտացնել դրանք: Բուժման կանոնները Ֆրոյդի կողմից մեթոդի վերաբերյալ տրված առաջարկություններն ու խորհուրդներն են, որոնք միատեղված են *սրանդարտ մեթոդում*: Թերապևտիկ և տեսական նկատառումներն անխուսափելիորեն հանգեցնում են կանոնների համակարգի *փոփոխությունների*, լինեն դրանք ի շահ որոշակի խանգարումներով (հիստերիա, ֆոբիա, կոմպուլսիվ ներոզ, այլ հոգեմարմնական հիվանդություններ

և այլն) հիվանդների, թե հոգեվերլուծություն անցնող որևէ անհատի: Մյուս կողմից՝ *օրթոդոքսալ* մեթոդաբանության շրջանակում կասկածի տակ չի առնվում այդ կանոնների նպատակահարմարությունը, և հիվանդները հոգեվերլուծության համար հարմար են գնահատվում և ընտրվում՝ հիմնվելով կանոններին խստորեն հետևելու իրենց կարողության վրա: Առկա տարբերակների հավաքակազմում սանդղակի մյուս ծայրին «անգուսպ» հոգեվերլուծությունն է, որը սկսում է կիրարկվել ինչ-որ չափով հուսալի ստանդարտներից ամբողջովին չհիմնավորված շեղումներով և ավարտվում է վայրի խառնաշփոթությամբ ու մոլորություններով (Freud, 1910 k): Համենայնդեպս, չնայած այս հակաթերապևտիկ շեղումներին, «անգուսպ» հոգեվերլուծությունն այսօր արժանի է առանձին քննարկման (Schofer, 1985):

Հրապարակումների աճող քանակությունը, որը վերաբերում է Ֆրոյդի պրակտիկային (Beigler, 1975, Cremerius, 1981 b, Kanzer, Glenn, 1980), հեշտացնում է հոգեվերլուծական մեթոդաբանության պատմության քննական գերագնահատումը: Բայց ժամանակակից խնդիրների լուծումը հնարավոր չէ գտնել Ֆրոյդի բնական և մարդասիրական վարքի հետ նույնացման միջոցով, քանզի Ֆրոյդն անհրաժեշտության դեպքում կերակրում էր իր հիվանդներին, նրանց դրամ էր տալիս պարտքով կամ անվերադարձ: Տրանսֆերի տեսության զարգացումը հանգեցրել է նրան, որ հոգեվերլուծողները հատուկ ուշադրություն են դարձրել վերլուծական հարաբերությունների տարբեր ասպեկտներին և դրանց մեկնաբանությանը: Մեր կարծիքով՝ այսօր առավել, քան երբևէ մենք պարտավոր ենք դեկավարվել Ֆրոյդի «Սիրողական վերլուծության հարցի շուրջ» գրքի եզրափակիչ հատվածում առաջադրված պահանջով (1927 a, էջ 257), որտեղ նա ընդգծել է, որ գործնական կիրարկման բոլոր դեպքերը պետք է հիմնվեն հոգեբանական հասկացությունների վրա և ուղղված լինեն գիտական հոգեվերլուծությանը: Ինքնըստինքյան հասկանալի է, որ հարկ է միևնույն մոտեցումը դրսևորել այդ ոլորտի բոլոր հետազոտական բացահայտումների նկատմամբ: Գիտական հոգեվերլուծությունը, հատկապես ոչ թերապևտիկ կիրառման դեպքում, կախված է միջառարկայական համագործակցությունից (տես Cavell, 1993, Paul, 2005, Schorske, 1980):

Նույն կերպ բուժում անցկացնող վերլուծողը չի կարող անտեսել հոգեթերապիայի գործընթացի և արդյունքների հետազոտության ժամանակակից մեթոդները (Lambert, 2004): Գլխավոր հարցն այն է, թե ինչով է տարբերվում և բնութագրվում *գիտական* հոգեվերլուծությունը: Որպես հոգեվերլուծական թերապիայի գրքի հեղինակներ՝ մենք կարող ենք համապատասխան ոլորտների գիտնականների հայեցողությանը թողնել որոշումն առ այն, թե կրոնի կամ մշակույթի պատմության, դիցաբանության ու գրականության նկատմամբ հոգեվերլուծական մեթոդի գործնական կիրառման որ դեպքերն են բավարարում գիտական հոգեվերլուծության չափանիշներին: Հարցին, թե ինչ է գիտական հոգեվերլուծությունը, կարելի է պատասխանել Ֆրոյդի՝ վերը մեջբերված 3 հիմնավարկածներով: Որքան կանոնները

խիստ են, և որքան քիչ է ուսումնասիրվում դրանց ազդեցությունը թերապիայի վրա, այնքան մեծ է օրթոդոքսալ մոտեցման առաջացման վտանգը: Ակնհայտ է, որ օրթոդոքսալ մոտեցումն անհամատեղելի է գիտականության հետ: Այդ պատճառով մենք ուղղակի խոսում ենք «հոգեվերլուծության մեթոդի» կամ կարձ՝ «վերլուծության մեթոդի» մասին: Բայց մենք երբեք չենք մոռանում այն կանոնները, որոնք տարիների ընթացքում ստանդարտացվել են: Պրագմատիկ և գիտական գործունեությունը միշտ էլ ուղղորդվում է կանոններով: Քանի որ կանոնները սահմանում են «երևույթի առաջ բերման եղանակը» (Habermas, 1981, հատոր 2, էջ 31), երբեք չի կարելի մոռանալ հոգեվերլուծական երևույթների և հոգեվերլուծության գործընթացում այդպիսի երևույթների առաջացման վրա այդ կանոնների ունեցած ազդեցությունը: Եթե չլիներ այն վտանգը, որ դասական հոգեվերլուծական մեթոդը կնույնականացվի միայն մի քանի արտաքին կանոնների հետ, մենք չէինք վարանի կիրառել «դասական մեթոդ» եզրը, քանի որ մեր սկանջին «դասական» բառն ավելի բարեհունչ է, քան «ստանդարտը»: Մեր փոքրիշատե ծանրակշիռ մեկնաբանություններից պարզ է դառնում, որ այնքան էլ դյուրին գործ չէ բուժման մեթոդաբանության շրջանակներում հավատարիմ մնալ ինտելեկտուալ ավանդույթին և միևնույն ժամանակ շարունակել այն ինքնաքննադատաբար կիրառել: Եթե թերապևտիկ գործողությունը դիտարկում ենք որևէ երևույթի առաջացման եղանակի տեսանկյունից, պատասխանատվությունն ընկնում է այն անձի վրա, որը այս կամ այն կերպ կիրառում է այդ կանոնները:

Ֆրոյդի առաջարկները և խորհուրդները չպետք է դիտարկվեն որպես հարատև անփոփոխ կանոններ: Մասնավորապես, հնարավոր չէ համոզիչ սահմանումների հանգել արտաքին հատկանիշների հիման վրա:

1.2 Հոգեվերլուծողի մասնակցության բաժինը

Այս երկհատոր աշխատության լեյտոմոտիվն այն համոզմունքն է, որ ուշադրությունը հարկ է սևեռել *թերապևտիկ գործընթացում հոգեվերլուծողների ունեցած դերի և մասնակցության բաժնի վրա*: Հենց այդ տեսանկյունից է, որ մենք համակարգված կերպով քննում ենք ամեն ինչ՝ բացահայտ վարքի միջոցով հույզերի անգիտակցական արտահայտումը, ռեգրեսիան, տրանսֆերը, դիմադրությունը: Վերլուծողը ազդում է յուրաքանչյուր երևույթի վրա, որն առաջանում է վերլուծական շրջանակում:

Փոխներգործման մոդել

Թերապիայի ընթացքը կախված է վերլուծողի՝ հիվանդի վրա ունեցած ազդեցությունից: Բնական է, որ կան նաև այլ գործոններ, ինչպես, օրինակ, հիվանդության ընթացքը և ձևը հատկորոշող, հիվանդության առաջացմանը հանգեցնող գործոնները, ինչպես նաև «այստեղ և հիմա» կատարվող

իրադարձությունները, որոնք անընդհատ խորացնում և ավելի ամրապնդում են այն: Հոգեկան ծագում ունեցող հիվանդությունները այդ պայմաններում թուլանում են, և հենց այստեղ է, որ վերլուծողը հնարավորություն ունի թերապևտիկ ազդեցություն գործելու՝ առաջ բերելով փոփոխությունների հանգեցնող նոր փորձը:

Դիադային գործընթացն անձնապես ազդում է վերլուծողի վրա: Բացի այդ, նա մասնագիտական գործունեության պատճառով ներգրավվում է այդ գործընթացում, հետևաբար, բնական է այս պարագայում խոսել արդյունավետ թերապևտիկ փոխներգործության մասին: Անհրաժեշտ է կիրառել փոխներգործության այնպիսի մոդել, որը հիմնված է *3 անձի հոգեբանության* վրա, եթե ցանկանում ենք լիարժեք կերպով նկարագրել թերապևտիկ գործընթացը (Rickman, 1957, Balint, 1968)⁴:

Մարդկային հարաբերությունների վերաբերյալ ընդհանուր հոգեբանական տեսության հիման վրա էդիպային կոնֆլիկտների ուսումնասիրության ժամանակ, եթե անգամ ոչ ֆիզիկապես, ներկա է երրորդ մասնակիցը: Այդ երրորդ անձի լատենտ ներկայության շնորհիվ վերլուծական շրջանակը տարբերվում է երկու անձանց միջև եղած բոլոր այլ հարաբերություններից: Երբեք ըստ արժանվույն չեն քննարկվել և չեն դիտարկվել կամ գնահատվել երրորդ մասնակցին փակագծերից դուրս հանելու հետևանքները և դրա ազդեցությունը հոգեվերլուծական տեսության ու պրակտիկայի վրա: Վերլուծական շրջանակում անձի համար անսովոր գրկումը կարող է ոչ միայն խթանել ֆանտազիաները, այլև խորապես ազդել դրանց բովանդակության վրա: Այդ պատճառով վերլուծական տեսությունների համեմատության ժամանակ հարկ է միշտ հաշվի առնել բուժման համապատասխան մեթոդաբանությունը: Այն, թե ինչպես է երրորդ կողմը՝ հայրը, մայրը կամ զուգընկերը, հայտնվում դիադայի կազմում, որն ավելի ճիշտ կլիներ անվանել «եռյակ՝ հանած մեկ», և ինչպես է դիադան վերակազմակերպվում՝ դառնալով եռյակ (կամ չի վերակազմակերպվում), մեծապես կախված է հոգեվերլուծողից: Ի լրումն զուգընկերների միջև առկա անխուսափելի կոնֆլիկտների, բուժման ընթացքում որոշ կոնֆլիկտներ որոշվում են «եռյակ՝ հանած մեկ»-ին բնորոշ կոնֆլիկտներով (տե՛ս գլուխ 6):

⁴ Արժանահիշատակ է այն հանգամանքը, որ առաջին հատորի հրատարակությանը զուգահեռ (գերմաներեն՝ 1985-ին, իսկ անգլերեն՝ 1987-ին) նոր սկիզբ էր առնում հարաբերական միջսուբյեկտային հոգեվերլուծությունը՝ նախնական շրջանում հիմնականում ԱՄՆ-ում Վիլյամ Էլենսոն Ուայթի *ինսարիպություն* ՀՄԱ-ից դուրս (Mitchell, 1988): Շատ հավանական է, որ Գերմանիայում ռացիոնալ փոխներգործման մոտեցումը զարգացավ “Ulmer Lehrbuch” վերնագրված մեր դասագրքի հրապարակման արդյունքում:

Թերապևտիկ շրջանակի ստեղծումը

Որպեսզի ձիշտ հասկանանք, թե ինչ է տեղի ունենում թերապևտիկ գործընթացի ժամանակ, հարկ է ուսումնասիրել վերլուծողի վարքը և նրա ներդրումը թերապևտիկ շրջանակի ստեղծման և պահպանման գործում: Այս ծրագրային պահանջը, որը առաջարկել էր Բալինտը 1950թ., դեռ չի բավարարված, իսկ եթե համաձայնենք Մոդելի հետ (Modell, 1984), ապա այն ուղղակի մոռացված է: Թերապիայի հաշվետվությունների մեծ մասում վերլուծողի դերը՝ ինչ մտածեց և արեց, ինչն էր ընկած նրա մեկնաբանման հիմքում, բավարար չափով չի քննարկված: Այդ պատճառով մեր կողմից չափազանցված թերապևտիկ նկրտում չէ այն, որ, համաձայնելով Ֆրոյդի հետ, մենք նույնպես պնդում ենք, որ հոգեվերլուծողի խնդիրն է կառուցել թերապևտիկ շրջանակ այնպես, որ հիվանդին տրամադրվեն հնարավորինս բարենպաստ պայմաններ սեփական կոնֆլիկտները հաղթահարելու, դրանց անգիտակցական արմատները ձանաչել կարողանալու և այդ կերպ իր ունեցած ախտանիշներից ազատվելու համար: Մենք, հետևաբար, ընդունում ենք, որ վերլուծողը պետք է խորը ազդեցություն ունենա: Հիվանդի ազատությունը չի սահմանափակվում, այլ ավելի շուտ ընդլայնվում է այն բանի շնորհիվ, որ նրան խրախուսում են մասնակցել քննական վերլուծությանը:

Յուրաքանչյուր կանոն հարկ է քննարկել ինքնաձևանաչման և *խնդիրների լուծման* համար դրա օգտակարության տեսանկյունից, և վերլուծողը պետք է պատրաստակամ լինի կատարել համապատասխան փոփոխությունները: Այսպիսով պարզ է, որ հոգեվերլուծության տեսությունը և մեթոդաբանությունը մենք «սուրբ գիրք» չենք համարում: Ընդհակառակը, թերապիայի վրա կանոնների ազդեցությունը հարկ է հիմնավորել *յուրաքանչյուր առանձին դեպքի* համար: Մենք նախապատվություն ենք տալիս խնդիրների վրա հիմնվող մոտեցմանը, որը հեռու է համընդհանուր պարտադրվող «բաղադրատոմսով» առաջնորդվելու աշխատառձից: Օրինակ, հոգեվերլուծողը այլևս չի կարող ընտրել որևէ հիմնարար կանոն, հավատալով, որ այդ ժամանակ ազատ զուգորդությունները պարզապես ինքնաբերաբար տեղի կունենան, առանց այլ գործոնների ազդեցության: Ստանդարտացման բոլոր փորձերը ցանկալի արդյունքից բացի կարող են ունենալ չկանխատեսված լրացուցիչ դրական կամ բացասական ազդեցություններ, որոնք կարող են օգնել կամ խանգարել թերապևտիկ գործընթացներին:

Տեսական կողմնորոշումը

Իր ախտորոշիչ և թերապևտիկ գործունեության ընթացքում հոգեվերլուծողը կողմնորոշվում է հոգեվերլուծական տեսությամբ՝ որպես կոնֆլիկտի կանոնակարգված հոգե(ախտա)բանության: Քրիսը (Kris, 1975 [1947]), էջ 6) հոգեվերլուծությունը բնութագրել է «մարդկային վարքի ուսումնասիրություն կոնֆլիկտի տեսանկյունից»: Բինսվանգերը (Binswanger, 1955 [1920])

արդեն դիտում էր այն որպես գիտության պատմության մեջ հոգեվերլուծական հարացույց, որը մարմնավորված է Ֆրոյդի թվացյալ պարզ ձևակերպման մեջ. «Մենք ոչ թե պարզապես ձգտում ենք նկարագրել և դասակարգել երևույթները, այլև հասկանալ դրանք որպես հոգեկան ուժերի փոխազդեցության նշան» (1916/17, էջ 67): Հոգեվերլուծական տեսության համընդհանուր նշանակության մասին վկայում է այն փաստը, որ այս տեսությունը մարդկային կյանքը դիտարկում է դրա առաջին օրվանից ի վեր՝ սուբյեկտի անձնական բարօրության և այլոց հետ նրա փոխազդեցության վրա կոնֆլիկտային ազդեցության լույսի ներքո: Չնայած, եթե կոնֆլիկտները և դրանց դերը հոգեկան կամ հոգեմարմնական հիվանդությունների ծագման ժամանակ բացառապես *ներհոգեկան* լինեին, այլ ոչ միջանձնային, ապա տեսության և դրա հետ զուգորդվող բուժման մեթոդաբանության շրջանակը կսահմանափակվեր:

Չնայած ռեդուկցիոնիստական տեսություններից Հարթմանի նախագգուշացմանը (1950, 1955)¹ հոգեվերլուծական մեթոդաբանության պատմությունը բնութագրվում է միակողմանիությամբ, իսկ հոգեվերլուծական տարբեր դպրոցները դրա ակնհայտ վկաներն են: Հարթմանը խոսում է «ժառանգական մոլորվածության» մասին, եթե «իրական գործառույթը հավասարեցվում է դրա պատմությանը կամ նույնիսկ նրա նախորդ սերունդներին, ասես ժառանգական անընդհատությունը անհամատեղելի է գործառույթի փոփոխության հետ» (1955, էջ 221): Այնուամենայնիվ, ռեդուկցիոնիստական տեսությունների կողմնակիցները ոչ միայն «սիրում են ընտրել ճշմարտության միայն մեկ բաժինը և ամբողջը փոխարինել միայն այդ մասնաբաժնով», այլ նաև փորձում են ամբողջ ճշմարտությունը տեսնել այդ մասի մեջ և հերքել մնացյալը, որը, սակայն, պակաս ճշմարիտ չէ» (Freud, 1916/17, էջ 346):

Այս հատվածում Ֆրոյդը քննարկում է ներգոյների պատճառականությունը և հանգում է «փոխլրացվող շարքերի» վարկածին (Ergänzungsreihen), որի հիմքում ընկած է հոգեկան կոնֆլիկտը: Ռեդուկցիոնիստական տեսությունները պետք է քննադատվեն ոչ միայն ոչ ամբողջական և միակողմանի լինելու համար, այլ նաև նրա համար, որ նախնական կանխավարկածներն այնպես են ներկայացնում, ասես դրանք արդեն ապացուցված են: Նման քննադատության պետք է արժանանա նաև այն պնդումը, որ հոգեվերլուծական տեսությունը ներկայացնում է ամբողջ ճշմարտությունը և պետք է պաշտպանվի միակողմանիությունից: Անքակտելի կապի մասին Ֆրոյդի վարկածը առաջ է բերում այս բարդ խնդրի նկատմամբ այնպիսի գիտական չափանիշների կիրառման անհրաժեշտությունը, որոնց անպայման պնդումը հարաբերակցում են ճշմարտության հետ՝ ենթադրություններից մեկը դարձնելով, հավանաբար, ավելի ճշգրիտ, քան մյուսը, կամ նույնիսկ լիովին հերքում են այդ ենթադրություններից մեկը: Այն, որ ամբողջությունն ավելին է, քան նրա բաղադրիչների գումարը, փոխլրացնող շարքերի դեպքում նույնպես ճշմարիտ է: Դրանք ուսումնասիրողին ուղղակիորեն ցույց են

տալիս կոնֆլիկտի ծագման ողջ բարդությունը: Կարելի է երկու օրինակ բերել. Բալխնտը քննադատում էր կոնֆլիկտի միակողմանի ներհոգեկան մոդելը և այն պնդումը, որ մեկնաբանությունը թերապիայի միակ գործիքն է, իսկ Կոհուրի Ես-հոգեբանությունը ծնունդ է առնում նեոդասական տեխնիկայի և դրա տեսական հենքի՝ ներհոգեկան էդիպային կոնֆլիկտների հանդեպ նրա անբավարարվածությունից:

Հոգեվերլուծության մեջ դպրոցների ձևավորման պատճառը միշտ էլ որոշակի հիասթափությունը կամ այլ գործոններ են, և նոր դպրոցներն իրենց հետ նոր և մեծ հույսեր են բերում, մինչև որ դրանք էլ չեն հանգում միակողմանիության: Մենք ընդգծում ենք թերապևտիկ գործընթացում հոգեվերլուծողի ունեցած մասնակցության և ներդրման վճռորոշ նշանակությունը այն նպատակով, որ օգնենք նոր դպրոցներին՝ չզարգանալու տեսության և պրակտիկայի նկատմամբ քննադատական մոտեցման դրսևորմամբ: Մենք ելնում ենք Ֆրոյդի՝ կոնֆլիկտի ընդհանուր տեսությունից, և ոչ թե այնպես, ինչպես Բրենները (Brenner, 1976 b)՝ հիվանդների առանձին խմբերի *ներհոգեկան* կոնֆլիկտների բաղկացուցիչ մասերից: Նման սահմանափակումը հակազդեցություններ է առաջացնում, որի թարմ օրինակը Կոհուրի Ես-հոգեբանությունն է: Հոգեվերլուծական տեսության մեջ կոնֆլիկտի ընդարձակ մոդելի նեղացումը համապատասխանում էր պրակտիկայում երկու անձանց միջև հարաբերությունների անտեսմանը: Եթե ամբողջ ծավալով վերականգնվի կոնֆլիկտի ընդհանուր հոգեվերլուծական տեսությունը, այն առանց դժվարության կարող է ընդգրկել Էգո-ի կամ Ես-ի արատների նկարագրությունը, ինչպես այդ ցույց է տրվել Վալերշտայնի (Wallerstein, 1983), Մոդելի (Modell, 1984) և Տրեուրնիեի (Treurniet, 1983) կողմից: Բնական է, որ մենք չենք կարող սահմանափակվել այս ընդհանուր պնդմամբ: Եթե սահմանափակվեինք դրանով, ապա կկիրառեինք Գոլդբերգի այն պնդումը, որ «եթե ամեն ինչը կոնֆլիկտ է, ապա կոնֆլիկտը ոչինչ է» (Goldberg, 1981, էջ 632): Բայց կոնֆլիկտի հոգեվերլուծական տեսությունը երբեք չի առաջադրել ծեծված ճշմարտություններ, անկախ ավստածնության հետ նրա ունեցած հարաբերակցության աստիճանից:

Սմիթի՝ կոնֆլիկտի հոգեվերլուծական տեսությունների բազմազանության նկարագրությունը (2005) վեր է հանում հետևյալ տեսակետները. «Կենտրոնանալով կոնֆլիկտի հասկացության ժամանակակից կիրառման ձևերի վրա՝ մենք կարող են սկսել հասկանալ հոգեվերլուծության կլինիկական պատմության տարբեր շերտերը, ինչպես, օրինակ, եթե ուսումնասիրեինք գետի ափի նստվածքը: Անկասկած, որոշ հոգեվերլուծողներ կոնֆլիկտն այլևս չեն համարում վերլուծության որոշիչ առանձնահատկություն և հազվադեպ են խոսում դրա մասին: Մյուսները լուռ են այս թեմայով, բայց ավելի շուտ այն պատճառով, որ, մեր շնչած օդի նման, նրանք դա համարում են իրենց աշխատանքի ներակա և անտեսանելի մասը: Անգամ նրանք, ովքեր իրենց համարում են կոնֆլիկտի տեսաբաններ, վերլուծում են կոնֆլիկտի տարատեսակ ձևերը տարբեր տեղերում, ոչ միայն հիվանդի մտքում,

այլ նաև հանապազօրյա խնդիրներում: Այսպիսով, որոշ վերլուծողներ կենտրոնանում են այն կոնֆլիկտների վրա, որոնք արտացոլվում են կառուցվածքային տեսության մեջ, մյուսները՝ կոնֆլիկտի տեղագրական հասկացություններում: Ոմանք զբաղվում են կոնֆլիկտի ավելի գիտակցված դրսևորումներով, մյուսները՝ անգիտակցական կոնֆլիկտի ավելի խորքային մակարդակներով: Ոմանք ամուր կառչում են ներհոգեկանից, այլոք ավելի շատ ներառում են միջանձնայինը կամ միջսուբյեկտայինը» (Էջ 1): Տարիներ շարունակ կոնֆլիկտների ախտածին նշանակությունը կամ ախտածին կոնֆլիկտի լուծումը համեմատվել են հոգեբանական հիվանդությունների նկատմամբ դեֆիցիտի տեսության կիրառման հետ, հատկապես այսպես կոչված վաղաժամ խանգարումների դեպքում (Reiche, 1991): Վաղ տրավմատիզացիան բացասական ազդեցություն ունի հետագայում կոնֆլիկտների հաղթահարման կարողության վրա (Häfner et al, 2001a,b), և այս պատճառով մենք չենք տեսնում դեֆիցիտի և կոնֆլիկտի տեսությունների միջև որևէ հակասական տարբերություն (Hoffmann, 1986):

Կառուցվածքային տեսություն. կոնֆլիկտներ և նույնացումներ

Հոգեվերլուծության կառուցվածքային տեսությունը մեծ կարևորություն էր վերագրում էդիպյան կոնֆլիկտին և ներդների ծագման մեջ նրա ունեցած դերին: Այդ տեսությունը երբեք չի հանգեցնում ուշադրության Գեր-Էգո-ի, Էգո-իդեալի, Էգո-ի և Այն-ի ներսում և սրանց միջև տեղի ունեցող ներ- և միջ-հոգեկան կոնֆլիկտներով սահմանափակմանը: Ինչպես ցույց կտանք ավելի մանրամասնորեն պաշտպանական մեխանիզմների նկատմամբ դիմադրության տարբեր ձևերի միջև հարաբերության քննարկման ժամանակ (գլուխ 4), կառուցվածքի ստեղծումը հիմնված է օբյեկտային հարաբերությունների վրա: Ֆրոյդը կառուցվածքային տեսության և Ես-ի հոգեբանության մասին իր աշխատություններում նկարագրում էր օբյեկտային հարաբերությունների ներքնայնացման հետևանքները, այսինքն՝ էդիպյան փուլում երկու ծնողի հետ նույնացման գործընթացները, որոնք ձևանմուշ են հետագա նույնացումների համար թե նախաէդիպյան, թե պատանեկության փուլերում: Պետք է ուշադրություն դարձնել Ֆրոյդի այն հիմնարար պնդմանը, որ նույնացումը հուզական կապի ամենավաղ ձևն է (1921 C, էջ 107):

Վերջին տասնամյակներում կառուցվածքային տեսության շրջանակներում Էգո-ի և Ես-ի զարգացման գործընթացում նույնացումների հստակ նկարագրությունները տվել է Յակոբսոնը (Jacobson, 1964) նախաէդիպյան փուլի համար, իսկ Էրիկսոնը (Erikson, 1989)՝ պատանեկության շրջանի համար: Էգո-հոգեբանության հոգեվերլուծական դպրոցի ջատագովները նկարագրել են նույնացումը էդիպյան և նախաէդիպյան օբյեկտային հարաբերությունների շրջանակներում, բայց այդ նկարագրությունը չհարստացրեց կառուցվածքային տեսության մեջ ներակայորեն ընդգրկված

հոգեվերլուծական բովանդակությունը: Ընդհակառակը, հոգեվերլուծական տեսությունը ավելի ու ավելի սահմանափակվեց ներհոգեկան կոնֆլիկտով և մի անձի հոգեբանության ստանդարտ տեխնիկայով: Բանն այն է, որ ինչպես օբյեկտային հարաբերությունները, այնպես էլ ողջ կառուցվածքային տեսությունը հիմնված են բնագրի լիցքաթափման տնտեսական սկզբունքի վրա: «Հաստատունության սկզբունքը», որը Ֆրոյդը փոխառել է Ֆեյսներից, հոգեվերլուծական տեսության հիմքն է և ազդում է մնացած ամեն ինչի վրա:

«Նյարդային համակարգը մի ապարատ է, որի գործառույթը իրեն հասնող խթաններից ազատվելն է կամ դրանք հնարավորինս թուլացնելը, և որը, եթե դա իրագործելի լինի, իրեն ընդհանրապես զերծ կպահեր որևէ խթանից» (Freud, 1915 c, էջ 120):

Բայց, մեր կարծիքով, Մոդելը ճիշտ էր իր՝ «Էգո-ն և Այն-ը 50 տարի անց» ակնարկի նախաբանում՝ պնդելով, որ՝ «օբյեկտային հարաբերությունները լիցքաթափման երևույթներին չեն դասվում: Ֆրոյդի կողմից բնագրի՝ որպես օրգանիզմի ներսից եկող ինչ-որ բանի ընկալումը չի համապատասխանում այն պատկերացմանը, թե օբյեկտային հարաբերությունների ձևավորումը հոգատարություն ենթադրող գործընթաց է, որին երկու հոգի է մասնակցում (գործընթաց, որը չի ներառում լարված հանգուցալուծումներ կամ կուտակված էներգիայի լիցքաթափում): Հետագայում բնագրի հասկացությունն անհրաժեշտ պաշտպանությունը չստացավ ժամանակակից կենսաբանության կողմից ... Ես կարծում եմ (ինչպես նաև Բուլբին), որ օբյեկտային հարաբերությունները և կենդանիների մոտ կապվածություն արտահայտող վարքերը համանման են» (Modell, 1984, էջ 199–200):

Եթե Բրենների (1994, 2002) վերջին աշխատանքներում հոգեվերլուծողների հանրույթին ուղղված նրա խնդրանքին հետևելու լինենք և հեռանալով կոնֆլիկտի դիտարկման կառուցվածքային տեսության առաջադրած եղանակներից, ապա կտեսնենք, թե որքան տեսություններ են ակտիվորեն կառուցվել և ստեղծվել նաև այս առանցքային ոլորտում: Շաֆերը (2005) նույնպես վաղուց հրաժարվել է կոնֆլիկտի նեղ, երկբաղադրիչ ընկալումից. «Ներհոգեկան կոնֆլիկտը, որպես կազմակերպող հասկացություն, կարող է լավագույնս դիտարկվել որպես տառապանքի կենտրոն կամ որպես հանգրվան, որը դեպի իրեն է ձգում հիվանդին բնորոշ բազմաթիվ միտումներ կամ թույլ է տալիս, որ դրանք իրականանան: Որպես այդպիսին կոնֆլիկտի հասկացությունը չի կարող այլևս սահմանվել այնպես, որ այն հստակ խթան դառնա փոխզիջման համար: Քանի որ այն, ինչը մի դեպքում կընկալվի որպես փոխզիջում, կարող է մի համատեքստում համարվել հաղթանակ, իսկ մյուսում՝ պարտություն» (էջ 52):

Հոգեվերլուծություն. հերմենևտիկ տեխնոլոգիա

Կոնֆլիկտի ընդհանուր հոգեվերլուծական հոգեախտաբանությունը այսօր կարող է առաջ անցնել՝ ընդունելով այն հասկացությունը, որ չկան

օբյեկտային հարաբերությունների այնպիսի խանգարումներ, որոնք կախված չեն ինքնազգայության խանգարումներից:

Ճիշտ կլիներ հոգեվերլուծական տեսության բացատրական մասը լրացնել խնդրի լուծման համակարգված մոտեցմամբ, այսինքն՝ թերապիայի տեսությամբ: Թերապիայի օբյեկտը կոնֆլիկտի տիրապետումն է այնպիսի պայմաններում, որոնք առավել բարենպաստ են, քան այն պայմանները, որոնցում գտնվում է կոնֆլիկտի ծննդի «մանկաբարձը»: Այս փոխաբերությունը մենք ընտրել ենք, որպեսզի ընդգծենք ախտանության որոշիչ գործոնների միջանձնային բնույթը: Այդ պատճառով զարմանալի է, որ խնդիրների լուծման համակարգված և կանոնավոր մոտեցման զարգացումը, որտեղ հոգեվերլուծողը նշանակալի ներդրում էր կատարում իր՝ «փոփոխությունների իմացության» (change knowledge) հիման վրա (Kaminski, 1970), հազիվ քարշ էր գալիս հոգեվերլուծության բացատրական տեսության հետևից: Երկար ժամանակ պահանջվեց թերապիայի ճշմարտանման մոդելի (Sanipson, Weiss, 1983) առաջացման համար, որն ընդգծում է հոգեդինամիկ արդյունավետությունը չկորցրած հին տրավմաների հաղթահարման համար «այստեղ և հիմա» մոտեցման կիրառումը: Եվ դա, չնայած այն բանին, որ Ուելդերը արդեն ստեղծել էր այդպիսի մոդելի համար նպաստավոր պայմաններ բազմագործառնությունության սկզբունքի մասին իր հոդվածում (Waelder, 1936), որտեղ նա խնդրի լուծումը բարձրացնում է՝ հասցնելով Էգոյի համակողմանի գործառնության կարգավիճակին. «Էգոն է, որ միշտ բախվում է խնդիրների և փորձում գտնել դրանց լուծումները» (էջ 46): Համապատասխանաբար, Էգոյի ներսում տեղի ունեցող գործընթացները կարելի է ներկայացնել որպես խնդրի լուծման փորձ. անհատի Էգո-ն բնութագրվում է լուծման մի շարք յուրօրինակ մեթոդներով (էջ 46–47): Միաժամանակ, Ուելդերն ուշադրություն հրավիրեց այն խնդիրների վրա, որոնք կապված են հոգեվերլուծական մեկնաբանության արվեստի հետ, և, հավանաբար, առաջինն էր, որ խոսեց *հոգեվերլուծական հերմենևտիկայի* մասին:

Թերապիայի մեր ընկալումը

Արդեն ասվածի հիման վրա թերապիայի ընկալումը կարելի է ձևակերպել հետևյալ կերպ. տրանսֆերի զարգացումը և կառուցվածքայնացումը, որոնց նպաստում են մեկնաբանությունները, տեղի են ունենում հատուկ թերապևտիկ *հարաբերությունների* շրջանակներում: Նախկինում ունեցած իր փորձի հիման վրա հիվանդի մոտ նկատելի է զգայականության բարձր մակարդակ, իսկ իր անգիտակցական սպասումների հիման վրա նա ի սկզբանե հատուկ ուշադրություն է դարձնում այն ամենին, ինչը նպաստում է կրկնությանը և ստեղծում *ընկալական ինքնություն* (Wahrenehmungs Identität), (Freud, 1900 a):

Հոգեվերլուծական շրջանակում հիվանդի նոր փորձառությունը և ապրումները նրան հնարավորություն են տալիս լուծել այն խնդիրները, որոնք առաջ անլուծելի էին թվում: Վերլուծողը մեկնաբանությունների միջոցով հիվանդին օգնում է հասկանալ ինքն իրեն և հաղթահարել իր անգիտակցական դիմադրությունը: Այդ գործընթացում հիվանդը կարող է ինքնություն հասնել շատ զարմանալի ներհայեցման: Քանի որ հոգեվերլուծական մեկնաբանությունն այն մտքերն են, որոնք ծագում են հոգեվերլուծողի մոտ, ապա դրանք կարող են նկարագրվել որպես իրերի դրության շուրջ սեփական հայեցակետ, կարծիք: Դրանք կարող են երկարատև թերապևտիկ արդյունք ունենալ, եթե համապատասխանում են հիվանդի կողմից կատարվող քննական ուսումնասիրությանը կամ նրա «սպասումներին», նրա ներքին իրականությանը: Հետագայում այդ մշակումները դառնում են փորձի մի մաս և փոփոխում են հիվանդի փորձառությունն ու ընկալումները նրա հետ աշխատանքի ընթացքում, ինչը շարունակվում է նաև հիվանդի առօրյա կյանքում: Հիվանդը սուբյեկտիվորեն է ընկալում այդ փոփոխությունները, բայց դրանք երևան են գալիս նաև նրա վարքում տեղ գտած փոփոխությունների և ախտանիշների անհետացման միջոցով:

Թերապիայի այսպիսի ընկալումը ենթադրում է, որ հոգեվերլուծական մեթոդի արժեքավորության մասին հարկ է դատել՝ ելնելով թերապիայի ընթացքում տեղի ունեցած փոփոխություններից: Համենայնդեպ, չնայած նպատակը կարող է լինել կառուցվածքային փոփոխությունը, դրան հասնելուն կարող են խանգարել տարբեր անբարենպաստ պայմաններ: Բայց ոչ մի պարագայում հոգեվերլուծողը չի կարող խուսափել հետևյալ հարցերի պատասխաններից.

1. Ինչպե՞ս է հոգեվերլուծողը դիտարկում ենթադրյալ կառուցվածքի (տեսական ենթադրություն) և հիվանդի ախտանիշների միջև կապը:
2. Ո՞ր կառուցվածքային փոփոխություններն են արտահայտվում ներքին (հիվանդի զգացած) և արտաքին փոփոխություններով:
3. Այս երկու հարցերի պատասխանների լույսի ներքո կարելի՞ է արդյոք հիմնավորել թերապիայի ընտրված միջոցը:

Մենք համաձայն ենք Բրենների հետ այն հարցում, որ «ախտանիշների բարելավումն անհրաժեշտ չափանիշ է, թեև ինքնին այն բավարար չէ մեկնաբանության և դրա հիմքում ընկած կռահման (կռահումների) վավերականության տեսանկյունից» (Brenner, 1976, էջ 58): Մեկնաբանությունը՝ հոգեվերլուծական մեթոդաբանության բնորոշ բաղադրիչը, հարաբերությունների բարդ ցանցի մի մասն է: Այն, ինչպես նաև բուժման կանոնները, ինքնին ոչ մի արժեք չեն ներկայացնում: Վերլուծողի հոգեկան իրողությունը, նրա հակատրանսֆերը և տեսությունը դառնում են հոգեվերլուծական շրջանակի մի մաս: Հոգեվերլուծությանը, ինչպես նաև այլ պրակտիկ ուսմունքների բնորոշ է ընդհանուր գիտելիքից դեպի մասնավոր դեպք և հակառակն անցում կատարելու կարողությունը:

Յուրաքանչյուր հիվանդի անհատականությանը համապատասխանելու անհրաժեշտությունը հոգեվերլուծության գործնական կիրառումը դարձնում է վարպետության՝ արհեստի պես մի բան, որը հարկ է սովորել՝ ի վիճակի լինելու գործել ըստ կանոնների, որոնք կարող են միայն ընդհանուր բնույթի երաշխավորություններ լինել: Անկախ «տեխնոլոգիա» բառի ժամանակակից հարանշանակություններից, մենք չենք վախենում օգտագործել «հոգեվերլուծական տեխնոլոգիա» եզրը, ինչպես այն կիրառել է հոգեվերլուծական կրթություն ստացած փիլիսոփա Ուիզդոմը (Wisdom, 1956): Մի բան է անհոգի տեխնիկան և օտարացումը, մի այլ բան՝ հոգեվերլուծական վարպետությունը, որը գտնվում է վարպետության բոլորովին այլ մակարդակի վրա: Հոգեվերլուծողները ո՛չ «հոգետեխնիկներ են», ո՛չ էլ «վերլուծողներ» այն իմաստով, որ հոգեկան աշխարհը բաժանում են մասերի, իսկ սինթեզը (ապաքինումը) թողնում են ընթանա ինքնուրույն և սեփական հունով: Մենք չենք վախենում, որ եթե օգտագործենք «տեխնոլոգիա» բառը, մեր մոտեցումը թերապիային սխալ կհասկացվի, որովհետև վերլուծողները իրենց մեկնաբանությունները անելիս, տեխնոլոգիական սկզբունքներին են հետևում այնքան ժամանակ, մինչև հիվանդը չունենա «էվրիկայի» զգացողությունը: Որպես հերմենևտիկ տեխնոլոգիա հոգեվերլուծական մեթոդը բարդ հարաբերությունների մեջ է տեսության հետ (տե՛ս գլուխ 10):

Հոգեվերլուծական մեկնարկեստի համար առանձնապես տեղին է նպատակամետ և դրամատուրգիական գործողությունների իմացությունը:

«Նպատակամետ գործողությունը կարելի է գնահատել արդյունավետության տեսանկյունից: Գործողության կանոնները ենթադրում են տեխնիկայես և ռազմավարության տեսանկյունից օգտակար իմացություն, որը կարելի է քննել ձշմարտության պահանջների դիրքերից և կարելի է բարելավել էմպիրիկ տեսական գիտելիքի աճին հակադարձ համեմատական հարաբերությունների շնորհիվ: Այս գիտելիքը կուտակվում է տեխնոլոգիայի և ռազմավարության տեսքով» (Habermas, 1985, հատոր 1, էջ 333):

Այս մտքերը հոգեվերլուծական տեխնիկայի համար օգտակարության տեսանկյունից ձևակերպելու ժամանակ, հավանաբար, հարկ է նկատի ունենալ, որ դեռևս Արիստոտելի ժամանակներից ի վեր գործողության փիլիսոփայական տեսություններում քննարկված նպատակամետ գործողությունները (Bubner, 1976) չպետք է սահմանափակվեն նպատակային ռացիոնալությամբ, ինչպես գտնում էր Մաքս Վեբերը: Մեր դիրքորոշումը լիովին սխալ կհասկացվի, եթե մտածենք, որ մեր շեշտադրումը թերապիայի նպատակի վրա ենթադրում է ֆիքսված նպատակների առկայություն: Հոգեվերլուծական մեկնաբանության մեջ հաղորդակցումն իսկապես չի կարող քննադատվել, բայց նպատակները չեն ֆիքսվում և ձևավորվում են հիվանդի ինքնաբերականությամբ, նրա ազատ զուգորդություններով և վերլուծողի մտքերի քննական ուսումնասիրությամբ: Այս գործընթացում միջոցներն ու նպատակները կարծես իրենք իրենց են ի հայտ գալիս, բայց իրականում դրանք

որոշվում են այն պայմաններով, որոնք սահմանում են հոգեվերլուծական գործընթացի տարբեր ձևերը:

1.3 Տեսության ճգնաժամը

Բավականին տևական ժամանակ հոգեվերլուծությունը «հեղափոխության և գրեթե անարխիայի» փուլում էր (A. Freud, 1972 a, էջ 152): Աննա Ֆրոյդը գրում է, որ տեսությունը և տեխնիկան ուղղորդող գրեթե բոլոր հասկացությունները հարձակման էին ենթարկվում տարբեր կողմերից: Նա նկատի ուներ մասնավորապես ազատ զուգորդությունները, երազների մեկնությունը (որը պետք է տեղը գիջեր տրանսֆերի մեկնաբանմանը) և տրանսֆերի քննադատությունը, ընդ որում՝ վերջինս այլևս չի ընկալվում որպես հիվանդի մտքում և վարքում ինքնաբերական հայտ եկող երևույթ, այլ դիտարկվում է որպես վերլուծողի մեկնաբանությունների հետևանքով առաջացնող երևույթ (1972 a, էջ 152): Միևնույն ժամանակ հոգեվերլուծության գիտակարգում ուժգնանում էին տարածայնությունները: Նույն հոգեվերլուծական պրակտիկայի անկյունաքար հանդիսացող հասկացությունները՝ տրանսֆերը և դիմադրությունը, կորցրել են իրենց նախկին դիրքերը (տե՛ս նաև Holt, 1992): Հոգեվերլուծության այս հիմնական բաղադրիչների վերաբերյալ Ֆրոյդը գրել է.

«Այսպիսով՝ կարելի է ասել, որ հոգեվերլուծության տեսությունը փորձ է բացատրելու երկու անսպասելի և հրաշալի փաստեր, որոնք միշտ առաջանում են, երբ փորձ է արվում բացահայտել ներոտիկի ավստանիշների ծագման պատճառները նրա անցյալում, այսինքն՝ տրանսֆերի և դիմադրության փաստերը: Հոգեվերլուծության ցանկացած ուղղություն, որն ընդունում է այդ երկու փաստը և դրանց վերաբերում է որպես իր աշխատանքի սկզբնական կետեր, իրավունք ունի կոչվել հոգեվերլուծություն, նույնիսկ եթե դա հանգեցնում է իմ ստացած արդյունքներից տարբերվող արդյունքների» (1914 d, էջ 16):

Ակնհայտ է, որ հոգեվերլուծության տեսությունը և տեխնիկան մեծապես կարճազանքեն, եթե այս երկու անկյունաքարերից որևէ մեկը փոփոխվի կամ եթե հարկ լինի, որ հոգեվերլուծական մեթոդը հիմնվի շատ այլ անկյունաքարերի վրա, որպեսզի բավարարի գործնականում առաջադրված պահանջները:

Գիտակարգի ձևավորման երկրորդ դարի սկզբում հոգեվերլուծության վրա լուրջ ազդեցություն են թողնում բազմաթիվ պլուրալիստական և սուբյեկտիվիստական տրամադրություններ: Հիմնարար սկզբունքները, ինչպես, օրինակ, տրանսֆերը, հակատրանսֆերը և դիմադրությունը, փոքրիշատե հայտնի տարրեր են խիստ բազմազան հոգեթերապևտիկ մոտեցումներում: Այս հայեցակարգային և կլինիկական բազմակարծությունը հոգեվերլուծության դեռևս աննախադեպ զարգացման վկայությունն է: Տարբեր տեսությունների և խիստ բազմակարծ հոգեթերապևտների կողմից դրանց

գործնական կիրառության արդյունքում ծագած տարաձայնությունները, անհետևողականությունը և անհամատեղելիությունը հասել են զարմանալիորեն բարձր մակարդակի: Ներաշխարհի բարդության ընդունումը նույնիսկ, թվում է, համաձայնեցնում է հակասական տեսությունները միևնույն երևույթի շուրջ: Այս առումով հարկ է ի նպաստ գործադրել Շաֆերի բազմակարծությունը՝ պլյուրալիզմը (1990): Թեև հոգեվերլուծական պրակտիկայի այսպիսի բազմակարծությունը ցանկալի է, այն չպետք է հանգեցնի «ինչ էլ լինի՝ կլինի» կամայական փիլիսոփայական լայնախոհության (Feyerabend, 1983): Բուժման նկատմամբ պլյուրալիստական մոտեցումը առաջ է բերում մասնագիտական կարողությունների գնահատման չափանիշների մշակման անհրաժեշտություն, որտեղ «նախ և առաջ մի վնասիր»-ը դառնում է ամենավերջինը (Tuckett, 2005): Դաշտի ընդլայնումը ավելի է դժվարացրել զանազան ուղղությունների տարբերակումը՝ համեմատած 1950-ականներին հոգեդինամիկ հոգեթերապիայի տարածման ընթացքի հետ: Լիոդին նոր է այն միտումը, որ պաշտոնապես ընդունելի է խոսել տարբեր հոգեվերլուծությունների մասին, այսպիսով՝ վեր է հանվում համագոյակցության և ընդհանրությունների խնդիրը (Wallerstein, 1988):

Ֆրոյդի մահվանից 60 տարի անց ընդունվեց ՀՄԱ-ի ներսում և դրանից դուրս ձևավորված բազմազանությունը: Կարծիքների միջև առկա տարբերություններն այլևս վտարմամբ չեն լուծվում, ինչը նախկինում հանգեցնում էր ՀՄԱ-ից դուրս տարբեր անկախ ասոցիացիաների կազմավորմանը: Հիմնադրի և նրա մերձավորագույն աշակերտների՝ «միասնականությանը» միտված պայքարը այլևս անցյալի իրողություն է (Thomä, 2005): Բազմազանության այս ընդունումը ստիպում է մասնագիտական հանրույթին հատկացնել թե՛ համաձայնության արժանացած, թե՛ տարաձայնությունների տեղիք տված ոլորտները: Թեև խնդիրն այժմ այլ է, մենք դեռևս բախվում ենք հին խնդրին՝ ինչպես է տեսությունն ազդում թերապևտիկ մտքի և գործողությունների վրա:

Մենք կարծում ենք, որ բազմակարծության մասշտաբը, որն իր ամբողջության մեջ, կարելի է ասել, հոգեվերլուծությանը քառսային տեսք է հաղորդել, մեծապես թերագնահատվում է: Վալերշտայնը, օրինակ, կլինիկական դիտարկումներում փնտրում և գտնում է կապակցող նմանություններ հետևյալ փաստարկների օգնությամբ.

- Ընդհանուր բացատրական տեսությունները՝ որպես կոնկրետ դպրոցների կողմից առաջադրվածներ, ունեն փոխաբերական բնույթ, ինչը կասկածահարույց է դիտարկվելիք երևույթներին համապատասխանության առումով: Վալերշտայնն ասում է, որ այս փոխաբերությունները օգտակար գործառույթ են կատարում, քանզի դրանք իմաստալից են դարձնում կլինիկական տվյալները, անգամ եթե ներկայումս անհնար է ստուգել այս տվյալները համեմատական ուսումնասիրությունների միջոցով: Մի փոքր ի հակադրություն սրան, հղում անելով Գ. Կլայնին (1976), նա շեշտում է այնպիսի

կլինիկական տեսության անկախությունը, որը մոտ է դիտարկմանը, և որի կանխավարկածը կարելի է ստուգել և ապացուցել, ինչպես այլ գիտություններինը:

- Տրանսֆերը և դիմադրությունը, կոնֆլիկտը և փոխզիջումը սահմանվում են որպես կլինիկական տեսության հիմնական տարրեր: Վալերշտայնն ամփոփում է իր դիրքորոշումը՝ ասելով, որ մեր միջամտությունները, բացի ոճական և տեսությամբ ուղղորդված եզրերի տարբերություններից, արտացոլում են մեր վերլուծական մեթոդը և հիմնված են դիմադրության, վախի, կոնֆլիկտի և փոխզիջման, ինչպես նաև տրանսֆերի և հակատրանսֆերի միասնական տեսության վրա: Նա փաստում է, որ այս մեթոդը նպաստում է դիտարկումների արդյունքում ստացված տվյալների համադրելիությանը՝ զգալի տեսական տարբերություններից անկախ:

Այժմ Վալերշտայնը մի քայլ առաջ է անցնում, և քանի որ պրակտիկայով զբաղվող վերլուծողների մեծ մասը երկարամյա մասնագիտական գործունեության ընթացքում դժվարություններ են ունեցել՝ համապատասխանեցնելու իրենց մեթոդաբանության մեջ տեղ գտած փոփոխությունները տեսության մեջ տեղի ունեցածների հետ, ուստի նա պնդում է, որ մեթոդը նկատելիորեն ազատ է տեսության ազդեցությունից:

Եթե հեռուն գնացող այս փոփոխություններին նայենք գիտության պատմության տեսանկյունից, որի հեղինակը Կունն է (Kuhn, 1962), լիովին կարելի է բացատրել այն փաստը, որ հոգեվերլուծությունը ուշ է մտել սովորական գիտություն համարվելու փուլ, և կարելի է գտնել հիմնավորումներ այն տեսակետի համար, որ հոգեվերլուծությունը դեռևս էվոլյուցիոն ընթացքի մեջ է, իսկ գիտական հարացույցը փոփոխվում (Spruiell, 1983, Rothstein, 1983, Ferguson, 1981, Thomä, 1983 c.): Իրարից շատ տարբերվող կարծիքները համեմատյալապես մոտենում են իրար այն առումով, որ, անկասկած, բոլորն էլ կապված են Ֆրոյդի աշխատությունների հետ: Համեմատյալապես պարզ է, որ վերլուծողները՝ ընդունելով տրանսֆերի և դիմադրության փաստերը, ինչպես նաև ընդունելով հոգեվերլուծության այլ հիմնական դրույթներ, ինչպիսիք են անգիտակցական հոգեկան գործընթացները, սեքսուալության և էդիպյան բարդության դերը (Freud, 1923 a, էջ 247), կարող են այլ արդյունքներ ստանալ իրենց տեսական ու գործնական աշխատանքի ընթացքում: Սա մեկ անգամ ևս ցույց է տալիս այն բարդ հարաբերությունները, որոնք առկա են հոգեվերլուծական մեթոդաբանության և տեսության միջև: Նոր խմորումները, որոնք նկատելիորեն անդրադարձան «նույնացման ձգնաժամի» գաղափարի վրա (Gitelson, 1964, Joseph, Widlöcher, 1983), իրենց համանման գործընթացներն ունեն նաև օրթոդոքսալ հոգեվերլուծական ուղղություններում: Նման օրթոդոքսալությունը կարելի է հասկանալ որպես ներսից և դրսից հակազդում արմատական քննադատությանը, ինչպես նաև որպես մտահոգության արտահայտություն հոգեվերլուծության հանդեպ, սակայն այս մոտեցումն ավելի չի նպաստում կոնֆլիկտների լուծմանը, քան որոշ նկրտիկ հակազդումներ: Փաստորեն, ձկունության բացակայությունը և անարխիան կանխորոշում և

ուժեղացնում են մեկմեկու, հենց այդ պատճառով էլ Ա. Ֆրոյդը (1972 թ) այդ երկուսը միասին է հիշատակում:

Մետահոգեբանության նվազող արժեքը

Հոգեվերլուծության պրակտիկան միակ ոլորտը չէ, որը բնութագրվում է փոփոխություններով ու նորամուծություններով: «Սպեկուլյատիվ գերկառուցվածքը», ինչպես Ֆրոյդն է անվանել (1925 թ. էջ 32)՝ մետահոգեբանությունը, վերջին տասնամյակներում նույնպես տատանումների է ենթարկվել: Շատ հեղինակներ նախատեսում են այդ գերկառուցվածքից հրաժարվել, թեև Ֆրոյդն այն կառուցել էր՝ հոգեվերլուծությունը որպես գիտություն և նոր դարաշրջանի ավետաբեր դարձնելու նպատակով: Ոմանք հավատում են, որ հոգեվերլուծական մեկնաբանությունը կարող է ազատվել Ֆրոյդին վերագրվող «գիտական ինքնամոլորումից» (Habermas, 1971) և վերադառնալ հերմենևտիկ գիտակարգերի հարազատ դաշտը: Այլոք կարծում են, որ մետահոգեբանությունից հրաժարումը կարող էր վերջապես բերել հոգեվերլուծական կլինիկական տեսության դերի լիարժեք ճանաչմանը, որն ավելի քիչ է հետևությունների վրա հիմնված և, այսպիսով, ավելի հարմար է պրակտիկայի էմպիրիկ եղանակով ստուգման ենթակա ուղեցույց հանդես գալու համար: Սակայն հոգեվերլուծական տեսության շենքը կազմող առանձին հարկերը ամբողջապես իրարից անջատել հնարավոր չէ: Մետահոգեբանության հենասյուները ստորին հարկերով էլ են անցնում, և դրանց մի մասը պատերի մեջ ավելի տեսանելի են, քան մյուսները: Մետահոգեբանական դրույթներ կան նաև կլինիկական տեսության մեջ և ազդում են հոգեվերլուծողի վրա, նույնիսկ երբ նա կարծում է, թե հիվանդին լսում է առանց կանխակալ կարծիքի, այսինքն՝ որ ինքն ապահովել է իր ուշադրության հավասարաչափ բաշխումը: «Նույնիսկ նկարագրական փուլում հնարավոր չէ գերծ մնալ նյութի նկատմամբ որոշակի վերացական մտքեր կիրառելուց. մտքեր, որոնք որտեղից ասես կարող են քաղված լինել, բայց վստահաբար նոր հետազոտության հետևանք չեն» (Freud, 1915 թ, էջ 117):

Մեկ սեանսից կամ թերապիայի ամբողջ կուրսից ստացած նյութի երկրորդային մշակման ժամանակ վերլուծողը համեմատում է իր մտքերը հոգեվերլուծական տեսության հետ: Ֆրոյդը գտնում էր, որ այդ խնդիրը բավարար չափով լուծված չէ, քանի դեռ հոգեկան գործընթացը դինամիկ, տեղագրական ձևերով և տնտեսապես նկարագրված չէ:

«Մենք տեսնում ենք, թե մեզ ինչպես են աստիճանաբար բերում հոգեկան երևույթների քննարկման երրորդ տեսակետին: Դինամիկ և տեղագրական հայացքներին ի հավելումն, մենք ընդունեցինք նաև տնտեսականը: Այն փորձում է հետևել մեծաքանակ գրգիռների փոփոխականությանը և հերթագայությանը և տալ դրանց մեծության առնվազն *հարաբերական* գնահատականը»:

«Անհիմն չէր լինի, եթե մենք մեր քննարկման առարկայի ուսումնասիրման ամբողջական եղանակին տայինք հատուկ անվանում, որովհետև դա

հոգեվերլուծական հետազոտության ավարտն է: Ես առաջարկում եմ, որ երբ մեզ հաջողվի հոգեկան գործընթացը նկարագրել դինամիկ, տեղագրական և տնտեսական տեսանկյուններից, ապա մենք պետք է խոսենք դրա մասին որպես *մետահոգեբանական* պատկերացման: Պետք է անմիջապես ասեն, որ մեր գիտելիքների ներկայիս դրության պարագայում միայն մի քանի պահ կա, որտեղ դա մեզ կհաջողվի» (Freud, 1915e, էջ 181):

Այդ մոտեցման խիստ էական նշանակությունը ցույց տալու համար Ֆրոյդը նկարագրել է «մեզ ծանոթ ներդոշների 3 ձևերի ժամանակ տեղի ունեցող արտամղման գործընթացը»: Քանի որ արտամղումը այն «անկյունաքարն է, որի վրա հենվում է հոգեվերլուծական կառուցվածքը» (1914 d, էջ 16), պարզ է, որ Ֆրոյդի համար մետահոգեբանական բացատրությունը հիմնարար նշանակություն պիտի ունենար: Մետահոգեբանության մշակման նպատակն էր «խորացնել և պարզել այն տեսական դրույթները, որոնց վրա կարող էր հենվել հոգեվերլուծական համակարգը» (Freud, 1917 d, էջ 222): Համաձայն Լապլանշի և Պոնտալիսի՝

«Այդ երեք տեսակետին բնորոշ բոլոր տեսական հետազոտությունները, ներառյալ հասկացությունները և վարկածները, մետահոգեբանական աշխատանքներ համարելու փոխարեն, ավելի նախընտրելի է այդ նկարագրությունը կիրառել միայն տեքստերի դեպքում, որոնք հիմնավորապես զարգացնում և բացատրում են հոգեվերլուծական հոգեբանությանը սատարող վարկածները (Laplanche, Pontalis, 1973 էջ 250)»:

Այս հեղինակները որպես «*զույր* մետահոգեբանական տեքստեր» դիտարկում էին Ֆրոյդի հետևյալ գործերը. «Գիտական հոգեբանության ծրագիր» (1950 a), «Երազների մեկնության» գլուխ 7-ը (1900a), «Վարկածներ գիտակցության գործունեության երկու սկզբունքի մասին» (1911 b), «Բավարարության սկզբունքից այն կողմ» (1920 g), «Էգոն և Այն-ը» (1923 b), «Հոգեվերլուծության համառոտ նկարագիրը» (1940 a): Այսպիսով ակնհայտ է դառնում, որ Ֆրոյդը մինչև վերջ էլ հոգեվերլուծական տեսության հիմքերը փնտրում էր մետահոգեբանական հայացքների մեջ՝ «դինամիկ, տեղագրական և տնտեսական հայեցակերպում» (1915 e, էջ 181): Մյուս կողմից՝ հոգեվերլուծական մեթոդը մնում էր խորքային հոգեբանության ոլորտում: Նոր մեթոդի սխտեմատիկ օգտագործման շնորհիվ Ֆրոյդն արեց մի շարք հայտնագործություններ, որոնք նրան թույլ տվեցին ուսումնասիրել անհատի ճակատագրի և ախտածնության վրա անգիտակցական հոգեկան գործընթացների ազդեցությունը:

Վերլուծության մեթոդը և հոգեվերլուծական տեսությունը տարբեր մակարդակների վրա են գտնվում: Հետմահու տպագրված «Հոգեվերլուծության համառոտ նկարագիրը» աշխատանքում Ֆրոյդը դեռևս փորձում էր հոգեկան ապարատը բացատրել որպես մղումների համակցություն, բայց միաժամանակ նա նշում էր, որ այն, ինչ գտնվում է «մեր գիտելիքի երկու վերջնական կետերի միջև, մեր ուղեղում և նյարդային համակարգում տեղի ունեցող գործընթացների և մեր գիտակցության գործունեության միջև, մեզ անհայտ է»: Այդ հարաբերության մասին մեր իմացության ընդլայնումը

«լավագույն դեպքում թույլ կտար ձշգրտորեն գտնել գիտակցական գործընթացների տեղը, բայց *դրանց ճանաչման համար ոչ մի օգուտ չէր քս»* (1940 թ, էջ 144, շեղատառերը՝ խմբագրի): Ֆրոյդը տարբեր գաղափարներ ուներ հոգեկան կապերի մասին: Մարդու վարքի ֆիզիկական, կենսաբանական, ուղեղային և նեյրոֆիզիոլոգիական բացատրությունները փնտրելիս բնագրի հասկացության և բնագրի տեսության միջոցով նա միշտ էլ հավատարիմ էր մնում իր առաջին սիրուն (Sulloway, 1979): Բայց խորքային հոգեբանության բացատրական մոդելը ուղղված է իմաստային համատեքստին, որի հետազոտությունը բերում է շարժառիթների վերլուծմանը, ինչն էլ, իր հերթին, հանգեցնում է անգիտակցական աղբյուրների և պատճառների բացահայտմանը: Եթե այդ աղբյուրները և պատճառները ցույց են տրված, իմաստային համատեքստի ընկալումն այնքան է ընդլայնվում, որ հնարավորություն է ստեղծում բացատրություն տալ նախկինում անիմաստ թվացած երևույթներին, նույնիսկ հալուցիկատոր ապրումներին և գործողություններին: Յասպերսը (Jaspers, 1963) «իբր հասկանալ» եզրը կիրառում էր բացատրման և հասկանալու այդ հիբրիդի նկարագրության համար: Այն բնութագրում է նաև այդ բառերի ամենօրյա օգտագործումը: Այդ «իբր հասկանալ» եզրը Ռուբինշտեյնի կողմից էր ներմուծվել ԱՄՆ-ում հոգեվերլուծական տեսության վերաբերյալ ակադեմիական քննարկումների շրջանակում (Rubinstein, 1967): Այսպիսով՝ հոգեվերլուծության մեթոդում երկու տարբեր հենքեր ունեցող բացատրությունը բարդ հարաբերություններով է կապված ըմբռնման՝ հասկանալու հետ: Մենք այդ «իբր»-ը տարբերանշան ենք համարում:

Ֆրոյդի այս բազմազան գաղափարները, որոնք տեղիք էին տվել հակասությունների և անհամապատասխանությունների, հող նախապատրաստեցին ներկայիս հոգեվերլուծական տեսության ձգնաժամի համար: Հոգեվերլուծական մեթոդի օգնությամբ նա հանգեց տեսական հասկացությունների, որոնք փորձեց նկարագրել մետահոգեբանական եզրերով՝ վերջնականապես ձգտելով գտնել դրանց սկիզբը կենսաբանական գործընթացներում, միաժամանակ զարգացնելով խորքային հոգեբանության տեսությունը, որը փորձի վրա հիմնված լինելու շնորհիվ հավատարիմ էր մնում մեթոդին, այսինքն՝ հիմնվում էր վերլուծական շրջանակում ստացված փորձի վրա և չէր փոխառում իր գաղափարները դարասկզբի կենսաբանությունից կամ ֆիզիկայից: Այդ նույն ժամանակաշրջանում, երբ Ֆրոյդը մետահոգեբանական բացատրություն տվեց արտամղմանը՝ հենվելով էներգիայի կատեքստի վրա, նա իր «Անգիտակցականը» գրքում գրել է.

«Համենայնդեպս, պարզ է, որ վտանգավոր է բանավիճել այն հարցի շուրջ, թե արժե արդյոք հոգեկան կյանքի լատենտ վիճակները, որոնք անհնար է բացառել, քննարկել որպես գիտակցական հոգեկան կամ ֆիզիկական վիճակ: Այդ պատճառով ավելի լավ է մեր ուշադրությունը կենտրոնացնենք այն բաների վրա, որոնք մեզ հաստատապես հայտնի են այս վիճելի իրավիճակների մասին: Այն, ինչը վերաբերում է դրանց ֆիզիկական

բնութագրերին, մեզ համար անմատչելի է. ոչ մի ֆիզիոլոգիական հասկացություն կամ քիմիական գործընթաց մեզ չի կարող տալ ոչ մի գիտելիք դրանց բնույթի վերաբերյալ: Մյուս կողմից՝ մենք վստահաբար գիտենք, որ դրանք ընդհանուր եզրեր ունեն գիտակցական հոգեկան գործընթացների հետ: Որոշակի աշխատանքի միջոցով դրանք կարելի է վերածել գիտակցականի կամ փոխարինել գիտակցականով: Դրանց համար կարելի է օգտագործել այնպիսի կատեգորիաներ, ինչպիսիք են գաղափարները, նպատակը, որոշումները և այլն, որոնք մենք կիրառում ենք գիտակցական հոգեկան ակտի նկարագրության համար: Անշուշտ, այդ լատենտ վիճակներից մի քանիսի մասին մենք պետք է ասենք՝ միակ բանը, որ նրանց տարբերում է գիտակցականից, գիտակցության բացակայությունն է: Այսպիսով, մենք աներկբայորեն դրանք կարող ենք համարել հոգեբանական հետազոտության օբյեկտ և դիտարկել գիտակցված հոգեկան ակտերի հետ սերտ կապերի մեջ:

«Լատենտ հոգեկան ակտերի *հոգեբանական* բնույթի համառ հերքումը բացատրվում է այն հանգամանքով, որ այդ երևույթների մեծ մասը հոգեվերլուծությունից դուրս հետազոտության օբյեկտ չի եղել: Նա, ով չգիտի ախտաբանական փաստերի մասին, նորմալ մարդկանց պարապրակսիաները համարում է պատահական և, դրանով բավարարվելով, երազները համարվում են անմտություն: Ժամանակ առ ժամանակ, նույնիսկ հոգեվերլուծությունից առաջ հիպնոտիկ փորձերը և առանձնապես հետհիպնոտիկ ներշնչումը վկայում էին հոգեկան անձի անգիտակցականի գոյության և անգործունեության եղանակների մասին» (1915 թ, էջ 168–169):

Ըստ «Դասախոսություններ հոգեվերլուծության ներածության մասին» գրքի (1916/17, էջ 21), «հոգեվերլուծությունը պետք է ձեռնպահ մնա իրեն օտար կանխավարկածներից, անկախ դրանց բնույթից՝ անատոմիական, քիմիական կամ ֆիզիոլոգիական, և պետք է օգտվի զուտ հոգեբանական գաղափարներից»: Հենց այս պնդման համատեքստում է Ֆրոյդը գրել, որ հոգեվերլուծությունը «փորձում է հոգեբուժությանը տալ իրեն այդքան պակասող հոգեբանական հիմնավորումը» և «հույս ունի նոր ընդհանուր հիմքեր բացահայտել, որոնց հիման վրա մտավոր և ֆիզիկական խանգարումների գուգամիտումը իմաստալից կլինի»: «Գիտական հոգեբանության ծրագրում» (1950 թ), որը Ֆրոյդը գրել է 1895–ին, արդեն գերակշռում էր, թեև ոչ ակնհայտորեն, գիտական հոգեբանության զարգացման միտքը, այսինքն՝ հոգեկան գործընթացները նկարագրել որպես նյութական բաղադրիչների քանակապես հաստատված վիճակ: Ֆրոյդը հույսը չէր կորցնում, որ հոգեվերլուծության մետահոգեբանական կառուցվածքը՝ գերկառուցվածքը, երբևէ «կկառուցվի օրգանական հիմքի վրա» (1916/17, էջ 389):

Խորքային հոգեբանության օժանդակ հասկացությունները հիմնականում վերաբերում են անգիտակցական հոգեկան գործընթացներին: Ֆրոյդի հիմնավորած հոգեբանության և կոնֆլիկտի հոգեախտաբանության հետ դրանք հնարավորություն են տալիս հասկանալ մարմնական և հոգեկան

խանգարումների համընկնումները: Վերջին տասնամյակում հոգեվերլուծությունը ներառեց նաև զարգացման հոգեբանության և կոգնիտիվ հոգեբանության այլ օժանդակ գաղափարներ: Բացի այդ՝ գիտական տեսությունների վերաբերյալ քննարկումների հետևանքներից մեկը եղավ հոգեվերլուծական մեթոդի և դրա հետ կապված հոգեկան երևույթների նկատմամբ հետազոտողների հետաքրքրության տեղաշարժը: Այդ աշխատանքները հանգեցրին հոգեվերլուծության տեսական կառուցվածքի ընդհանուր ձգնաժամին: Մեր ժամանակակիցների խնդիրն է նորացնել հոգեվերլուծական տեսությունը, որը մինչ այդ մետահոգեբանության տեսք էր ստացել և, հետևաբար, թե բովանդակային, թե մեթոդաբանական տեսանկյունից խորթ ու անկայուն հիմքի վրա էր:

Ռապապորտի ազդեցությունը

Պատահական չէ, որ մետահոգեբանության ձգնաժամն ակնհայտ դարձավ կանխավարկածների ստուգման ուղղությամբ սիստեմատիկ հետազոտությունների ընթացքում: Կլինիկական և փորձարարական ստուգման ժամանակ չի կարելի սկսել բնափիլիսոփայությունից դուրս բերված գաղափարախոսական պոստուլատների անկանոն խառնուրդներից կազմված մետահոգեբանական մոգոնումներից, բազմաշերտ փոխաբերություններից ու հոգեկան հիվանդությունների ծագմանը վերաբերող վառ դիտարկումներից: Պարզաբանման գործընթացում մեծ ներդրում է ունեցել Ռապապորտը (Rapaport, 1967): Նա համակարգել է հոգեվերլուծական տեսությունը, փորձել է գիտականորեն հիմնավորել նրա փոխարկումը պրակտիկայի: Նրա հանրագիտարանային գիտելիքները երևում են «Հոգեվերլուծական տեսության կառուցվածքը» գրքում (1960), որտեղ հեղինակը մանրակրկիտ մշակել էր գոյություն ունեցող մետահոգեբանական դրույթները՝ ակնհայտ դարձնելով դրանց թուլությունը: Նա դրանք հպանցիկ հիշատակում է որոշ հասկացությունների քիչ հավանական գոյատևման իրավունքի քննարկման ժամանակ (Rapaport, 1960, էջ 124): Ռապապորտը և Գիլլը (Rapaport, Gill, 1959) ընդլայնեցին մետահոգեբանությունը՝ նրա մեջ ներառելով գենետիկ ժառանգման և հարմարվողականության մասին տեսակետները, որոնք ենթադրվում էին դեռևս Ֆրոյդի աշխատանքներում և մանրակրկիտ մշակվել են Հարթմանի (Hartmann et al. 1949) և Էրիկսոնի (Erikson, 1959) կողմից: Պարզ է, որ գենետիկ (զարգացումը քննող) մոտեցումները, ինչպես նաև հարմարեցումը պարունակում են հոգեհասարակական տարրեր, որոնք բավական հեռու են տնտեսական սկզբունքի կենսաբանական դրույթներից:

Երբ Ռապապորտի մահից հետո նրա աշակերտները և գործընկերները շարունակեցին իրենց յուրօրինակ գիտական աշխատանքը, ակնհայտ դարձավ, որ մետահոգեբանական հասկացությունները տեսության վերածելու համար պետք է հեռուն գնացող փոփոխություններ կատարել: Այդ պատճառով Հոլտը՝ (Holt, 1967 a)՝ Ռապապորտի հիշատակին նվիրված ժողովածուի

խմբագիրը, առաջարկեց հրաժարվել ոչ միայն էներգետիկ հասկացություններից, ինչպիսիք են կատեքսիսը և լիբիդոն, այլ նաև «Էգո», «Գեր-Էգո» և «Սյն» բացատրական եզրերից (Gill, Klein, 1964): Ռապապորտի մի շարք գործընկերներ, օրինակ՝ Գիլլը, Կլայնը, Շոսֆերը և Սպենսը, մետահոգեբանության ամենախիստ քննադատներն են: Հիմարություն կլիներ հոգեվերլուծությունն մեկնաբանել նրանց շեղումը Ռապապորտի դիրքորոշումից, ինչպես անում են նրանց որոշ հակառակորդներ: Զգացմունքային բնույթի փաստարկները թույլ չեն տալիս հասկանալ այն իրական պատճառները, թե ինչպես և ինչու Ռապապորտի ծավալումն աշխատանքները նշանավորեցին նոր դարաշրջանի սկիզբը: Նրա համակարգման փորձերի պտուղը կարելի է համարել կլինիկական հետազոտությունների խթանումը շնորհիվ իր իսկ դպրոցի վերը նշված վերլուծողների: Հիմա արդեն պարզ է, որ մետահոգեբանական բացատրությունը հոգեվերլուծական մեթոդի շրջանակներից դուրս էր: Այս մեթոդի օգնությամբ հնարավոր չէ ցույց տալ մետահոգեբանության ճշմարտացիությունը, օրինակ՝ այն, թե ինչպես է տնտեսական սկզբունքը հարաբերվում կենտրոնական նյարդային համակարգի գործընթացների հետ. սա միայն ֆիզիոլոգիական հետազոտություններին է հասու: Համենայնդեպս, այն ազդեցությանը, որ մետահոգեբանական մտածելակերպն ունեցել է թերապևտիկ գործունեության վրա տասնամյակների ընթացքում, կապված է այն բանի հետ, որ շատ հասկացություններ փոխաբերաբար են օգտագործվում հոգեվերլուծական ողջ կլինիկական տեսության մեջ: Դրա հետ կապված փորձեր արվեցին՝ տարբերակելու տեսության ձևավորման տարբեր մակարդակները, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, թե դրանք որքանով կարող են ստուգվել կլինիկական և փորձարարական եղանակներով:

Ուելդերի ազդեցությունը

Փիլիսոփաների քննադատությանն ի պատասխան՝ Ուելդերը (Waelder, 1962) հոգեվերլուծական տեսության և հասկացությունների տարբեր մակարդակները բնութագրել է «Հոգեվերլուծություն. գիտական մեթոդ և փիլիսոփայություն» (1962) հոդվածում:

1. *Անհատական կլինիկական մեկնաբանություն* (անհատական «պատմական» մեկնաբանություն, Freud, 1916/17, էջ 270): Դա դիտարկման մակարդակն է, այսինքն՝ այն նյութը, որ վերլուծողը հավաքում է իր հիվանդներից: Հետո վերլուծողը փորձում է մեկնաբանել անհատական տվյալները՝ հաշվի առնելով փոխառնչությունները և դրանց հարաբերությունը վարքային մոդելի կամ գիտակցական և անգիտակցական բովանդակության հետ:
2. *Կլինիկական ընդհանրացում* (ըստ Ֆրոյդի՝ տիպիկ ախտանիշներ): Անհատական տվյալների և դրանց մեկնաբանության հիման վրա վերլուծողը ընդհանրացումներ է անում, որոնք հանգեցնում են յուրահատուկ պնդումների հիվանդների որոշակի խմբերի, ախտանիշների զարգացման և տարիքային խմբերի վերաբերյալ:

3. Կլինիկական տեսություն: Կլինիկական մեկնաբանությունները և ընդհանրացումները թույլ են տալիս ձևակերպել տեսական հասկացություններ, որոնք կարող են արդեն իսկ ներառված լինել մեկնաբանությունների մեջ կամ լինել այդ մեկնաբանությունների արդյունքը, օրինակ՝ արտամղում, պաշտպանություն, արտամղված նյութի պարբերական վերարտադրություն և ռեգրեսիա:
4. Հոգեվերլուծության կլինիկական տեսության շրջանակներից այն կողմ կան այնպիսի վերացական հասկացություններ, ինչպես կատեքսիսը, հոգեկան էներգիան, էրոսը, Թանատոսը՝ հոգեվերլուծական մետահոգեբանությունը: Մետահոգեբանության և նրա հիմքում ընկած գաղափարների շարքում առանձնապես պարզորոշ նկատելի է Ֆրոյդի սեփական փիլիսոփայությունը (տե՛ս Wisdom, 1970):

Այս սխեման ցույց է տալիս տարբեր էմպիրիկ բովանդակությամբ օժտված հոգեվերլուծական տեսությունների միջև առկա աստիճանակարգությունը, և սա հարկ է հաշվի առնել յուրաքանչյուր գիտական գնահատական տալիս:

Ուելդերը գտնում է, որ որքան բարձր է վերացարկման մակարդակը, այնքան այն անհամապատասխան է հոգեվերլուծական պրակտիկայում կիրառության համար: Եթե սա ճշմարիտ լիներ, և եթե կլինիկական տեսությունը կարողանար մետահոգեբանական դրույթներից զատ գոյություն ունենալ, համարվելով անկախ համակարգ, ապա տեսության ձգնաժամը կսահմանվեր շատ պարզորոշ կերպով: Իրականում այդքան հեշտ չէ որոշել, թե որ մտքերն են վերաբերում սպեկուլյատիվ գերկառուցվածքին, և, որոնք են անհրաժեշտ տվյալ համատեքստում դիտարկումները հասկանալու համար: Հոգեվերլուծական մեթոդը, նախ և առաջ, ուղղված է անգիտակցական հոգեկան գործընթացները ճանաչելուն: Անգիտակցական և նախագիտակցական ցանկությունների և մտադրությունների՝ պարապրակսիաներում և ախտանիշներում դրսևորումների դիտարկումը, արտամղված նյութի պարբերական վերարտադրությունը շենքի թե ամենաստորին, թե ամենավերին մակարդակների խնդիրն է: Սակայն վերլուծողը ոչ թե վերևի հարկից ներքև է նայում, այլ ավելի շուտ ընդունում է մետահոգեբանական տեսակետներից որևէ մեկը, որն այստեղ է տեղադրել Ուելդերը և կիրառում է այն առաջին հարկում: Տեղագրական և կառուցվածքային մոտեցումը, այսինքն՝ հոգեկան ապարատի բաժանումը անգիտակցականի, նախագիտակցականի և գիտակցականի, կամ Այն-ի, Էգո-ի և Գեր-Էգո-ի, ցույց է տալիս այդ հարկերը միմյանց կապող, երկկողմանի շարժում ենթադրող աստիճանավանդաակների գոյությունը:

Ուելդերի նկարագրությունը արդարացի կերպով վերանայվել է Ֆերելի կողմից (Farrell, 1981), որը, բնութագրելով տեսության վերին և ստորին մակարդակների միջև առկա հարաբերությունը, նշել է, որ հոգեվերլուծական հասկացությունները «իրենց գործունեության մեջ երկակի են, ինչպես երկդեմ Յանուսը»: Նա այդ երկակի գործառույթն այսպես է նկարագրել. իր

ամենօրյա աշխատանքում «վերլուծողը հասկացություններն օգտագործում է ոչ նրա համար, որ հաշվի առնի հոգեկան ապարատի մանրամասները, այլ որպեսզի առաջին հերթին կարգի բերի հիվանդի տրամադրած նյութը»: Այստեղ հասկացությունները ստորին մակարդակում են գործում: Բայց երբ վերլուծողը ողջ ուշադրությունը սևեռում է տեսության վրա, նա այնպիսի հասկացություններ է կիրառում, ինչպիսիք են ռեգրեսիան և արտամղումը, որպեսզի պարզի, թե ինչպես է աշխատում հիվանդի հոգեկան ապարատը: Ֆերելը գրում է, որ կապերի մասին պարզ արձանագրությունները ստորին մակարդակին պատկանող գործողություններ են, օրինակ, երբ պնդում են, որ ֆրոյստրացիայից տառապող մարդը միտված է ռեգրեսիայի դեպի զարգացման ավելի վաղ փուլ: Որպես արտամղման օրինակ Ֆերելը նշում է այն փոխկապակցվածության ուսումնասիրությունը, որն առկա է մեծահասակ հիվանդների սեռական տագնապների, մանկության ընթացքում նրանց ունեցած և այժմ մոռացված (արտամղված) զգացմունքների և թերապիայի ընթացքում այդ զգացածի վերականգնման միջև: Վերլուծողն այնպիսի ընդհանրացումներ է կիրառում, որոնք կօգնեն հիվանդից ստացած տեղեկությունների կանոնակարգմանը: Կադապարված կանոնակարգումը թռուցիկ կերպով բացատրում է ստացված նյութը:

«Բայց եթե վերլուծողը ձգտում է բացատրել, թե ինչու և ինչպես է այդ տիպի նյութ առաջանում, նա պետք է օգտվի ռեգրեսիայի և արտամղման հասկացություններից, որոնք կօգնեն նրան որոշել և նկարագրել այդ հասկացությունների ձևավորված համակարգում առկա իրադրությունը: Այդ ժամանակ այդ հասկացությունները գործում են տեսության վերին մակարդակում» (Farrell, 1981, էջ 38):

Հետևաբար, ստորին մակարդակում հասկացություններն արդեն նման են Յանուսին իրենց երկդիմությանը և առնչվում են անգիտակցականի տեսության հետ: Սակայն իրադարձությունների *դիսպարկվող հերթագայության* մասին նկարագրական պնդում անելով՝ վերլուծողը կարող է անտեսել բուն *կապի գաղափարը*, եթե նրան հետաքրքրում է միայն փաստերի արձանագրումը: Այսպիսով, չնայած զուգորդությունների բուն ուսումնասիրությունը ենթադրում է տարբեր տարրերի միջև կապի գոյությունը, փաստերի հավաքման ժամանակ հենց սկզբից կարևոր է միայն ձիշտ նշել առանձին զուգորդությունների հերթականությունը: Հետևաբար, հոգեվերլուծական շրջանակի հետազոտումը սկզբում պետք է նկարագրական լինի:

Ելք թերապիայի ճգնաժամից

Քանի որ շատ վերլուծողների համար մետահոգեբանությունը կապված է հոգեվերլուծության՝ որպես բացատրող տեսություն գիտական կարգավիճակի հետ, և քանի որ պնդում են, թե թերապիան պատճառական մոտեցում ունի, ուստի ճգնաժամն ազդում է վերլուծողի վրա և՛ որպես գիտնականի, և՛ որպես թերապևտի: Այդ երկակի, դժվար կացությունից խուսափելու միջոցներից են բացատրող տեսություններից ձեռնպահ

մնալը և պրակտիկայում առաջատար դեր խաղացող հոգեվերլուծական մեկնաբանմամբ բավարարվելը: Գերմանալեզու երկրներում «հասկացող» (verstehende) հումանիտար և սոցիալական գիտակարգերի հակադրումը «բացատրող» գիտություններին կատարվել է դեռևս Դիլտեյի և Ռիկերտի ժամանակներում, իսկ Հարթմանը (Hartmann, 1927) գտնում էր, որ ինքը բավականին պարզորոշ կերպով ապացուցել է, որ հոգեվերլուծությունը բացատրող գիտություն է: Բայց ավելի ուշ այս բանավեճերը վերսկսվեցին անգլալեզու աշխարհում: Կլուբերը (Klauber, 1946) վկայակոչում էր անգլիացի պատմաբան Քոլինգվուդին (Collingwood, 1946), որին համարում էր «հասկացող մոտեցման» առաջին կողմնակից: Հոումը (Home, 1966) և Ռիկրոֆտը (Rycroft, 1966) նույն դիրքորոշմանն էին: Հյուսիսամերիկյան վերլուծողներն արագ ընդունեցին ֆրանսիացի փիլիսոփա Ռիկյորի մտքերը, որը Ֆրոյդին համարում էր հերմենևտիկ: Հաբերմասի (Habermas, 1968) ներմուծած «գիտական ինքնամոլորություն» եզրը, որով նա ցույց էր տալիս այն սխալը, որի զոհն էր Ֆրոյդը, լայն տարածում գտավ: Հաբերմասը այդպես է անվանել մետահոգեբանական բացատրությունները, ի դեպ՝ նա չէր վիճարկում այն, որ հոգեվերլուծողները բացատրող տեսության, ինչպես նաև, ընդհանրացումների կարիք ունեն, որպեսզի հիվանդներին ավելի խորությամբ բուժելու, այսինքն՝ մեկնաբանություն տալու հնարավորություն ունենան:

Համառոտ ակնարկ հերմենևտիկայի վերաբերյալ

Այս պահին կցանկանայինք կրկնել որոշ դիտարկումներ հերմենևտիկայի մասին (Thomä, Kachele, 1975, էջ 51–52): Այդ եզրը ծագել է հունական hermeneuo («ես բացատրում եմ [վերծանում եմ, մեկնաբանում, թարգմանում] իմ մտքերը բառերով»): Հաճախ սխալմամբ կարծում են, որ ծագումնաբանական կապ գոյություն ունի հերմենևտիկայի և Հերմեսի միջև, որը աստվածների սուրհանդակն էր (նշանակում է՝ մեկնաբանողը): Բայցևայնպես, այդ բառերի նմանությունը պատահական է. hermeneuo բառի արմատը ուներ «խոսել» նշանակությանը մոտ իմաստ: «Հերմենևտիկա» եզրը ներմուծվել է 17-րդ դարի սկզբին տեքստերի թարգմանության գործընթացը նկարագրելու համար: Հերմենևտիկան շատ բուռն զարգանում էր Աստվածաշնչի մեկնաբանության ազդեցության ներքո: Աստվածաբանների և հերմենևտիկայի պաշտպանների միջև վեճն ի ցույց է դրվում, օրինակ Շլեյերմախերի սկզբունքի միջոցով (Schleiermacher, 1959 [1819] էջ 86–87), որ հասկանալուն սովորաբար նախորդում է թյուրըմբռնումը: Հետևաբար, հասկանալը դառնում է իմացաբանական խնդիր:

Հերմենևտիկ մոտեցումը պարզորոշ կերպով արտահայտված է հումանիտար գիտակարգերում և տեքստերի մեկնաբանությամբ զբաղվող փիլիսոփայական այն շրջանակներում, որտեղ հիմնախնդիրը կոնկրետ տեքստի իմաստի վերհանումն է: Ուղղակի կապ կա բանասիրական,

աստվածաբանական և պատմական հերմենևտիկայի և հոգեբանության միջև: Վերջինիս հումանիտար ասպարեզի հետ կապում է տեքստը զգալու, հասկանալու կամ ուրիշ մարդու վիճակը ընկալելու պահանջը: Ուրիշի հուգական փորձը վերակազմավորելու ունակությունն այն նախապայմաններից մեկն է, որից պետք է ելնել, եթե կատարվում է հոգեվերլուծական բուժում: Ներհայեցումը և ապրումակցումն ազատ զուգորդությունների և հավասարապես բաշխված ուշադրության լրացուցիչ տեխնիկական կանոնների էական հատկանիշներն են: Արտահայտությունը, թե «յուրաքանչյուր ըմբռնում արդեն իսկ նույնացում է օբյեկտի հետ, իսկ այն, ինչ ես չեմ հասկանում, ինձ համար մնում է օտար և ինձնից տարբեր», կարող էր գրված լինել ապրումակցմամբ հետաքրքրվող վերլուծողի կողմից (օր. Greenson, 1960, Kohut, 1959), բայց իրականում այն վերցված է Հեգելից (Apel, 1955, էջ 170): Կոհույթը նշում է, որ Ֆրոյդը ներհայեցումը և ապրումակցումն օգտագործում էր որպես սիստեմատիկ դիտարկումների և հետազոտման գիտական գործիք: Գադամերը (1965) գրում է, որ մեկնաբանությունը սկսվում է.

«Այնտեղ, որտեղ տեքստի իմաստը չի կարող անմիջապես ընկալվել, մեկնաբանել անհրաժեշտ է բոլոր այն դեպքերում, երբ վստահ չենք, որ երևույթներն ինքնուրույն ի հայտ կգան: Հետևաբար, հոգեբանը հիվանդի՝ իր կյանքի մասին պատմածը «հալած յուղի տեղ» չի ընդունում, այլ իրեն հարց է տալիս՝ ի՞նչ է կատարվում հիվանդի անգիտակցականում: Նմանապես պատմաբանը մեկնաբանում է գրված փաստերը՝ բացահայտելու դրանց արտահայտած, բայց և միևնույն ժամանակ թաքցրած իրական իմաստը» (Gadamer, 1965, էջ 319):

Հավանաբար, Գադամերը նկատի ունի հոգեվերլուծության պրակտիկայով զբաղվող հոգեբանի: Նրա նկարագրությունը բնութագրում է հոգեդինամիկ մոտեցումը: Հոգեվերլուծական մեթոդը հետ է գնում մինչև հոգեախտաբանական երևույթների անհասկանալի, ակնհայտորեն անիմաստ թվացող ծագումը և դրանք հասկանալի դարձնում: Ըստ Գադամերի՝ աղձատված կամ ծածկագրված տեքստերը հերմենևտիկ տեսանկյունից ամենաադժվար խնդիրներից են: Հավանաբար, բանասիրական հերմենևտիկական այստեղ խոչընդոտի է հանդիպում, որն անհնար է միայն հասկացող հոգեբանության միջոցներով հաղթահարել, այսինքն՝ այնպիսի հոգեբանությամբ, որը չունի բացատրող տեսություն:

Մետահոգեբանություն և տեսության ճգնաժամը

Վերադառնալով մեր փաստարկման հիմնական առանցքին՝ նշենք, որ տեսության ճգնաժամի այս կամ այն գնահատականը և դրա տարածումը հոգեվերլուծության տարբեր մակարդակներով անխուսափելիորեն կապված են մետահոգեբանության ունեցած դերի հետ: Հոդվածների սադրիչ վերնագրերը բուռն քննարկման տպավորություն են թողնում: «Մետահոգեբանությունը հոգեբանություն չէ»,– հայտարարում է Գիլլը (Gill, 1976): «Երկո՞ւ տեսություն, թե՞ մեկ»,– հարցնում է Կլայնը (Klein, 1970)՝ քննադատելով

լիբիդոյի տեսությունը: «Մետահոգեբանություն՝ ո՞ւմ է այն պետք»,– հարցնում է Մեյսները: Ֆրանկը (Frank, 1979) քննարկում է Կլայնի (Klein, 1976), Գիլլի և Հոլցմանի (Gill, Holzman, 1976), Շաֆերի (Schafer, 1976) գրքերը և, դատելով նրա աշխատության վերնագրից, կարծես համակերպվում է. «Երկո՞ւ տեսություն, թե՞ մեկ, թե՞ ոչ մի»: Մոդելը (Modell, 1981), պատասխանելով «Դեռ գոյություն ունի՞ մետահոգեբանությունը» հարցին, ասում է և՛ այո, և՛ ոչ. բնորոշ մետահոգեբանական հայացքները խաբուսիկ են, հետևաբար, դրանցից պետք է հրաժարվել: Մոդելի մեկնաբանության արդյունքում ավանդական մետահոգեբանությունից միայն դատարկ գաղափար է մնում: Վերջապես, Բրենները (Brenner, 1980) գտնում է, որ բոլոր անհասկանալի և խճճված հարցերը պարզ կդառնան Ֆրոյդի համապատասխան տեսքերի մեկնաբանության միջոցով: Նա պնդում է, որ մետահոգեբանությունը պետք է հավասարեցվի Ֆրոյդի անգիտակցական գործընթացների տեսությանը և ողջ խորքային հոգեբանությանը (էջ 196):

Ֆրոյդի մետահոգեբանական տեսքատերը շատ տարբեր ընթերցումների հնարավորություն են տալիս, և այդ մետահոգեբանությունների տարբերության մեջ են ժամանակակից տարածայնությունների արմատները (Schmid-Hellerau 1995, Thomä 2003): Հիմա էլ ամեն լուրջ հոգեվերլուծական քննարկում սկսվում է Ֆրոյդի գործերի մեկնաբանությամբ, բայց հարցի բուն էությունը դա չէ: Շատ ակնհայտ է, որ տեսության ճգնաժամն ազդում է հոգեվերլուծական մեթոդի վրա, որովհետև այն ազդում է այն գաղափարների վրա, որոնք վերլուծողը ներդնում է նյութի մեջ ըմբռնման և նույնիսկ բացատրության համար դրանց օգտակարության աստիճանի վրա: Եթե խոսելու լինենք հայտնագործությունների մասին, Ֆրոյդի մտքերը ձևավորվում էին հիստերիայի նոպաների և այլ հոգեախտաբանական համախտանիշների դիտարկման հիման վրա, ինչը նրան թույլ տվեց անսպասելի և յուրօրինակ բացատրություն տալ անգիտակցական գործընթացներին: Հետո նա մշակեց մի մեթոդ, որը թույլ էր տալիս այդ մտքերը ստուգել հետագա դիտարկումների ընթացքում և դրանց ֆոնի վրա: Ոչ ոք տեսությունից կտրված չի կարող գործել: Իր հիմնարար հոդվածներից մեկում Ուիզդոմը (Wisdom, 1956, էջ 13) գրում է. «Հետևաբար, որևէ խնդրի բախվելիս առաջին հերթին պետք է դիմել տեսությանը»: Այստեղ Ուիզդոմը բացատրում է, որ հոգեվերլուծության տարբեր տեխնիկաներ տեսական և գործնական հիմնախնդիրները լուծելու փորձեր են:

Վարկածներ մետահոգեբանության վերաբերյալ

Վերլուծողների կողմից առաջացող հարցերի պատասխանները, հավանաբար, կախված են նրանից, թե ինչ են նրանք հասկանում մետահոգեբանություն ասելով և ինչպես են մեկնաբանում Ֆրոյդի համապատասխան գործերը: Մեր անձնական հետազոտությունների արդյունքում մենք հանդգնել ենք, որ Ռապապորտի և Գիլլի (Rapaport, Gill, 1959) կողմից

մետահոգեբանության մեկնաբանության և Ֆրոյդի աշխատություններում նրա զբաղեցրած տեղի մասին մեկնաբանություններն անաչառ են, քանզի նրանք միանման կշիռ են վերագրում մետահոգեբանական տարբեր տեսակետներին: Ավելի ուշ Գիլլը (Gill, 1976) մասնավորապես Ֆրոյդի տնտեսական (կենսաբանական) մոտեցումն առանցքային է համարել: Այս հարցի շուրջ տեսակետների բազմազանությունը տարբեր պատճառներ ունի: Մի կողմից՝ միևնույն հատվածները կարելի է մեկնաբանել տարբեր կերպ, մյուս կողմից՝ բնական է, որ բոլոր մետահոգեբանական տեսակետները և վերլուծողների կողմից դրանց կիրառումը որոշակի կապ ունեն հիվանդի զգացողությունների հետ: Այս առումով մետահոգեբանությունն էլ է հոգեբանություն: Վերջապես, դինամիկ և տեղագրական մոտեցումները կարծես ավելի մոտ են հիվանդի զգացողություններին և մարդկային կոնֆլիկտներին, քան քանակական գործընթացների տնտեսական պատկերացումները, որոնց առկայությանն անհատն անտեղյակ է: Բայց, մեր կարծիքով, մետահոգեբանության մասին այդպիսի պատկերացումը քողարկում է այն փաստը, որ Ֆրոյդը ոչ միայն հավատում էր տնտեսական տեսակետին, այլև փորձում էր իր տեսությունը հիմնավորել մարդու բնագոյներով ու կենսաբանությամբ և ենթադրում էր, որ քանակական գործոնները հետագայում թույլ կտան լուծել մինչև այժմ չլուծված խնդիրները: Այստեղից է ծագում «դինամիկ հոգեբանության մեջ քանակական հասկացությունների սխալ կիրառումը» (Kubie, 1947):

Մեյսները (Meissner, 1981) հեռանում է մետահոգեբանությունից՝ համարելով այն ոչ ավելին, քան ուղղորդող գաղափար, որը պետք է կիրառի յուրաքանչյուր գիտնական՝ իր սեփական մեթոդին ի հավելում: Մոդելը (Modell, 1981) նույնպես մետահոգեբանությունը գրկում է իր ֆիզիկալիստական առանձնահատկություններից՝ Ֆրոյդի «վիուկի մետահոգեբանությունը» համարելով բեղուն շահարկումների և ֆանտազիաների խորհրդանիշ: Գյոթեի «Ֆաուստի» (Մաս 1, «Վիուկի խոհանոցը») Մեֆիստոֆելի նման պետք է մեզ հարց տանք. «Արդյոք այդպե՞ս է պետք վերաբերվել վիուկներին»: Ո՞ր համատեքստում էր Ֆրոյդը «վիուկային այբուբենի» օգնությամբ դիմում: Իր «Ավարտուն և անավարտ վերլուծություն» գրքում (1937 c) նա փորձում էր մոտենալ այն հարցի պատասխանին, թե հնարավո՞ր է արդյոք «վերլուծական թերապիայի միջոցով մշտապես և հաստատապես վեր հանել բնագոյի և էգո-ի միջև եղած կոնֆլիկտը կամ «էգո»-ի բնագոյային ախտածին պահանջը» (էջ 224): Նա վիուկից օգնություն էր հայցում. «Մենք միայն կարող ենք ասել. «Թող դա վիուկը անի, այսինքն՝ վիուկի մետահոգեբանություն»: Առանց մետահոգեբանական իմաստավորման և տեսականացման, պիտի գրեթե ասեի՝ «երևակայման», ոչ մի քայլ չենք կարող առաջ անցնել» (1937, էջ 225): Վիուկի հետ խորհրդակցելուց հետո Ֆրոյդը մտածեց, որ պատասխանը գտել էր բնագոյային ուժի քանակական տարրերում կամ «բնագոյի ուժի և էգո-ի ուժի հարաբերակցության» մեջ (1937, էջ 225–226): Ֆրոյդը բավականության և անբավարարության զգացողությունները

բացատրում էր տնտեսական սկզբունքի միջոցով: Նա գտնում էր, որ բավականության և չբավարարվածության հոգեկան և մարմնական զգացողությունները սկիզբ են առնում հոգեկան էներգիայով օժտված աֆեկտիվ մոտքերի կատեքստում. բավականությունը այդ էներգիայի լիցքաթափումն է: Կատեքստիս և լիցքաթափում. դրանք են այն կարգավորող մեխանիզմները, որոնց գոյությունը ենթադրում էր Ֆրոյդը: Այսպիսով, վիուկի մետահոգեբանությունը մեզ հանգեցնում է ոչ թե երևակայական, այլ իրական մեծությունների. բացի նրանցից, որոնցից Ֆրոյդը տեղակայել է հոգեվերլուծական մեթոդի համար ընդամիշտ անհասանելի ոլորտում՝ կենսաբանական ենթաշերտում, ուղեղում կատարվող նեյրոֆիզիոլոգիական գործընթացներում, կարճ ասած՝ մարմնում:

Բրենները (Brenner, 1980) պնդում է, որ ինքը եկել է ճշմարիտ մեկնաբանման, համաձայն որի մետահոգեբանությունը հավասարվում է անգիտակցականի հոգեբանությանը: Նա ընդունել է, որ Ֆրոյդը պահանջում էր հոգեկան երևույթները բացատրել դինամիկ, տեղագրական և տնտեսական հայեցակետերով: Ռապապորտը և Գիլլը այդ դրույթները նկարագրում էին որպես հոգեվերլուծական տեսության հիմք (Rapaport, Gill, էջ 153): Դա վերաբերում է, Ֆրոյդի խոսքերով ասած, «հոգեկան ապարատի կառույցների միջև եղած դինամիկ հարաբերություններին, որոնց գոյությունը մենք ընդունել ենք կամ կարող ենք ենթադրել» (1937, c, էջ 226): Եթե դրան ավելացնենք գենետիկ և հարմարվողական տեսանկյունները, ապա մետահոգեբանության վերաբերյալ 5 տեսակետներն ընդգրկում են հոգեվերլուծական տեսության ամբողջական պատկերը:

Տեսության և մեթոդի հարաբերակցությունը

Այժմ խնդիրն այն չէ, թե քանի վարկած է ձևակերպվել և որչափ վերացարկված են դրանք, այլ այն է, թե որ դրույթները կարելի է ստուգել հոգեվերլուծական մեթոդով կամ հոգեբանական փորձարկման միջոցով: Բրենները, քննարկելով տեսության և մեթոդի փոխհարաբերությունները, աչքաթող է արել մի կարևոր խնդիր. այն տարրերը, որոնք Ֆրոյդը վերցրել է կենսաբանությունից, նեղացրել են խորքային հոգեբանության ըմբռնումը և հոգեվերլուծական բացատրությունները կամ նույնիսկ աղճատել են դրանք (Modell, 1981): Այս խնդիրը հանգեցրել է մետահոգեբանության տնտեսական մոտեցման քննադատությանը և, հետևաբար, բոլոր տեսական դրույթների քննադատությանը: Հոգեվերլուծության միջոցով ստեղծված տեղեկությունների վրա շատ մեծ ազդեցություն ունեն վերլուծողի պատկերացումները: Նշանակում է՝ խիստ կարևոր է, թե ինչպես կանվանենք այն ուժերը, որոնք դերակատարություն ունեն հոգեկան դինամիկայում (Rasenblatt, Ghickstun, 1977): Բայց Բրենները (Brenner, 1980, էջ 211) գտնում է, որ նշանակություն չունի, թե ինչ եզր է կիրառվում՝ հոգեկան էներգիա, մոտիվացիոն իմպուլս, թե ընդամենը խորհրդանիշ, օրինակ՝ abc: Սակայն, քանի որ անգիտակցականը

հոգեվերլուծական մեթոդին հասանելի է միայն այնքանով, որքանով բնագղն առկա է հոգեկանի մեջ, սկզբունքորեն կարևոր է անսանուն խորհրդանիշներ օգտագործելու կամ նշանակալի, նպատակային մոտիվների եզրերի ընտրության նախապատվությունը:

Մոդելն (Modell, 1981, էջ 392) ընդգծում է, որ կլինիկական տեսությունը մետահոգեբանությամբ չի բացատրվում, այլ ավելի շուտ ելնում է նրանից: Ի սատարումն այս փաստարկի՝ նա մեջբերում է մի օրինակ Ա. Ֆրոյդի «Էգո և պաշտպանական մեխանիզմներ» գրքից (1937), որը չէր կարող գրվել, եթե Ֆրոյդը չվերանայեր մետահոգեբանությունը և չներմուծեր նոր մոդել, որտեղ անգիտակցական ուժերը Էգո-ի մի մասն են: Չնայած կատարված բոլոր ձևափոխություններին՝ Ֆրոյդը *մայրերիսպասարկական* մոնիզմի կողմնակից էր, միաժամանակ մարդու հոգևոր կյանքի իր ուսումնասիրության ընթացքում նա մեծապես գիտակցում էր մեթոդի դերը և նշանակությունը: Այլ կերպ ասած՝ նա դուալիստական մոտեցում ուներ անգիտակցական գործընթացների *հոգեբանական* հետազոտության և արտամղման ծագման ու հետևանքների նկատմամբ: Նրա հանձարը հաղթահարեց մետահոգեբանական կեղծ բացատրությունները և ձանապարհի հարթեց մեծ հայտնագործությունների համար, որոնք նա նկարագրել է 1920-ական թվականների իր «Էգո-ն և Այն-ը» (1923 b) և «Խմբի հոգեբանություն և Էգո-ի վերլուծություն» (1921 c) աշխատություններում:

Միաժամանակ հոգևոր կյանքին մետահոգեբանական հիմնավորում տալու նրա փորձը գազաթնակետին հասավ «Բավականության սկզբունքից այն կողմ» աշխատության մեջ (1920 g): Նրա կեղծ գիտական (մետահոգեբանական) բացատրությունները պահպանեցին իրենց բարձր վարկանիշը, չնայած նրա կողմից արված հայտարարությանը, թե հոգեվերլուծության գիտականությունը հիմնվում է հոգեբանությունից փոխառված պատկերացումների վրա (1927 a, էջ 257), և չնայած Վ. ֆոն Վայցկերին ուղղված նամակում նրա առաջադրած այն պահանջին, որ վերլուծողները պետք է սովորեն՝ «սահմանափակվելով հոգեբանական մտածողությամբ» (Von Weizdcker, 1977 (1954), էջ 125): Ահա թե ինչու Գիլլի «Մետահոգեբանությունը հոգեբանություն չէ» գիրքը այդպիսի ցնցում առաջ բերեց:

Տնտեսական հայեցակետը՝ կրակահերթի ներքո

Ժամանակակից ձգնաժամը բխում է այն հոգեվերլուծողների քննադատություններից, որոնք իրենց թույլ չտվեցին հեշտ ձանապարհի ընտրել: Դրանցից մեկը Գիլլն է: Ռապապորտի հետ համատեղ (Rapaport, Gill, 1959) մետահոգեբանության սահմաններն ընդլայնելուց հետո նրա՝ Պրիբրամի հետ (Pribram, Gill, 1976) գրված գործը՝ Ֆրոյդի «Գիտական հոգեբանության ծրագիր» գրքի վերագնահատումը (1950 a), նոր շրջադարձ բերեց: Ինչպես երևում է Վայների (Veiner, 1979)՝ Պրիբրամի և Գիլլի հոդվածի վերաբերյալ գրախոսությունից և Գիլլի կյանքին ու գործունեությանը նվիրված Հոլտի

էսսեից (Holt, 1984), այլևս անխուսափելի էր հրաժարումը տնտեսական տեսակետից՝ որպես մետահոգեբանության հիմնարար սկզբունքից: Խորքային հոգեբանության մեթոդն ի վիճակի չէ ներդրել հոգեբանական և այլ կենսաբանական գործընթացների մասին եզրահանգումներ տալ: Այնուամենայնիվ, Ֆրոյդը կրկնաբար վերադառնում էր տնտեսական հայեցակետին և օրգանիզմում էներգիայի բաշխվածության սպեկուլյատիվ ենթադրություններին. այս անդրադարձների պատճառները կքննարկենք ստորև:

Հոգեվերլուծողը միշտ գործ է ունենում մարդու մարմնական զգացություններին վերաբերող գործընթացների հետ: Հիվանդի սուբյեկտիվ ենթադրությունները իր ֆիզիկական վիճակի մասին անտրոպոմորֆ են, այսինքն՝ արտացոլում են մարմնի մասին նրա ինֆանտիլ պատկերացումները: Մետահոգեբանության լեզուն ոչ միայն պահպանում է հնացած կենսաբանական պատկերացումները, այլև այդ լեզվին բնորոշ փոխաբերությունները հիվանդի մոտ առաջ են բերում ֆանտազիաներ սեփական մարմնի մասին, այսինքն՝ իր գիտակցական և անգիտակցական կերպարի մասին սեփական պատկերացումները բարձրացնում է մինչև վերացական մակարդակ: Գիլը (Gill, 1977) մատնացույց արեց, որ մետահոգեբանությունը լի է կերպարներով, որոնք պարզորոշ կերպով բխում են սեքսուալության մասին ինֆանտիլ պատկերացումներից: Մետահոգեբանական համակարգի միջոցով Ֆրոյդը փորձում էր բացատրել այնպիսի պրոյեկցիաներ, որոնք մինչ այդ հանգեցրել էին մետաֆիզիկական պատկերացումների զարգացմանը:

Երբ մենք գիտակցում ենք, որ ինֆանտիլ պատկերացումները և հնարված կենսաբանական համոզմունքները միահյուսված են մետահոգեբանական փոխաբերություններին, հեշտ է հասկանալ, թե ինչու են այդ հասկացությունները պահպանել իրենց այդաստիճան կենսունակությունը, նույնիսկ երբ այլևս պիտանի չէին հանդես գալու որպես գիտական տեսության բաղադրիչ: Եթե Գիլի նման ընդունենք Ֆրոյդի սահմանումները և դրանց կոնկրետ բովանդակությունը, ապա մետահոգեբանությունը չի կարելի համարել գիտական տեսություն: Բայց եթե սահմանումը թողնենք անձամբ վերլուծողին, յուրաքանչյուրը կարող է նորից սկսել և միևնույն ժամանակ ամեն բան թողնել անփոփոխ: Այսպիսով, Մոդելը բոլոր ունիվերսալ հոգեբանական երևույթները միավորում է մետահոգեբանության մեջ, օրինակ՝ կրկնողությունը, նույնացումը, ներքնայնացումը, էդիպյան կոմպլեքսի առաջացումը, Գերեզո-ի և Էզո-իդեալի զարգացումը: Նա գտնում է, որ բոլոր մարդկանց համար ընդհանուր գործընթացները, որոնք թույլ են տալիս ընդգրկուն ընդհանրացումներ անել, իրենց սահմանմամբ իսկ կենսաբանական են:

Մենք նպատակահարմար չենք համարում այնպիսի ունիվերսալ երևույթները, ինչպիսիք են նույնացումը, Էզո-ի կոնֆլիկտները, ինցեստուոզ ցանկությունները և տաբուն, սահմանել որպես կենսաբանական երևույթներ միայն նրա համար, որ դրանք բոլոր մշակույթներում էլ հանդիպում են, թեև դրանց բովանդակությունը լայնորեն տարբերվում է մյուս մշակույթներում: Այս հոգեհասարակական գործընթացները ենթադրում են սիմվոլացման

կարողություն, որը սովորաբար ոչ մի կերպ չի կարելի կենսաբանությանը վերագրել: Ինչպիսին էլ լինի արյունապղծման տաքուի ծագումը էդիպային եռանկյունում, մենք նախընտրում ենք Փարսոնզի կիրառած հոգեհասարակական և սոցիալ-մշակութային մոտեցումը (Parsons, 1964, էջ 57) կենսաբանական այն կանխավարկածների նկատմամբ, որոնք ենթադրում են, որ հնագույն homo sapiens-ը որոշ պատկերացում ունեի արտաամուսնության ժառանգական առավելությունների և արյունապղծումից խուսափելու մասին:

Հարկ է ընդգծել, որ հոգեհասարակական և սոցիալ-մշակութային երևույթները ինչ-որ չափով ինքնակա են. ո՛չ նրանց ծագումը, ո՛չ ձևավորումը չի կարելի հանգեցնել կենսաբանական գործընթացներին: Այս համատեքստում և հակառակ Ռուբինշտեյնի (Rubinstein, 1980) մենք համարում ենք, որ Պոպերի և Էքլզի (Popper, Eccles, 1977) հավանաբար հոգեֆիզիկական փոխազդեցական տեսակետին ի պաշտպանություն բերված սպեկուլյատիվ փաստարկը առանձնահատուկ արդյունավետ է հոգեվերլուծության համար: Պոպերն ու Էքլզը հոգեբանական գործընթացներին հզոր էվոլյուցիոն ազդեցություն են վերագրում, երբ պնդում են, որ խոսել սովորած մարդը, զարգացնելով իր հետաքրքրությունը լեզվի նկատմամբ, կանգնել է ուղեղի և ինտելեկտի զարգացման ուղու վրա:

Այստեղ մեզ հետաքրքրում են ոչ թե մարդու ներքին հոգեկան կյանքի ազդեցությունն իր էվոլյուցիայի վրա կամ Պոպերի և Էքլզի խոհերը այդ թեմայի շուրջը, այլ փիլիսոփայական փոխազդեցականության ևս մեկ հետևանքը՝ հոգեվերլուծությունը որպես հոգեհասարակական գիտություն, վերջինիս ազատագրումը մատերիալիստական մոնիզմի սահմանափակումներից, երբ այն հանդես է գալիս որպես մետահոգեբանության հիմնարար սկզբունք: Պոպերի և Էքլզի բերած փիլիսոփայական և նեյրոֆիզիոլոգիական պատճառաբանությունները էվրիստիկական մոտեցման տեսանկյունից արդյունավետ են և նվազ սպեկուլյատիվ, քան ենթադրում է Ռուբինշտեյնը (Rubinstein, 1980): Կանդելի (Kandel, 1979, 1983) նեյրոֆիզիոլոգիական, ավելի ճիշտ՝ հոգենեյրոֆիզիոլոգիական փորձերը խխունջների *Aplysia* տեսակի վրա փոխազդեցություն են ենթադրում և, հետևաբար, ապացուցում են, որ հոգեկանը ունի իր սեփական անկախ դերը: Այդ խխունջների շոշափելիքի օրգանների սիստեմատիկ զգայական խթանումը հանգեցնում է ուղեղի համապատասխան շրջանների բջիջների կառուցվածքային փոփոխությունների: Կարճ ասած՝ այս նորարարական փորձերը կարելի է մեկնաբանել որպես այն բանի արտահայտություն, որ իմացական (հոգեկան) գործընթացները բերում են կառուցվածքային (բջջային) փոփոխությունների (տե՛ս՝ Reiser, 1985):

Մետահոգեբանության քննադատության ամփոփումը

Ամփոփելով՝ կարելի է ասել, որ մետահոգեբանության քննադատությունն այնպես, ինչպես ձևակերպել են Գիլլը, Հոլտը, Կլայնը և Շոսֆերը,

համոզիչ է: Մոդելը գտնում է, որ խնդիրը կարելի է լուծել՝ միայն Ֆրոյդի բացատրական կենսաբանական սկզբունքները ուղղակի քննադատելով: Որպես օրինակ նա բերում է էներգիայի հասկացության կոնկրետացումը՝ ասելով, որ այն հանգեցրել է աֆեկտների լիցքաթափման սխալ տեսության: Մենք հարում ենք այն տեսակետին, որ ձգնաժամի հիմնական պատճառը կենսաբանության և հոգեբանության միախառնումն է Ֆրոյդի մատերիալիստական մոնիզմի արդյունքում, որը վերջնականապես հանգում է հոգեկանի և մարմնականի իզոմորֆիզմի: Հետևաբար, մենք կողմ ենք հոգեվերլուծության այն տեսությանը, որը հիմնված է նախ և առաջ հոգեբանությունից և հոգեդինամիկայից փոխառնված պատկերացումների վրա (Thomä, 2002): Այս մոտեցումը մեթոդաբանական հիմնավորվածություն ունի, քանի որ այն ամուր հիմք է ստեղծում հոգեֆիզիոլոգիական հարաբերակցությունների ուսումնասիրման համար: Պետք է նշել, որ նման ուսումնասիրությունները հաճախ ոգեշնչվում են այն ուսույլիստական պատկերացումներով, որ նեյրոֆիզիոլոգիական փորձերը կարելի է կիրառել հոգեբանական տեսությունների ստուգման համար: Անուշադրության է մատնվում այն հանգամանքը, որ նեյրոֆիզիոլոգիական մեթոդները և հոգեբանական տեսությունները տարբեր օբյեկտների են վերաբերում: Նշանակում է՝ անիմաստ է այն հարցը, թե արդյոք հոգեբանական և նեյրոֆիզիոլոգիական տեսությունները համատեղելի՞ են, թե՞ ոչ: Քանի որ մենք ձգտում ենք գտնել արտաքին կապակցվածությունը (Strenger 1991), հարկ է նաև զգուշանալ այն գերազնահատելուց: Նյարդաբանական գիտաձյուղերի հետ հոգեվերլուծության երկխոսության ժամանակ խնդրո հիմնական առարկան այնպիսի հարցադրումներ անելն է, որոնց միջոցով հնարավոր կլինի գրավել նյարդաբանի ուշադրությունը (Leuzinger-Bohleber և այլոք, 2008): Այդ իսկ պատճառով զուտ մոլեկուլյար կենսաբանական խնդիրները այնքան էլ չեն հետաքրքրում հոգեվերլուծողներին: Ի հակադրություն սրան, զգացմունքների նյարդաբանական տեսություններից բխող սահմանափակումները մեծապես կարևոր են հոգեվերլուծության համար: Փենքսեփը (1999) համապատասխանաբար պնդում է գաղափարների փոխանակման անհրաժեշտությունը:

Հոգեվերլուծական տեսությունը կարող է այժմ որոշել մտքի ուղղությունը նյարդաբանական գիտություններում՝ այն բազմազան զգայական դինամիկաների առումով, որոնցով հագեցած է նյարդային համակարգը: Ի պատասխան, նյարդաբանական գիտությունները կարող են այնպիսի փաստեր տրամադրել, որոնք հոգեվերլուծական տեսությանը թույլ կտան ամուր կապ հաստատել օբյեկտիվ մոտեցումների հետ (էջ 15):

Սրա վերաբերյալ Գաբբարդը (2001), հետաքրքրությունից դրդված, տալիս է կարևորագույն հարցը. «Ի՞նչ կարող է մեզ սովորեցնել նյարդաբանությունը տրանսֆերի մասին»: Այնինչ, իրենց մեթոդական անատոմիան և անկախությունը պահպանելով, նյարդակենսաբանությունը և հոգեվերլուծությունը՝ որպես մեկ դար անգիտակցական գործընթացներով զբաղվող հոգեթերապիա, կարող են փոխշահավետ լինել: Թվում է՝ այս

միջգիտակարգային համագործակցությունն այնքան է բարկացնում գերմանացի նյարդաբան Բիբբաումերին (2004), որ նա կարծում է, թե ստիպված է ուղեղի գծով գիտահետազոտողներին ընդհանրապես պաշտպանել «հոգեվերլուծությունից»: Մինևույն ժամանակ նա երեք էջանոց խորաթափանց զգուշացում է հղում ուղեղը հետազոտողներին, որ նրանք մեծապես մոլորյալ են՝ համարելով, թե կարող են աշխարհում ամեն բան բացատրել: Նյարդաբանների կողմից հոգեվերլուծության՝ իբր արխայիկ մասնագիտության ստանձնումը դժվար թե հաջողի. այս են վկայում Նյարդահոգեվերլուծության միջազգային միության հիմնումը և դրա պարբերականը՝ «Նյարդահոգեվերլուծությունը»:

Մոտիվացիոն հստակեցումներ

Արդեն պարզ է, որ հոգեվերլուծությունը տեսական ձգնաժամից դուրս կգա փոփոխությունների ենթարկված նախ և առաջ այն պատճառով, որ վերլուծողները այլևս ստիպված չեն լինի իրենց նեղություն պատճառել՝ զբաղվելով էներգետիկ փոխակերպումների վերաբերյալ կեղծ գիտական մետահոգեբանական բացատրություններով: Հոգեվերլուծական շրջանակը, որը հոգեվերլուծական մեթոդի մասին գիտելիքների, դրա գործնական կիրարկման սահմանների և էմպիրիկ նշանակության հիմքն է, ավելի հաճախ է դառնում գիտական հետազոտության առարկա, ինչպես շատ վաղուց շեշտել է, ցավոք, մոռացյալ հունգար վերլուծող Ի. Հերմանը (Hermann, 1963):

Նման հետազոտությունը գործնական մեծ նշանակություն ունի, որովհետև այն վերաբերում է մեթոդի կիրառման ամենակարևոր ոլորտին՝ թերապիային: Միայն վերջերս պարզ դարձավ, որ ձգնաժամն այդպիսի ուղղություն է ստանում: Սկզբում թվում էր, թե մետահոգեբանությունից հեռացումը անպայմանորեն ենթադրում է բոլոր պնդումներից հրաժարում՝ հոգուտ բացատրական տեսության: Շատ վերլուծողներ պատճառական բացատրությունները հավասարեցնում էին գիտությանը և գտնում էին, որ նման բացատրությունները հոգեվերլուծության մեջ բխում են մետահոգեբանությունից, որը, սակայն, չունի ապացուցելի գիտական տեսության հատկանիշներ: Ֆրոյդի «Գիտական ինքնաթյուրմբռնման» Հաբերմասի քննադատությունը, որը վերաբերում էր ավելի ուշ ի հայտ եկած մետահոգեբանական պսևդո-բացատրություններին, անմիջապես հեշտությամբ ընդունվեց շատերի կողմից և ստիպեց մոռանալ, որ Հաբերմասը շատ մեծ նշանակություն է տալիս թե՛ մեկնաբանությանը, թե՛ անգիտակցական գործընթացների բացատրական տեսությանը: Այս խնդիրները մանրամասն քննարկել ենք նախորդ հրատարակության մեջ, որը նվիրված էր կլինիկական հոգեվերլուծական ուսումնասիրությունների մեթոդաբանական դժվարություններին (Thomä, Kächelle, 1975): Այնտեղ փորձ է արված թերապևտիկ աշխատանքում մեկնաբանության կարևոր դերը կապել Ֆրոյդի այն պահանջի հետ, թե հոգեվերլուծական տեսության մեջ անհրաժեշտ է ունենալ

մարդու զգացությունների, գործողությունների և վարքի համակարգված բացատրություններ: Բայց քանի որ հոգեվերլուծության բացատրական տեսությունը հավասարեցվել էր մետահոգեբանությանը, իսկ Ռապապորտի՝ համակարգելու լավ հիմնավորված փորձը, բերեց այն փաստի գիտակցմանը, որ այդ մտքերը գիտականորեն հնարավոր չէ ստուգել ո՛չ հոգեվերլուծական շրջանակում, ո՛չ փորձնականորեն, ապա թվում էր, որ հերմենևտիկային վերլուծողների դիմելը ինչպես Ռապապորտի շրջանակում, այնպես էլ նրա շրջանակից դուրս, դառնում էր ելք՝ ստեղծված իրավիճակից:

Այժմ քննարկենք դեպի հերմենևտիկա այս անցումը՝ դիմելով Կլայնի աշխատանքին, որը հերմենևտիկան կապեց կլինիկական տեսության հետ: Հակառակ Ուելդերի (Waelder, 1962) բազմահարկ շենքի՝ Կլայնը առանձնացնում է երկու տեսական համակարգ, որոնք տարբերվում են՝ կապված այն քանի հետ, թե ինչ հարցեր են տրվում: Սկզբում նա առաջ քաշեց այս տարբերակումը սեքսուալության առնչությամբ (G.Klein, 1969), ապա ընդհանրացրեց այն (G.Klein, 1970, 1973): Կլայնը տարանջատում է կլինիկական տեսությունն ու մետահոգեբանությունը և տարբերակում է դրանք «ինչու» և «ինչպես» հարցերի միջոցով՝ հղում անելով երազների մեկնման Ֆրոյդի տեսության մեջ դրանց զատմանը: Կլինիկական տեսությունը խարսխված է իմաստի, նպատակի և մտադրության հարցի վրա: Քանի որ հոգեվերլուծության գիտական հիմնավորումը զուգորդվում է մետահոգեբանական պսևդո-բացատրությունների հետ, ապա Կլայնը հանգեց դիխոտոմիային, որտեղ ըմբռնումն ամրագրվում է վերլուծական պրակտիկայով, իսկ բացատրելու խնդրից կամ խուսափում են, կամ շրջանցում այն: Հարցն այն է, թե մոտիվացիոն բացատրություններն ունե՞ն արդյոք իմացաբանական կարգավիճակ, որը սկզբունքորեն տարբերվում է պատճառական բացատրությունների կարգավիճակից:

Փիլիսոփայական փաստարկները, թե դրդապատճառը և նպատակայնությունը խիստ տարբեր են, իսկ պատճառական բացատրությունները տարբերվում են մարդու մտքերի և գործողությունների արդարացումից, հավասարակշռված են: Հոգեվերլուծական բացատրությունների տրամաբանությունը և դրանց դիրքը նկարագրության, մոտիվացիոն և գործառության համատեքստերի միջև ինքնին խնդիր են ներկայացնում, բայց այստեղ մենք չենք կարող այն քննարկել (Rubinstein, 1967, Sherwood, 1969, Eadle, 1973, Moore, 1980): Նպատակայնության և դրդապատճառի մասին վիճաբանությունը չբերեց ոչ մի եզրահանգման (Reckerman, 1977, Wollheim Hopkins, Grunbaum, 1984): Հաշվի առնելով թերապևտիկ պրակտիկան՝ կարելի է հենվել ինչպես մոտիվացիոն բացատրության, այնպես էլ իմաստային համատեքստերի վրա: Մենք կցանկանայինք դա ցույց տալ մեր ավելի վաղ հրատարկություններից արված մեջբերմամբ:

«Ինչ վերաբերում է ախտանիշներին, ապա կառուցվածքները բացատրող վարկածների տեսք են ստանում... հետևաբար, դրանք դառնում են տեսական պնդումներ, որոնց հիման վրա կարելի է կանխորոշումներ

անել: Ընդհանրապես, այդ կանխորոշումները նույնացնում են այն պայմանները, որոնք պատճառականության առումով պատասխանատու են ներուտիկ իրավիճակի համար, և պահանջում են, որ թերապևտիկ գործընթացը վերացնի այդ պայմանները փոփոխություն առաջ բերելու նպատակով» (Thomä, Kächele, 1976, էջ 86):

Այս վարկածը ներկայացնում է ոչ այլ ինչ, քան Ֆրոյդի արտամղման տեսությունը, որն ընդունում է նաև Հաբերմասը: Բայց Հաբերմասին և Լորենցերին հակառակ (Lorenzer, 1974) մեր կարծիքով փոփոխության հաստատումը կարող է և պետք է լինի սուբյեկտիվ ներմոտման շրջանակներից դուրս: Այլապես, հերմենևտիկ ընկալումը կվտանգվեր՝ որպես folie a deux (խելագարություն երկուսով): Ֆրոյդի հետ համաձայնելով՝ մենք նույնպես ենթադրում ենք, որ կոնկրետ դետերմինանտի՝ բնագոյային իմպուլսի արտամղման և արտամղված նյութի՝ ախտանիշի պարբերական վերարտադրության տեսքով ի հայտ եկող հետևանքի միջև պատճառական կապ գոյություն ունի: Ֆրոյդը այդ դրույթը ձևակերպել է մետահոգեբանական եզրերի օգնությամբ:

«Բայց մենք «անգիտակցական» եզրին կամ հասկացությանը եկանք՝ քննելով այն որոշակի զգացումները, որտեղ հոգեկան դիսամիկաները դերակատարություն ունեն: Մենք պարզեցինք, ավելի ձիշտ՝ ստիպված էինք ենթադրել, որ գոյություն ունեն շատ հզոր հոգեկան գործընթացներ կամ գաղափարներ (և այստեղ առաջին անգամ ի հայտ է գալիս քանակական կամ *քանակական* գործոնը), որոնք կարող են ծնել հոգեկան կյանքի այն բոլոր ազդեցությունները, որ առաջ են բերում սովորական գաղափարները (ներառյալ այն ազդեցությունները, որոնք կարող են իրենց հերթին դառնալ գիտակցված, ինչպես գաղափարները), թեև դրանք ինքնաբերաբար չեն գիտակցվում: Այստեղ հարկ չկա մանրամասն կրկնել այն, որ այնքան հաճախ մինչ այդ բացատրվել էր. բավական է ասել, որ այստեղ մուտք է գործում հոգեվերլուծական տեսությունը և հաստատում է, որ պատճառը, որը թույլ չի տալիս, որ պատկերացումները գիտակցվեն, այն է, որ կա դրանց գիտակցմանը խանգարող ուժ: Այն փաստը, որ հոգեվերլուծության մեթոդաբանության մեջ կարելի է գտնել մի միջոց, որի օգնությամբ կարելի է հաղթել այդ հակազդող ուժին և գիտակցված դարձնել այդ գաղափարները, այս տեսությունն անհերքելի է դարձնում: Այն վիճակը, որտեղ գաղափարները գոյություն ունեն մինչև իրենց գիտակցված լինելը, անվանում ենք *արյւմաղում* և ենթադրում ենք, որ այն ուժը, որը առաջ է բերել և պահպանում է արտամղումը, վերլուծական աշխատանքի ընթացքում կոչվում է *դիմադրություն*» (1923, b, էջ 14):

Դիմադրության ուժը, որն այստեղ նկարագրված է մետահոգեբանական եզրերով, կարող է (ինչպես ենթադրում ենք) հաստատվել հոգեդիսամիկայի տեսանկյունից և հետագուովել վերլուծական մեթոդով, առանց «տնտեսական գործոնը» կիրառելու: Անգիտակցական կոնֆլիկտի՝ մեկնաբանության միջոցով լուծման գործընթացում փոխվում են այն պայմանները, որոնք սնում են արտամղումը: Ի վերջո, արտամղմանը բնորոշ անգիտակցական պատճառները կարող են դառնալ անարդյունավետ: Այդ փոփոխությունը կարող է տարրալուծել պատճառական կապով որոշվող գործընթացները, բայց ոչ հենց կապը: Ինչպես նշել է Գրունբաումը (Grunbaum,

1984), իրականում այդպիսի տարրալուծումը հաստատում է, որ այդ կապին վերագրվող կարևորությունն իրական է: Ուշագրավ է, որ ավելի ուշ Գրունբաումն ինքը հաստատեց, որ այդպիսի կապ գոյություն ունի: Այդ կերպ նա հաստատեց հոգեվերլուծական վարկածների կլինիկական ապացուցելիության հնարավորությունը:

Մենք այստեղ ձգտում ենք ի ցույց դնել այն, որ հոգեվերլուծության *բացարրող տեսությունը* վերաբերում է անգիտակցական հոգեկան գործընթացներին, որոնք *մեկնաբանության* համար նույնպես հասանելի են դառնում: Հոգեվերլուծական շրջանակի յուրաքանչյուր սիստեմատիկ քննություն, հետևաբար, պետք է ներառի թե ընկալումը, թե բացատրությունը: Առանձնապես կարևոր է որոշել՝ ինչ գաղափարներ ունի վերլուծողը, երբ նա ապրումակցող մեկնաբանություններով է հանդես գալիս: Մեր կարծիքով, հարկ է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել այն հանգամանքին, թե ինչպես են ազդում վերլուծողի մոտ գոյություն ունեցող նախնական տեսական հասկացությունները նրա գործողությունների վրա: Այս համատեքստում որոշակի ափսոսանքի տեղիք է տալիս այն, որ մետահոգեբանության տնտեսական սկզբունքը շարունակում է գոյություն ունենալ խորքային հերմենևտիկայում, Հաբերմասի (Habermas, 1971), Ռիկյորի (Ricoeur, 1969) և առանձնապես Լորենցերի (Lorenzer, 1974) աշխատություններում, թեև այս պահին մեր ունեցած գիտելիքները պարզ ցույց են տալիս, որ այս սկզբունքը իրականությամբ չի համապատասխանում և, հետևաբար, չի կարող ծառայել որպես մեկնաբանության համար հարմար շրջանակ (Thomä et al., 1976):

Մետահոգեբանությունը որպես փոխաբերություն

Համենայնդեպ, շատ վերլուծողների համար դժվար է հրաժարվել մետահոգեբանությունից: Տարիների ընթացքում մետահոգեբանության փոխաբերությունները *հոգեդինսամիկ* իմաստ են ստացել՝ հեռանալով իրենց նախկին ֆիզիկական իմաստներից: Օրինակ՝ Ֆելսների հաստատունության սկզբունքը, որը տնտեսական տեսակետի մասն է կազմում, վերածվել է նիրվանայի սկզբունքի: Նույնիսկ խորը մարդկային ճշմարտությունը, որը արտահայտված է Նիցշեի բանաստեղծության մեջ (1893)՝ «Ողջ բավականությունը հավերժություն է փնտրում ... ուզում է խորը, խորը հավերժություն», կարելի է հասկանալ որպես հաստատունության սկզբունքի և լիցքաթափման տեսության անտրոպոմորֆ դրսևորում:

Հենց այն զգացումները, որոնք Զ.Կլայնը անվանել է «կենսական հաճույք», ունեն այդպիսի ֆիզիկական հիմքեր: Սովը և սեռականությունը այնպիսին են իրենց բնույթով, որ պատճառաբանված է դրանք «բնագոյ» անվանելը, իսկ որպես երևույթ՝ դրանք տարբերվում են մյուս զգացումներից: Սեռական գրգիռի բարձրագույն կետը՝ օրգազմը, ամբողջովին մարմնական զգացում է, բայց նաև՝ մեծ ուրախության (երջանկության) զգացում: Երևում է, որ էքստազը շոշափում է հավերժությունը և գազաթնակետին

կորցնում է այն, որ նորից ձգտի և գտնի: Միևնույն ժամանակ տեղի են ունենում այնպիսի դրական և բացասական հետադարձ կապի շատ պրոգնոզայիկ գործընթացներ (այսինքն՝ մոտիվացիոն գործընթացներ գիտակցական և անգիտակցական մակարդակներում), որոնք Ֆրոյդի ռեֆլեկտոր աղեղի մոդելով կառուցված մոլումների տեսության մեջ չեն նշվում: Այդ պատճառով Հոլտը (Holt, 1976) լիբիդոյի տեսությամբ (այսինքն՝ մարդու հոգեսեռական զարգացմանը) համապատասխանող կլինիկական տվյալների մանրամասն և դրական գնահատականից հետո եզրակացնում է, որ բնագործ, որպես *մեդսահոգեբանական* հասկացություն, մեռած հասկացություն է, և այն անհրաժեշտ է փոխարինել *ցանկություն* հասկացությամբ: Նրա մանրակրկիտ ուսումնասիրությունը ներկայացնում է համոզիչ կլինիկական և փորձնական հայտնագործություններ, որոնք սատարում են այդ դիրքորոշմանը: Այստեղ մանրամասներ չենք կարող բերել, բայց ուզում ենք ընդգծել այն հանգամանքը, որ, օգտագործելով Ֆրոյդի ցանկության տեսությունը, Հոլտը պատշաճ կերպով ընդգրկում է հոգեսեռականության բոլոր տարրերը: Մոտիվացիայի և իմաստի ձևավորվող հոգեվերլուծական տեսությունը կարելի է համարել տեսության ձգնաժամի համեմատ դրականորեն զարգացող միայն այն դեպքում, եթե կարողանա առավել համոզիչ կապել դիտարկված և հայտնի երևույթները անգիտակցական գործընթացների հետ, մասնավորապես՝ ըմբռնման և բացատրման տեսանկյունից, ի համեմատ նախկին և ներկա տեսական խառնաշփոթի:

Եվ իսկապես, այնպիսի սադրիչ վերնագրերով, ինչպես՝ «Ի՞նչ է մնացել հոգեվերլուծական տեսությունից» (Wisdom, 1984) և «Մետահոգեբանության մահը և կերպարանափոխումը» (Holt, 1981), փիլիսոփայական և հոգեվերլուծական հետազոտություններում որոշ դինամիկ անգիտակցականի իմաստավորության հետ կապված հոգեդինամիկ սկզբունքներն առավել հստակ են առանձնացված, քան աղոտ մետահոգեբանության մեջ:

Վերջնականապես վերափոխված՝ վերադառնում ես մարդու անգիտակցական հոգեկան կյանքի վերաբերյալ Ֆրոյդի կատարած վաղ հայտնագործություններին: Ի սկզբանե էր ցանկությունը: Բնագոյային ցանկությունները մեր կյանքի դրդող ուժերն են: Բավականության ձգտումը և տհաժությունից խուսափումը կազմում են մարդու գործողությունների ամենակարևոր շարժառիթները, հատկապես եթե այդ սկզբունքները հիմնվում են բավականություն և տհաժություն պատճառող փորձառությունների ողջ բազմազանության վրա: Բավականություն-տհաժություն սկզբունքը լավագույն կարգավորող մեխանիզմն է: Հոգեվերլուծությունը, այսպիսով, կկորցնեի իր խորությունը, եթե նրա մոտիվացիոն տեսությունը չսկսվեր դինամիկ անգիտակցականից: Այստեղ հանդիպում ենք մեթոդի գլխավոր դժվարությանը, որը նշել է Ուիգդոմը.

«Անգիտակցականը (այսինքն՝ դինամիկ անգիտակցականը, որը չի կարող գիտակցված դառնալ նույնիսկ մեկնաբանման միջոցով) նման է ծառարմատի, բայց որքան էլ արմատը զարգանա և ճյուղավորվի, այն չի

կարելի նույնացնել հողից դուրս եկած շիվերի հանրագումարին: Անգի-տակցականը միշտ էլ մեծ ներուժ ունի և միշտ շատ ավելին է, քան իր դրսևորումները: Դրա գիտական կարգավիճակը նման է ֆիզիկայում բարձր մակարդակի այն հասկացությունների կարգավիճակին, որոնք *անհնար* է ստուգել ուղղակի դիտարկման միջոցով» (Wisdom, 1984, էջ 315):

Արդեն «Երազների մեկնաբանություն» գրքի վրա աշխատելիս Ֆրոյդը եկավ այն եզրակացության, որ գոյություն ունեն անգիտակցական ցանկո-թյուններ, որովհետև հայտնաբերեց այնպիսի մտքեր, որոնք *լռելալուրջ* են նախագիտակցականի մեջ: Այս առումով բացահայտումները միշտ եղել են ցանկության հոգեդինամիկ տեսության վրա հիմնված հետևություններ: Դրանք հնարավոր չէ հաստատել կամ բացառել նեյրոֆիզիոլոգիական գործընթացների մասին ենթադրություններով, անկախ 'նրանից' դրանք Ֆրոյդն էր ձևակերպել, թե ժամանակակից հեղինակները: Բնագոյը, Ֆրոյդի կողմից օգտագործված մետահոգեբանական իմաստով, չի կարելի մեռած համարել միայն նրա համար, որ սովը, ծարավը և սեռականությունը կանոնավորվում են այլ մեխանիզմներով, քան լիցքաթափումը: Հոլտի փաստարկները (Holt, 1976, 1982), անկասկած, վերաբերում են հոգեվերլուծությանը, բայց միայն այն պայմանով, որ Ֆրոյդի մետահոգեբանությունը հիմք է գիտական բացատրության համար: Այդ խնդրի հանդեպ համոզվածու-թյունն էր, որ խանգարում էր վերլուծողներին ընդունել բնագոյների երկա-կի տեսության անհամապատասխանությունը, երբ այն ներթափանցում էր տեսության և պրակտիկայի բոլոր մակարդակները:

Հոգեվերլուծության բացատրական տեսությունը կապված էր XIX դ. կենսաբանության հետ, փոխանակ հենվելու այն տվյալների վրա, որոնք ստուգվում են վերլուծական շրջանակում: Իհարկե, հոգեվերլուծական շրջանակում, ինչպես նաև հոգեվերլուծական պրակտիկայում օգտագործ-վող փոխաբերություններում մետահոգեբանությունը երկար տարիներ ձևափոխությունների էր ենթարկվում, թեև միայն վերջերս տեղի ունեցավ նրա պատվավոր հուղարկավորությունը և, հետևաբար, գույքի օտարումը: Ի տարբերություն Ռուբինշտեյնի (Rubinstein, 1976) և Հոլտի (Holt, 1976)՝ մենք, մեթոդաբանական նկատառումներից ելնելով, ընդունում ենք Պոպե-րի և Էքլզի (Popper, Eccles, 1977) տեսակետը: Ուղեղի ներկայիս ուսումնասի-րությունները մեծապես կարևորում են վաղ, նախ- և հետծննդյան զար-գացման ընթացքում հոգեհասարակական ազդեցությունները նեյրոֆիզիո-լոգիական գործընթացների վրա (Roth, 2001): Բացի այդ, սակայն, ուշադ-րությունը շեղվում է հակառակ ուղղությամբ. այս վաղ շրջանի փորձառու-թյունները հանգեցնում են նեյրոնային ցանցում առաջացող ավելի յուրա-հատուկ փոփոխությունների (Spitzer, 2004, էջ 89): Հոգեբանական մակար-դակում սա կարող է դիտվել որպես աֆեկտիվ սխեմայի կայունացում (z. B. Sterns RIGs): Նեյրոկենսաբանական եզրերով սա քննարկելու դեպքում կարելի է ասել, որ վարքային մոդելները, որոնք ի սկզբանե զարգացել են փոխազդեցության միջոցով, այդ ժամանակ նվազեցվում են՝ նույնացվելով

ուղեղային գործընթացների հետ: Օրինակ՝ խուճապային վախերը, որոնք հարաբերակցվում են ուղեղի նշանն մարմնի հետ, այժմ պատճառականորեն վերագրվում են վերջինիս: Վախի ողջ գործառնության շրջանակը, որին պատկանում են իրադրությանը բնորոշ պայմանները, ինչպես նաև ինքնաստեղծման գործընթացները, այսինքն՝ անգիտակցականի ինքնավերականգնումը և ինքնաամրապնդումը, նվազեցվում է՝ հասցվելով և նույնացվելով ուղեղի նշանն մարմնի գործունեության հետ: Թոմեն (2002) վստահեցուցիչ պատասխան է տալիս այն հռետորական հարցին, թե արդյոք վախը նստա՞ծ է ուղեղի նշանն մարմնում:

«Վախը չի գտնվում ուղեղի նշանն մարմնում: Թեև նեյրոֆիզիոլոգիական փոփոխություններ կան վախի համախտանիշ ունեցողների ուղեղի նշանն մարմնում, այնուամենայնիվ, դա չէ նրանց վախերի պատճառը. ավելի շուտ դա վտանգի շարունակական ենթագիտակցական զգացողությանը նեյրոֆիզիոլոգիական հարմարեցման հետևանք է (էջ 118)»:

Չնայած հոգեկան/մտավոր և ֆիզիկական մակարդակների անկախությունը շեշտելուն՝ ինքնության տեսությունները կանոնավորապես ի վերջո հանգում են մատերիալիստական մոնիզմի, որի կողմնակիցն էր նաև Ֆրոյդը: Համատարած կողմնորոշումը դեպի ինքնության տեսություն, թվում է, անգիտակցականից է արմատներ առնում: Մենք նույնական ենք մեր մարմնի հետ, բայց միևնույն ժամանակ այն մեզ օտար է թվում, որովհետև մենք ինքներս չենք կարող նայել դրա ներսը: Հավանաբար, երևակայական գործընթացներն այդքան հիացնունք են պատճառում, որովհետև մենք հիմա կարող ենք տեսնել, թե ուղեղի ներսում ինչ է կատարվում: Դեռևս 50 տարի առաջ փիլիսոփա Ֆայգլը (1957) հորինել էր մի մտացածին էնցեֆալոսկոպ՝ ուղեղադիտակ, որի միջոցով մարդու զգացական փորձառությունը հնարավոր էր փոխարկել թվային արժեքների: Այս կերպ ի հայտ էր գալիս *գիպության միասնական լեզուն*՝ էսպերանտոյի պես մի բան: Այնուամենայնիվ, այդ ընթացքում, թվում է, պարզ է դարձել, որ այս երևակայական գործընթացները նույնպես չեն կարող իրականություն դարձնել Ֆայգլի երազանքը: Մարմնի և, հատկապես, ուղեղի ներսը մեզ ընդհանուր առմամբ ավելի շատ գլուխկոտրուկներ է առաջադրում, քան արտաքին օբյեկտները, որոնք կարող ենք հերձել և ուսումնասիրել: Ի վերջո, մեր մարմնին կարող ենք նայել դրսից և մտովի առանձնացել մեզ դրանից: Գուցե դա է բոլոր գիտությունները ներթափանցած միասնականության անգիտակցական ձգտման պատճառը. վերացարկման ինչ-որ շատ բարձր մակարդակում նույն հասկացությունները կարող են հանգիստ կիրառվել: Սա է խիստ բազմազան և հաճախ կրկնվող վեճի ամփոփ բովանդակությունը:

Ինքնության տեսությունները, որպես կանոն, բերում են մատերիալիստական մոնիզմի, որին հանգում էր և Ֆրոյդը: Համատարած հակվածությունը ինքնության տեսությանը, հավանաբար, իր արմատներն ունի անգիտակցականում: Մեզանից յուրաքանչյուրը նույնանում է իր մարմնի հետ, բայց այդ մարմինը մեզ նաև օտար է, որովհետև մենք չենք կարող նրա մեջ

ներթափանցել որպես օբյեկտ: Մեր մարմինը մեզ ավելի շատ խնդիրներ է առաջադրում, քան այն արտաքին օբյեկտները, որոնք մենք կարող ենք մասնատել և հետազոտել:

Վերջապես, մենք կարող ենք արտաքին դիրքորոշում բռնել՝ մտովի անջատվելով մարմնից: Դա կարող է կապված լինել միասնականության անգիտակցական ձգտման հետ, որն, ասում են, թափանցում է գիտության բոլոր ճյուղերը: Դա այն հավերժական հույսն է, որ հասկացությունների միևնույն կազմը մի գեղեցիկ օր կարող է վավերական լինել վերացարկման շատ բարձր մակարդակի վրա: Այդ փաստարկը, թեև շատ տարբեր ձևակերպումներով, միշտ առաջադրվում է: Դա քննադատել է Ադորնոն (Adorno) (1972 [1955]) սոցիոլոգիայի և հոգեբանության միջև եղած հարաբերությունների քննարկման շրջանակներում:

Ազդեցությունը և գնահատումը

Մենք գտնում ենք, որ բնագիտության էներգետիկայի քննադատությունը նոր հնարավորություններ է ստեղծել գիտական խորքային հոգեբանության համար: Այս տեսակետի դեմ անհերքելի առարկություններից մեկն այն է, որ հոգեվերլուծության՝ մոլոմների տեսությունից շեղվող ճյուղերը հաճախ դառնում են մակերեսային (Adorno, 1952): Բայց այդպիսի խորության կորուստներից կարելի է խուսափել: Դա գուցե այն պատճառով է, որ շատ վերլուծողներ անգիտակցականը հավասարեցնում են բնագիտ. կամ էներգիային: Մոլոմների տեսության մերժման հետևանքով տնտեսական մոտեցումից հրաժարվելը խոչընդոտում է վերլուծողի մոտ իր հիվանդի անգիտակցականի մասին ունեցած ֆանտազիաների առաջացմանը: Բացի դրանից, թերապևտիկ գործընթացը շատ այլ գործոններից է կախված, իսկ մեր մտքերը դրդող ուժի մասին խթանում են անգիտակցականը: Հոգեվերլուծությունը միշտ կողմնորոշվում է բավականության սկզբունքով, նույնիսկ եթե բնագիտության տեսության տնտեսական մոտեցումը սպառել է իրեն: Ֆրոյդի մոլոմների առասպելաբանության մեջ թաքնված և փոխաբերական արտահայտություն գտած ճշմարտությունները, հավանաբար, այն փաստով են ներկայանում, որ անգիտակցականը կարելի է հասկանալ որպես մարդկային երևակայության անսպառ աղբյուր առ այն, թե ինչ է ընկած սահմանափակող իրականության սահմաններից՝ ժամանակից և տարածությունից այն կողմ: Հոգեվերլուծական էվրիստիկայում լիբիդոն «արդարև հոգեկան իրողությունն» է, ինչպես դա ցույց տվեց Ադորնոն (Adorno, 1952, p. 17): Ընդհանրացնել լիբիդոյի հասկացությունը մինչև ինտենցիոնալություն՝ նշանակում է գրկել նրան տարրական դրդող ուժից: Այսպիսով՝ քննադատելով լիբիդոյի տեսության տնտեսական տեսակետը, հարկ է թացը չորին չխառնել: Ադորնոյի ախտորոշումը ճիշտ է: Վերանայված և սոցիալականացված հոգեվերլուծությունը միտված է վերադառնալ աղբյուրյան մակերեսայնությանը: Այն բավականության սկզբունքի վրա

հիմնված ֆրոյդյան դինամիկ տեսությունը փոխարինում է պարզ էգոհո-գերանությամբ (Adorno, 1952, էջ 2):

Տնտեսական սկզբունքը և հոգեկան էներգիայի միջոցով բավականու-թյան և տհաժության զգացողությունների կարգավորման վերաբերյալ են-թադրությունները դարձել են ոչ պիտանի նեյրոֆիզիոլոգիայի և կլինիկա-կան հոգեվերլուծության հիման վրա, ինչպես նաև մոր և երեխայի միջև փոխհարաբերությունների վերջին ուսումնասիրությունների լույսի ներքո: Ֆրոյդի տեսության վառ գրաֆիկական լեզուն ենթադրում է նմանություն-ներ ֆիզիկական և հոգեկան գործընթացների միջև, որոնք իրականում գո-յություն չունեն: Եթե փոխաբերությունների ներշնչող ուժի ազդեցության տակ հոգեվերլուծողը կիրառում է դրանք այն ոլորտներում, որոնցում հա-մեմատություններն արդեն վավերական չեն, ապա նրա (հոգեվերլուծողի)՝ գործողությունները նույնպես անտեղի կլինեն: Տեսության ճգնաժամը խո-րապես ազդում է հոգեվերլուծական պրակտիկայի վրա:

Մղումների տեսության կարևորության նվազումը անպայմանորեն չի նշանակում, որ հարկ է հրաժարվել հոգեվերլուծական մոտիվացիոն տեսությունից, որը հաշվի է առնում տարբեր տեսակի տարրական, կենսա-բանորեն պայմանավորված կարիքները: Լիխտենբերգը (1983a,b), օրինակ, նկարագրեց այն մոտիվացիոն համակարգերը, որոնք կարող են գալ փո-խարինելու մղումների տեսությանը: Չկայացած դուալիզմից հեռանալով (լիբիդոն ընդդեմ ինքնապահպանման, ապա նաև կյանքի մղումն ընդդեմ մահվան մղման)՝ Լիխտենբերգը մշակեց 5 համակարգեր ունեցող պլյուրա-լիստական մոտիվացիոն տեսություն.

1. Ֆիզիոլոգիական պահանջմունքների հոգեբանական կարգավորման կարիքը,
2. Հոգևոր կապվածության կարիքը,
3. Հետազոտության և բացահայտումների հաստատման կարիքը,
4. Զգվանքով արձագանքելու կարիքը,
5. Սեռական հաճույքի և սեռական գրգռման կարիքը:

Այս կարիքների «համակարգային» վերասահմանումը ավելի լրջորեն է հաշվի առնում կոնկրետ միջավայրին պատկանելությունը:

1.4 Փոխաբերություններ

Ֆրոյդի կողմից փոխաբերությունների օգտագործումը

Ֆրոյդի մասնագիտացումը XIX դարի վերջի նեյրոանատոմիայի և նեյ-րոֆիզիոլոգիայի գիտաձյուղերն էին, և հենց դրանց էր նա հղումներ անում՝ կողմնորոշվելու իր համար դեռևս անծանոթ, նոր ուսումնասիրվող ոլորտում: Մենք այժմ էլ պետք է հիշենք նրա խորհուրդը՝ «դիմադրել էն-դոկրինոլոգիայի և ավտոնոմ նյարդային համակարգի հետ սիրախաղ անե-

լու գայթակհությանն այն դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է հոգեբանական հասկացությունների հենքի վրա ստեղծված հոգեբանական փաստերի մթնոլորտ» (1927 թ, էջ 257): Նույն զգուշացումը կա նաև «Սիրողական վերլուծության հարցի շուրջ» աշխատության մեջ, որտեղ Ֆրոյդը «ձիշտ բաժանարար սահմանն է գծում ... գիտական վերլուծության և դրա կիրառման ձևերի միջև ինչպես բժշկական, այնպես էլ ոչ բժշկական ձյուղերում» (էջ 257) և իր հայտնի պնդումն է անում դրանց անքակտելի կապի վերաբերյալ. «Անխմաստ է տարբերություն դնել բժշկական [այսինքն՝ թերապևտիկ] և կիրառական վերլուծության միջև» (էջ 257):

Քանի որ փոխաբերական նկարագրությունները հենվում են ոչ հոգեբանական հասկացությունների վրա, չէին կարող բավարարել Ֆրոյդի պահանջները, որոնք հենց ինքը՝ Ֆրոյդը, անտեսում էր իր ստեղծագործության սկզբնական շրջանում:

Ֆրոյդի փոխաբերությունները, որոնք ներառում են գրգռման, լիցքաթափման, կատեքսիսի, կապվածության և այլ երևույթների հանրագումար, սերում են 19-րդ դարի նեյրոֆիզիոլոգիայից: Իհարկե, չկա ինչ-որ կոնկրետ թերություն, որի համար հարկ է քննադատել փոխաբերությունների օգտագործումը: Դրանք ցանկացած գիտական տեսության անքակտելի մասն են կազմում (Grossman and Simon, 1969; Wurmser, 1977): Փոխաբերությունները առաջնային (ծանոթ) օբյեկտից իմաստը տեղափոխում են երկրորդային (անծանոթ) օբյեկտ, ինչպես ցույց է տվել Գրասսին (Grassi, 1979, էջ 51)՝ քննարկելով հասկացության պատմական զարգացումը: «Համեմատություններն ինքնին ոչինչ չեն որոշում, ինչպես գրել է Ֆրոյդը (1933 թ, էջ 72), բայց դրանք իսկապես օգնում են վերլուծողին իրեն հարմարավետ զգալ այս նոր և անծանոթ միջավայրում»: Այդ պատճառով Ֆրոյդի համար բնական էր հենվել նյարդաբանության վրա՝ համեմատելով հոգեկան ապարատը ռեֆլեկտոր աղեղի հետ կամ նկարագրել անգիտակցականը, Այն-ը՝ «որպես քառս, կաթսա, որը լիքն է բլթլթացող գրգիռներով» (1933 թ, էջ 73): Կարելի է բերել նրա կողմից ներմուծված տնտեսական և քանակական բազմաթիվ այլ օրինակներ (Rubinstein, 1972):

Ինչպես գործնական, այնպես էլ տեսական նկատառումներից ելնելով՝ կարևոր է բացահայտել, թե մինչև ուր է հասնում առաջարկվող փոխաբերությունների նմանությունը: Կարևոր են փոխաբերություններով նկարագրվող տարբեր երևույթների ընդհանուր գծերը և տարբերակիչ հատկանիշները, այսինքն՝ կարևոր է որոշել այդ համանմանության դրական և (հատկապես) *բացասական* կողմերը (Hesse, 1966, Chesire, 1979): Որքան հաջող է համեմատությունը, այնքան ակնհայտ է նմանությունը, բայց հնարավոր է՝ զուտ թվացյալ լինի այն հանգամանքը, որ խիստ արտահայտիչ փոխաբերություններն ունեն բացատրական մեծ արժեք, որովհետև այս կերպ դրանք միտված են խանգարելու տարբերություններին պատշաճ ուշադրություն դարձնելուն: Ֆրոյդը շատ փոխաբերություններ ստեղծեց, որոնցով հոգեվերլուծությունը մինչև այժմ դեռ իրեն շատ ապահով է զգում

(Edelson, 1983): Թեև տեսության փոխակերպումներին զուգահեռ անհաջող փոխաբերությունները դուրս մղվեցին, սակայն բացասական համանմանության (այսինքն՝ տարբերությունների) ոլորտը հաճախ մնում էր չպարզաբանված: Հնարավոր է նույնիսկ, որ Ֆրոյդի կողմից ներմուծված շատ փոխաբերությունների հիմքում ընկած էր իզոմորֆիզմի, այսինքն՝ համեմատվողի հետ նույնության մեջ համոզվածությունը: Հակառակ դեպքում նա հույս էր հայտնի, որ կգա ժամանակ, երբ հոգեվերլուծական տերմինաբանությունը կփոխարինվի ֆիզիոլոգիական և քիմիական ստանդարտացված տերմինաբանությամբ՝ ըստ մատերիալիստական մոնիզմի սկզբունքների (1920 թ, էջ 60):

Բարդություններից մեկն էլ այն է, որ XIX դ. նեյրոֆիզիոլոգիայից առաջացած շատ հոգեվերլուծական փոխաբերություններ դեռևս համարվում են գիտականորեն վավերական, թեև արդեն կորցրել են այդ գիտական վավերականությունը իրենց առաջնային գիտակարգում՝ չգտնելով պատշաճ փորձարարական հիմնավորում իրենց երկրորդային գիտաճյուղում: Այդ հին տերմինաբանությունն աղձատում է հոգեվերլուծական փորձը և նրա մեկնաբանությունը: Իրականում հին տերմինաբանությունն աղավաղում է վերլուծական փորձը և մեկնաբանությունները: Մի ժամանակ փոխաբերություններն ունեին օգտակար միասնականացնող գործառույթ, քանզի այդ կերպ դրանք կամրջում էին հայտնին անհայտին: Ավելի ուշ այս փոխաբերությունների վրա հիմնված լեզուն դեր խաղաց հոգեվերլուծական շարժման ներսում հոգեվերլուծողի ինքնության ձևավորման մեջ: Հնարավոր է ստեղծել նոր փոխաբերություններ: Կոքսը և Թայլգարդը (1987) խաղարկում են երաժշտական եզրերի միջոցով ներաշխարհի նկարագրության զարմանալի գաղափարը՝ դիմելով այնպիսի եզրերի, ինչպիսիք են՝ աններդաշնակությունը, հակակետը, ներդաշնակությունը և այլն: Իսկ ինչու չօգտագործել դրանք, եթե դրանք կիրառելի են և օգտակար: «Լավ բժիշկները վաղուց է, որ ձեռքի տակ ունեն այսպիսի չսպառված փոխաբերությունների ցանկ... Սրա համար մեզ անհրաժեշտ է ունենալ կարողություն՝ ձանաչելու ավանդական տեսության կողմից օգտագործվող փոխաբերությունների արժեքը և սահմանները: Բացի այդ, մեզ պետք է խիզախություն՝ սկսելու փոխաբերել նոր փոխաբերություններ կիրառել», - իրավացիորեն գրում է Բախտոլցը (2000, էջ 64):

Արհեստական բառերի ստեղծումը

Հիմա անցնում ենք մեկ այլ լեզվական խնդրի: Բետելհեյմը (Bettelheim, 1982) և Փայնսը (Pines, 1985) պնդում են, որ հոգեվերլուծության մեջ գոյություն ունեցող խնդիրների մեծ մասը առաջացել է Ստրեյչիի կողմից Ֆրոյդի փոխաբերական և անտրոպոմորֆիկ (մարդակերպ) տերմինաբանությունը անգլերենի արհեստական մեխանիկական տերմինաբանությամբ փոխարինելու արդյունքում, քանզի այդ կերպ նա ձգտում էր գիտականություն

հաղորդել այս ամենին: Այն, որ Ստրեչիի թարգմանություններում շատ խոցելի պահեր, ինչպես նաև ակնհայտ սխալներ կան, անվիճելի է շատ գերմանալեզու վերլուծողների համար, և կասկած չկա, որ նա Ֆրոյդի վառ և արտահայտիչ տերմինաբանության մեծ մասը փոխարինել է այնպիսի եզրերով, որոնք լավագույն դեպքում իմաստավից են դասական գիտնականների համար: Բայց կարելի՞ է արդյոք դրա մեջ տեսնել տեսական խնդիրների պատճառը: Օրնատոնի կարծիքով նույնպես (1982, 1985a) Զոունսի խոսքերով (1959, էջ 23)՝ «թարգմանության գործում այսպիսի հանդգնության» քննադատության պատճառն այն է, որ Ֆրոյդն անպայմանորեն ցանկանում էր պահպանել առօրյա լեզվի հետ գուղորդությունների հարուստ բազմազանությունը:

Բետելհեյմի քննադատական մոտեցումը կարելի է ցույց տալ թարգմանության հետևյալ օրինակով՝ «besetzung» (կատեքսիս) և «besetzen» (կատեկտավորել): Ոչ մասնագետին անգլերեն թարգմանությունը ոչինչ չի ասում, մինչ Ֆրոյդը այս երկրորդ բառի նշանակությունը այլ կերպ է բացատրում՝ «գրավել, լցնել»: Իսկ ինքը՝ Ֆրոյդը, ի՞նչ էր դնում այդ եզրի տակ: Նա գրել է.

«Տնտեսական հայեցակերպով հոգեվերլուծությունը ենթադրում է, որ բնագոյները ներկայացնող հոգեկան գործոններն ունեն որոշակի քանակով էներգետիկ լիցք (կատեքսիս), և հոգեկան ապարատի դերն է դիմադրել այդ էներգիայի կուտակմանը և գրգիռը պահել առավել ցածր մակարդակի վրա: Հոգեկան գործընթացներն ավտոմատ կերպով կարգավորվում են «բավականության սկզբունքով». այսպիսով՝ տհաժությունն ինչոր կերպ հարաբերակից է գրգիռի մեծացմանը, իսկ բավականությունը՝ դրա նվազմանը» (1926 ff., էջ 265–266):

Այն, որ այստեղ Ֆրոյդն օգտագործում է «կատեքսիս» բառը, էական չէ: Կարևորն այն է, որ Ֆրոյդի տնտեսական վարկածների հիման վրա գերմաներենով, անգլերենով կամ որևէ մի այլ լեզվով հոգեվերլուծողները փորձում էին ներկայացնել կատեքսիսը՝ կիրառելով գրոտեսկային ձևակերպումներ (օր.՝ Bernfeld, Feitelberr, 1929, 1930) կամ նկարագրելով լիբիդոյի խճճված ձևափոխումներ (օր.՝ Hartmann, Kris, Loewenstein, 1949): Էլ ավելի վճռականորեն վերլուծողները հաճախ «կատեքսիս» եզրին անզուգուշաբար բացատրական ուժ են վերագրում նրա թվացյալ քանակական ճշգրտության համար: Դա ազդում է հոգեվերլուծական պրակտիկայի ողջ դիապագոնի վրա, օրինակ՝ լռության արդյունքում մեծացող լարվածության քանակական հասկացության վրա: Ռիկյորի (Ricoeur, 1970) աշխատանքների մանրամասն քննարկումից երևում է, որ քանակական լիցքաթափման տեսությունը ներթափանցում է նույնիսկ նրա հերմենևտիկ մոտեցման մեջ: Մի կողմ թողնելով թարգմանական սխալները՝ կարելի է ասել, որ հենց նորաբանություններն ունեն խնդիրը մերկացնելու ներուժ: Առանց որոշակի անհրաժեշտության՝ Ֆրոյդը չէր սիրում տեխնիկական եզրեր օգտագործել և դժգոհ էր, երբ 1922թ. Ստրեչին, հստակության ձգտելով, ներմուծեց

«կատեքսիս» բառը՝ վերցնելով այն հունարենից, որպես «besetzung» բառի թարգմանություն: Ստրեյին (տե՛ս Freud, 1923 b, էջ 63) «Էգոն և Այն»-ը աշխատության ներածության մեջ նշում է, որ Ֆրոյդը, հավանաբար, վերջապես համակերպվեց «կատեքսիսի» հետ, քանի որ ինքն է օգտագործել այդ եզրը հոդվածի գերմաներեն տարբերակում («Բրիտանական հանրագիտարան») (Freud, 1926 b, էջ 266): Մեզնից անկախ՝ Օրնսթոնը (Ornston, 1985 a, b) անհրաժեշտ տեղեկատվություն հրապարակեց այն մասին, թե ինչպես Ստրեյին ներմուծեց այդ եզրը: Ըստ միջին վիճակագրական տվյալների գերմանացի ընթերցողը կարող է ընկալել «besetzen» բառի վերլուծական նշանակությունը, այսինքն՝ հասկանալ եզրի փոխաբերական իմաստը: Ընդհակառակը, «կատեքսիս» նորաբանությունը կարող է որպես փոխաբերություն ծառայել միայն դասական կրթություն ստացած բառի հունական արմատին ծանոթ գիտնականին:

Կրկնելով մեր տեսակետը՝ նշենք, որ սխալ կլիներ Բետելհեյմի (Bettelheim, 1982) և Բրանդտի (Brandt, 1961, 1972, 1977) նման պնդել, որ Ստրեյիի ներմուծած նորաբանությունները, ինչպես «կատեքսիսը» կամ «Ich» և «Überich» գերմաներեն եզրերի լատինականացումը՝ վերածելով դրանք Ego-ի և Super-Ego-ի, պատասխանատու են նոր խնդիրներ առաջացնելու համար: Ընդհակառակը, Ստրեյիի թարգմանություններն ի հայտ բերեցին այն խնդիրները, որոնք արդեն իսկ գոյություն ունեին (Ornstein, 1982): Հարցը բացատրական հոգեվերլուծական տեսության և հիվանդի սուբյեկտիվ փորձի հարաբերակցությունն է: Ֆրոյդը երևույթների նկարագրությունից հոգեվերլուծական բացատրությանն անցնելու ռազմավարությունը մշակել է «Հոգեվերլուծության ներածական դասախոսություններ» գրքում:

«Մենք ձգտում ենք ոչ միայն նկարագրել և դասակարգել երևույթները, այլև հասկանալ դրանք որպես հոգեկան ուժերի փոխազդեցության նշաններ, որպես նպատակամղված ձգտումների արտահայտություն, որոնք համաձայնեցված են աշխատում կամ փոխադարձաբար ընդդիմանում են: Մեզ հետաքրքրում է հոգեկան երևույթների մասին դիմամիկ հայեցակետը: Մեր կարծիքով, ընդհարվող երևույթներն իրենց կարևորությամբ պետք է գիջեն այն միտումներին, որոնց մասին վարկածային ենթադրություններ կան» (Freud, 1916/17. էջ 7):

Այս տեսակետից լատիներեն Էգո ձևի նախընտրումը (Գեր-Էգո) գերմաներեն Ich (ս Überich)-ի նկատմամբ ոչ մի նշանակություն չունի, քանի որ ո՛չ Էգոյի, ո՛չ Ich-ի վերլուծական կիրառումը չի կարող հավասարեցվել հենց իրեն՝ զգացող Ես-ին (erlebendes Ich): «Էգոն և Այնը» աշխատության ներածության մեջ Ստրեյին արդարացիորեն պնդում էր, որ Ֆրոյդի «Ich» բառի օգտագործումը բացարձակապես պարզ չէ:

«Իհարկե, այս եզրն օգտագործվել է մինչև Ֆրոյդը, բայց միանշանակ չէ այն իմաստը, որը ինքը՝ Ֆրոյդը, տվել էր դրան իր վաղ աշխատություններում: Թվում է՝ հնարավոր է առանձնացնել երկու կիրարկություն. մի դեպքում եզրն առանձնացնում է բուն անձին՝ որպես ամբողջություն (գուցե նաև մարմինն էլ հետը) այլ մարդկանցից, իսկ մյուսում է

հոգեկանի առանձին մասը, որը բնորոշվում է հատուկ նշաններով և գործառնություններով» (Strachey, Freud, 1923 b, էջ 7–8):

Ֆրոյդն անհատական սուբյեկտիվ փորձը ձգտում էր բացատրել հոգեկան ապարատի տեսության միջոցներով: Այդ պատճառով թարգմանության հնարավոր ձշտումները չէին կարող օգնել տեսության մեջ առաջացող խնդիրների լուծմանը:

Գոյական անունների օգտագործումը. «Այն»-ը

Որոշակի դեր է խաղում այն, թե ինչպես ենք հասկանում «Այն»-ը և Հայմանի (Hayman, 1969) «Ի՞նչ ենք մենք հասկանում «Այն»-ի տակ» հնարավոր է արդյոք պատասխանել անգլիական, ֆրանսիական, իսպանական կամ գերմանական հասարակության կամ մշակույթի համատեքստում: Համենայնդեպս, դա ինքնուրույն օգտագործվող գոյական անուն է, և, ինչպես նշել է Բրեյերը 1895թ. Ֆրոյդի հետ համատեղ աշխատանքում, վտանգ կա, որ.

«Գոյական անվան տակ նյութ դնելը կամ «գիտակցություն» եզրի տակ առարկա հասկանալը կարող են հեշտությամբ դառնալ մտածական սովորույթ: Եվ եթե ինչ-որ մեկի մոտ այդպիսի լոկալ փոխառնությունների փոխաբերական կիրառումը դարձել է «անգիտակցական» սովորույթ, ապա նրա մոտ ժամանակի ընթացքում կձևավորվի այնպիսի ընկալում, որտեղ փոխաբերությունը կմոռացվի և, որը նա կսկսի գործադրել այնպես, ասես այն իրական է: Այդպես ծնվում է առասպելականությունը» (Breuer, Freud, 1936, էջ 169):

Այն, որ Բրեյերի զգուշացումը նյութականացման դեմ այդքան քիչ է հաշվի առնվում, բացատրվում է Դիլմանի կողմից ընդգծված փիլիսոփայական հայեցակետերին հատկացված ոչ պատշաճ ուշադրությամբ (Dilman, 1984, էջ 11):

Անդեն դերանունը՝ որպես հոմունկուլուս

Երբ գերմանացին լսում է «es» բառը, նա անմիջապես մտածում է անդեն «es» (այն դերանվան մասին, որը լայնորեն օգտագործվում է գերմաներենում: «es»-ը բնորոշ է գերմաներենին զգացմունքների արտահայտման ժամանակ: Կերցը (Kerz, 1985թ.) գրում է, որ Նիցշեն, չնայած առարկայական մտածականության իր քննադատությանը, չի խուսափել կամքի, իշխանության, կյանքի ուժի մասին խոսել, երբ փորձում էր վերացնել ինքնագիտակցության սահմանափակումները: Չնայած բոլոր հանդիմանություններին՝ գոյական անունները անընդհատ առարկայացվում են և, հետևաբար, «Այն»-ին նույնպես մի շարք մարդկային հատկանիշներ են վերագրվում:

Փոխաբերության օգտագործման ժամանակ անտրոպոմորֆիզմը անխուսափելի է փոխաբերությունը ստեղծելիս: Մարդն անգիտակցաբար ինքն իրեն օգտագործում է որպես ստանդարտ՝ համապիտանի չափանիշ,

որով չափվում են բոլոր այլ բաները, և համապատասխանաբար փնտրվում է էգոն և հատկապես ցանկությունները և մտադրությունները մարդկային բնության՝ դեռևս թաքնված և անգիտակցական ոլորտում՝ «Այն»-ում: Չնայած իր ֆիզիկալիստական տերմինաբանությանը, Ֆրոյդը ձեռնպահ էր մնում առարկայացած «Այն»-ին նյութականություն վերագրելուց, քանի որ լայնորեն օգտագործում էր անտրոպոմորֆ փոխաբերություններ անգիտակցական գործընթացները բացատրելու համար և խիստ հետևում էր հոգեվերլուծական մեթոդին: Բայց հենց այս սահմանը հատվում է, միայն մի քայլ է մնում մինչև «Այն»-ի հիվանդությունները և «Այն»-ը ախտաբանական մարմնական գործընթացների հետ նույնացնելը: «Այն»-ի ընկալումը ժողովրդական շրջանում և կյանքի փիլիսոփայության մեջ (Նիցշեի «Այն») նույնանում է Գրոդեկի հոգեմարմնական «Այն»-ի հետ, և խորհրդավոր համընդհանուր գիտությունը՝ անհագուրդ ձգտումների թիրախը, թվում է, մոտենում է:

Ինտելեկտուալ պատմության նախահիմքերը

Ի՞նչ ենք մենք հասկանում «Այն»-ի տակ: Այս հարցին ավելի սպառիչ կերպով կարելի է պատասխանել, երբ ծանոթանանք փիլիսոփայական մտքի պատմության ազդեցությանը Ֆրոյդի որոշումների վրա, այդ թվում նաև, Նիցշեին՝ հետևելով, նրա «es» բառն օգտագործելու որոշման վրա: Գերմանախոսի մոտ, որը ծանոթ է ինտելեկտուալ պատմությանը, «es»-ի հետ այլ գուգորդություններ կծագեն, քան նրանց մոտ, ովքեր կարդում են Ֆրոյդի գործերի անգլերեն ստանդարտ հրատարակությունները: Սակայն հոգեկան ապարատի հոգեվերլուծական տեսության անգլերեն, ֆրանսերեն և գերմաներեն տարբերակները հավասար չափով հեռու են ներկայացնելուց այն հիվանդին, որը փորձում է ազատ գուգորդություններ անել: Բետելհեյմը (Bettelheim, 1982) որոշ հիմնական եզրերի լատինականացման և ժամանակակից հիվանդներից շատերի համեմատաբար ցածր կրթամակարդակի (որոնք ի տարբերություն Վիեննայի բարեկիրթ բուրժուազիայի, ծանոթ չեն դասական առասպելաբանությանը, օրինակ՝ Էդիպի առասպելին) համար մեղավոր է ճանաչում այն փաստը, որ իր տեսակետից հոգեվերլուծությունը կորցրել է Ֆրոյդի կողմից առաջադրված մարդակենտրոն գործոնը և դարձել է վերացական:

Մենք Բետելհեյմի փաստարկները սխալ ենք համարում, որովհետև Ֆրոյդի տեսությունը, ցանկացած այլ տեսության նման, տարանջատ է սուբյեկտիվ փորձառությունից, իսկ պրակտիկայում մեթոդի կիրառումը երբեք կախված չէ նրանից, թե հիվանդը երբևէ լսել է Մոֆոկլեսի ողբերգության մասին, թե՞ ոչ: Իրականում ինչքան քիչ բան նա իմանա, այնքան ավելի համոզիչ կլինեն թերապևտիկ և գիտական բացահայտումները: Բետելհեյմի քննադատությունը կիրառելի չէ հոգեվերլուծական տեսության կամ մեր ժամանակների միջին վիճակագրական հիվանդի նկատմամբ, դա վերաբերում է միայն այն ձևին, որով վերլուծաբանները կիրառում են Այն-ի տեսությունը:

Իհարկե, տեսությունները կարող են քիչ թե շատ մեխանիստական լինել, և Ֆրոյդի տեսությունը, որի համաձայն փոխադրումը, խտացումը և ձկուն պատկերացումը ամենակարևոր անգիտակցական գործընթացներ են համարվում, միգուցե ավելի մեխանիստական է, քան Լականի (Lacan, 1968) դրույթն այն մասին, որ անգիտակցականը կառուցված է այնպես, ինչպես լեզուն: Արտամղմանը մասնակցած անգիտակցական գործընթացների մասին տեսական պնդումները ոչ մի ընդհանուր կապ չունեն վերլուծողի՝ մարդուն արձագանքելու կարողության հետ, բայց երբ գործը հասնում է հոգեվերլուծական մեթոդի թերապևտիկ կիրառմանը, մարդկային ապրումակցումն անմիջապես նշանակություն է ստանում: Մասնագիտական պատասխանատվությունը, այսպիսով, պահանջում է փնտրել այն խնդիրների լուծումը, որոնք մենք կնկարագրենք 10-րդ գլխի վերջում:

Կոնկրետի և վերացականի միջև կապը

Վերջապես, հարկ է ընդգծել, որ հոգեվերլուծական երկխոսության մեջ փոխաբերության յուրահատուկ դերը պայմանավորված է նաև այն հանգամանքով, որ փոխաբերությունները թույլ են տալիս կապակցել կոնկրետը և վերացականը: Բացի այդ, նմանության և տարբերության բացահայտումը թերապիայում հաստատուն գործոն է (Carveth, 1984 b): Արլուն (Arlow, 1979) հոգեվերլուծությունն անվանել է փոխաբերական ընթացակարգ այն պատճառով, որ տրանսֆերը, որը հոգեվերլուծությանը բնորոշ երևույթ է, սերում է փոխաբերությունից, այսինքն՝ իմաստը մի շրջանակից մյուս շրջանակն է տեղափոխվում: Այդ մոտեցման ազդեցությունը կքննարկենք, երբ կխոսենք տրանսֆերի մեկնաբանության մասին բաժին 8.4-ում:

1.5 Ուսուցում

Գործնական փորձառությունն ի ցույց է դնում հիմնարար հետազոտություն

Հոգեվերլուծական հաստատությունները չկարողացան պահպանել թերապիայի և ուսումնասիրությունների միջև եղած անբալկոնի կապը: Ֆրոյդի ժառանգությունը գլխավորապես փոխանցվում է թերապևտների համար նախատեսված ուսուցման միջոցով: Ամբուլատոր կլինիկաներում հիվանդի սիստեմատիկ քննությունը և բուժումը, որոնք նախատեսված էին հոգեվերլուծական ինստիտուտի գործունեության համար Ֆրոյդի առաջադրած մոդելում, բավականաչափ ինտենսիվ չեն: Այսպիսով, լճացում տեղի ունեցավ, որը սկզբում թաքնված էր Երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո ԱՄՆ-ում հոգեվերլուծության՝ անսպասելի մեծ թափով տարածման դիմակի տակ: Շատ երիտասարդ բժիշկներ սկսեցին անցնել հոգեվերլուծական ուսուցում: Նոր ուսումնական կենտրոններ բացվեցին:

Հոգեվերլուծական հասկացությունները հիմքը դրեցին դինամիկ հոգեթերապիայի և հոգեբուժության (տե՛ս՝ Sabshin, 1985): Բայց վերլուծական շրջանակի սիստեմատիկ քննությունը, որը հոգեվերլուծության հարազատ հողն է, նույնչափ լավ չէր հիմնվել և ամրապնդվել (Schlesinger, 1974):

ԱՄՆ-ում, այսպիսի մի քանի տասնամյակից հետո, երբ բժշկական կրթություն չունեցող միայն փոքրաթիվ հետազոտող-թեկնածուներ էին ընդունվում, բացառապես շնորհիվ միջգիտակարգային ուսումնասիրությունների ոլորտում իրենց տաղանդի և կարողության, այսօր ոչ միայն հոգեբույժները կարող են սովորել հոգեվերլուծություն և թերապիայով զբաղվել, այլև հոգեբանները, և ներկայիս միտման համաձայն ավելի հաճախակի են դարձել արտոնագրված սոցիալական աշխատողները: Այդ պատճառով առաջին հայացքից այլևս ակնհայտ չէ, որ այս ոլորտում առաջացած լճացումը պայմանավորված է «բժշկական օրթոդոքսալությամբ» (Eissler, 1965), «բժշկակենտրոն» պատրաստմամբ (Parin, Parin – Matthey, 1983 a) է պայմանավորված: Բայց ավելի մանրակրկիտ քննությունից երևում է, որ ավելի ձիշտ կլինե՞ր ասել, որ մասնագետների պատրաստման նպատակը միևնույն ստանդարտ արդյունքն է, որ տարածված է ամբողջ աշխարհում: Նույնիսկ այն երկրներում, որտեղ ուսուցումը բաց է ոչ պրոֆեսիոնալների համար, ուսումնական հաստատությունները հենց թերապևտ-հոգեվերլուծողներ են պատրաստում: Ստանդարտ տեխնիկայի սահմաններում մասնագիտացումը թույլ է տալիս նրանց՝ ոչ բժիշկ հոգեբաններին, բուժել այդ տեխնիկային համապատասխանող հիվանդներին:

Մենք առաջարկում ենք, որ այսօր ուսուցումը ներառի իրադրությունների և ինտենսիվության մեծ բազմազանություն: Որոշիչ չափանիշը հիվանդի բարօրությունն է, որն ապացուցվում է հոգեվերլուծական բուժումների արդյունավետության համոզիչ, էմպիրիկ արդյունքներով (Fonagy et al., 2002): Հոգեվերլուծության և դրանից ածանցվող հոգեվերլուծական հոգեթերապիայի ձևերի կլինիկական կիրառության երկբաժանությունը հաղթահարելու համար ընդհանուր «հոգեվերլուծական թերապիա» եզրը, կվերակենտրոնացնի հոգեվերլուծական հանրույթի ջանքերը (Kächele 2010a): Այսպիսի դիրքորոշումը պետք է խրախուսի թեկնածուներին՝ բուժել տարբեր հիվանդների տարբեր շրջանակների միջոցով, սովորել և ուսումնասիրել բազմազան, մասնագիտական, հոգեվերլուծական հնարներով հագեցած տեխնիկաներ, որոնք մշակվել են կոնկրետ հիվանդների կարիքների համար (օրինակ՝ Clarkin et al. 1999, Bateman & Fonagy 2004, Milrod et al. 1997) և էլ ավելի զարգացնել նրանց կարողությունը՝ հասկանալու, թե ինչ է կատարվում բուժման՝ հոգեվերլուծական տեսության հիմնարար հասկացությունների շրջանակում: Մենք հաստատապես մի կողմ կոչենք վերլուծական հոգեթերապիայի և հոգեվերլուծության միջև գլխավոր, հիմնարար տարբերությունները, քանզի համարում ենք, որ դրանք մեզ չեն առաջնորդում դեպի ճակատամարտի իրական վայրը: Ուսուցումը պետք է հաշվի առնի խանգարումներին ուղղված ռազմավարությունները և նաև մեղմացուցիչ կողմերը, որոնք

կապ ունեն բուժման հետ (Luyten et al. 2006): Եթե հոգեվերլուծությունը դեռ ձգտում է պահպանել իր՝ *անանների միջև առաջինը* կարգավիճակը, դրա հիմքում պետք է ընկած լինի մեր այնպիսի բազմակողմանիության ցուցադրությունը, որը կհամապատասխանի հիվանդների կարիքներին և նախընտրություններին՝ հոգեվերլուծական թերապիայի կիրառմամբ, այսինքն՝ պետք է լինի «ակնհայտորեն թերապևտիկ, ճկուն, սակայն աննկուն, սատարող, սակայն մեկնաբանող, կանխամտածված, բայց և ինքնաբերական»:

Միջգիտակարգայնություն

Անհերքելի փաստ է, որ գրեթե բոլոր ոչ բժիշկ հոգեվերլուծողները թողնում են իրենց նախկին մասնագիտությունները: Շատ քչերն են, որ շարունակում են ակտիվ գործունեությունը կամ կատարում են միջգիտակարգային հետազոտություններ իրենց առաջնային մասնագիտության ոլորտում (Thomä, 1983b): Պատվավոր բացառություններից մեկը ոչ բժիշկ հոգեվերլուծողների փոքրաթիվ խումբն է՝ կազմված որակավորված գիտնականների կողմից մինչև Ամերիկյան հոգեվերլուծական ասոցիացիայի հովանու ներքո ուսուցում անցնելը: Արտաքին բարենպաստ պայմանները նրանց մեծ մասին թույլ տվեցին արդյունավետորեն աշխատել միջգիտակարգային հետազոտությունների ոլորտում և իրենց իրազեկությունը պահպանել իրենց սկզբնական ոլորտներում: Հետևաբար, հենց պատրաստման նպատակն է սահմանափակումներ մտցնել և պահպանել օրթոդոքսալությունը, որն անարդարորեն անվանում են «բժշկական օրթոդոքսալություն»: Բժշկության բոլոր մյուս ոլորտներում հիմնարար հետազոտությունները, փաստորեն, խրախուսվում են, իսկ հոգեվերլուծական ուսուցման մեջ շեշտը դրվում է պրակտիկայի վրա և կրում է «բժշկակենտրոն» պիտակը:

Գիտական ընդհանուր և մասնակի հարցադրումները, այդ թվում նաև հոգեվերլուծական հետազոտություններում, կոտրում են ամեն տիպի օրթոդոքսալության կապանքները: Դա բերում է հոգեվերլուծության համագործակցությանը *հումանիստ և հասարակական գիտությունների* հետ: Ֆրոյդը ընդգծում էր, որ.

«... բժշկական գիտակարգերի մեջ [հոգեվերլուծությունը] միակն է, որ լայնորեն հարաբերակցվում է հոգեկանի մասին գիտությունների հետ, և ... այդ դիրքում նա նույնքան կարևոր դեր կարող է խաղալ կրոնագիտական և մշակութաբանական, առասպելաբանական և գրականագիտական ուսումնասիրություններում, որքան հոգեբուժության մեջ: Դա կարող է տարօրինակ թվալ, եթե հաշվի առնենք, որ հենց սկզբից նրա միակ նպատակը ներոտիկ ախտանիշների ձանաչումն ու վերացումն էր: Բայց այստեղ դժվար չէ տեսնել կամրջի սկիզբը, որը նետված է դեպի հոգեկան աշխարհի մասին գիտությունները: Երազների վերլուծությունը թույլ տվեց մեզ հասկանալ հոգեկան անգիտակցական գործընթացները և ցույց տալ, որ այն մեխանիզմները, որոնք ախտաբանական ախտանիշներ են առաջ բերում, գործում են նաև նորմալ հոգեկան կյանքում: Այսպիսով, հոգեվերլուծությունը դարձավ *խորքային հոգեբանություն* և որպես այդպիսին

կարող է կիրառվել հոգեկան աշխարհի մասին գիտություններում ...» (Freud, 1923 a, էջ 252-253):

Փորձելով հիվանդին միասնական և արդյունավետ կերպով բուժել՝ բժշկությունը պետք է ներգրավի բոլոր գիտությունները, որոնք կօգնեն քննել, թեթևացնել և բուժել մարդու տառապանքները: Այդ իմաստով հոգեվերլուծական մեթոդը բազմաթիվ ծառաներից մեկն է, իսկ նրա տերը ոչ թե մասնագիտությունն է, այլ հիվանդը: Ճանաչված մասնագիտություններից առավել հոգեվերլուծությունը պետք է պայքարի գործունեության և հետազոտման սահմանները որոշելու իր իրավունքի համար և համապատասխանաբար աշխատի հիվանդների և հասարակության բարօրության համար:

Հոգեվերլուծությունը երկար ժամանակ անկարևոր ծառաներից մեկն էր, և Ֆրոյդը ստիպված էր պայքարել, որ պաշտպանի նրան տիրոջ՝ այսինքն հոգեբուժության հպատակությունից: Դա խանգարում էր և՛ պրակտիկայի, և՛ գիտական զարգացմանը: Էյսլերը (Eissler, 1965) ողջունում է հոգեվերլուծական ուսումնական հաստատությունների անջատումը բժշկական ֆակուլտետներից և համալսարաններից, բայց այդ անջատումը բժշկական օրթոդոքսալության *պարաձառներից* մեկն էր, որը նրան շատ տխրեցնում էր: Օրթոդոքսալ մոտեցումները հնարավորություն չէին ունենա երկար գոյատևել գիտական բժշկության մեջ: Իհարկե, հոգեվերլուծության բժշկակենսորոնությունը հիմնավորված է եղել միշտ, քանզի նրա հիմքը, ինչպես նաև նրան բնորոշ մշակույթի տեսության ծննդավայրը թերապևտիկ պրակտիկան է: Հատկապես գիտական հետազոտությունները ցուցադրում են հոգեվերլուծության միջգիտակարգային դիրքը և նրա կախվածությունը հարակից գիտությունների հետ փոխազդեցություններից: Հոգեվերլուծական մոտեցումներն արդյունավետ կերպով կարելի է կիրառել հումանիտար գիտություններում: Բայց ամեն մի միջգիտակարգային համագործակցություն նաև հանգեցնում է նրան, որ հոգեվերլուծության կամ մշակույթի տեսության անունից առաջադրված գլոբալ դրույթները դառնում են հարաբերական: Ցանկացած հոգեվերլուծական ինստիտուտում կամ համալսարանում, որտեղ վերջին տասնամյակներում ձևավորվել են հետազոտական խմբեր, ամեն տեսակի գաղափարախոսություն խարխուլվել է (Cooper, 1984 b, Ghom, 1983 b): Հոգեվերլուծության գերմանական ասոցիացիայի 50-րդ հոբելյանին Կուպերը, որպես մասնագիտական կրթություն ապահովող հաստատությունների և համալսարանների միջև անհրաժեշտ համագործակցության համառ պաշտպան, հիմնավորեց համալսարանական կյանքում հոգեվերլուծության պատշաճ տեղի մասին դրույթը:

Նոր և այլընտրանքային տեսությունների աննախադեպ աճը հավանական առաջընթացի նախանշան է: Լիովին հնարավոր է, որ մենք, ի վերջո, բաժանվենք այնքան անհամատեղելի դպրոցների միջև, ինչպես Ադլերի, Յունգի և Ֆրոյդի օրոք, կամ էլ ինչպես այժմ՝ բազմազան դպրոցների միջև: Դա վատ նորություն չէ, բայց, ինչպես արդեն ասացինք, հոգեվերլուծությունը

փիլիսոփայության ճյուղ չէ, իսկ մեր ապագան կախված է լինելու մեր գարգացման ինտելեկտուալ նրբագզացության կարողությունից, որը կգերազանցի մեր տարբեր դպրոցները: Սա հնարավոր է անել միայն գիտական մեթոդաբանությունների հետագա զարգացման շնորհիվ, որոնք բոլորն էլ դեռ այս պահի դրությամբ իրենց զարգացման վաղ փուլերում են (Cooper, 2001, էջ 76):

Ինստիտուցիոնալացման հետևանքները

Ճկունության բացակայության հանգեցրեց ոչ թե առանձին հոգեվերլուծական ուսումնական հաստատությունների հիմնադրումը որպես այդպիսին, այլ դրանց միակողմանիությունը, որը տխրեցնում էր նույնիսկ այնպիսի հռչակավոր վերլուծողի, ինչպիսին Աննա Ֆրոյդն էր (A. Freud, 1971), իսկ Կերնբերգը (Kernberg, 1985) վերջերս հայտարարեց, որ իրենց կառուցվածքով և գործառնություններով հոգեվերլուծական ուսումնական հաստատությունները ավելի մոտ են պրոֆեսիոնալ դպրոցներին և աստվածաբանական սեմինարիաներին, քան համալսարաններին և արվեստի դպրոցներին: Նման անբարենպաստ վիճակը ամենուր է, այդ թվում նաև լիբերալ կենտրոններում, որոնք Միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիայի (IPA) ենթակայության ներքո չեն և որոնք պատրաստում են ինչպես ոչ բժիշկ հոգեվերլուծողների, այսպես էլ բժիշկ-հոգեվերլուծողների: Աննա Ֆրոյդի քննադատությունը կիրառելի է այն բոլոր դեպքերում, երբ ուսումնառության ընթացքում անտեսվում են հետազոտությունները, իսկ գործնական փորձը սահմանափակվում է սուպերվիզիայի ներքո անցկացված մի քանի դեպքերով: Բուժման ընթացքի տևողության մեծացումը վերջին տասնամյակներում և դրան համապատասխան սուպերվիզիայի ինտենսիվացումը չեն ավելացրել ձկունությունը:

Մենք այստեղ չենք կարող ավելի զարգացնել ուսուցանող և սուպերվիզիայի ներքո անցկացվող վերլուծության բարդ թեման, բայց երևում է, որ հիվանդների բուժման տևողությունը աճում է ուսուցանող վերլուծության տևողության հետ՝ ուղիղ համեմատական հարաբերությամբ: Ուսուցանող և սուպերվիզիայի ներքո անցկացվող վերլուծությունը այսպիսով, որոշում է մաքուր, խիստ և իրական հոգեվերլուծությամբ զբաղվող կոնկրետ դպրոցների յուրահատուկ գծերը: Վաղուց Գլովերը (Glover, 1955, էջ 382) ուշադրություն է հրավիրել *քանակի* այսքան խիստ արտասովոր կարևորման նարցիսիստական բաղադրիչների վրա, այն է՝ սեանսների թիվը, վերլուծության տևողությունը տարիներ կամ տասնամյակներ շարունակ և այդ երկու գործոնների հետևանքների վրա: Հոգեվերլուծական թերապիայի դասագրքում չի կարելի չհիշատակել այդ խնդիրը, քանի որ ուսուցանող և սուպերվիզիայի ներքո անցկացվող վերլուծությունը ազդում է պրակտիկայի և մասնագիտության վրա ավելի, քան մասնագիտական կրթության մյուս բաղադրիչները միասին վերցրած: Ուսուցանող և սուպերվիզիայի

ներքո անցկացվող վերլուծության տևողության երկարաձգումը, որը տեղի է ունեցել 50 տարվա ընթացքում, մեծ խնդիրներ է ստեղծել (A. Freud, 1971, 1983; Arlow, 1982; Laufer, 1982, Kächele & Thomä, 2000, Target, 2003, Thomä, 1993, 2005, Thomä & Kächele, 1999):

Փոփոխությունների հեռանկարը

Արդեն իսկ նշված բազմակարծության /պլյուրալիզմի/ ուսուցումը կխթանի և առաջ կբերի բազմազան փոփոխություններ: Շատերը կարծում են, որ տեսությանը, պրակտիկային վերաբերող ներկայիս հակասությունները, ինչպես նաև կրթական հաստատություններ ընդունելության պահանջները, արտացոլում են ավտորիտար վերջնարդյունքը (Eisold, 2003, Kernberg, 2000; Renik, 2003, Richards, 2003, Wallerstein, 1993, 2003):

Խոստումնալից է այն, որ ՄՀԱ-ի ներսում, ինչպես և դրանից դուրս այս խնդիրների շուրջ մեծ մտահոգություն կա: «Հոգեվերլուծական կրթության ոլորտի մոտավոր փոփոխությունները» վկայում է Կերնբերգի ելույթի վերնագիրը, որով նա հանդես եկավ Հոգեվերլուծության ամերիկյան ասոցիացիայի ձմեռային համաժողովի լիագումար նիստում (Kernberg, 2005 b): Գուցե այնքան էլ լավատեսական չէ այնպիսի երկարաժամկետ փոփոխություններ ակնկալելը, որոնք կակտիվացնեն Ֆրոյդի կանխատեսած եռյակի՝ ուսուցման, բուժման և հետազոտության համագործառնությունը: Համալսարանական հենքով այս եռյակի հեղինակը դեռ Հումբոլդտն էր, և սա էր Բեռլինի ինստիտուտի էյթինգոն-ֆրոյդյան մոդելի հիմքը: Երբ նացիոնալ-սոցիալիստները փակեցին ինստիտուտը, ամբողջ աշխարհում կորսվեց հոգեվերլուծության գիտական և հասարակական կիրարկման նպատակը: Բալինթը (1948, 1954) հեռատեսորեն մատնանշեց այս կորստի ճակատագրական հետևանքները: Ակնհայտ է, որ ավանդական ինստիտուտներում կազմակերպվող երեկոյան դասերը չէին կարող պատշաճ կերպով փոխարինել փակված ինստիտուտին (A. Freud, 1971; Holzman, 1976; Redlich, 1968): Հնարավոր չենք համարում զուգադիպություն կարծել այն, որ աշխուժության և ստեղծագործականության որոշակի մակարդակ ակնհայտորեն կա այնտեղ, որտեղ հոգեվերլուծությանը սատար է կանգնում համալսարանի կառուցվածքը: Օրինակներից մեկը կարող է լինել Նյու Յորքի Կոլումբիայի համալսարանի Կոլումբիա հոգեվերլուծության ինստիտուտը, որը Կերնբերգի, Միչելզի, Կուպերի և այլոց ակադեմիական հայրենիքն է: Մեր երկրում Ա. Միչերլիսը, շնորհիվ իր ակադեմիական դիրքի, դարձավ հետպատերազմյան գերմանական վերլուծության երկրորդ հիմնադիր հայրը (Hermanns 2001): Այս պահին հոգեվերլուծական համալսարանական դասախոսների հատուկ տաղանդները հոգեվերլուծական ասոցիացիաների կողմից այլևս հատուկ և բարձր գնահատանք չեն վայելում: Այնուամենայնիվ, հենց գործը հասնում է էմպիրիկ հետազոտություններին, համալսարանների հետ համագործակցությունը դառնում է պարտադիր, ինչպես ցույց է

տալիս ՇԳԱ-ի (Leuzinger-Bohleber et al, 2003), Հայդելբերգի (Rudolf et al, 2002), Մյունխիխ հոգեթերապևտիկ (Huber & Klug, 2004) կամ Գյոթինգենի ուսումնասիրությունները (Leichsenring et al, 2005):

Հոգեվերլուծական իրազեկություն

Մեր կարծիքով, հատկապես ուրախալի է այն, որ վերջապես հոգեվերլուծական իրազեկության և դրա պատշաճ գնահատման հարցը ստացել է գիտական կարգավիճակ (Sandell, 2006 a,b. Sandell et al, 2007): Եթե մենք ստիպված չլինեինք գնահատել մեր թեկնածուներին իրենց ողջ ուսումնառության ընթացքում, այսինքն՝ իրենց ուսումնական վերլուծությունների տևողության և հաճախականության հիման վրա, այլ ավելի շուտ կգնահատեինք նրանց, ինչպես գնահատում են երաժիշտներին ապացուցելի, այսինքն՝ լսելի իրազեկության հիման վրա, ինչպես շատ վաղուց առաջարկել է Սպենսը (1981 b), իսկ վերջերս՝ Կերնբերգը (2005 b), ապա արդյունքում կստանայինք որոշ անհատական ազատություն: Լիովին դրական փորձառությունը, որը հնարավոր դարձավ Արևելյան Եվրոպայում հոգեվերլուծության սրընթաց զարգացման շնորհիվ և որին նպաստեց ուսուցման կազմակերպման նաև ուսումնական վերլուծությունները ներառող բազմաձև և ձկուն ձևաչափը, ապացուցում է, որ հոգեվերլուծական ուսուցման գործառնության փոփոխությունը, առանց որակի էական կորստի, հնարավոր է: Թաքթի (2005) առաջարկն այն մասին, թե հարկ է մշակել սուպերվիզիայի և ուսուցման զեկույցների համակարգված գնահատում, միտված է նույն ուղղությանը: Նա առաջարկում է ուսումնական ծրագրերի գնահատման չափանիշների հենք-ուղեցույց, որը կիրառելի է հոգեվերլուծական բազմակարծության կանոնակարգված կազմակերպական մոդելի ներսում:

1.6 Ուղղություններ և հոսանքներ

Էգո-հոգեբանության, կլայնականների և օբյեկտային հարաբերությունների տեսաբանների միջև

Որքան հոգեվերլուծությունը զարգանում է, այնքան դժվար է տարբեր դպրոցներին համաձայնության գալ էական հարցերի շուրջ: 30-ական թթ. վիեննական և լոնդոնյան հոգեվերլուծողների միջև եղած քննարկումներում նախանշվող փոփոխությունները տեղի ունեցան հաջորդ 25 տարիների ընթացքում (Riviere, 1936, Wollender, 1936): Փայնը (1990) անվանում է հոգեվերլուծական-հոգեբանական տեսությունների 4 տարբեր տեսակ՝ Մդումների տեսություն, Էգո-հոգեբանություն, Օբյեկտային հարաբերությունների տեսություն և Ես-հոգեբանություն. հետագայում ի հայտ են եկել նաև ավելի մշակված տարբերակները, ինչպիսիք են միջսուբյեկտային և միջանձնային (հարաբերական) տեսությունները:

Այդ գործընթացի արդյունքը եղավ բևեռացումը, որի մասին մենք կխոսենք՝ երկու հիմնական մոտեցումների միջև հարաբերությունը օգտագործելով որպես օրինակ: Այնուամենայնիվ, պետք է հիշենք, որ Գաբարդը (2005) լիազումար մի նիստի մասին իր տպավորությունները կիսելիս հայտարարեց. տարածայնությունները ավելի շուտ պայմանավորված են տեսական հասկացությունների կիրառման մասին անձնական տարբերություններով, քան տարբեր դպրոցներին անդամակցությամբ:

Մի կողմից՝ ըստ Ռապապորտի (Rapaport, 1967), հոգեհասարակական կիրառումները և հարաբերությունները այդպես էլ չպարզաբանվեցին հոգեվերլուծական էգոհոգեբանության տեսության մեջ, մյուս կողմից՝ նույն հեղինակը քննիծաղով նկարագրել է Կլայնի օբյեկտային հարաբերությունները որպես «Այն»-ի առասպելաբանություն (Klein, 1945, 1948): «Այն»-ի դիրքը տեսության և պրակտիկայի մեջ որոշիչ գործոն է: Ըստ Լականի՝ էգոհոգեբանությունը մակերեսային է, թեև Ֆրոյդը (1923 b) էգո-ն նկարագրել է որպես «Այն»-ի մեջ խորը արմատներ ունեցող: Այդ պատճառով Պոնտալիսը (Pontalis, 1968) հարց բարձրացրեց այն մասին, թե ամերիկյան էգոհոգեբանությունը չի՞ խաթարում արդյոք այնպիսի հիմնարար դրույթները, ինչպիսին է, օրինակ, անգիտակցականի հասկացությունը, և չի՞ տանում այն արդյոք դեպի ուսումնառության հոգեբանություն:

Էրիկսոնն ընդլայնեց էգոհոգեբանության տեսությունը՝ կապելով այն ամերիկացի այնպիսի փիլիսոփաների տեսություններին, ինչպիսիք են Զեյմսը, Քուլին և Միդը, և հոգեհասարակական ինքնության ձևավորման և Ես-ի զգացողության առումով նրանց ունեցած ներդրումներին (Cheshire and Thomä, 1986): Էրիկսոնի տեսության հետագա ճակատագիրը, հատկապես պատանեկության փուլին դրա վերաբերությամբ, մանրամասնորեն նկարագրում է Բոլեբերը (1992): Հելբինգ-Տիցը (2004, էջ 198) իրազեկորեն համոզիչ փաստարկներ է բերում կյանքի այս փուլի վերաբերյալ հոգեվերլուծական քննարկումներում ակադեմիական հոգեբանական հասկացությունների վերաներգրված մասն օգտին:

Վաղ մանկական զարգացման վերաբերյալ Կլայնի տեսությունները և նրա առաջարկը՝ խորքային մեկնաբանություններ առաջադրել առանց դիմադրությունը վերլուծելու, հանգեցրին էգոհոգեբանության հետ նշանակալի ընդդիմության, որը ներկայացված է Ա. Ֆրոյդի «Էգոն և պաշտպանության մեխանիզմները» աշխատությունում (1937): Այս երկու բևեռների միջև ընկած մի միջանկյալ խումբ ձևավորվեց Լոնդոնում: Հյուսիսամերիկյան հոգեվերլուծությունը հետևեց ավանդական էգոհոգեբանությանը (մանրակրկիտ քննարկումը տես՝ Kernberg, 1972): Կլայնի և էգոհոգեբանության կողմնակիցների միջև տարածայնությունները մինչև այժմ էլ շարունակվում են, թեև կորցրել են իրենց սրությունը: Հոգեվերլուծողների մեծամասնությունը ավելի մոտ է բուժման տեխնիկայի և տեսության հայացքների լայն միջակայքի միջին հատվածին (Schafer, 1990): DGPT համընդհանուր գերմանական հոգեվերլուծական կազմակերպության վերջերս կայացած համաժողովում

մի խիստ կարևոր քննարկման ժամանակ, Կերնբերգը (2000b) մատնանշեց, որ կլայնյան դիրքորոշման Գիլլի քննադատությունը միայն ուղղված է Կլայնի կողմից առաջարկված տեխնիկայի դեմ, այն տեսքով, որով այն կիրառվել է 30 տարի առաջ: Ըստ Գիլլի, ժամանակակից կլայնամետ գրողները տեսնում են խորը անգիտակցականի նշանակության «այստեղ և հիմա» վերլուծելու անհրաժեշտությունը (էջ 314): Սա վերանայելով՝ Թոմեն (1999) մատնանշեց, որ Կլայնի կողմնակիցները՝ մի կողմից, և Գիլլը մյուս կողմից, «այստեղ և հիմա» խիստ տարբեր ընկալումներ ունեն. այնուամենայնիվ, սա դժվար է հաստատել, քանզի Կլայնի կողմնակից հեղինակների ձայնագրություններ չկան: Կարելի է ակնկալել, որ կկատարվի խիստ էական վերանայում, և, ինչպես մենք ցույց կտանք ավելի ուշ, դա պայմանավորված կլինի կապվածության տեսության աճող ազդեցությամբ (Fonagy, 2001): Վաղ օբյեկտային հարաբերությունները դիտվում են որպես առանցքային ճշտող փոփոխականներ նորմալ, ինչպես նաև ախտածին զարգացման ընթացքում (Person et al, 2005a,b, էջ XV): Արդյունքը հետևանքներում արտահայտվող աննկատ մի փոփոխություն է: Այն հեղինակները, որոնք համոզված չեն, որ դեպրեսիվ դիրքը, եզրի նեղ իմաստով, նորմալ անցումային փուլ է, ընդունում են, որ դեպրեսիվ հակազդումներ կարող են լինել կյանքի առաջին տարում: Նշանակության այս փոփոխությունը նաև կիրառելի է ագրեսիայի դերի նկատմամբ, որը Կլայնը (1935) համարում էր մահվան մղումից բխող, և որին նա գահ էր բարձրացրել որպես կյանքի վաղ փուլում հուզական զարգացման շարժիչ ուժ: Զարգացման հոգեբանությունում Փարենսի (1979) բացահայտումները, ֆրոյտրացիայի-ագրեսիայի տեսությունը հաստատապես ավելի իրատեսական դարձրին տարբաժանման փորձառությունների համատեքստում, քան Կլայնի բացահայտումները, որոնց համար էմպիրիկ ապացույցներ առաջադրել հնարավոր չէ: Մահվան մղմանն ուղղված վերլուծությունների թերապևտիկ արդյունավետությունը համեմատական ուսումնասիրությունների կողմից նույնպես փաստագրված չէ: Կլայնի դպրոցը կարող է, այնուամենայնիվ, վստահաբար պարծենալ, քանզի նրանք են ուշադրություն հրավիրել ագրեսիվ երևույթների վրա՝ զարգացման և ախտանիշների ձևավորման ընթացքում: Այնուամենայնիվ, նաև հենց այս մոտեցումը քննադատության է ենթարկվում (Scharff 2002): Նշանակության արդեն իսկ նշված փոփոխությունը հաշվի առնելով՝ Կլայնի հիմնավորումը նույնպես ճանաչման է արժանացել նրանց կողմից, ովքեր մերժում են մահվան մղման վարկածի վրա հիմնված կոնկրետ գաղափարները: Գեր-Էգո-ի ձևավորման նախնական փուլը և վաղ գեր-Էգո կառուցվածքների նշանակությունը հետագա հոգեկան զարգացման համար տվել է նաև Յակոբսոնը (1964), օրինակ, կյանքի երկրորդ տարում: Էդիպյան բախումների տարիքը նույնպես սահմանվել է որպես կյանքի երկրորդ կամ երրորդ տարին, իսկ նախաէդիպյան գործոնների և բախումների ազդեցությունը հոգեւեաական զարգացման և բնավորության ձևավորման վրա նույնպես ճանաչում է ստացել:

Կարծես ինքնըստինքյան հասկանալի է, որ տարբեր դպրոցներին յուրահատուկ միակողմանիությունը հարթվում է, երբ դրանք (միակողմանիությունները) լուծվում են մի ընդհանուր հոգեվերլուծական տեսության մեջ: Տեսությունների միաձուլումը անխուսափելիորեն բերում է փոխազդեցության և փոխներթափանցման: Կլայնի պնդումները պաշտպանական վաղ գործընթացների մասին արդյունավետորեն են ազդել բուժման տեխնիկայի վրա: Ըստ Կերնբերգի՝ այստեղ ամենակարևոր գործոնը ձեռքման գործընթացների մեկնաբանումն է, որը բացատրում է բացասական թերապևտիկ հակազդումների ծագումը որպես անգիտակցական նախանձի հետևանք: Այդպիսի մեկնաբանությունը լրացնում է այդ երևույթի ֆրոյդյան մեկնաբանությունը:

Անգլիական դպրոց գոյություն ունի՞

Իմաստաբանական անհստակությունները երբեմն խթանում են ընդհանրությունների առաջացումը, որոնք հետագայում կարող են մուտացիայի ենթարկվել՝ վերածվելով ազդեցիկ արտահայտությունների, ինչպես «անգլիական դպրոց» եզրի դեպքում:

Կլայնը և անգլիական դպրոցը նույնպես ազդեցին օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանության այնպիսի կողմնակիցների վրա, ինչպիսիք են Բալինտը, Ֆեյբերը, Հանտրիպը և Վիննիկոտը: Բայց Սատերլենդը (Satherland, 1980) ընդգծել է այդ չորս վերլուծողների՝ Կլայնից և անգլիական դպրոցից ունեցած անկախությունը՝ նրանց անվանելով օբյեկտային հարաբերությունների բրիտանական տեսաբաններ: Բալինտը վերլուծողների համար հնարավոր դարձրեց բուժման տեխնիկայում 2-3 անձի հոգեբանության կիրառումը՝ ընդգծելով այդ հարաբերությունների կարևորությունը ինֆանտիլ զարգացման համար դեռևս 1935թ.: Ի տարբերություն Կլայնի, որն օբյեկտը (մոր կերպարը) համարում էր ստեղծված ինֆանտիլ ֆանտազիաներով և դրանց պրոյեկցիաներով, Բալինտը գտնում էր, որ օբյեկտի ձևավորման հիմքը փոխադարձությունն է:

Բալինտի՝ 2 և 3 անձի հոգեբանությունը նախընտրում ենք մի քանի պատճառներով, որոնք կցանկանայինք բացատրել՝ հակադրելով Բալինտի տեսությունն այլ, առաջին հայացքից նման թվացող մոտեցումների: Բալինտը (Balint, 1953) անպատասխան է թողնում այն հարցը, թե ինչ է կատարվում երկու անձանց միջև: Նա կարծում է, որ տրանսֆերը և հակատրանսֆերը բնորոշ են յուրաքանչյուր անհատի, և վերլուծողի սեփական տեսությունն ազդում է վերլուծական շրջանակի վրա: Բալինտի տեսակետն առ այն, թե չափափաս մարդկանց ներհոգեկան կոնֆլիկտներն արտացոլվում են նրանց հարաբերություններում, տարանջատում է նրա՝ երկու անձի հոգեբանությունը Սալիվանի միջանձնային տեսությունից (Sullivan, 1953), որը արհամարհում է հիվանդի սուբյեկտիվ փորձը և բնագրային կարիքները: Բալինտի մոտեցման և Լանգսի (Langs, 1976) երկանձնային դաշտի միջև էական տարբերություններից մեկն այն է, որ ըստ Լանգսի՝ այդ դաշտի

գոյությունը և կառուցվածքը որոշվում են պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման գործընթացներով: Բալինտը շատ հարցեր է անպատասխան թողնում այն ժամանակ, երբ Լանգսը և մյուսները պնդում են, որ իրենց հայտնի է ոչ միայն այն ամենը, ինչ կատարվում է վերլուծական շրջանակում, այլև պատճառները, թե ինչու է այդ ամենը տեղի ունենում հենց այդ ձևով: Բնական է, որ ոչ մի վերլուծող զերծ և ազատ չէ տեսական հասկացություններից, բայց Բալինտը միշտ ընդգծում էր, որ իր պնդումները միայն պայմանական են, և շեշտում էր, որ հետազոտողի տեսակետը հարաբերական է: Այս հարաբերականության պատճառով էր նաև, որ նա հակադրվում էր դոգմային և այդպես էլ չստեղծեց իր դպրոցը: Նրա՝ երկու անձի հոգեբանությունը համապատասխանում էր ինչպես գիտական ընդհանուր, այնպես էլ մասնավոր ձեռքբերումներին:

Փոփոխություններ հոգեվերլուծության մեթոդաբանությունում

Այժմ անցնում ենք մեկ այլ կարևոր թեմայի, որը մեծապես նպաստել է հոգեվերլուծական պրակտիկայում տեղ գտած փոփոխությունների կայացմանը: Օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանության առաջացումը կարելի է մասնավորապես վերագրել այն բանին, որ հիվանդները իրենց աճող հիմնարար անապահովության զգացողության պատճառով օգնություն են փնտրում վերլուծողի մոտ: Դրան չպետք է վերաբերել միայն որպես ինֆանտիլ սպասումների և ֆրուստացիաների կրկնություն: Այս կերպ մեկնաբանման տեխնիկայի համար հնարավորություն է ստեղծվում ավելի խորը թափանցել այն ոլորտները, որոնք բավարար չափով չեն ուսումնասիրված «այստեղ և հիմա»-ին դարձված անբավարար ուշադրության պատճառով: Միասնականության ապահովման մեր փորձերի ընթացքում մեզ համար խիստ շահեկան էր իմանալ, թե ինչպես է առաջացել բևեռացումը, և այժմ մենք կցանկանայինք մի քանի արտառոց օրինակ բերել՝ ցույց տալու, թե ինչպես հոգեվերլուծական մեթոդաբանությունն ի վերջո հայտնվեց իր ներկայիս դիրքում:

Բուժման տեսությանը վերաբերող երկու կարևորագույն միջազգային գիտաժողովները Մարիենբադում 1936-ին և Էդինբուրգում 1961-ին, ընդգրկեցին մի ժամանակաշրջան, որի ընթացքում շատ ավելին էր փոխվել, քան միայն բուժման մեթոդաբանությունը: Ֆրիդմանը (Friedman, 1978), համեմատելով երկու գիտաժողովները, մի շարք ակնբախ առանձնահատկություններ է վեր հանել: Մարիենբադում դեռևս պահպանվում էր նոր մոտեցումների համար նշանակալիորեն բաց և հանդուրժողական մթնոլորտը, բայց 1961թ. Էդինբուրգի մթնոլորտը պաշարում էր հիշեցնում.

«Պաշարման մթնոլորտը, որը ծանրացել էր գիտաժողովի վրա, արմատապես տարբերվում էր Ֆրոյդի գործերի և Մարիենբադի գիտաժողովի մթնոլորտից ... Մարիենբադի հանդիպման մասնակիցները չէին ձգտում խուսափել արգելված ուղուց. նրանք նույնիսկ ավելի լավ էին զգում, երբ խոսում էին հիվանդի և թերապևտի միջև անհայտ փոխազդեցությունների

մասին: Ի՞նչ էր պատահել: Ինչո՞ւ Էդինբուրգի գիտաժողովի մասնակիցներն այդքան զգուշորեն սկսեցին գործել: Ինչո՞ւ էր մեկնաբանությունը մարտականչի վերածվել (Friedman, 1978, էջ 536)»:

Ինչպես Ֆրիդմանը, մենք նույնպես գտնում ենք, որ մեկնաբանությունը մարտականչ դարձավ, որովհետև հոգեվերլուծության ավելի ընդլայնվող դիապագոնը առաջադրում էր դրա ինքնությունը որոշելու անհրաժեշտությունը: Հոգեվերլուծությունը դուրս էր եկել հիմնական հոսանքի սահմաններից: Վարքային թերապիան և Ռոջերսի հաճախորդակենտրոն թերապիան երևան եկան որպես մրցակից ընթացակարգեր: Սկսվեց հոգեթերապիայի անսալսադեպ և աղմկալի զարգացումը:

Երկկողմանի անհանգստության զգացումը հանգեցրեց ներքին և արտաքին սահմանների առաջացման: Գազաթնակետը Էյսլերի (Eissler, 1953) կողմից հիմքային տիպարի մեթոդի ներմուծումն էր (basic model technique) որպես ճշմարիտ հոգեվերլուծական մեթոդ: Հետաքրքիր է, որ Այիորսին ուղղված շնորհավորական հոդվածում Էյսլերը (Eissler, 1949) հանցագործների թերապիան դեռևս համարում էր իրական հոգեվերլուծություն: Նույնիսկ քննադատելով Ալեքսանդրի դպրոցը (Alexander, 1950)՝ նա հայտարարեց, որ հոգեվերլուծական թերապիան իր մեջ ներառում է կառուցվածքային փոփոխությունների ձգտող կամ դրանց՝ հոգեթերապևտիկ միջոցներով հասնող ցանկացած տեխնիկա, անկախ նրանից, թե այդ տեխնիկան պահանջում է ամենօրյա կամ ոչ կանոնավոր հանդիպումներ և օթոցն օգտագործվում է, թե ոչ:

Պարզ է, որ նպատակը ոչ միայն ցանկացած տիպի փոփոխությունն է, որը կարող է ներշնչման կամ որևէ այլ գործոնի արդյունք լինել: Ոչ, Էյսլերի պահանջը ենթադրում էր, որ մեթոդի թերապևտիկ արդյունավետության ցուցադրումը կապացուցի, որ հոգեվերլուծական տեսությունը ճշգրիտ է, որովհետև այն կողմնորոշված է ներհոգեկան կառուցվածքների զարգացմամբ: Պատճառական հոգեվերլուծական թերապիայի ընթացքում և փոփոխությունների ցուցադրման շնորհիվ կարելի է եզրակացություններ անել հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդությունների ծագման մասին: Այսպիսով, չնայած Ալեքսանդրի կողմից շտկող հուզական փորձի մանիպուլյատիվ կիրառման կատաղի քննադատությանը, Էյսլերը հենց սկզբից արտահայտվում էր նորի և այլի ընդունման համար բաց լինելու օգտին՝ Մարիենբադի ոգով: Միայն 1953թ. նա ներկայացրեց հիմքային տիպարի մեթոդը, որի միակ գործիքը մեկնաբանությունն էր (Eissler, 1953, էջ 110): Հետևաբար, դասական հոգեվերլուծական տեխնիկան «այնպիսի տեխնիկա է, որտեղ մեկնաբանությունը մնում է միակ, գլխավոր կամ գերակշռող գործիքը» (Eissler, 1958, էջ 223): Այդ տեխնիկան առանց այլ տեխնիկաների հետ համատեղման, իր մաքուր ձևով, գոյություն չունի: Ֆրոյդը չհամաձայնեց Էյսլերի ձևակերպումներին և աշխատեց լիովին այլ կերպ (Cremerius, 1981):

Նորմատիվ իդեալական տեխնիկայի շնորհիվ առաջ եկած սահմանափակումները

Հետո սահմաններ գծվեցին, որոնք, թվում է, օգնեցին վերլուծողներին պարզորոշ գատել դասական տեխնիկայի աշխարհը հոգեվերլուծական և հոգեթերապևտիկ մյուս աշխարհից: Հոգեվերլուծական պրակտիկայի բոլոր փոփոխականները՝ հիվանդի ախտանիշները և անհատական կառուցվածքը, վերլուծողի անհատական առանձնահատկությունները և այլն անտեսվում էին: Իմիջիայլոց, նույնիսկ էյալերը գտնում էր, որ այդ փոփոխականները կարող էին հիմք հանդիսանալ տեխնիկայի տարբերակների համար (1958, էջ 222): Հիմնարար մոդել տեխնիկան ոչ թե պարզապես բացառեց բոլոր փոփոխականները, բացի մեկնաբանությունից, այլ և հնարավոր մի բան էր առաջ քաշում, ինչն էյալերն ընդունել է Լեյնշթայնի հետ քննարկման ժամանակ: «Դեռևս ոչ մի հիվանդ չի վերլուծվել այնպիսի տեխնիկայի օգնությամբ, որտեղ կիրառվում է միայն մեկնաբանությունը» (Loewenstein, 1958, էջ 223): Ֆոն Բլաերը և Բրոգլեն (Von Blarer, Brogle, 1983) էյալերի վարկածը համեմատեցին նույնիսկ Մովսեսի՝ Սուրբ Լեոից բերած պատվիրանների հետ: Գիտական տեսանկյունից ոչ մի առարկություն չէր կարող լինել այնպիսի պուրիտանական, մաքուր մեթոդի դեմ, ինչպիսին պահանջում էր էյալերի հիմքային տիպարի մեթոդը: Բայց գործը կանոնների և օրենքների համակարգումից առաջ չգնաց, մանրակրկիտ չուսումնասիրվեց, թե ինչպես են այդ պատվիրաններն աշխատում գործնականում, որչափ էին դրանց ենթարկվում և որտեղ էին դրանք խախտվում: Հիմնարար մոդել տեխնիկայի միակ ամենահաջողված գործառնությունը դասական տեխնիկայի առանձնացումն էր մյուսներից, թեև անգամ դա չէր հիմնավորվում էմպիրիկ հետազոտություններով:

Ներկա իրավիճակը

«Ո՛ր է գնում հոգեվերլուծությունը»,– հարցրեց Ալտմեյերը (2004, էջ 111): Ներկայում գերակշռող տրամադրությունն է՝ նորից ձանապարհ ընկնել: Սանդլերը հետագա զարգացման իր անսխալական զգացողությամբ ասաց, որ «հոգեվերլուծությունը այն է, ինչը կիրառում են հոգեվերլուծողները» (Sandler, 1982, էջ 44): Այս պրագմատիկ սահմանումը, չնայած իր ցնցող պարզությամբ, հավուր պատշաճի ընդգրկում է հոգեվերլուծական պրակտիկայի ողջ բազմազանությունը՝ ընդունված լայն շրջանակների կողմից և վավերականացված սովորական անհատական բուժման համար: Հիմա մենք խոսում ենք պրակտիկայի մասին իր ներկայիս վիճակում, ինչպես նաև այն մասին, թե դա ինչպես է ընկալվում դրսից նայողի կողմից, և չենք անդրադառնում ֆորմալ չափանիշներին կամ պրակտիկային ներկայացվող իդեալական պահանջներին: Սանդլերն իր վարկածը պաշտպանեց՝ ասելով, որ լավ վերլուծողը, այսպես թե այնպես, տեխնիկան ձևափոխում է դեպքից դեպք, որովհետև յուրաքանչյուր հիվանդին իրենն է պետք:

Եթե հիվանդը կարող է գալ միայն շաբաթական 1 կամ 2 անգամ, վերլուծողը համապատասխանաբար փոփոխում է իր բուժման տեխնիկան: Այդ ժամանակ որոշիչ գործոն է դառնում հոգեվերլուծական հայեցակարգային կողմնորոշումը, և կարելի է դադարեցնել ֆորմալ ցուցանիշների, օրինակ՝ հանդիպումների հաճախականության, թերապիայի տևողության, օրոցի օգտագործման մասին անվերջ քննարկումները:

Հոգեվերլուծական հայեցակարգային կողմնորոշման ձեռքբերումը

Մենք անխուսափելիորեն հանգում ենք այն հարցին, թե ինչ է հոգեվերլուծողը և ինչպես է առաջանում հոգեվերլուծական հայեցակարգային կողմնորոշումը (Schafer, 1983): Այստեղ կենտրոնական է դառնում վերլուծողի կրթության հարցը: Սանդլերը գտնում է, որ դասական տեխնիկայի ուսուցումը ամենալավ պայմաններն է ստեղծում վերլուծական հայեցակարգային կողմնորոշման համար, բայց վերլուծողը հոգեվերլուծությունը չի յուրացնի և իր սեփական ոճը չի ունենա, եթե չունենա սեփական պրակտիկայի բազմամյա փորձ: Իհարկե, անձնական փորձին ոչինչ չի կարող փոխարինել, բայց եթե լավ վերլուծողի հատկանիշներից է ձկնորությունը, ուրեմն՝ պրակտիկային նախապատրաստումը հարկ է կազմակերպել համապատասխանաբար: Հազիվ թե կարելի է պնդել, որ հիմքային տիպարի մեթոդը, որը, օրինակ, արգելում է վերլուծողին հարց տալ կամ հարցերի պատասխանել, ենթադրում է, որ հոգեվերլուծական հայեցակարգային կողմնորոշումը համատեղելի է Սանդլերի կողմից լավ պրակտիկ մասնագետին տրված բնորոշմանը: Իհարկե, Սանդլերի կողմից որակական հայեցակետերի կարևորումը չի նշանակում, որ քանակական հայեցակետերը բացարձակապես անկարևոր են: Հանդիպումների համար ընտրված ժամանակը, պարբերականությունը, տևողությունը և հաճախականությունը կարևոր գործոններ են, որոնցից շատ բան է կախված: Համենայնդեպս, դրանք չեն որոշում գործընթացի *որակը*, հետևաբար, չեն կարող կիրառվել որպես տարբերության չափման միավոր հոգեթերապիայի և հոգեվերլուծության միջև:

Ուայտը (Wyatt, 1984) հոգեվերլուծական ստանդարտ տեխնիկան և վերլուծական հոգեթերապիան չէր համարում այլընտրանքներ: Եթե ընդունենք նրա տեսակետը, ապա կարևոր նշանակություն է ստանում Ուայտի կողմից իր երկարատև ուսումնասիրության վերջում բարձրացված հարցը. եթե հաճախ հնարավոր չի լինում մինչև բուժման ավարտական փուլերը որոշել, թե արդյոք «մարդ գործ ունի իրական հոգեվերլուծության կամ իսկական հոգեթերապիայի հետ» (էջ 96), ցանկալի կլիներ իմանալ «իրականի» և «իսկականի» միջև եղած տարբերությունը: Մենք գտնում ենք, որ այդ հարցի հետագա լուսաբանումը կբարդանա մասնագիտական քաղաքականության և գիտական շահերի միախառնման պատճառով: Հոգեվերլուծությունն ուսումնական հաստատություններում հակված է այնպիսի օրոցողոքսալության, որը փարթամորեն ծաղկում է գիտաժողովներում ներկայացվող

սահմանագծային տեսությունների հողի վրա: Այդ պարագայում էմպիրիկ հետազոտությունները, որոնք ձեռնարկում ենք իրական հոգեվերլուծության մասին մեր գիտելիքների բարելավման նպատակով, սկսում են ավելորդ թվալ:

Գործնականում վերլուծողը շարժվում է մեկ անանջատ տիրություն, որի ներսում հստակ սահմանագծեր հնարավոր չէ անցկացնել: Երբեք հնարավոր չէր լինի հիվանդին բուժել հիմքային տիպարի մեթոդի օգնությամբ: Դա պատրանք է, որ ստեղծվել է գոյություն չունեցող հիվանդի համար: Տրանսֆերի և դիմադրության մեկնաբանման վրա հիմնված կոնկրետ միջոցները ամրակայվել են մի շարք աջակցող և արտահայտչական (այն է՝ կոնֆլիկտները բացահայտող) մեթոդներում, թեև տարբեր դեպքերում, ինչպես ցույց է տրված Մենինգերի հետազոտություններում առաջին պլան են մղվում տարբեր մեթոդներ: Կերբերգը (Kernberg, 1984, էջ 151) վերջերս առաջարկեց տարբերել հոգեվերլուծությունը կոնֆլիկտները բացահայտող (արտահայտչական) հոգեթերապիայից և աջակցող հոգեթերապիայից այն բանի հիման վրա, թե որքանով են ի հայտ գալիս հետևյալ պարամետրերը.

1. սկզբունքային տեխնիկական միջոցները, ինչպիսիք են հստակեցումը, մեկնաբանությունը, ներշնչումը և միջամտությունը, սոցիալական միջավայրը,
2. տրանսֆերի մեկնաբանման ինտենսիվությունը,
3. տեխնիկական ապահովման աստիճանը:

Տարբեր հոգեվերլուծական թերապիաները «մոտ բարեկամներ կամ պարզապես հարևաններ» (Grant & Sandell, 2004) համարելու հարցը պետք է լուծվի հոգեվերլուծության և հոգեթերապիայի մեթոդաբանության, ինչպես նաև դրանց արդյունքների տարբերության էմպիրիկ տվյալների միջոցով (Kächele, 2010a):

Երբ վերլուծողը ազատվի խիստ սահմանափակումներ դնելուց, դեռևս կմնա մի ընդարձակ ոլորտ, որտեղ անհրաժեշտ կլինի *տարբերակումներ* անել: Վերլուծության տեսակները կամ տարբեր դպրոցներին հատուկ տեխնիկաները միմյանց կամ վերլուծական հոգեթերապիաների հետ համեմատելը լուրջ մարտահրավեր է: Մենք այդպիսի համեմատական հետազոտությունները պարտադիր ենք համարում (Thomä & Kächele, 2007): Եթե կայուն փոփոխությունները համարենք թերապևտիկ գործողությունների համար արդարացում, ապա բոլոր մեթոդները և տեխնիկաները կորցնում են իրենց ինքնաբավությունը. ավելի շուտ դրանց գիտական արժեքը հարաբերական է դառնում այն գործնական օգուտի ֆոնին, որը հիվանդը ստանում է թերապիայից: Այդ պատճառով մենք կոչ ենք անում որակյալ կերպով սահմանազատել այդ դպրոցները, որպեսզի այս տարբերակումից միայն հիվանդը օգուտ քաղի: Ուսումնական վերլուծությունը անցնող թեկնածուներից բացի, վերլուծվողների համար միևնույն է՝ նրանք վերլուծությա՞ն են ենթարկվում, թե՞ հոգեթերապիայի: Հիվանդի համար կարևոր է միայն հնարավորինս

լավ օգնություն ստանալը: Տարբերությունը նախ և առաջ վերլուծողի մտքում է: Մենք ենթադրում ենք, որ հաճախակի անցկացվող «լավ սեանսները», ինչպես դրանք բնորոշում է Քրիսը (Kris, 1956 a), կամ հաճախակի փոփոխվող մեկնաբանությունները (տե՛ս գլուխ 8.4) վերլուծողին տալիս են այնպիսի զգացողություն, որ ինքը հաղորդակից է դարձել իրական հոգեվերլուծությանը: Մյուս յուրահատկությունները կապված են կենտրոնացման ճշտության և առաջադրված նպատակների հետ (տե՛ս գլուխ 9): Վերլուծողի սուբյեկտիվ փորձը պետք է ստուգվի հոգեվերլուծության ընթացքի և արդյունքների ու հեռահար հետևանքների համեմատության միջոցով: Մենք համաձայն ենք Կերնբերգի այն մտքի հետ (Kernberg, 1982, էջ 8), որ «հոգեվերլուծության տեսության և տեխնիկայի խիստ *փարանջարումը* հոգեթերապևտիկ պրակտիկայի տեսական և տեխնիկական հետազոտություններից կարող է տարբեր պատճառներով վնասել հենց հոգեվերլուծական աշխատանքին»: Այս իսկ պատճառով մենք նախընտրում ենք տեխնիկական մոդելը, որը համալրված է մտածողության տարածականությամբ (հատված 8.9). այն յուրաքանչյուր սեանսի ժամանակ փոխազդեցաբար՝ գիտակցաբար կամ անգիտակցաբար, կարգավորվում է, թե բուժման որ տարրերը (չափումներն) են օգտակար հիվանդի անգիտակցական կոնֆլիկտի ներգրավման համար (Kächele 1994):

Մենք այդ վնասը տեսնում ենք երկու մակարդակներում: Այդ խիստ տարանջատումը, որն ակնհայտորեն պահանջում է հիմքային տիպարի մեթոդ, խրախուսում է օրթոդոքսալ նեոդասական կողմնորոշումը, որն ավելի ու ավելի է սահմանափակում վերլուծության համար ցուցումների շրջանակը և դրա հետ միասին՝ նոր գիտելիքներ քաղելու հիմքը: Քանի որ թերապիայի արդյունավետությունը ոչ մի կերպ չի սահմանափակվում միայն վերլուծողի ունեցած մեկնաբանությունների զինանոցով, այստեղ նույնպես սահմանափակումներ ի հայտ եկան: Մյուսը, այն է՝ վերլուծական հոգեթերապիայի մակարդակում, շատ փորձարկումներ, տարբերակներ ու ձևափոխումներ կատարվեցին, բայց հոգեվերլուծության հետ թերապևտիկ փոփոխականների հարաբերակցության հարցը այդպես էլ քննարկման առարկա չդարձավ: Այնուամենայնիվ, ՄՀԱ-ը նույնպես նկատել է հոգեվերլուծության վրա ժամանակի թողած հետքերը և ավելի քան տասը տարի առաջ հիմնել է գիտահետազոտական հանձնաժողով: Դիրքորոշումը սահմանող, հանրության համար հասանելի աշխատանքը՝ «Հոգեվերլուծության արդյունքների դժնբաց վերանայումը», տեղեկատվություն է տրամադրում վերջին տասը տարիների ընթացքում որակապես նշանակալի և լայն սահմանամբ «հոգեվերլուծական թերապիայի» գնահատողական հետազոտությունների ընթացիկ կարգավիճակի մասին (Fonagy et al, 2002): DGPT-ի կողմից արված հայտարարությունը Գերմանիայում հոգեվերլուծության համար իսկապես հեռահար նշանակություն ունի (Brandl et al, 2004):

1.7 Սոցիալ-մշակութային փոփոխություններ

Ավանդական կառույցների ջախջախումը

Չի կարելի բուժման տեխնիկայի ընթացիկ խնդիրները լուծել՝ կրկնօրինակելով իր հիվանդների նկատմամբ Ֆրոյդի ունեցած բնական մեծահոգի հոգեվերլուծական վերաբերմունքը, նույնիսկ չնայած նրան, որ այդպիսի վերաբերմունքը ցանկալի հակաթույն է կարծրատիպերի դեմ: Ֆրոյդի կողմից տեսական և գործնական խնդիրների համար առաջարկվող լուծումները օրինակ կարող են ծառայել ներկային միայն այնքանով, որքանով միմյանց նման են այն ժամանակի և ներկայիս իրավիճակները:

Երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո աշխարհում տեղի ունեցած հիմնարար և խորհրդային համակարգի փլուզման պատճառով աշխարհաքաղաքական փոփոխությունները, ինչպես նաև միջուկային դարաշրջանում համաշխարհային ապակայունացումը, ազդում են անհատի վրա հասարակական և ընտանեկան կառույցների մասնատման միջոցով: Այս հանգամանքների պատճառով զգալիորեն հետաձգվում են որոշ գործընթացներ: Մի քանի սերունդ կանցնի, մինչև պատմական և հոգեհասարակական գործընթացներն ուժի մեջ մտնեն ընտանեկան կյանքում և անհատի մոտ առաջ բերեն հոգեկան ու հոգեմարմնական հիվանդություններ (Cierpka, 2002): Ախտաբանական ընտանեկան կառույցների անդրսերնդային տրանսֆերն ուսումնասիրվել է վերջին տասնամյակների ընթացքում, հատկապես Հոլոքոստի մշակման համատեքստում: Զոհերի՝ առաջին սերնդի Հոլոքոստի փորձառությունը հաջորդ սերունդներին փոխանցումը Կեստենբերգը (1989) անվանել է տրանսպոզիցիա՝ փոխադրում: Լաուբը (2002) նկարագրում է Հոլոքոստի տրավմայի փոխանցման կոնկրետ գործընթացները՝ դիմելով Յոն Կիպուրի պատերազմում իսրայելցի զինվորների օրինակին, որոնք Հոլոքոստից ողջ մնացածների երեխաներն էին: Նա հատկապես ընդգծում է, որ վերլուծողների և այլ գիտակարգերով զբաղվող գիտնականների, հատկապես պատմաբանների միջև համագործակցությունը միակողմանի օգուտ ապահովող գործընթաց չէ (Laub, 2003, էջ 940): Այնուամենայնիվ, ուշադիր և հետևողական ուսումնասիրության բացահայտումները ցույց են տալիս, որ փոխանցումը միշտ չէ, որ տեղի է ունենում (Kellermann, 2001): Չափահասների կապվածության հարցազրույցի միջոցով Սագի-Շվարցը և այլոք (2003) գտան, որ զոհերը, որոնք հիմա տատիկ-պապիկներ են, դեռևս կրում են հետտրավմատիկ սթրեսի նշաններ, բայց և այնպես, այս մարդկանց հաջողվել է բավանականին լավ ադապտացվել: Նրանք, սակայն, կարողացել են պաշտպանողական փորձառություններ փոխանցել իրենց դուստրերին: Հավանաբար, կարևոր է այն հանգամանքը, որ հոգեվերլուծական քննարկումները բավարար ուշադրություն չեն դարձնում առկա համաճարակաբանական ուսումնասիրություններին (Schepank, 1987) կամ զարգացման հոգեբանության կենսաբանական կողմերին:

Կազանը (1998) շեշտում է երեխաների՝ տրավմատիկ փորձառության հաղթահարման, նրանց «առաձգականության» (ինչպես գերմաներենում էլ ենթասում) կարողության կարևորությունը:

1930-ից ի վեր տեղի ունեցող բազմազան փոփոխությունները, այդ թվում նաև միջուկային դարաշրջանում համաշխարհային անվտանգության և կայունության բացակայությունը, ազդում են անհատի վրա սոցիալական և ընտանեկան կառուցվածքների քայքայման միջոցով: Հավանաբար, շատ ժամանակ կանցնի, նախքան պատմական փոփոխությունները կազդեն ընտանեկան կյանքի վրա: Կարող են փոխվել սերունդները, նախքան պատմական և հոգեհասարակական գործընթացները կկարողանան ազդել ընտանեկան կյանքի վրա այնքան, որ անհատի մոտ սկսվեն հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդություններ: Յուրաքանչյուր ընտանիքում ավանդության, անգիտակցական վերաբերմունքը կարող է պահպանվել երկար ժամանակի ընթացքում՝ հետևելով ընտանեկան ասքի օրենքներին և մեծապես անկախ պատմական և սոցիալ-մշակութային փոփոխություններին:

Սեռական հեղափոխությունն ընդհանուր առմամբ նվազեցրել է սեռականության արտամղումը, իսկ հակաբեղմնավորիչ հաբերը խթանում են կանանց էմանսիպացիան և հնարավորություն են տվել նրանց հավակնել սեռական ինքնորոշման: Ինչպես նախանշել է հոգեվերլուծական տեսությունը, նվազել է հիստերիայով տառապողների թիվը: Կոնֆլիկտներն այսօր ավելի շուտ առաջանում են էդիպյան մակարդակում, այլ ոչ թե Գեր-Էդո-ի կառուցվածքում (այսինքն՝ ոչ դարավերջյան տիպիկ էդիպյան բարդության տեսքով):

Ավելի ու ավելի մեծ շրջանակներ են համաձայնում, որ հոգեկան, ինչպես և ֆիզիկական առողջությունը կամ հիվանդությունները կարող են տևականորեն կրել պաշտպանիչ գործոնների, ինչպես, օրինակ, կենսաբանական կազմվածքի, ծնող-երեխա հարաբերությունների և սոցիալ-տնտեսական պայմանների ազդեցությունը: Սրանց կարելի է ավելացնել սթրեսը, անառողջ ապրելակերպը, հուզական կոնֆլիկտները և բազմապիսի անձնական ճգնաժամերը: Եթե փորձենք ամփոփել, թե ինչ գիտենք հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդությունների զարգացման համար պաշտպանիչ կենսաբանական գործոնների մասին, ապա, ըստ Հոֆմանի և Իգլի (1996), մենք նույնպես պետք է հիշատակենք հետևյալ գործոնները.

- Տևական լավ հարաբերություններ առնվազն մեկ, կապվածություն առաջացնող անձի հետ,
- Ընդլայնված ընտանիք/փոխհատուցող հարաբերություններ ծնողների հետ/մոր ազատագրումը,
- Մոր վաղաժամ մահվանից հետո լավ փոխարինողի ընտրություն,
- Կուռ, ակտիվ և շփվող բնավորություն,
- Համայնքային աջակցություն (օրինակ՝ երիտասարդական խմբակներ, դպրոց, եկեղեցի):

Ավելին, վստահելի և աջակցող, կապվածություն առաջացնող անձանց կողմից պաշտպանության կարևորությունը, անգամ չափահաս տարիքում, նույնպես չի թերագնահատվում (Buchheim and Kächele, 2006):

Անգիտակցական վերաբերմունքը, որը փոխանցվում է ընտանիքների ներսում, իրեն բնորոշ բովանդակությամբ, հիմնված է ընտանեկան ասքի մոդելների վրա: Արդյունքում հստակ տարաժամանակայնություններ են ի հայտ գալիս մի կողմից՝ ընտանեկան ավանդույթների, մյուս կողմից՝ սոցիալ-մշակութային գործընթացների փոփոխության արագության միջև: Սեռական հեղափոխությունը մեծ հաշվով նվազեցրել է սեռականության արտամղումը, իսկ հակաբեղմանավորիչները մեծ դեր են խաղացել կանանց էմանսիպացիայի համար և տվել են նրանց ավելի մեծ ինքնորոշում սեփական գենդերային դերակատարության ընտրության հարցում: Հիստերիկ խանգարումների թիվը նվազել է, ճիշտ այնպես, ինչպես կանխատեսել էր հոգեվերլուծության տեսությունը: Էդիպյան կոնֆլիկտներն այժմ կարծես պահպանվում են իրենց սկզբնական մակարդակում՝ առանց բարդությունների, չվերածվելով Գեր-Էգոյի:

Հետևանքներ

Քանզի հոգեվերլուծական մեթոդը սկզբունքորեն գործ ունի հոգեկան հիվանդության տիպիկ ընտանեկան ծագման հետ՝ մեծ ուշադրություն դարձնելով մանկությանը, դեռահասների վրա «երկրորդ հնարավորության» դեր ունեցող հոգեհասարակական ազդեցությունը թերագնահատվում էր (Blos, 1985, էջ 138) մինչև Էրիկսոնի կողմից դրա վրա նույնպես ուշադրություն հրավիրելը (Erikson, 1959): Երկար տարիներ ի վեր գործոնները, որոնք պահպանում են ախտանիշները, բավարար հետազոտման չեն արժանացել բուժման տեխնիկայի որոշման ժամանակ: Սկզբում այս երկակի բացառման կողմնակի ազդեցությունը թույլ էր, քանի որ «Այն»-ի վաղ վերլուծությունը և Էգո-հոգեբանությանն ուղղված դիմադրության վերլուծությունը կարող էին ենթադրել կայուն, նույնիսկ կուռ և ոչ ձկուն կառուցվածքների գոյություն, որոնք վաղ շրջանում են ձեռք բերվում: Վերլուծողը օգնում էր հիվանդին հասնել ներքին ավելի մեծ ազատության. Գեր-Էգո-ի խիստ պատվիրանները, որոնք ընտանիքի բռնացող նահապետների հետ նույնացման արդյունքն են, փոխարինվում էին ավելի մարդկային արժեքներով: Ստրեչին (Strachey, 1934) նկարագրել է այդ թերապևտիկ գործընթացը:

Միննույն ժամանակաշրջանում սկսվեց անվտանգության թեմայի քննարկումը, որը վերջերս ուշադրության կենտրոնում է: Թեման՝ որպես պատմական և հոգեհասարակական կառուցվածքների քայքայման հակալից: Պատահական չէ, որ նարցիսիզմի և գաղափարախոսության դարում (Lasch, 1979, Bracher, 1982) անվտանգության թեման վերջապես այդպիսի կարևոր դեր գրավեց հոգեվերլուծական տեխնիկայի քննարկման մեջ, թեև

կարելի է առանց դժվարության տեսնել դրա ծագումը Ֆրոյդի և Ադլերի մոտ 30-ական թթ.: Կոհուրի նորամուծությունը, հավանաբար, իր ազդեցությանը պարտական է այն փաստին, որ հիվանդները և վերլուծողները հավասարապես դժգոհ են կոնֆլիկտի՝ հոգեբանության անատոմիական բնույթից և ձգտում են ամբողջականության և հենարանի՝ նարցիսիստական անվտանգության:

Ներկայիս հայեցակերպերը

Քանի որ ներոզների առաջացման համաձայնակաբանական հետազոտությունը միայն վերջերս է սկսվել (Schepank, 1982, Hafner, 1985), հնարավոր չէ ճիշտ համեմատություններ անցկացնել անցյալի հետ: Մենք ստիպված ենք հենվել մեր անձնական տպավորությունների վրա, որոնք կրկնակի անհուսալի են ավտորոշիչ դասակարգման վրա նորաձևության մեծ ազդեցության պատճառով: Համենայնդեպս, կասկած չկա, որ այսօրվա հոգեվերլուծողը այնպիսի խնդիրների է բախվում, որոնք ուշադրության չեն արժանացել Ֆրոյդի պրակտիկայում (Thomä, Kächele, 1976):

Արևմտյան ժողովրդավարական երկրներում մարդկանց մեծ մասը այնպիսի սոցիալական միջավայրում է ապրում, որը նրանց պաշտպանում է ճակատագրի հարվածներից, այդ թվում՝ նաև հիվանդության պատճառով առաջ եկող ֆինանսական ռիսկերից: Ներկայումս Գերմանիայի արևմուտքում հոգեվերլուծողների հաճախորդների մեջ չկա մեկը, որն ինքնուրույն հոգա սեփական բուժման ծախսերը: Հասարակության բոլոր խավերը ներկայացնող հիվանդները՝ աղքատ թե հարուստ, կարող են հոգեվերլուծական բուժում անցնել, որի համար վճարում է ապահովագրական համակարգը: Վերջինս իր հերթին ֆինանսավորվում է ապահովագրվող բնակչության ներդրումներով: Այսպիսով, Ֆրոյդի կանխատեսումը կատարվեց (1919a): Այժմ հոգեվերլուծության թերապևտիկ արդյունավետությունն ավելի կարևոր է, քան երբևէ: Էյսլերը նույնպես համոզված է, որ «սոցիալականացված բժշկությունը մեծ դեր կխաղա հոգեվերլուծության հետագա զարգացման համար»: Մենք չենք կարող ակնկալել, որ հասարակությունը մեծ փողեր կվճարի, որն անհրաժեշտ է առանձին անհատների վերլուծության համար, այն դեպքում, երբ կարելի է ավելի մեծ քանակի հիվանդների համար հասնել «ախտանիշների բարելավման» (Eissler, մեջբերումը՝ Miller-ի կողմից, 1975, էջ 151):

Մենք այն կարծիքին ենք, որ հոգեվերլուծության գիտական հիմնավորման և նրա թերապևտիկ արդյունավետության միջև կապն ավելի սերտ է, քան ենթադրվում է: Հասարակության կողմից եկող ճնշումը և աճող մրցակցությունը ստիպում են վերլուծողներին բազմապատկել ջանքերը՝ իրենց գործունեության արդյունավետության գիտական հիմնավորումը տալու համար:

1.8 Զուգամիտումներ և տարամիտումներ

Երբ ավելի քան 20 տարի առաջ գրված այս դասագրքի առաջին հրատարակությունում մենք խոսում էինք տարբեր հոգեվերլուծական դպրոցների միջև զուգամիտումների մասին: Հոգեվերլուծության արտաքին և ներքին քննադատական մեկնաբանությունները հանգեցրեցին զգալի փոփոխությունների: Տարբեր հիմնավորումների միախառնման և համակցման հստակ միտումները հարկ էր հատկորոշել (M. Shane and E. Shane, 1980): Մենք կարծում էինք, թե հնարավոր է խոսել ոչ միայն հոգեվերլուծական դպրոցների, այլև հոգեվերլուծության և հարակից գիտակարգերի միջև հարաբերություններում ծավալվող զուգամիտման մասին: Մեր դասագրքի անգլերեն հրատարակության ամերիկացի գրախոս Ռ.Դ. Չեսիկը ճիշտ էր՝ իր գրախոսությունում (1988, էջ 884) մեզ հանդիմանելով այդ գնահատման մեջ ցանկալին շեշտադրելու համար, հետևաբար, այսօր մենք չենք փորձի անտեսել տարամիտումները: Դեռ այն ժամանակ մենք արդեն մատնանշել էինք գոյություն ունեցող հեղափոխական-անարխիստական իրադրությունը: Ինչպես հիշատակել ենք նախաբանում, Վալերշտայնը վերջապես ընդունեց ՄՀԱ-ում առկա բազմակարծության գոյությունը իր «Մե՞կ, թե՞ բազմաթիվ հոգեվերլուծություններ» դասախոսությունում: Այնինչ Ֆոնագին (2003c) խոսում է հատվածականության մասին և ասում է, որ «բազմակարծությունը» մեղմասացություն է: Ուիլյամսը մեղմացնում է այս կոշտ ձևակերպումը՝ գրելով. «Մենք ապրում ենք հոգեվերլուծության բազմաթիվ հասկացական համակարգերում, որոնք ի հայտ են եկել դասական հարացույցի մեկնաբանությունների և զարգացումների արդյունքում» (էջ 189): Հավանաբար դիրքորոշման հարց է՝ արդյոք թույլատրվո՞ւմ է բոլորին պարզապես իրենց արածն առաջ տանել, թե՞ հարկ է պատրաստ լինել դիմակայելու գիտական խնդրի մարտահրավերին, որը և առաջ է բերում հասկացական նորաբանությունների բազմազանությունը (Hanly, 1990):

Օբյեկտային հարաբերությունների ընդլայնված տեսությունները

Ինչպես օբյեկտային հարաբերությունների մասին տեսություններն են անհրաժեշտ երկու և երեք անձի հոգեբանության համար, այնպես և էգո-հոգեբանությունը կսահմանափակվեր ինքն իրենով առանց «երկխոսության», առանց «դու»-ի (Buber, 1923, տե՛ս նաև Bohleber, 2004, էջ 100): Էգո-հոգեբանության մոտեցմամբ բուժման մեթոդը նախապես համակարգվում է ըստ միջանձնային կոնֆլիկտի տեսության: Ա. Ֆրոյդի (1936) կողմից պաշտպանական մեխանիզմների կարևորության շեշտադրումը կարող է ծառայել որպես օրինակ: Այստեղ նա ներկայացրել է «Հոգեվերլուծական թերապիայի հայեցակերպերը», որոնք իրենց սահմանմամբ ներառվում են ներհոգեկան կոնֆլիկտում (էջ 74): Միևնույն ժամանակ Հարթմանի (1939) նորարարական մոտեցումը՝ «Էգո-հոգեբանություն և ադապտացիայի խնդիրները»,

հասարակական գիտությունների հետ ավելի շատ քննարկումների տեղիք տվեց, այնինչ սոցիալական հոգեբանությունը պետք է խաղար միջնորդի դեր: Ֆուրստենոյի (1964) և Քարվեթի (1984a) քննադատական ուսումնասիրություններն, այնուամենայնիվ, դյուրին կերպով ի ցույց են դնում իրական միջգիտակարգային համագործակցության բացակայությունը:

Օբյեկտային հարաբերությունների տեսություններն ընդունում են, որ վերլուծողը արդյունավետ է դառնում «նոր օբյեկտի» դերում (Loewald, 1960) և, հետևաբար, գնում են վերլուծական շրջանակում միջուրբեկտայնության և սուբյեկտի ճանաչման ուղղով: Այս միտման բնորոշ հատկանիշն այն է, որ այսօր հոգեվերլուծողները քննարկում են տրանսֆերի հասկացության ընդլայնումը (տե՛ս հատված 2.5): Այսօր մենք ավելի պարզորոշ կերպով ենք տեսնում, որ հոգեվերլուծական մեթոդը միշտ հիմնված է եղել երկանհատականության վրա: Օբյեկտային հարաբերությունների փոխազդեցական տեսանկյունից դիտարկելը բացահայտում է անգիտակցական բաղադրիչները: Ամեն ինչ խոսում է հոգուտ միջուրբեկտայնության, տրանսֆերի և հակատրանսֆերի նման կարևոր թերապևտիկ և գիտական խնդիրների լուծման հնարավորության մասին: Հետևելով հոգեվերլուծական մեթոդի՝ միայն որպես Մերթոն Մ. Գիլլիգ փոխառած միջուրբեկտային պրակտիկայի ձևի հասարակագիտական ընկալմանը և հաշվի առնելով «Bifokalität der Übertragung (տրանսֆերի երկմիջուկայնությունը)» (Thomä, 1999), ինչպես նաև այս կերպ հաստատելով փոխադարձ ազդեցությունը վերլուծողի և հիվանդի միջև, մենք կարող ենք գերիշխող տեսությունները դասավորել ըստ տրանսֆերի և հակատրանսֆերի հասկացությունների: Այս կերպ մենք վերացարկվում ենք տրանսֆերի տոտալիտար տեսակետից (Joseph, 1985), ինչպես նաև հակատրանսֆերի արքայությունիստական հասկացության չափազանցված սուբյեկտիվիզմից (Thomä, 2000, 2001a): Մինևույն ժամանակ չի կարելի անտեսել այն, որ հոգեվերլուծության արդիականացումը նաև ծնում է արմատական ընդդիմություն (Altmeyer and Thomä, 2006): Դրա ներկայացուցիչները մեծամասամբ հիմնավորում են իրենց փաստարկները Գրինի և Բիոնի՝ գիտության անհատական ընկալման օրինակով: Օրինակ՝ Վայսը (1999), հղում անելով Բիոնին (1962, 1963), շեշտում է, որ հոգեվերլուծական հետազոտությունները, բառի նեղ իմաստով, հարկ է հասկանալ որպես այն հուզական փորձառությունների մասին խորհրդածություններ, որոնք ի հայտ են գալիս վերլուծական շրջանակում: Դրա նպատակն է ստեղծել վերլուծողի և վերլուծվողի միջև տեղի ունեցող հարաբերությունների կաղապար, օրինակ (Weiß, 1999, էջ 895):

Բուժման նպատակով խիստ էական է, որ հիվանդը իրեն նույնացնի վերլուծողի գործառնությունների հետ (Thomä, 1981b): Այս գործառնությունները չեն ընկալվում որպես վերացական գործընթացներ: Հիվանդը ստանում է դրանց փորձառությունը անձնական թերապևտիկ համատեքստում: Վերլուծողի գործառնությունների հետ նույնացումը, ինչպես Լյուվալդն է այն դիտարկում, կապված է օրինակելի փոխազդումների հետ, իսկ դրանք բաժանելը

բացարձակապես արհեստական կլիներ: Մյուս արարածը, ում հետ նույնացվում է մարդը, չի ենթարկվում ինտրոյեկցիայի՝ որպես օբյեկտ և մտքում մեկուսացված չի պրոյեկտվում: Լյուվալդը շեշտում է, որ այն ոչ թե օբյեկտների, այլ փոխազդումների ինտրոյեկցիայի է հանգում (Loewald, 1980, էջ 48): Սրանք կապված են նոր փորձառությունների հետ, որոնք ազատում են տրանսֆերից: Թերապևտիկ փոփոխություններ են տեղի ունենում տրանսֆերի (կրկնության) և բախման (ի հայտ գալու) միջև լարվածության միջակայքում: Իրականում օբյեկտային հարաբերությունների անգիտակցական տարրերի հոգեվերլուծական նկարագրությունները գործողությունների հայեցակերպերն են և դրանց արտահայտությունը երևակայության (անգիտակցական) աշխարհում: Այն, ինչը ներկայացվում է որպես ներքին օբյեկտ, մեկուսացված միավոր չէ, այլ հիշողության մեջ՝ մի պատկեր, որը շրջանակավորված է գործողությունների համատեքստով: Տրամաբանական է, որ Շաֆերն (1976) օգտագործեց գործողություններին վերաբերող տերմինաբանությունն այն բանից հետո, երբ Քրիսը (1947) արդեն հատկորոշել էր գործողությունների վերաբերյալ հետազոտությունը որպես մոտեցման՝ հոգեվերլուծությանը համահունչ գիտական եղանակ: Ծննդյան օրից ի վեր օբյեկտների պրոյեկցիաները տեղի են ունենում գործողության որակապես բազմապիսի համատեքստում, որն էլ ավելի է համալրվում ընտանեկան և ոչընտանեկան համատեքստերով (Akhtar, 2005): Անգիտակցականի սխեման, որը կարող է դառնալ ավելի կայուն, զարգացել է կրկնվող հաղորդակցական ակտերի միջոցով: Այսպիսի դիմացկուն կառուցվածքները սերտորեն զուգորդվում են տրանսֆերի համար պատրաստականության հետ, որը կարելի է բավականին հեշտ և արագ խթանել:

Այս գործընթացները տրանսֆերի դասական հասկացության հիմքն են, որի համար կա ծավալուն էմպիրիկ ապացույց (Luborsky u. Crits-Christoph, 1998): Իհարկե, այս հաջողված օպերացիոնալիզացիան չի ներառում կլինիկական պրակտիկայի ողջ բազմազանությունը, ինչպես իրավացիորեն նշում է Դերեհերը (1999), սակայն այն բավականին արդյունավետ է՝ իրագործելու թերապիայի ուսումնասիրությամբ զբաղվող գիտահետազոտողների՝ մեկնաբանությունների ճշգրտության հետ կապված ցանկությունները (Crits-Christoph et al, 1998): Արդյոք արդեն ժամանակն է թողնել տրանսֆերի հասկացությունը՝ ավելի համեստորեն խոսելու, ըստ Շախտերի (2002) ձևակերպման, «սովորությունների վրա հիմնված հարաբերությունների մոդելի» մասին. սա այն հարցն է, որին այստեղ չենք ցանկանում պատասխանել: Դեռևս վաղ մանկության փուլում փորձառությունն ակտիվորեն մեկնաբանվում է: Ուժեղ հույզերը մեծ դեր են խաղում փոխազդեցությունների այս գործընթացներում (Emde, 1999):

Հոգեվերլուծական մեթոդը միշտ հենվել է դիադային հարաբերությունների վրա: Օբյեկտային հարաբերությունների անգիտակցական տարրերը վերլուծողի համար հասանելի են դառնում այն ժամանակ, երբ նա կիրառում է փոխազդեցական մեթոդը: Կան բոլոր հիմքերը՝ փաստելու, որ այժմ

հնարավոր է դարձել լուծել միջսուբյեկտայնության՝ տրանսֆերի և հակատրանսֆերի լուրջ թերապևտիկ և տեսական խնդիրները:

Բուժման տեխնիկայի կարևոր հարցերից մեկը վերլուծողի գործառնությունների հետ հիվանդի նույնացումն է (Hoffer, 1950): Այդ գործառնությունները չեն ընկալվում որպես վերացական գործընթացներ, ավելի շուտ հիվանդը դրանք ապրում է սեփական թերապիայի անձնական համատեքստում: Հետևաբար, հիվանդի նույնացումը վերլուծողի գործառնությունների հետ այն իմաստով, որը նկարագրել է Լյուվալդը, կախված է վերլուծողի հետ փոխազդեցությունից, որից այդ գործառնությունները կարելի է անջատել միայն արհեստականորեն: Այն անձը, որի հետ տեղի է ունենում նույնացումը, ինտրոյեկցիայի չի ենթարկվում որպես օբյեկտ և չի գտնվում ներհոգեկան մեկուսացման մեջ: Լյուվալդը (1980, էջ 48) նշել է, որ ինտրոյեկցիայի է ենթարկվում փոխազդեցությունը և ոչ թե օբյեկտը:

Փաստորեն, օբյեկտային հարաբերությունների անգիտակցական տարրերի հոգեվերլուծական նկարագրության կարևոր խնդիրը գործողությունների տարբեր հայեցակերպերն են և դրանց արտացոլումը (անգիտակցական) երևակայության մեջ: Որպես «ներքին օբյեկտ» պահպանվող տարրն առանձնացված հասկացություն չէ, այլ հիշողության դրվագ, որը շրջանակավորված է գործողության համատեքստում: Տրամաբանական է Շաֆերի (Schafer, 1976)՝ գործողության լեզվին հանգելը այն բանից հետո, երբ Քրիսը (Kris, 1975) նկարագրել է գործողության հետազոտությունը՝ որպես հոգեվերլուծության համար կիրառելի գիտական մոտեցում: Օբյեկտները կուտակվում են ծննդյան պահից սկսած և որակապես տարբեր գործողությունների համատեքստում: Հաղորդակցման կրկնվող ակտերը անգիտակցական սխեմա են ստեղծում, որը կարող է բարձր աստիճանի կայունություն ապահովել: Այդպիսի կայուն կառուցվածքները զուգահեռ են տրանսֆերի պատրաստականության հետ, որը կարող է առաջ գալ ոչ նույնական արագություններով և դյուրինությամբ:

Մայր-երեխա հարաբերությունները

Սկզբիցսեղ փոխազդեցական համատեքստերը հաշվի էին առնվում օբյեկտային հարաբերությունների տեսություններում: Վերջին ժամանակներում դրանց հատկացված ուշադրության պատճառների թվում ակնբախ են մոր և երեխայի վարքի առումով կատարված հայտնագործությունները: Օբյեկտային հարաբերությունների տեսությունը հարստացել է Բոուլբիի (Bowlby, 1969) կատարած կապվածության ուսումնասիրությունների շնորհիվ: Էմդեն (1981) ընդգծել է սոցիալական փոխադարձության նշանակությունը՝ ուսումնասիրությունների արդյունքներն ամփոփելով հետևյալ կերպ.

«Մանուկը հենց սկզբից էլ կազմավորված է սոցիալական փոխազդեցության համար և իրեն խնամողների հետ մտնում է երկկողմ փոխազդեցության մեջ: Մենք չենք կարող անհատներին իրենց հասարակական

միջավայրում համարել «մղումների ստատիկ թիրախներ», և այդ տեսանկյունից «օբյեկտային հարաբերությունների» նման եզրերը անհաջող են՝ հաշվի առնելով դրանց հարանշանակային իմաստները» (Emde, 1981, էջ 218):

Նույնիսկ մանուկն ակտիվ կերպով է կառուցում իր փորձառությունը: Այդ փոխազդեցությունների ընթացքում մեծ դեր են խաղում աֆեկտները:

Լիբիդոյի տեսությունը չի ընդգրկում աֆեկտիվ փոխադարձության գործընթացը: Շպիցը (Spitz, 1976) ցույց է տվել, որ Ֆրոյդը սկզբունքորեն լիբիդինալ օբյեկտները դիտարկել է երեխայի (և նրա անգիտակցական ցանկությունների) դիրքերից և ոչ թե մոր և երեխայի փոխազդեցության ֆոնի վրա: Այդ ավանդույթը այնքան ամուր է արմատավորվել, որ Կոհուրթը եւօբյեկտները հանել է երեխայի կողմից շրջապատի ընկալման ենթադրաբար նարցիսսային եղանակի կազմից:

Այդ տեսակետից ուսուցանող են Հարլոուի նորարարական փորձերը (Harlow, 1958, 1962): Նա Ռեզուս մակակներին մեծացնում էր փոխնակ մայրերի կողքին, որոնք պատրաստվում էին մետաղալարերից և խավոտ կտորից, այսինքն՝ անկենդան օբյեկտներ էին: Այդ կապիկները չէին կարողանում խաղալ և սոցիալական հարաբերություններ զարգացնել: Նրանք տառապում էին անվերահսկելի տագնապից և զայրույթի նոպաներից, թշնամությունից և կազմալուծումից: Մեծահասակ կենդանիների մոտ ոչ մի սեռական վարք չէր դրսևորվում: Շպիցը զարգացման այս ծանր արատները բացատրում էր փոխնակ մայրերի և երեխաների միջև *փոխադարձության* բացակայությամբ: Նա գտնում է, որ փոխադարձությունը մոր և երեխայի երկխոսության հիմքն է: Չնայած մինչև հիմա նա օբյեկտային հարաբերությունների հասկացության կողմնակիցն է (Spitz, 1965, էջ 173, 182), ակնհայտ է, որ նրա նկարագրությունները հիմնված են փոխազդեցության միջսուբյեկտային համակարգի վրա: Էմդեն (1981)՝ որպես Շպիցի իրավահաջորդը Դենվերում, շտապեց քննադատել լայն տարածում գտած թյուր պատկերացումը, թե մանուկը պասիվ և պարզամիտ մի արարած է, և նրա վարքը կարգավորվում է մղումներով պայմանավորված լարվածություններով կամ դրանց նվազմամբ: Մանկան՝ որպես խթաններին արձագանքող և իր կարիքներն առաջնայնորեն բավարարել ձգտող պասիվ օրգանիզմի մասին առասպելն այլևս ընդունելի չէ:

Ի վերջո, ինֆանտիլ զարգացման այս նորագույն տեսությունները, ինչպես նաև հաղորդակցման և գործողությունների միջգիտակարգային տեսությունների միակցումը հավանաբար նշանակալի հետևանքներ կունենան հոգեվերլուծության համար (Lichtenberg, 1983): Բոլոր ոլորտներում էլ հոգեվերլուծությունը նպաստում է մարդու վարքի անգիտակցական կողմերի մասին գիտելիքների ստեղծմանը:

Ինչպես օբյեկտային հարաբերությունների տեսություններն անհրաժեշտ են երկու և երեք անձի հոգեբանության համար, էգո-հոգեբանությունն էլ սահմանափակ կլինե՝ պարփակվելով սեփական ուսումնասիրություններով առանց «երկխոսության», առանց «դու»-ի (Buber, 1974): Իհարկե,

ձշմարիտ է, որ էգո-հոգեբանության մեջ բուժման տեխնիկան սկզբնապես համակարգվել է ներհոգեկան կոնֆլիկտի մոդելին համապատասխան՝ այնպես, ինչպես նշել է Ա. Ֆրոյդը «Էգոն և պաշտպանական մեխանիզմները» գրքում (1936): Նա նկարագրում է «հոգեվերլուծական թերապիայի վերաբերյալ մտորումները», որոնք որոշում են հոգեվերլուծական թերապիայի դիապագոնը հոգեկան կոնֆլիկտի առնչությամբ (էջ 68): Միևնույն ժամանակ Հարթմանի նորարարական հետազոտությունները (Hartmann, 1958, 1939)՝ վերնագրված՝ «Էգոհոգեբանությունը և ադապտացիայի խնդիրները», հանգեցրին հասարակական գիտությունների հետ գիտելիքների ավելի լայնածավալ փոխանակման, որտեղ սոցիալական հոգեբանությունը միջնորդի դեր էր կատարում: Պետք է ասել, որ Կարվետի քննադատական հետազոտությունները (Carveth, 1984a) ընգծում են, որ միջգիտակարգային իրական համագործակցությունն անբավարար է:

Մետահոգեբանության և լիբիդոյի տեսության քննադատությունը ճանապարհ հարթեց կոնֆլիկտի ներհոգեկան միջանձնային տեսությունների միջև կապերի ստեղծման համար: Բայց հնարավոր չէ միջանձնային մոտեցումը հանգեցնել «մասնակցող դիտորդի» հասկացությանը (Sullivan, 1953): Այդ եզրը թեև հաջող է, բայց բավարար կերպով չի ընդգծում այն հանգամանքը, որ վերլուծողի մասնակցությունը հենց սկզբից էլ միջամտություն է համարվում (տե՛ս 2.3): Ե՛վ նրա լռությունը, և՛ մեկնաբանությունը ազդում են նրա կողմից դիտարկվող ոլորտի վրա: Նա չի կարող հրաժարվել այն փաստից, որ փոփոխությունը իր մասնակցության հետևանքն է, նույնիսկ եթե նա ինքն իրեն խաբում է՝ կարծելով, թե ոչ մի առանձնահատուկ նպատակ չի հետապնդում:

Ամերիկյան հոգեվերլուծական ասոցիացիայի քննարկման խմբի անդամները, որոնք մի քանի անգամ հանդիպել են 1977–1980 թթ., Լիխտենբերգի ղեկավարությամբ, եկան այն համաձայնության, որ «որքան քիչ ենք մենք սեփական արժեքները ընդունում որպես ուսումնասիրության օբյեկտ, այնքան դրանք ավելի շատ են անգիտակցորեն ազդում մեր տեխնիկայի և տեսության վրա» (Lytton, 1983, էջ 575): Գործնական և գիտական նկատառումներից ելնելով, ինչպես նշել է Դեվերեն (Devereux, 1967), այսօր, ավելի քան երբևէ, վերլուծողը պետք է ընդունի, որ միայն ինքը չէ դիտորդը, այլ որ իրեն նույնպես դիտում են, այսինքն՝ այլ հոգեվերլուծողներ և հարակից գիտակարգերով զբաղվող գիտնականներն ուսումնասիրում են, թե ինչ է վերլուծողը զգում, ինչի մասին է մտածում և ինչ է անում, ինչպես են նրա մտքերը և գործողությունները ազդում հիվանդի վրա: Որևէ երրորդ կողմի ձեռնարկած հոգեվերլուծական շրջանակի այդպիսի հետազոտությունը հնարավոր է վերլուծությունների ձայնագրությունների միջոցով: Հիմնական հարցն այստեղ հոգեվերլուծողի՝ թերապևտիկ գործընթացում ունեցած ներդրումն է: Բացի այդ, այնպիսի երկրներում, ինչպիսին է Գերմանիան, որտեղ բուժումը վճարվում է առողջապահության ապահովագրության համակարգի շնորհիվ, հասարակությունը (գիտական հանրույթի միջոցով

ներկայացված լինելով) և նրան ապահովագրողները իրավունք ունեն քննարկել այն, թե ինչպես են վերլուծողները հիմնավորում հոգեվերլուծական գործողությունները, իհարկե, այն ակնհայտ վերապահումով, որ հարկ է հարգել անձնական կյանքը:

Վերլուծական շրջանակին դիադային մոտեցումը, որ ամենուրեք ձանաչում է ստացել, սուբյեկտիվության քարտ բլանշ չէ: Ընդհակառակը, հենց այն պատճառով, որ վերլուծողի մասնագիտական կարողությունն ու իրազեկությունը զուտ անհատական խնդիր են, նա իր վրա պետք է նույնպիսի պատասխանատվություն վերցնի այն եղանակի համար, որով իր նախընտրած տեսությունն ազդելու է իր հակատրանսֆերի վրա, ինչպիսի պատասխանատվություն ստանձնում է ողջ թերապիայի հաջողության կամ ձախողման համար: Հետևաբար, ավելի մեծ թվով հոգեվերլուծողներ են կոչ անում, որ պրակտիկան ուսումնասիրության առարկա դառնա (Sandler, 1983): Միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիայի՝ 1983-ին Մադրիդում կայացած համաժողովը նվիրված էր «Հոգեվերլուծողն աշխատանքի ժամանակ» թեմային:

Դիադային մոտեցումը համապատասխանում է *նեոնապոլոգիայում կապարվող հետազոտությունների և մայր-երեխա փոխազդեցության* դիտարկումների արդյունքում արված բացահայտումներին: Տրեվարտենը (Trevarthen, 1977) խոսում է «առաջնային միջսուբյեկտայնության» մասին: Շպիցի աշակերտներ Էմդեն և Ռոբինսոնը (Emde, Robinson, 1979) քննադատորեն ուսումնասիրել են 300 հետազոտություն և եզրակացրել, որ բացահայտվել են հին նախապաշարմունքներ, հատկապես այնպիսի սխալ պատկերացումներ, որ մանուկը պասիվ է և չտարբերակված, և որ նրա վարքը կարգավորվում է բնագդային լարումներով և դրանց լիցքաթափմամբ: Մանկան՝ որպես խթաններին արձագանքող և իր կարիքներն առաջնայնորեն բավարարել ձգտող պասիվ օրգանիզմի մասին առասպելն այլևս ընդունելի չէ:

Առասպելների դարի ավարտը

Այն միտումները, որ բացահայտել են Էմդեն և Ռոբինսոնը իրենց հետազոտությունների արդյունքում, շարունակում են գործել: Ըստ Սանդերի (Sander, 1980) և Պետերֆրոյնդի (Peterfreund, 1980), նորագույն հայտնագործությունների ներդրման ոլորտն այնքան մեծ է, որ հարկ կլինի հանգստի ուղարկել 3 առասպել. «մեծահասակամորֆ» («մանուկը նույնն է, ինչ ես»), «տեսությունամորֆ» («մանուկն այնպիսին է, ինչպես նրան նկարագրում է իմ տեսությունը») և «պաթոմորֆ» («մանուկը զգում և մտածում է այնպես, ինչպես իմ փսիխոտիկ հիվանդը»): Քանի որ Ֆրոյդը մի անգամ բնագդների տեսությունն անվանեց «մեր առասպելաբանությունը» (1933 a, էջ 95), և քանի որ առասպելներում մարդու մասին իմաստուն մտքեր կան, առասպելներից հրաժարումը վերլուծողներին խիստ անհանգստացնում է: Բնագդների հոգեվերլուծական տեսությունը պահպանել է առասպելաբանության

տարրերը, այդ թվում՝ որոշ փոխաբերությունների հարանշանակային իմաստների շնորհիվ, օրինակ՝ հաստատության սկզբունքը, որը կապում է մարդու՝ հավերժության ձգտումը և սիրո ու մահվան խորհրդավորությունը ֆիզիկական դրույթների հետ՝ այսպիսով դիմակավորվելով ունիվերսալ հոգեբանական բացատրության տակ:

Մենք չենք փորձում պնդել, որ թերապևտիկ շրջանակում առկա միջ-սուբյեկտայնությունն ածանցվում է մոր և մանկան միջև փոխազդեցությունից: Մեզ նախ և առաջ անհանգստացնում է սկզբունքների զուգամիտումը, որը վկայում է այն մասին, որ դիադային մոտեցման դեպքում վերլուծական իրադրությունը համապատասխանում է մարդկային բնությանը, քանի որ դա կարելի է տեսնել կյանքի հենց առաջին պահից ի վեր: Մենք համաձայն ենք Վոլֆի (Wolff, 1971)՝ չափազանց ուշադիր վերլուծողի և հետազոտողի հետ, երբ նա հիշեցնում է իր գործընկերներին, որ ամենակարևոր գիտական և գործնական խնդիրները չի կարելի լուծել ո՛չ մանուկներին դիտելով, ո՛չ էլ էթոլոգիայի, նեյրոֆիզիոլոգիայի կամ մոլեկուլյար կենսաբանության օգնությամբ: Մյուս կողմից՝ վերլուծողները չեն կարող ուշադրություն չդարձնել զարգացման հիմքում ընկած տեսություններին մեկնաբանության այն կանոններն ուսումնասիրելիս, որոնցով նրանք առաջնորդվում են հիվանդների ասածներին անգիտակցական իմաստ վերագրելիս:

Մեծ դեր է խաղում այն, թե արդյոք բուժող վերլուծողը հաշվի առնո՞ւմ է օբյեկտի հաստատունության զարգացման մասին Պիաժեի աշխատանքները, թե՞ ոչ, և այն, թե մոր և երեխայի միջև փոխազդեցության վաղ փուլերում հարաբերությունների մասին ինչպիսի պատկերացումներ են ընկած նրա մեկնաբանությունների հիմքում: Կարելի է ենթադրել, որ տարբեր տեսությունների միջև անհամապատասխանություններ կլինեն, քանի որ հարցը բարդ է, իսկ մեթոդները՝ տարբեր: Այդ պատճառով էլ ավելի են կարևորվում տարբեր մեթոդներով միանման արդյունքներ ստանալը կամ որոշ ենթադրությունների անձնարտացիության վերհանումը, ինչպես, օրինակ, մանկան աուտիզմը որոշելիս: Մյուս կողմից շատ են այն հետազոտությունները, որոնք սկիզբ են առել մոր և մանկան փաստացի բաժանվածության հանգամանքից. այդ հետազոտություններն ընդգծում են նրանց հարաբերությունների փոխադարձությունը (Stern et. al., 1977): Էմպիրիկ ուսումնասիրությունների հիման վրա եզրակացություն է արված (H. and M. Papousek 1983, Papousek et. al., 1984), որ մանուկն ինքնուրույն է և ունի ինտեգրացնող կարողություն:

Բաժանվածությունը և նախնական (սկզբնական) միջսուբյեկտայնությունը նորածինների ուսումնասիրությունների արդյունքներում և թերապևտիկ դիադային հետազոտման բացահայտումների շարքում ամենանշանակալի և ամենակարևոր ընդհանուր հայտարարներն են: Մենք համաձայն ենք Միլթոն Կլայնի (Milton Klein, 1981) հետ այն բանում, որ ծնունդը անհատականացման պահն է, որը ենթադրում է, որ ամեն առանձին նորածին

սկսում է իր սեփական աշխարհը ստեղծել ակտիվորեն, ստեղծագործաբար և խթանների նկատմամբ ծարավով: Բրեյզելտոնը և Ալսը (Brazelton, Als, 1979) պնդում են, որ անմիջապես ծնունդից հետո հնարավոր է տարբերակել աֆեկտիվ և կոգնիտիվ արձագանքների նշանները:

Բայց խնդիրն այստեղ ճշգրիտ ժամանակագրությունը չէ: Ակնհայտ է, որ երեխայի կողմից սեփական աշխարհի ձևավորման մասին պատկերացում ունենալով մենք, միևնույն է, չենք իմանում, թե ինչպես է՞նա այն *զգում*: Պիաժեի տեսությունը (Piaget, 1954) նույնպես ենթադրում է, որ մոր և երեխայի միջև միջնորդելատալությունը որոշվում է երեխայի եսակենտրոնությամբ և, հետևաբար, հաստատում է հոգեվերլուծության այն դրույթը, որ լացող երեխան իր մոր վարքը՝ զիջող կամ լացին չարձագանքող այնպես, ասես ինքն է այն առաջ բերել: Անշուշտ, այլ հարց է, թե արդյոք այդ եսակենտրոնությունն ունի՞ չափահասների մոտ առկա նարցիսիստական ամենակարողության հատկանիշները, թե՞ ոչ:

Մեծապես կարևորվում է Էմդեի վարկածն (Emde, 1981) այն մասին, որ բնածին կենսաբանական սխեմաները կանոնավորում են մոր և երեխայի միջև փոխազդեցությունը: Մյուս կողմից՝ այս սխեմաների յուրահատկություններն անհատականությունն են ձևավորում. յուրաքանչյուր նորածին և յուրաքանչյուր մայր յուրահատուկ է ինչպես առանձին-առանձին, այնպես էլ միասին՝ որպես դիադա: Երկուսն էլ իրացնում են մարդուն՝ որպես տեսակի բնորոշ (համամարդկային) մեխանիզմներ, այսինքն՝ հիմնարար կենսաբանական մոդելներ՝ իրենց անսխալականորեն անհատական ձևով: Մալերի «մարմնազգայական ապրումակցում» հասկացությունը (Mahler, 1971, էջ 404), որը նա կիրառում է ընդհանուր զգացմունքների և փոխադարձ ու խորը հույզերի և ընկալումների նկարագրության համար, ծագել է մայրերի և մանուկների դիտման արդյունքում: Համապատասխանաբար, թերապիայում կարևոր է գտնել նմանության և բաժանության, հոգնակիության կապվածության և Էգո-ի կազմավորման միջև հավասարակշռությունը:

Անցյալ տասնամյակում մոր և մանկան միջև աֆեկտիվ փոխադարձության ուսումնասիրությունները հավաստում են Վիննիկոտի կարծիքը: «Մանուկը և մայրական խնամքն իրար հետ մի ամբողջություն են կազմում ... Մի անգամ ես ասել եմ. «Առանձին մանուկ, որպես այդպիսին, չի լինում» (Winnicott, 1965, էջ 39): Վիննիկոտն ավելացրեց, որ ինքը, բնականաբար, նկատի ուներ, որ մայրական խնամքը էական բաղադրիչ է, առանց որի երեխան գոյություն ունենալ չի կարող, և հենց դրանով հեռանում էր Ֆրոյդի՝ առաջնային նարցիսիզմի և բավականության սկզբունքի իրականության սկզբունքին փոխարկման մասին ենթադրություններից: Նա նաև ուշադրություն է դարձրել այն բանի վրա, որ Ֆրոյդն ինքը առարկում էր սեփական վարկածի դեմ:

«Արդարացի կլիներ առարկել, որ այդպիսի կազմակերպումը, որը բավականության սկզբունքի ստրուկն էր և անտեսում էր արտաքին աշխարհի իրողությունը, չէր կարող պահպանել իր՝ նույնիսկ կարճաժամկետ

գոյությունը, ասես այն ընդհանրապես չէր էլ եղել: Այսպիսի *հնարանքը*, սակայն, արդարացված կլինի, եթե հիշենք, որ երեխան, պայմանով, որ այն ներառվում է *մոր կողմից իրեն հափկացվող խնամքի հետ միասին*, գրեթե իրացնում է այսպիսի հոգեկան համակարգ» (1911 թ, էջ 220):

Եթե ներառենք մայրական խնամքը, ապա հնարանքը վերանում է, և կարելի է կիրառել Վիննիկոտի «մայր և երեխա» միասնության հասկացությունը որպես ելակետ: Իհարկե, կասկած չկա, որ մայրն ու երեխան տարբեր միավորներ են, նույնիսկ չնայած այն բանին, որ երեխան դեռ ի վիճակի չէ իրեն առանձնացնել որպես անկախ անհատ: Հարթմանի Էգո-ի ինքնությունությունը (Hartmann, 1939) կենսաբանական արմատներ ունի, և մայր-երեխա միասնության մեջ ինքնաընկալումն ընտրողաբար կատարվում է զգայական օրգանների կողմից՝ հատուկ տեսակի այլ ընկալումների հետ փոխանակմամբ: Հետևաբար, մոր անձը յուրաքանչյուր երեխա այլ ձևով է ընկալում երկու պատճառով.

1. ոչ մի մայր միանման վերաբերմունք չի դրսևորում իր երեխաներից յուրաքանչյուրին,
2. յուրաքանչյուր երեխա այդ միասնության մեջ զարգացնում է արձագանքման անհատական պատրաստականություն:

Հակառակ դեպքում Վիննիկոտը (Winnicott, 1965) չէր կարող խոսել իրական և կեղծ «Ես»-ի մասին՝ միևնույն ժամանակ շեշտելով «մայր-երեխա» միասնությունը: *Ճշմարիտ* «Ես»-ը կապված է սեփական ներուժի գիտակցման կարողության և արտաքին ազդեցությունների ներքո ձևավորված և *կեղծ* «Ես»-ում արտահայտության գտած սահմանափակումներից ազատվելու հիմնարար զգացմունքի հետ:

«Մայր-երեխա» փոխազդեցության ուսումնասիրությունների էմպիրիկ արդյունքները կարելի է օգտագործել՝ գտնելու վերջին տասնամյակներում բուժման տեխնիկայի տեսության մեջ առաջ եկած ջրբաժանը՝ բևեռացումը պահպանողական ստրուկտուրալիստ տեսաբանների և օբյեկտային հարաբերությունների ջատագով տեսաբանների միջև: Նույնիսկ Բալինտի (Balint, 1952)՝ երկու անձի հոգեբանության կողմնակիցները չեն կարող հաշվի չառնել այն փաստը, որ յուրաքանչյուր հիվանդ յուրահատուկ է: Թերապևտիկ դիադան՝ երկու փոխկապակցված, բայց և անկախ անհատների խնդիրը հիվանդին հնարավորինս շատ ինքնությունություն տալն է:

Հետևաբար, հարկ է վերանայել և ճշտումներ մտցնել մեր՝ երկու անձի հոգեբանության նկատմամբ ունեցած դիրքորոշման մեջ: Անհատի հոգեբանությունը կառուցված էր ըստ բնական գիտությունների մոդելի և չի համապատասխանում հոգեվերլուծության ոչ տեսությանը, ոչ պրակտիկային: Մենք համաձայն ենք Բալինտի հետ, որը քննադատում է տեխնիկայի և զարգացման հոգեվերլուծական տեսությունը այն բանի համար, որ դրանք չափազանց շատ են շեշտում ներհոգեկան գործընթացները: Համենայնդեպս, վերլուծողը պարտավոր է օպտիմալ պայմաններ ստեղծել հիվանդի մոտ ինքնություն, այլ ոչ արտաքին ձնշման տակ փոփոխություններ առաջ

բերելու համար: Հարկ է շեշտը դնել անհատի հոգեբանության՝ հոգեվերլուծողների համար պարտադիր մի հայեցակերպի վրա: Իդեալական դեպքում գիտելիքը կենտրոնանում է անհատի ուսումնասիրության վրա, թեև ինքնաձանաչումը, այդ թվում նաև անհատականության անգիտակցականի ձանաչումը, երկու անձի հոգեբանության անքակտելի մասն է:

Հոգեվերլուծական մանուկի վերամոդելավորումն ըստ նորածինների հետազոտությունների արդյունքների կարևոր նշանակություն ունի բուժման տեխնիկայի համար (Lebovici, Soule, 1970): Յուրաքանչյուր վերլուծողի մեկնաբանությունները, հատկապես նրա կողմից հիվանդի վաղ մանկության պատկերի վերականգնումը, հիմնվում է նրա կողմից որդեգրված զարգացման տեսության վրա: Հենց այդ պատճառով է, որ մենք խոսում ենք հոգեվերլուծական մանկիկի՝ ոչ նույնական ճշգրտության բազմաթիվ նկարագրություններում առկա տեսական հասկացության մոդելի մասին: Այսպիսի վերամոդելավորումը բավականին վաղուց է կիրառվում:

Այդ նկարագրությունները տվել են տարբեր հայրեր և մայրեր, դրանց թվում՝ Ֆրոյդը, Աբրահամը, Կլայնը, Ֆերենցին, Բալինտները, Վիննիկոտը, Մալերը և Կոհուրը: Բոլորին հայտնի է, որ հոգեվերլուծական տարբեր մանկիկները խիստ տարբերվում են մեկը մյուսից: Մոդելների ստեղծողները պետք է համակերպվեն այն բանի հետ, որ իրենց ստեղծագործությունները համեմատվում են:

Կոհուրի ողբերգական մարդը պառկած է օրորոցում՝ մանկիկի պես՝ շրջապատված այսպես կոչված Ես-օբյեկտներով, որոնք միայն մասնակիորեն են արտացոլում նրա բնածին նարցիսիզմը: Ֆրոյդի նարցիսիզմի տեսության կողմից կնքահոր դերակատարությունը ողբերգությունը դարձնում է գրեթե անխուսափելի, բայց, համենայնդեպս, այն ներկայացվում է համեմատաբար թեթև. չարը առաջնային ուժ չէ, և Էդիպյան մեղքի զգացումներից կարելի է խուսափել, ըստ Կոհուրի, եթե վաղ ողբերգությունը հնարավոր է լինում սահմանափակել, իսկ նարցիսիստական Ես-ը իրեն տեսնում է սիրո հայելու մեջ արտացոլված (Kohut, 1984, էջ 13): Կոհուրի տեսության մեջ, ըստ Ֆրոյդի, մեղքը, անհատի Էդիպյան և ներհոգեկան կոնֆլիկտները վաղ մանկության նարցիսիստական խանգարումների արդյունք են: Առանց այդ խանգարումների 3 և 5 տարեկան երեխաների Էդիպյան կոնֆլիկտները սկզբունքորեն կլինեին հաճելի անցումային փուլեր, որոնք չէին թողնի որևէ նկատելի մեղքի զգացում առողջ «Ես»-ի զարգացման պարագայում: Կոհուրի տեսությունը անհատին տալիս է Էդիպյան կոնֆլիկտներից զերծ ապագայի հեռանկար: Կոհուրի ուշ շրջանի աշխատություններից կարելի է եզրակացնել, որ եթե Ես-օբյեկտների ապրումակցումը լավն է, ապա և մարդկային ողբերգությունը մնում է ողջամիտ սահմաններում:

Կլայնի հոգեվերլուծական մանկիկը (Klein, 1948, 1957) բոլորովին այլ է: Այս անգամ կնքահայրերն էին Ֆրոյդի մահվան բնագործ, անբարյացակամությունը, որոնց վաղ արտահայտությունները հակազդեցություն չունեն և որոնք կարելի է տանել միայն աշխարհը բաժանելով լավ կրծքի և վատ

կրծքի: Այս դեպքում ակնհայտ է մանկիկի հետագա կյանքի ողբերգականության խորությունը՝ ի տարբերություն Կոհուրի կողմից առաջադրված երևույթի մեղմ արտահայտության: Մեծահասակը, Կլայնի կարծիքով, նման է Սիզիփոսին, որը հարատև անհաջողության է դատապարտված ատելության և նախանձի պատճառով երևակայական զանցանքները քավելու փորձերում: Կյանքի ընթացքում պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման գործընթացները և դրանց բովանդակությունը մնում են հիմնական շարժիչ ուժերը ընտանեկան, ինչպես նաև մարդկանց խմբերի և ամբողջ ազգերի միջև ծավալվող միջանձնային գործընթացներում:

Սահմանափակվելով հոգեվերլուծական մանկիկի միայն երկու նշանակալի մոդելների հիմնական հատկանիշների նկարագրությամբ՝ մենք առաջին պլան ենք մղում տարբերությունները և հակադրությունները: Մենք դա միտումնավոր արեցինք, քանի որ հակված չենք պաշտպանելու պրագմատիկ էկլեկտիզմը, այլ առաջարկում ենք, որ վաղ հասակի հոգեվերլուծական տեսությունների առանձին բաղադրիչներն ընտրվեն և միակցվեն զարգացման ընդհանուր հոգեբանության տարրերի կամ Պիաժեի տեսության հատվածների հետ: Ավելի շուտ մենք գտնում ենք, որ հոգեվերլուծությունում և փոխազդեցությունների վերաբերյալ նորածինների շրջանում կատարվող հետազոտություններում արդյունավետ էկլեկտիզմը հնարավոր է միայն այն ժամանակ, երբ մենք քննարկենք նաև այն հայեցակերպերը, որոնք անտեսվում են տարբեր կառուցվածքներում: Անհանգստացնող էր այն, որ նմանատիպ ապրումակցական ներհայեցման մեթոդները (Կոհուրը այս հարցում ընդգծում էր իրենց՝ Կլայնի հետ նմանությունը) բերում են վաղ մանկության միմյանցից բոլորովին տարբեր փորձերի վերակազմավորումների:

Հնարավոր է, իհարկե, որ հակասական վերակազմավորումներ առաջանան տարբեր հիվանդությունների բուժման ժամանակ: Այնուամենայնիվ, առկա գրականության մեջ այդ վարկածը չի հաստատվում, որն, ի դեպ, հազվադեպ է հաշվի առնվում տիպիկ հոգեվերլուծական մանկիկների հայրերի և մայրերի կողմից: Վաղ թե ուշ տեսության մեջ շրջանառվող էակը դառնում է միատեսակ մոդել բոլոր հոգեկան խանգարումների ամենախորը մակարդակները բացատրելու համար. ես-ի արատները, որոնք հիմնված են անհաջող «հայելային անդրադարձների» վրա, շիզոֆրենիայի և դեպրեսիվ դիքթերը, որոնք հիմնված են բնածին կազմալուծման վրա, ամեն չարիքի աղբյուր են թվում:

Բնազդների առասպելաբանությունը այն գործոնն է, որը տարբեր հոգեվերլուծական ընտանիքների մանկիկներին տալիս է իրենց յուրահատուկ նարցիսիստական (Կոհուր) կամ դեստրուկտիվ (Կլայն) գծերը: Ահա թե ինչու մենք հիշատակեցինք նարցիսիզմի տեսության և մահվան բնազդի վարկածի մասին: Բայց հոգեվերլուծական մանկիկները չեն կորցնի իրենց կենսունակությունը և իրենց շարժիչ ուժերը, եթե այս մղումների առասպելաբանական հիմքը վերացնենք: Ֆրոյդից հետո (1923 a, էջ 255) մենք

կուզենայինք դիմել Շիլլերի տողերին «Աշխարհի իմաստությունը» բանաստեղծությունից.

«Հիմա այն [բնությունը] քաղցած ու սիրավառ
Գործի մեջ կպահի մեխանիզմը, մինչև
Աշխարհի կառուցակմախքը նստի
Փիլիսոփայության ամուր ուսերին»:

2. ՏՐԱՆՍՖԵՐՆԵՐ ԵՎ ՀԱՐԱՔԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

2.1 Տրանսֆերն իբրև կրկնություն

Տրանսֆերներն առկա են մարդկային բոլոր հարաբերություններում: Այս փաստն ընդգրկում է իմաստ է հաղորդում Ֆրոյդի հայտնագործությանը: Սկզբում, սակայն, նա տրանսֆերի իր սահմանումը հիմնում էր թերապիայում կատարված դիտումների վրա:

«Իրանք այն ազդակների ու ֆանտազիաների պատճենները կամ վերատպումներն են, որոնք արթնացվում են և գիտակցվում վերլուծության ընթացքում, բայց դրանք ունեն միայն տվյալ տեսակին բնորոշ առանձնահատկություն, այն է՝ նրանք իրենց անցյալում առկա մեկին փոխարինում են բժշկի անձով: Այլ կերպ ասած՝ մի ամբողջ շարք հոգեկան ապրումներ են վերակենդանանում ոչ թե որպես անցյալին պատկանող, այլ որպես տվյալ պահին բժշկի անձին վերաբերող: Որոշ տրանսֆերներ իրենց բովանդակությամբ ամենևին չեն տարբերվում իրենց մոդելից (բացառությամբ փոխարինումների): Այսպիսով՝ դրանք, եթե փորձելու լինենք չխախտել այլաբանությունը, նոր տպավորություններ կամ վերատպումներ են: Մյուսներն ավելի հմտորեն են արված, ընդ որում՝ խելացիորեն օգտվում են բժշկի անձի կամ որևէ այլ հանգամանքի իրական առանձնահատկությունից և կապում են իրենց դրա հետ: Սրանք այլևս նոր տպավորություններ չեն լինի, այլ վերանայված վերատպումներ» (Freud, 1905e, էջ 279–280):

Ավելի ուշ Ֆրոյդն ընդհանրացնում է.

Տրանսֆերն ինքնաբերաբար առաջանում է մարդկային բոլոր հարաբերություններում, ձիշտ այնպես, ինչպես բժշկի և հիվանդի միջև: Այն ամենուրեք թերապևտիկ ազդեցության բուն փոխադրիչն է, և որքան քիչ ես կասկածում նրա առկայությանը, այնքան ուժեղ է նա ներգործում: Հետևաբար, այն չի ստեղծվում հոգեվերլուծության կողմից. վերջինս այն ձանաչելի է դարձնում գիտակցության համար և վերահսկողություն է սահմանում դրա նկատմամբ՝ հոգեկան գործընթացները ցանկալի նպատակին ուղղելու համար (Freud 1910a, էջ 55):

Տրանսֆերն, այսպիսով, ընդհանրացված հասկացություն է՝ այս բառի երկու իմաստներով էլ.

1. քանի որ մարդկանց անցյալ փորձառությունները հիմնարար և տևական ազդեցություն են ունենում նրանց ներկայի վրա, տրանսֆերը կարելի է մարդ տեսակի մոտ համարել համընդհանուր երևույթ,
2. այդ հասկացությունը ընդգրկում է բազմաթիվ բնորոշ երևույթներ, որոնք յուրաքանչյուր մարդու մոտ դրսևորվում են իրենց անհատական և յուրօրինակ ձևով:

Հոգեվերլուծությունում կարելի է տեսնել տրանսֆերի հատուկ ձևեր, որոնք կքննարկենք ավելի ուշ: Այս գլխում մենք ցույց կտանք տրանսֆերի երևույթների, այդ թվում նաև դիմադրության կախվածությունը վերլուծական շրջանակից և վերլուծողի կողմից վերջինիս կազմակերպումից՝

սկսած նրա ընդունարանի արտաքին տեսքից մինչև նրա վարքը, սեռը, հակատրանսֆերը, անձնական հատկանիշները, մարդկային նկարագիրը, նրա կողմից որդեգրված տեսությունը, աշխարհայացքը և այլն: Հետևաբար, այս գրքի հիմնական գաղափարը կներկայացնենք հոգեվերլուծության համար առանցքային նշանակություն ունեցող տրանսֆերի և դիմադրության տեսության հիման վրա և կուսումնասիրենք, թե վերլուծողի ազդեցությունը որքանով է տարածվում այն երևույթների վրա, որոնք ավանդաբար վերագրվել են միայն հիվանդին: Եվ քանի որ մենք գրում ենք տարբեր գիտելիքների տեղ ընթերցողների համար, կցանկանայինք ապահովել ընկալման համար ընդհանուր հիմքը:

Ինչպես ցույց է տալիս փորձը, հեշտ չէ հասկանալ, թե տրանսֆերը թե՛րապիայի գլխավոր խոչընդոտից ինչպես կարող էր վերածվել նրա ամենահզոր գործիքի: Տրանսֆերի և դիմադրության երևույթների շփոթեցնող բազմազանությունը, բնականաբար, դեռևս գոյություն չունեւ այն ժամանակ, երբ այս երևույթները նոր էին հայտնաբերվում: Սկսենք հենց սկզբից: Սկզբում հայտնաբերվեց հիշողության և անգիտակցական կոնֆլիկտների նկատմամբ դիմադրությունը (զուգորդությունների հանդեպ դիմադրությունը), որն իր ուժգնությամբ պարտական էր գիտակցված ցանկությունների վերակենդանացմանը ու դեպի վերլուծողը դրանց տրանսֆերին: Այսպիսով, տրանսֆերի միջոցով իրացվում են հարաբերություններում առկա կոնֆլիկտները, և սրան խոչընդոտող ցանկացած երևույթ անվանվում է տրանսֆերի դիմադրություն, թեև ավելի ճշգրիտ կլինեւ խոսել տրանսֆերի դեմ ուղղված դիմադրության մասին: Հոգեվերլուծողի համար խիստ դժվար է տիրապետել տրանսֆերի այդ երևույթներին, բայց պետք չէ մոռանալ, «որ հենց նրանք մեզ անգնահատելի ծառայություն են մատուցում՝ ակտուալ և խոստում դարձնելով հիվանդների քողարկված և մոռացության մատնված էրոտիկ ազդակները, քանի որ անհնար է ոչնչացնել որևէ մեկին *in absentia* (նրա բացակայության դեպքում) և *in effigie* (նրա պատկերի ոչնչացմամբ) այն ժամանակ, երբ ամեն ինչ ասված և ավարտված է»: Այս հանրահայտ խոսքերով էր Ֆրոյդը (Freud, 1912, էջ 108) բնութագրում տրանսֆերի կիրառելիությունը «այստեղ և հիմա», որը համոզիչ է իր անմիջականությամբ և ճշգրտությամբ: Ոչնչի հետ հնարավոր չէ հաջողությամբ գործ ունենալ *in absentia* (բացակայության դեպքում), այսինքն՝ անցյալի մասին խոսելով, կամ *in effigie* (պատկերի միջոցով)՝ անուղղակի խորհրդանշային ներկայացմամբ: Տրանսֆերն ինքը կարող է վերածվել դիմադրության, եթե կա անհամապատասխանություն հիվանդի այսօրվա ապրումի կրկնության և նրա ունակության կամ պատրաստականության միջև՝ տրանսֆերները հիշողություններով փոխարինելու կամ նվազագույն դեպքում դրանք հարաբերակցելու առումով: Քանի որ հիվանդը «պարտավոր է կրկնել արտամղված նյութը՝ որպես այդ պահին ունեցած ապրում», Ֆրոյդն իր մտածական գործընթացի փուլերից մեկում ընդգծում է, որ անհրաժեշտ է «հնարավորինս շատ նյութ հիշողության մեջ պարտադրաբար ներմուծել և

հնարավորիս քիչ թույլ տալ ապրումներին ի հայտ գալ որպես կրկնություն» (1920g, էջ 18,19): Վերլուծողը պետք է առնվազն առիթ չտա անխուսափելի կրկնության համար՝ հնարավորություն տալով հիշողություններին պահպանել իրենց նախնական հավատարմությունը և կանխել դրանց միախառնումը իրական տպավորություններին. «այստեղ և հիմա» կատարվող տրանսֆերի վավերականությունը իդեալական պայմաններում ընկած է վառ հիշողությունների ազդեցությանը չենթարկված վերարտադրության մեջ:

Տրանսֆերի բոլոր երևույթների համար ընդհանուր հայտարարը կրկնությունն է, որը կյանքում, ըստ երևույթին նաև թերապիայում, ի հայտ է գալիս ինքնաբերաբար: Ֆրոյդն ընդգծում է տրանսֆերների ինքնաբերականությունը՝ ժխտելով այն փաստը, որ դրանք *սյուեղծվում են* հոգեվերլուծության կողմից: Փաստորեն, մենք ճանաչում ենք թե մեր և թե մեր մերձավորների տրանսֆերները: Տիկին X-ը կամ պարոն Y-ը անընդհատ հայտնվում են միևնույն կոնֆլիկտային հարաբերությունում: Թվում է՝ մեքենայորեն կրկնվում են վերատպումները կամ պատճենումները, թեև գիտակցական մակարդակում սուբյեկտը ջանքեր է գործադրում՝ վարքի փոփոխության հասնելու համար:

Ֆրոյդի նպատակը հոգեվերլուծական պրակտիկան գիտական հիմունքների վրա դնելն էր: Ահա թե ինչու էր նա ընդգծում, որ տրանսֆերները բնական երևույթներ են, մարդկային կյանքի մի մասն են կազմում և բնավ հոգեվերլուծության արգասիք չեն: Այդ իսկ պատճառով բուժման բոլոր համապատասխան կանոններն այնպես են կազմված, որ ապահովեն տրանսֆերի *ինքնաբերական* առաջացումը: Իսկ ի՞նչ է նշանակում ինքնաբերական (սպոնտան): Ըստ գիտական տեսակետի՝ մենք չենք կարող բավարարվել նրանով, որ տրանսֆերները կյանքում, նաև վերլուծությունում առաջանում են ինքնուրույնաբար: Դրանց առաջացման ինքնաբերականությունը պայմանավորված է անգիտակցական ներքին սպասումներով և դրանց արտաքին դրդապատճառներով: Բանն այն է, որ գիտական հիմքերից ելնելով՝ տրանսֆերի առաջացման համար հարկ է ստեղծել նպաստավոր պայմաններ, իսկ գործնական նկատառումները ստիպում են այդ պայմանները հարմարեցնել իրենց թերապևտիկ ներուժին:

Տրանսֆերի ինքնաբերականության մասին Ֆրոյդի տեսակետը հանդես է գալիս իբրև արձագանքման փոփոխական պատրաստականություն, որը դրսևորվում է օբյեկտների և նրանցից առաջացող գրգիռների փոխհարաբերություններում: Այժմ կարելի է պատկերացնել անգիտակցական արձագանքների ինքնաբույս պոթելման մի ձև՝ առանց արտաքին դրական գրգիռների, ինչպես որ սննդից և ջրից զրկվելու արդյունքում առաջացող «ցանկությունների ցնորային բավարարումները» (Z. Freud, 1900a): Հպանցիկ կարելի է նշել սրանց նմանությունը Կոնրադ Լորենցի կողմից կենդանիների վերաբերությամբ նկարագրվող «անօդ տարածության մեջ արվող գործողություններին» (Leerlaufaktivitäten): Նման ներհոգեկան ինքնաբույս պոթելումների համար պայմանների ստեղծումը (ակնհայտորեն արտաքին

գործոններից անկախ) ցանկալի է գիտական տեսանկյունից, այլ ոչ թե միայն ներգործելու մասին մեղադրանքները հերքելու նպատակով: Ավելի խորը իմաստով հոգեվերլուծությունում խոսքը հիվանդի մոտ ինքնաբերականության ապահովումն է. բանն այն է, որ նա հայտնվում է իր համար կարևոր անձի հետ փոխհաղորդակցման մեջ (Mead 1934): Այսպիսով, համաձայն ժամանակի գիտական մտքի, մի կողմից մեզ ավանդվել է Ֆրոյդի պահանջը՝ տրանսֆերենտ երևույթները պահել իրենց մաքրագույն վիճակում և նրանց վրա որևէ կերպ չներգործել, որպեսզի նրանք ակնհայտորեն ինքնությունաբար դրսևորվեն, իսկ մյուս կողմից՝ թերապիայում հիվանդի ինքնաբերականության համար նպաստավոր պայմանների ստեղծումը վճռորոշ է:

Այս երկու հայեցակետերի միջև հակասությունը մինչև օրս այնքան հաճախ է անտեսվում, որ շատ հոգեվերլուծողներ հույս ունեին, չեզոքությունը պահպանելով, ինքնաբուխ պոթթկմանը նպաստել այնպես, ինչպես հիվանդի ինքնաբերականությանը՝ ավելի խոր իմաստով: Անգամ կարծիք կար, որ այդպես գիտական պահանջները կարելի էր կապել թերապևտիկ նպատակադրումներին, թեև դա չի բավարարում երկու կողմերից և ոչ մեկին: Հուսանք, որ կկարողանանք այս պնդումները բավարար չափով հիմնավորել ստորև:

Տեսական հիմնադրույթները նպաստեցին նրան, որ իդեալական հոգեվերլուծական գործընթացում տրանսֆերի ներդրը սահմանվի իբրև մասնակցող դիտորդից առերևույթ անկախ: Այն զարգանում է վերլուծողի կողմից պատկերների արտացոլման շրջանակներում, որն, իդեալական դեպքում, գերծ է հակատրանսֆերի բոլոր «սև բծերից»: Որքան վերլուծողը քիչ խանգարի նոր վերատպմանը, այնքան մաքուր և կատարյալ կրկնվի ներդրի ծագման «այստեղ և հիմա»-ն: Եթե որևէ, ի սկզբանե չհատկորշված X գործոն, օրինակ՝ հոգեվերլուծողի տարիքը, արտաքինը կամ վարքը, խանգարում է թերապիայի իդեալական ընթացքին, ապա հնարավորություն է ստեղծվում հիվանդի հիշողությունների միջոցով հետամուտ լինել նրա վաղ կենսագրությունում այդ X գործոնի ունեցած առաջնային նշանակությանը: Դա կարծես բացարձակ ինքնությունություն չունի: Ֆրոյդի (1905e) նորարարական դիտարկումները Դորայի դեպքում, որի բուժման ձախողումը բացատրվում է տրանսֆերի մեջ X-ի հատկորշման ձախողմամբ, հանգեցրել է թերապևտիկ հարաբերություններում իրական ընկալումների անտեսմանը: Հոգեվերլուծական գործընթացի հիմքային տիպարի մեթոդը համալրվել էր բուժման կանոններով, որոնք հնարավոր կդարձնեին ախտածնության գուտ կրկնությունը:

Հնարավորինս կատարյալ տրանսֆերի ներդրի կրկնության դիտումը հանգեցնում է մի կողմից (պատճառների որոնման ժամանակ) հիվանդության ծագման պատմության վերականգնմանը, իսկ մյուս կողմից (թերապիայում) հիշողության՝ որպես բուժիչ գործոնի ընդգծմանը: Ասում են՝ տրանսֆերի ներդրը հաղթահարվում է հիվանդի կողմից այն գիտակցման

դեպքում, որ վերլուծական շրջանակում իր ունեցած ընկալումները քիչ թե շատ կոպիտ աղավաղումներ են: Դրանց համար մեղավոր են այն պրոյեկցիաները, որոնց միջոցով նախկին ցանկությունները, վախերը և դրանց հակազդումները փոխանցվում են ներկա: Այս վերլուծական գործընթացի մոդելն ամփոփված է Ֆրոյդի «Հիշել, կրկնել և մշակել» եռյակում (1914g): Այս եռյակը սկսեց դիտվել որպես իդեալական համադրություն շնորհիվ բուժման մեթոդի վերաբերյալ Ֆրոյդի կողմից տրված խորհուրդների, որոնցով հենց ինքն առաջնորդվում էր վստահաբար և հմտորեն՝ ամենևին չհամարելով դրանք ամրագրված և դոգմատիկ: Ֆրոյդն իր թերապիայում մեծ տեղ է հատկացրել նաև տրանսֆերի համատեքստում կատարվող ներշնչման ազդեցության ներուժին, թեև պետք է ընդունենք, որ այս մասին հնարավոր չէ եզրահանգման գալ մեթոդի վերաբերյալ նրա աշխատություններից (Thomä, 1977b, Cremerius, 1981b): Նա այդ ազդեցությունը հնարավոր էր համարում այնքանով, որքանով հիվանդի՝ սեփական ծնողներից կախվածության փորձառությունը դրական է եղել, և դրա շնորհիվ նա ունակ է դարձել, այսպես կոչված, անառարկելի տրանսֆերի: Ֆրոյդի կարծիքով՝ հենց այդտեղ են թաքնված ներշնչվողականության արմատները, որոնցից օգտվում են և՛ վերլուծողը, և՛ ծնողները: Գրեթե անկասկած է, որ ներշնչվողականությունը (նոր փորձությունների ենթակա լինելու իմաստով), ենթադրում է ուրիշներին վստահելու որոշակի պատրաստականություն, որն արմատավորվել է կյանքի պատմության ընթացքում: Այնուամենայնիվ, վստահությունն ու ներշնչվողականությունն ունեն «իրական ծագում» (այսինքն՝ հիմք թերապիայի «այստեղ և հիմա» տեղի ունեցող փոխազդեցությունների իրականությունում), որը, անխուս, ենթադրվում էր Ֆրոյդի կողմից: Բուժման մեթոդի վերաբերյալ տեսությունը մեծապես անտեսում էր իրական ծագումը. տրանսֆերի ծագման որոնումները երկար ժամանակ ստվերում էին պահում ներկան և վերլուծողի իրադրային և իրական ազդեցությունը: Նոր փորձից ելնելով՝ «այստեղ և հիմա»-ի անտեսումը առավել հասկանալի է դառնում, երբ մենք գիտակցում ենք, որ տրանսֆերի հայտնաբերումը նպաստել է մի շարք հիմնահարցերի լուծմանը.

- Հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդությունների ծագումը կարող է վերականգնվել տրանսֆերի միջանձնային հարթությունում:
- Բնորոշ ներոտիկ արձագանքների ախտորոշումը և, այսպես կոչված, «կանխամտածված» (դիսպոզիցիոն) բացատրությունները հնարավոր դարձան, քանի որ «ներքնայնացված» (ինտերնալիզացված) կոնֆլիկտները, որոնք դրսևորվում են իբրև մտածողության և վարքի սխեմաներ կրկնություններում, դիտարկելի են բժշկի հետ տրանսֆերենտ հարաբերություններում:
- Ներքնայնացված, այսինքն՝ կառուցվածքի մեջ ներթափանցած կոնֆլիկտների մոդելները տրանսֆերի շնորհիվ կարող են վերածվել օբյեկտային հարաբերությունների և դիտարկվել *statu nascendi*-ում (բեղմնավորման պահին):

Ներողի ծագման նախնական պայմանների առավելագույն կատարյալ հետազոտումը, ինչպես նաև այդ գործընթացի համար ստանդարտացված պայմանների ստեղծումը եղել են գիտական նպատակ: Այն տեսակետը, որ էթիոլոգիական բացատրությունն արդեն իդեալականորեն կհանգեցնեք ներողի վերացմանը, համապատասխանում էր Ֆրոյդի պատճառային թերապևտիկ ընկալմանը, ըստ որի ցանկությունների և անհանգստությունների անցյալ և նույնիսկ չափազանց հին, սակայն ախտանշաններում դեռևս ապրող դետերմինանտները պետք է կրկնվեն իրենց ամենամաքուր ձևով, այսինքն՝ չկրելով վերլուծողի կողմից որևէ ազդեցություն: Տրանսֆերի հայտնաբերման շնորհիվ առաջացած լուծումների նույնիսկ այս թերի թվարկումը պատկերացում է ստեղծում, թե ինչու էր անտեսվում հիվանդի փորձի և վարքի իրական ծագումը, և ինչու «այստեղ և հիմա»-ն ինքնուրույնաբար պատշաճ տեղ չի գտել հոգեվերլուծական մեթոդի ծագումնաբանությունում: Նորարարական հարացույցի կողմից խնդիրների տեսական և գործնական լուծումները պետք է հարաբերակցվեն մասնավորապես այն ազդեցության առումով, որը վերլուծողն ունենում է իր տեսությամբ սահմանված անհատական մեթոդի (որը որոշվում է նրա կողմից որդեգրված տեսությամբ), իր անձնական նույնացման և հակադրանսֆերի, ինչպես նաև իր քողարկված մարդկային կերպարանքի շնորհիվ:

2.2 Ներշնչում, ներշնչվողականություն և տրանսֆեր

Տրանսֆերի և ներշնչման միջև հարաբերությունը երկկողմանի է:

- Մի կողմից ներշնչումն ածանցվում է տրանսֆերից: Մարդը ներշնչվում է, որովհետև նա տրանսֆեր է կատարում: Տրանսֆերով պայմանավորված ներշնչումը Ֆրոյդը վերագրում է նրա զարգացման պատմական մոդելին և բացատրում հորից և մորից մանկան կախվածությամբ: Համապատասխանաբար, բժշկի կողմից իրականացվող ներշնչումը հիվանդն ընկալում է որպես ծնողական ներշնչման ածանցյալ:
- Մյուս կողմից ներշնչումը դիտվում է իբրև տրանսֆերը կարգավորելու յուրատեսակ գործիք: Այդ գործիքի արդյունավետությանը վստահելը հիմնված է հիպնոտիկ ներշնչման առումով ունեցած փորձի վրա:

Այս կապակցությամբ ներշնչման երկիմաստությունը ծագում է հիպնոտիկ և վերլուծական թերապիայի տարբերությունից:

Ֆրոյդը նշում է.

«Վերլուծական բուժումը հիմնականում զբաղվում է այն կոնֆլիկտներով, որոնցից առաջացել են ախտանիշները, և օգտագործում է ներշնչումը այդ կոնֆլիկտների արդյունքը ձևափոխելու համար: Հիպնոտիկ թերապիան հիվանդին թողնում է անգործ ու անփոփոխ, նաև անպաշտպան՝ հիվանդության ցանկացած նոր բռնկման դեմ: Հոգեվերլուծությունում մենք աշխատում ենք հենց տրանսֆերի վրա, վերացնում ենք այն, ինչ հակադրվում

է դրան, կարգավորում այն *գործիքը*, որով ուզում ենք իրականացնել ներգործությունը: Այսպիսով, հնարավորություն է ստեղծվում ներշնչման հզորությունից միանգամայն այլ օգուտ քաղել. մենք այն վերցնում ենք մեր ձեռքը: Հիվանդը չի ներշնչում իրեն միայն այն, ինչ ինքը կցանկանար, նրա ներշնչումը ղեկավարում ենք մենք այնքանով, որքանով նա կարող է ենթարկվել դրա ազդեցությանը» (Freud, 1916–17, էջ 469):

Մեր կողմից վերը մեջբերված հատվածը բազմաթիվ մեկնաբանությունների տեղիք է տալիս: Մեկնաբանություններից մեկն այն է, որ մեր կողմից «հարմարեցվող գործիք» ասելով՝ հարկ է հասկանալ տրանսֆերը, որը պետք է համապատասխանաբար ձևավորվի և գործի դրվի հոգեվերլուծողի կողմից: Սակայն տրանսֆերից դուրս անհրաժեշտ է մի դիրք ունենալ, որը հնարավորություն կտա հոգեվերլուծողին այդ նույն տրանսֆերը գործիք դարձնել: Ֆրոյդը ներշնչման մեջ տեսնում էր ոչ միայն հիվանդի ներհայեցումը, այլ նաև մի ուժ, որն աշխատում է տրանսֆերի վրա: Ներշնչումն այսպիսով դառնում է այն գործիքը, որն ազդում է տրանսֆերի վրա և ձևավորում է այն: Ներշնչման և տրանսֆերի միաձուլման դիադան, որը մինչ օրս խոչընդոտում է հոգեվերլուծական թերապիայի պատշաճ ըմբռնմանը, ունի երկու գլխավոր պատճառ:

- Առաջին. հոգեվերլուծական ներգործությունը զարգացել է հիպնոտիկ ներշնչման հիման վրա: Հետևաբար հասկանալի է, թե Ֆրոյդն ինչու էր ընդգծում թերապևտիկ ներգործման նոր և տարբեր ձևը՝ այն հակադրելով մինչ այդ ընդունված ներշնչմանը: Ներշնչվողականությունը բացատրվում էր կյանքի պատմությամբ և ըմբռնվում է իբրև ռեգրեսիա պասիվ կախվածության հանդեպ, ինչը նշանակում է, որ մարդը մեծապես կամ լիովին կախված է արտաքին աշխարհից և ընդունում է այն, ինչը ներշնչվում է իրեն: Ֆրոյդը, ներշնչման ազդեցությունը վերագրելով տրանսֆերին, նաև բացահայտեց հիպնոսի հաջողության անհաստատունությունը: Չէ՞ որ միայն դրական տրանսֆերն է ծնում անվերապահ վստահություն՝ ժամանակավորապես հանձնվելու հիպնոսողին և նրա գործողություններին, ասես մայրական գրկում գտնվելիս: Հիպնոսի նկատմամբ դյուրագգայության սահմանները և սուգեստիվ թերապիայի անարդյունավետությունը, այսպիսով, հնարավոր էր բացատրել տրանսֆերի հոգեվերլուծական տեսության օգնությամբ (Thomä, 1977):
- Երկրորդ պատճառը, որը հանգեցրեց հիվանդի վրա նրա իսկ տրանսֆերի ունակությունից հոգեվերլուծողի ներգործության ածանցմանը, այսպես էր հնչում. «Զարգացման նախաէդիպյան և էդիպյան փուլերում և պատանեկան տարիքում ծնողների և մոտիկ հարազատների հանդեպ վստահության/անվստահության, համակրանքի/հակակրանքի, համոզվածության/անհամոզվածության ծագումը որոշում է անձնական արձագանքները, որոնք կարելի է դասակարգել ըստ անգիտակցական բնորոշ նախատրամադրությունների: Այս անգիտակցական նախատրամադրություններն այնպես են ազդում, որ այսօրվա փորձառությունները և հույզերն

ընկալվում են համաձայն անգիտակցական սպասումների, ուրեմն՝ քիչ թե շատ հաստատված մի «կլիշեի»:

Ինչպես արձագանքման պատրաստականությունը, տրանսֆերները կապված են այն անցյալի հետ, որտեղ դրանք առաջացել են: Նաև բժշկի կողմից ներշնչումը, այսինքն՝ հոգեվերլուծողի ազդեցությունը, ոչ թե որոշվում է նրա յուրօրինակ, դեպի փոփոխություն կողմնորոշված գործառնությամբ, այլ ածանցվում է հիվանդի կենսագրությունից:

Ի տարբերություն սուգեստիվ թերապիայի՝ հոգեվերլուծությունը պահանջում է հայտնաբերել տրանսֆերը և վերացնել այն:⁵ Անհրաժեշտ ներշնչումն ու ներշնչվողականությունը, այնուհանդերձ, ածանցվում են տրանսֆերից, որը կարծես բարձրացնում է ինքն իրեն՝ սեփական մազերից քաշելով, ինչպես Մյունհաուզենը: Սակայն արտաքինը խաբուսիկ է: Մյունհաուզենը երկատում էր իր էգոն, իր ձեռքը դարձրել էր իր էգոյի կենտրոնը, իսկ սեփական մարմինը՝ օբյեկտը: Սակայն բանն այն չէ, որ տրանսֆերն ինքն իրեն է բարձրացնում՝ իր մազերից վերև քաշելով: Ֆրոյդը տրանսֆերը բաժանում էր երկու դասի: Անառարկելի տրանսֆերը կարելի է համեմատել Մյունհաուզենի ձեռքի հետ: Նրան են վերագրվում այն ուժերը, որոնք հաղթահարում են բնագդաբար կատարվող *դրական* կամ *բացասական* տրանսֆերը: Անառարկելի տրանսֆերը յուրահատուկ և վերացական հիբրիդ է՝ կազմված մանկական զարգացման նախաէդիպյան, նախաամբիվալենտ շրջանից, որի ընթացքում կազմավորվել է վստահության հիմքը: Այդ տեսակետից անցյալին ամրակցված է մնում նաև դրական անառարկելի տրանսֆերի հասկացությունը: Այնուամենայնիվ, այն գոյատևում է որպես արձագանք և մասն է նրա, ինչը մենք անվանում ենք «թերապևտիկ դաշինք» կամ «աշխատանքային դաշինք» (Zetzel 1956; Greenson 1965): Դրանք ոչ թե ֆիքսված մեծություններ են, ինչպես էգոյի երկատումը Շտեյնբայի (1934) մոտ, այլ նախատրամադրություններ, որոնք իրադրական ներգործության տակ տարբեր կերպ են դրսևորվում (տե՛ս բաժին 2.5):

Այսպիսով, տրանսֆերի տեսությունները նկարագրում են, թե ինչպես են ձևավորվել կլիշեները կամ, ավելի ընդհանուր ձևակերպմամբ, անգիտակցական արձագանքման պատրաստականությունը: Բայց դրանք այդպես էլ չլուծված են թողնում այն հարցը, թե վերլուծողն ինչպես է աջակցում դրանց յուրահատուկ դրսևորմանը, և ամենից առաջ Ֆրոյդի նկարագրությունները բավարար կերպով չեն պարզաբանում, թե ինչպես կարելի է

⁵ Ինքնակենսագրական նյութերում Ֆրոյդը (1925d, էջ 52) նկարագրում է կատարսիսի (մաքրման) ստացման համար հիպոսի գործադրումը և դրա դադարեցումը, որն էլ հիմնավորում է նրանով, որ «նույնիսկ ամենափայլուն արդյունքները կարծես հանկարծ անհետանում էին, երբ խախտվում էին հիվանդի հետ իմ անձնական հարաբերությունները: Նրանք վերականգնվում էին միայն այն ժամանակ, երբ գտնվում էր հաշտության ճանապարհը, բայց դա սովորեցրեց, որ անձնական աֆեկտիվ հարաբերությունն ավելի հզոր է, քան ողջ կատարսիսային գործընթացը, և հենց այդ գործոնն էր, որ ոչ մի կերպ վերահսկողության չէր ենթարկվում»:

հաղթահարել դրանք, քանի որ տրանսֆերից ածանցված ներշնչմամբ մարդն ամուր կառչած կմսար անցյալին: Խնդիրը պարզաբանելու համար նշենք Ֆրոյդի ուշադրությանը քիչ արժանացած վարկածը հոգեվերլուծության թերապիայի մասին. «Բայց բժշկի կողմից ներշնչման օգնությամբ այդ օբյեկտի [այսինքն՝ բժշկի] շուրջը մղվող նոր պայքարը բարձրացվում է հոգեկան ամենաբարձր մակարդակի վրա և ընթանում է իբրև նորմալ հոգեկան կոնֆլիկտ» (Freud 1916–17, էջ 454):

Բժշկի կողմից ներշնչմանը հաջորդում է լայնածավալ, ինքնաբերական և նորաձև ազդեցությանը, որն առաջ է բերում վերլուծողը: Այս պայքարի արդյունքը տարբերվում է վաղ կոնֆլիկտներից նրանով, որ այս պայքարը մղում են երկու կողմերը նոր զենքներով, որոնք նպաստում են նրա վերելքին դեպի «հոգեկան ամենաբարձր մակարդակը»: Մենք այս նպատակն ավելի կկոնկրետացնենք գլուխ 8-ում: Հատկապես Ստրեյչի (1934) «մուտացվող մեկնաբանություններ» փոփոխությունների միտված հատուկ հոգեվերլուծական գործիք է, քանի որ այն ամենաշատն է հեռացած ներշնչման ավանդական ձևից:

2.3 Տրանսֆերենտ երևույթների կախվածությունը մեթոդից

Ի տարբերություն մեթոդի իդեալականացված տեսության, որը փորձում էր սահմանել ստանդարտացված փորձարարական պայմանները, հոգեվերլուծական պրակտիկան ի սկզբանե աչքի է ընկել ձկունությամբ, որը կողմնորոշվում էր թերապևտիկ նպատակադրմամբ, իսկ կանոնները հարմարեցվում էին ակնկալվող փոփոխություններին: Հարցարանը, որի մասին առաջին անգամ տեղեկացրեց Գլովերը (Glover, 1937, էջ 49) Մարինբադի խորհրդաժողովում, ցույց տվեց, որ 24 անգլիացի վերլուծողները խիստ տարբերվում էին նրանով, թե ինչպես էին կիրառում մեթոդի կարևոր կանոնները: Տրանսֆերի վրա կանոնների ձևուն գործածման ազդեցության քննադատական բանավեճն ընդհատվեց քաղաքական դեպքերով: Եվ միայն հետպատերազմյան տարիներին ճանաչվեց հոգեվերլուծողի վճռորոշ դերը թերապևտիկ հարացույցում: Այդ տարիներին հրատարակված երեք աշխատությունները (Balint, Tarachov, 1950, Heimann, 1950, Macalpine, 1950), որոշ իմաստով նաև Այալերի աշխատությունը (1950), բեկման կետ հանդիսացան երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո (տե՛ս գլուխ 3):

Իր «Տրանսֆերի զարգացումը» հոդվածում, ուշադիր ուսումնասիրելով գրականությունը, Մակալպինն ասում է. «Չնայած տրանսֆերի բնույթի վերաբերյալ կան շատ տարակարծություններ, գոյություն ունի զարմանալի համաձայնություն նրա առաջացման մասին: Բոլորի կողմից ընդունվում է այն փաստը, որ տրանսֆերը ինքնաբերաբար է առաջանում վերլուծվողի մոտ»: Իր ընդդիմադիր կարծիքը, որ տրանսֆերի պատրաստ հիվանդի

մոտ տրանսֆերն ինդուկցվում է հատուկ թերապևտիկ շրջանակի միջոցով, հեղինակը հաստատում է 15 գործոնի թվարկմամբ: Նա ցույց է տալիս, որ բոլոր բնորոշ տեխնիկական ընթացակարգերը միասին նպաստում են հիվանդի ռեգրեսիային այնպես, որ նրա վարքն ընկալվում է որպես պատասխան ինֆանտիլ ռեակցիա այն կարծրացած շրջանակի նկատմամբ, որի հետ նա բախվում է:

Այդպիսի գործընթացը Մակալպինը բնորոշում է այսպես.

«Հիվանդը վերլուծության է գալիս այն հույսով և սպասումով, որ իրեն կօգնեն: Նա հետևաբար սպասում է ինչ-որ բավարարման, սակայն նրա սպասումները չեն արդարանում ...: Նա աշխատում է ջանադրաբար՝ ապարդյուն սպասելով հավանության: Նա խոստովանում է իր մեղքերը՝ չստանալով, սակայն, թողություն կամ պատիժ: Նա ակնկալում է, որ վերլուծողը կդառնա ընկեր, սակայն մնում է միայնակ» (Macalpine 1950, էջ 527)

Տասնհինգ գործոններից (դրանց թիվը կարելի է ավելացնել) բխում են բազմազան զուգակցման հնարավորություններ, որոնք հանգեցնում են մի փոփոխական պատկերի, այն է՝ ինչպես է հիվանդն ընկալում թերապևտիկ հարաբերությունը, և ինչպես է վերլուծողն իրականացնում տրանսֆերը՝ համաձայն իր կողմից կիրառվող կանոնների: Հեղինակը ցանկանում է ցույց տալ, որ տրանսֆերը ձևավորվում է *հսկազդեցաբար*:

Հետևաբար պետք է սպասել, որ իրադրական դրդապատճառ հանդիսացող յուրաքանչյուր գրգիռ կարող է նոր տրանսֆերի հանգեցնել: Տրանսֆերի իրադրային կախվածությունը դառնում է ակնհայտ, երբ կշռադատվում են զուգակցման հնարավորությունները, որոնք ի հայտ են գալիս 15 հատկանիշներում՝ անտեսելով այս կամ այն գործոնը (մի կողմ թողած դպրոցների միջև եղած տարբերությունները մեկնաբանության որոշակի հայեցակերպների շեշտադրման առումով): Ահա թե ինչու պրն Z-ը Կոհուի (Kohut, 1979a) կողմից երկու վերլուծություններում տարբեր տրանսֆերներ էր ի հայտ բերում (հմմտ. Cremerius 1982): Մակայն Մակալպինի համոզիչ փաստարկները մեծ հաջողություն չունեցան: Կրեմերիուսը (1982, էջ 22) վերջերս քննադատում էր այն, որ շատ վերլուծողներ դեռևս շարունակում են տրանսֆերի մեջ տեսնել «անխուսափելի ներհոգեկան գործընթաց»:

Տրանսֆերի վրա վերլուծողի ազդեցության ընդունումն ակնհայտորեն այնքան անհանգստացնող է, որ տեսական համոզիչ փաստարկները, ինչպես և միանշանակ դիտարկումները, շատ քիչ են հաշվի առնվում, ինչը Ռայլսն ամփոփել է հետևյալ կերպ. «Տրանսֆերը մշտապես հանդիսանում է թերապևտի վարքի և վերլուծական մեթոդի վստահելի հայելին» (Reich, 1933, էջ 57):

Այսլերը հիմքային տիպարի մեթոդի ամենաազդեցիկ ներկայացուցիչներից մեկն է (Thomä, 1983a): Ստանդարտ մեթոդի ձևափոխման մասին նրա աշխատությունն ու այսպես կոչված «պարամետրի» (1958) ներմուծումը էականորեն նպաստեցին նեոդասական ոճի և հոգեվերլուծական պուրիզմի կազմավորմանը: Այսլերի բանավեճը Ալեքսանդրի և Զիկագոյի դպրոցի

(1950) հետ ծառայեցին դասական մեթոդը իր այլ տարատեսակներից սահմանազատելուն: Այդ պատճառով գրեթե չնկատվեց, որ այդ աշխատանքը պարունակում է մի տեսակետ, որը ավելի է կարևորում տրանսֆերի վրա վերլուծողի ունեցած ազդեցությունը, քան դա իսկապես թույլ կտար հիմքային տիպարի մեթոդը:

Ո՞րն էր խնդիրը:

Ֆրոյդի մահից և Երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո հոգեվերլուծության կայացումից հետո տեսական տարակարծություններում մեծապես շրջանառվում էր այն հարցը, թե մեթոդի որ տարբերակները դեռևս դուրս չեն եկել հոգեվերլուծության ճիշտ ըմբռնման շրջանակներից, թեպետ նույնիսկ օրթոդոքս հոգեվերլուծողները նույնպես այն կիրառում էին մեծ բազմազանությամբ: Մյուս կողմից կարելի է կանոնների ճշգրիտ սահմանմամբ կարելի է ունենալ լավ կարգապահություն և քաշել հստակ սահմանագծեր: 50-ական թվականներին հոգեվերլուծության անսպասելի ընդլայնումից հետո առաջ եկան բազմաթիվ խնդիրներ: Հոգեվերլուծությունից ածանցված բազմաթիվ հոգեդինամիկ *հոգեթերապիաների* առաջացումը հանգեցրեց բնական հակազդեցության, այն է՝ խստորեն սահմանազատել հոգեվերլուծական մեթոդը՝ այն այլ տեսություններից զատ պահելու համար (Blank u. Blank, 1974 էջ1): Մեթոդի ձևավորման ամենահեշտ միջոցը ընթացակարգային կանոններ սահմանելն է այնպես, կարծես նրանց հետևելը ոչ միայն կապահովի հոգեվերլուծողի նույնականությունը, այլև կերաշխավորի օպտիմալ և առանձնակի խորը թերապիա: Այսպիսով, Այսլերի գործնականորեն և տեսականորեն արդյունավետ առաջարկը գրեթե անտեսվեց: Նա հոգեվերլուծական մեթոդը սահմանեց ըստ նպատակի: Ի լրումն տեխնիկական եղանակավորումների (ներառյալ տրանսֆերի կիրառումը) նա պաշտպանում էր մատչելիությունը և նպատակասլաց ձկունությունը:

Նա մասնավորապես նշում էր, որ ցանկացած տեխնիկա կարելի է անվանել հոգեվերլուծական թերապիա, եթե այն հոգեվերլուծական միջոցներով ձգտում կամ հասնում է անձի կառուցվածքային փոփոխությունների, անկախ այն բանից՝ արդյոք դրա համար պահանջվո՞ւմ են ամենօրյա կամ անկանոն սեանսներ կամ արդյոք օգտագործվո՞ւմ է օրոցը, թե՞ ոչ:

Մեթոդը չի կարող բավարար կերպով սահմանվել իր նպատակի տեսանկյունից, եթե ի սկզբանե չենթադրենք, որ միայն խիստ հոգեվերլուծական մեթոդն է միտված կառուցվածքային փոփոխությունների առաջացման: Հավանաբար հենց այս էր Այսլերի դիրքորոշման էությունը: Այնուամենայնիվ, Այսլերն այստեղ իր հիմքային տիպարի մեթոդի գաղափարին հակասող մի նշում է արել, ըստ որի մեթոդը գրաքննության ենթարկելու փոխարեն անհրաժեշտ է հոգեվերլուծության պատշաճ տեսության մշակման և հոգեվերլուծական պրակտիկայի բարելավման նպատակով ավելի իմաստալից բուժման եղանակով փոփոխությունների հետազոտումը: Այնուամենայնիվ, դեռևս կասկածելի է, թե արդյոք ստանդարտ մեթոդի

միջոցով առաջացած ռեգրեսիան իր հատուկ տրանսֆերի բովանդակությամբ ամենալավ ուղի՞ն է կառուցվածքային և ախտանիշային փոփոխությունների հասնելու համար, թե՞ ոչ: Պետք չէ անտեսել նաև այն փաստը, որ շատ թերապևտիկ գործընթացներ սահուն են ընթանում (Drigalski, 1979, Strupp, 1982, Strupp et al, 1977, Lubovski u. Spence, 1978, Wallerstein 1986): Միսալմունք է դրանք վերագրել ախտանիշի սխալ բացատրմանը, այսինքն՝ նրան, որ հիվանդը վերլուծելի չէ: Սա ինքնախաբեություն կլիներ: Ստանդարտ մեթոդը նեղացրել է վերլուծելիության սահմանումը և էլ ավելի բարձր պահանջներ է ներկայացնում վերլուծելի հիվանդների էգո-գործառույթի ուժին: Սակայն բավարար չեն եղել քննարկումներն այն խնդրի շուրջ, որ մինչև այսպես կոչված տրանսֆերի պսիխոզի հասնող բարդությունները կարող են բացատրվել ոչ թե ախտանիշի սխալ բնորոշմամբ, այլ չափազանց մեծ զգայական գրկում առաջացնող որոշ ռեգրեսիաների ի հայտ գալով (տե՛ս Thomä 1983a): Նման բացթողումները էլ ավելի մեծ կշիռ են ստանում, եթե միաժամանակ չեն բերվում ապացույցներ, որ տրանսֆերի որոշ կիրառումներ իսկապես հանգեցնում են կառուցվածքային և ախտանիշային փոփոխությունների:

Բախրախի (1983, էջ 201) կողմից «վերլուծելիության» գաղափարի համընդգրկուն և մանրակրկիտ քննարկումը նրա այն ներդրումներից է, որը կարող է ծառայել որպես հոգեվերլուծական պրակտիկայի և տեսության ողջ դաշտում տեղի ունեցող խոստումնալից զարգացումների օրինակ: Հիվանդի վերլուծելիության վերաբերյալ խնդիրը կարելի է փոխարինել հետևյալով. վերլուծվողի մեջ ինչպիսի՞ փոփոխություններ են կատարվում և հոգեվերլուծական գործընթացը ինչպիսի՞ դժվարություններով, ինչպե՞ս, ե՞րբ և ո՞ր դեպքում է գործադրվում: Իսկ տրանսֆերի հնարավոր գործառության սահմանները, ըստ Բախրախի, մշտապես ետ են մղվում՝ չնայած միևնույն ժամանակ գոյություն ունեցող կայունությանը: Հետևաբար, դեռևս 1954թ.-ին Օրբի ուսումնասիրության արդյունքներով հոգեվերլուծությունը տրանսֆերի նոր ըմբռնման ճանապարհին է: Հետագայում բուժման մեթոդի տարբերակները կոնկրետ տրանսֆերներ են առաջ բերում, որոնք հարկ է ընկալել իրենց գործառնական տեսանկյունից:

2.4 Տրանսֆերի ներդրն իբրև գործառնական հասկացություն

1955-ի ՄՀԱ համաժողովում տրանսֆերի խնդիրների քննարկման ժամանակ Վելդերն (1956, էջ 367) իր նախաբանում շեշտեց վերլուծողի ազդեցությունը տրանսֆերի վրա: «Քանի որ տրանսֆերի ամբողջական զարգացումը վերլուծական շրջանակի և վերլուծական մեթոդի հետևանք է, այդ շրջանակի և մեթոդի փոփոխությունները հանգեցնում են նաև տրանսֆերի երևույթի զգալի փոփոխությունների»:

Գլուկերը նույնպես շեշտել է, «որ տրանսֆերի ներդրումն առաջին հերթին սնվում է տրանսֆերի մեկնաբանություններով», այլ կերպ ասած՝ տրանսֆերը, հատվածաբար սկիզբ առնելով, ձգտում է տրանսֆերի մեկնաբանության» (Glover, 1956, էջ 130):

Բալինտն ավելի պարզ էր արտահայտվում. «Աստված գիտե, թե ինչ մասնակցություն ունի վերլուծողը հենց իր աչքի առջև ձևավորվող տրանսֆերենտ երևույթներում: Հնարավոր է, որ հենց ինքն էլ առաջ բերած լինի այդ տրանսֆերները, այսինքն՝ դրանք կարող են ընդհանուր առմամբ լինել հոգեվերլուծական շրջանակի կամ դրա որոշ տարատեսակներին տրված արձագանքներ, որոնք առաջ կգան վերլուծողի ճշգրիտ կամ ոչ այնքան ճշգրիտ մեթոդի միջոցով (Balint, 1957, էջ 291)»:

Ամերիկյան հոգեվերլուծական միության «Տրանսֆերի ներդրումը ժամանակակից ընկալումը» գիտաժողովի արդյունքները, Բլումի (Blum, 1971) և Կալեֆի (Calef, 1971) հոդվածների հետ միասին, հաստատում են դեռևս Մակալային և Վելդերի կողմից առաջադրված տեսակետը: «Տրանսֆերի ներդրումը» եզրի ներմուծումը հիմնականում արտահայտում է Ֆրոյդի այն դրույթը, որ համընդհանուր մարդկային տրանսֆերը վերլուծական շրջանակի ազդեցության ներքո և տրանսֆերի համար պատրաստակամության կոնկրետ ներդրումը տեսակների առկայության պարագայում փոխարկվում է համակարգված տրանսֆերի ներդրում (թեև Ֆրոյդը թերագնահատում էր այդ ազդեցությունը կամ կարծում էր, որ այն կարելի է սահմանափակել ստանդարտիզացված պայմանների օգնությամբ): Լյովալդը (Loeald, 1971) ընդգծում էր տրանսֆերի ներդրումը սեռական կախվածությունը, ընդ որում նա պնդում էր, որ տրանսֆերի ներդրումն ոչ թե հիվանդների մոտ հայտնաբերվող քանակական մեծություն է, այլ գործառնական հասկացություն: Մենք համամիտ ենք Բլումի հետ (Blum, 1971, էջ 61), որ դեռևս իմաստ ունի խոսել տրանսֆերի ներդրումի մասին, եթե ընդունում ենք, որ դրա տակ հասկացվում են տրանսֆերի բոլոր երևույթները ներդրում որևէ ժամանակակից տեսության ֆոնին: Այս իմաստով տրանսֆերի ժամանակավոր երևույթները, ինչպես նաև ախտանիշային տրանսֆերի ներդրումը գործառնական հասկացություններ են: Այդ իսկ պատճառով մենք չենք տարբերակում որևէ հատուկ երևույթ, ինչպես, օրինակ, իրադրական տրանսֆերի ֆանտազիաներ և որևէ նոգոլոգիական դաս (հիվանդությունների խումբ), ներառյալ նարցիսիստական ներդրումների ախտանիշների տրանսֆերենտ-ներդրում վերափոխումը, որոնք Ֆրոյդը նույնացնում էր փսիխոզների հետ (Anlow u. Brenner, 1980): Հետևաբար, տրանսֆերի ներդրումը արհեստական ներդրում մի տեսակ է: Ֆրոյդը գրում է.

«Մենք չպետք է մոռանանք, որ վերլուծվող հիվանդի ախտաբանությունն ավարտուն և անփոփոխ չէ, այլ աճում է և շարունակում իր զարգացումը իբրև կենդանի օրգանիզմ: Հիվանդի բոլոր ախտանշանները կորցրել են իրենց սկզբնական իմաստը և ձեռք են բերել նոր իմաստ, որն ընկած է տրանսֆերի հետ առնչության հիմքում»:

Այս մեջբերման համատեքստը խստորեն սահմանափակում է այն տարբերակները, որոնք կարելի է համարել «նոր իմաստ»: Տեքստի այլ հատվածները, որտեղ խոսքը տրանսֆերի ներոգի մասին է որպես «նոր վիճակի», որը գալիս է փոխարինելու «սովորական ներոգը» և «տրանսֆերի նոր նշանակություն է տալիս բոլոր ախտանշաններին», նույնպես սահմանափակում են իրական ապրումի նորարարական կողմը կրկնվող հակազդեցությունների շնորհիվ հիշողություններ արթնացնելու բարենպաստ պայմանների շրջանակով (Freud, 1914g, էջ 154–155): Քանի որ Ֆրոյդը տրանսֆերի ներոգի աճը և զարգացումը (այն աճում է իբրև կենդանի արարած) հետևողականորեն չի դիտում որպես երկու անհատների միջև տեղի ունեցող գործընթաց թերապևտիկ երկկողմ հարաբերության ներսում, ապա հոգեվերլուծողի ակտիվ մասնակցությունը «այդ նոր արհեստական ներոգում» (Freud 1916–17, էջ 444) մնում է քողարկված: Այդ խնդիրների լրջության մասին կարելի է դատել եզրերի խիստ ընտրությունից, որին դիմում է Ֆրոյդը տրանսֆերի ներոգի հաղթահարման մասին խոսելիս (Freud, 1916–17, էջ 443): Այդ բառերն ամենևին չեն արտացոլում իդեալական ազատությունը, այլ ավելի շուտ մատնում են անօգնականության մասին:

Այսպիսով.

«Մենք հաղթահարում ենք տրանսֆերը՝ հիվանդին ցույց տալով, որ նրա զգացմունքները ոչ թե ծագում են շրջանակից և կապված են բժշկի անձի հետ, այլ նրանք կրկնում են այն, ինչ նախկինում կատարվել է նրա հետ»: Ֆրոյդն այնուհետև ազդու կերպով օգտագործում է իր բառապաշարին ոչ հատուկ մի բառ. «Այս ձևով մենք նրան *հարկադրում* ենք իր կրկնությունը փոխարկել հիշողության» (Freud, 1916–1917, էջ 461):

Հարկ է հպանցիկ հիշատակել տրանսֆերի ներոգի ևս մեկ, հնացած նշանակություն, այն է՝ Ֆրոյդի կողմից եզրի գործածությունն նոգոլոգիական իմաստով: Եզրը չի կարելի գործածել նաև այն մարդկանց նկատմամբ, որոնք բուժվում են այսպես կոչված էգոյի կամ այլ արատներից, խեղաթյուրումներից, սահմանային վիճակներից, փսիխոզներից և զարգացնում են տրանսֆեր: Նարցիսիզմի մասին Ֆրոյդի ենթադրությունները սկզբում խոչընդոտում էին սահմանային վիճակների և փսիխոզների կողմից դրսևորված առանձնահատուկ տրանսֆերների ծանաչմանը՝ այս կերպ հանգեցնելով տրանսֆերի ներոգների և նարցիսիստական ներոգների շփոթեցնող նոգոլոգիական տարբերակմանը: Բոլոր հիվանդներն ունակ են տրանսֆերի: Ահա թե ինչու անիմաստ է հիստերիկ, ֆոբիկ և սևեռուն ներոտիկ համախտանիշները նույնաբանորեն սահմանել որպես տրանսֆերի ներոգներ և դրանք հակադրել նարցիսիստական ներոգներին: Հիվանդությունների տարբեր դասեր իրարից տարբերվում են տրանսֆերի ձևով և բովանդակությամբ և ոչ նրանով, որ դրանց մի մասում տրանսֆերը բացակայում է:

2.5 Հակասական հասկացությունների ընտանիքը.

իրական հարաբերություններ, թերապևտիկ դաշինք, աշխատանքային դաշինք և տրանսֆեր

Հասկացությունների այս ընտանիքի հորն արդեն հանդիպել ենք, թե՛ պետ նա որպես այդպիսին չի ներկայացել իր ինքնությունը բացահայտելիս: Ֆրոյդի աշխատություններում մենք նրան տեսնում ենք հանձին բժշկի, որի հետ հիվանդի մոտ կապվածություն է առաջանում, ինչպես նաև «իրական հարաբերություններում», որի կայունությունը տրանսֆերի հակակշիռն է: Բայց ի՞նչ ընտանիք՝ առանց մոր: Մենք գտնում ենք այն «անառարկելի (unanstΦzigen, unobjectional) տրանսֆերի» մեջ, որը կյանքի վաղ փուլերում կազմավորում է լուռ, սակայն ամուր վստահության հիմքը: Հետևաբար, «անառարկելի տրանսֆերը» այն հասկացությունների ընտանիքի մայրն է, որոնք մտադիր ենք քննարկել: Շրջապատի հանդեպ վստահության կազմավորման վրա ամենամեծ իրական ազդեցությունը մենք վերագրում ենք կյանքում իրական մայրերին: Եթե հիվանդի ունեցած վստահությունը գերակշռում է նրա ունեցած անվստահությանը, ապա, Ֆրոյդի տերմինաբանության համաձայն, կարելի է ակնկալել կայուն «անառարկելի տրանսֆեր»: Իսկ եթե արդեն առկա են հասկացությունների ընտանիքի մայրն ու հայրը, ապա ի՞նչ կարիք կար նոր սահմանումների ներմուծման, սահմանումների, որոնք տարբերվում են իրարից և իբրև հարազատ երեխաներ նմանվում են կամ մորը, կամ հորը: Սանդլերը և այլոք (Sandler et al 1973) ընդգծել են, որ մինչև «թերապևտիկ դաշինքի» հասկացության ներմուծումը խառնաշփոթ իրավիճակ է տիրել՝ պայմանավորված նրանով, որ Ֆրոյդը «դրական տրանսֆերն» ընկալել է ինչպես անառարկելի, այնպես էլ լիբիդինալ տրանսֆեր: Ըստ այս հեղինակների՝ բուժման դաշինքն իսկապես պարունակում է բազմատեսակ տարրեր: Զեթցելը (Zetzel, 1956) գտնում էր, որ թերապևտիկ դաշինքը մայր-որդի հարաբերության մոդելի վրա է հիմնված: Նրա կարծիքով՝ վերլուծության վաղ փուլերը հիշեցնում են զարգացման վաղ մանկական փուլերը: Զեթցելը դրանից հանգեց այն մտքին, որ հատկապես թերապիայի սկզբնական փուլում վերլուծողն իր վարքը պետք է մոդելավորի ըստ լավ մոր վարքի: Ի տարբերություն դրա՝ Գրինսոնի (Greenson, 1965) «աշխատանքային դաշինքը» ընդգրկում է իրական կամ իրատեսական հարաբերություններ, որոնք դեռևս Ֆենիշելը (Fenichel, 1941) անվանում էր ռացիոնալ տրանսֆեր:

Հակասական ընտանիք. ինչո՞ւ է այն հակասական և ովքե՞ր են դրա պատճառը: Խոսքն ընտանիքի ներսում հարաբերությունների և աստիճանակարգությունների, իրական հարաբերությունների նկատմամբ տրանսֆերի նշանակության և ընդհանրապես վերլուծական շրջանակի գիտակցական և անգիտակցական տարրերի մասին է, որոնք ազդում են հիվանդ-վերլուծող հարաբերությունների վրա և չեն կարող միայն անցյալից ծագել:

Թող ընթերցողը մեզ ների՝ հասկացություններն իբրև միմյանց հետ վիճող մարդկային էականեր ներկայացնելու համար: Սա թույլ է տալիս հակիրճ և պարզ ձևով պատկերել այս ամենը: Ավելի ուշ մենք կնշենք մի շարք հեղինակների, որոնք հասկացություններին մարտական ոգի են հաղորդում: Մինչ օրս շատ քիչ ուշադրության է արժանացել այն փաստը, որ հասկացությունները վատ են վերաբերում միմյանց, քանի որ պատկերում են տարբեր գործառնական ըմբռնումներ: Եզակիորեն հանդես եկող հասկացությունները վիճում են իրենց՝ երկմիասնություն կազմող քույրերի ու եղբայրների հետ: Տրանսֆերը, ինչպես Շտերբայի էգոյի երկատումը և Ֆրոյդի կեղծ նորմալ էգոն, երկմիասնություն չկազմող հասկացություններ են, մինչդեռ հարաբերությունների բոլոր հասկացությունները, համաձայն իրենց իմաստի և նպատակի, երկմիասնություն են կազմում: Այս պահից արդեն վեճն սկսվում է: Կարելի՞ է արդյոք խոսել տրանսֆերի հարաբերության մասին այնպես, ինչպես օբյեկտային հարաբերությունների մասին: Այո, մենք այդպես ենք վարվում՝ չհրաժարվելով սակայն մեկ անձի հոգեբանությունից, ինչպես ցույց է տալիս Կլայնի տեսությունը: Հետևաբար, հարկավոր է լրջորեն մոտենալ Բալինտի երկու և երեք անձերի հոգեբանությանը: Դրա դեմ պայքարում է տրանսֆերը՝ անհանգստանալով, որ ընտանիքի սիրելի զավակը, որի ծննդին ենք պարտական մեր մասնագիտական գոյությամբ, դրանից կարող է այնպես տուժել, ինչպես հիվանդը և հենց մենք ինքներս:

Կարիք չկա կրկնել, թե Ֆրոյդն ինչու էր տրանսֆերը համարում եզակի և միակողմ, և ինչու էին հասկացությունների ընտանիքի փոխազդող երկմիասնություն կազմող անդամները երկար ժամանակ անանուն մնացել՝ ավելի մեծ ազդեցություն ունենալով այդ չճանաչված և հետին պլանում մնալով: Այդ պատճառով էլ ընդլայնվում է հասկացությունների ընտանիքը, և այն էլ այնպիսի անդամներով, որոնք առկա են եղել մշտապես, սակայն մանրամասնորեն նկարագրվել են միայն խոսակցական մակարդակում: Ֆրոյդի «Հիստերիայի հոգեթերապիա» աշխատությունում (Freud, 1895d, էջ 285) կա հիանալի մի նկարագրություն, թե հիվանդին ինչպես կարելի է վերածել «գործընկերոջ» թերապիայի գործընթացում:

Բոլոր փաստերը վկայում են այն մասին, որ Ֆրոյդը հետագայում նույնպես առաջին հերթին փորձել է «միավորվել» հիվանդի հետ՝ դաշինք կազմելու համար: Պետք է ընդգծել այն փաստը, որ «վերլուծության ընթացքում կամ նրանից հետո վերլուծողի և վերլուծվողի միջև ոչ բոլոր հարաբերություններն են դիտվում կամ պետք է դիտվեն իբրև տրանսֆեր» (Freud, 1937c, էջ 222): Այդ ընթացքում տրանսֆերը դարձել է ամենաուժեղ դրդապատճառը վերլուծվողին ընդհանուր գործին կցելու համար (1937c, էջ 223): Հարաբերությունն այժմ պաշտոնական է՝ «պայմանագրի» կամ «համաձայնագրի» շրջանակներում: Սակայն հայտնի է, թե ինչպես է պահպանվում «հավատարմությունը դաշինքին»: Այս մեջբերված արտահայտությունները Ֆրոյդի հետագա աշխատություններից են (Freud,

1937c, 1940a): Հատկանշականն այն է, որ Ֆրոյդն իր վերջին գործում ավելի ու ավելի հաճախ է կողմնորոշվում դեպի եզակիորեն ձևավորվող փաստորոշումներ էգոյի այն փոփոխությունների համար, որոնք թույլ չեն տալիս հավատարիմ մնալ պայմանագրի դրույթներին: Այնուհանդերձ, նա շեշտում է, որ վերլուծողը հանդես է գալիս իբրև «օրինակ... իբրև ուսուցիչ», և որ վերլուծողական հարաբերությունները հիմնված են «ձմարտության հանդեպ սիրո», այսինքն՝ իրականությունը ճանաչելու վրա (Freud, 1937, էջ 94): Համատեքստից պարզ է դառնում, որ խոսքն ինչ-որ չափով նաև վերլուծողի՝ որպես անձի իրականության մասին է: Իսկ թե այդ իրականությունն ինչպես է ազդում տրանսֆերի վրա՝ անհայտ է:

Մենք կարող էինք չստանձնել 2.7 և 2.8 կետերում ծավալվող քննարկումը, եթե վստահ լինեինք, որ բուժման ռազմավարությունը նպատակ ունի լուծել ձմարտության ճանաչման հարցը: Սակայն կան հակադրություններ, որոնք բնորոշ են ընտանեկան վեճին՝ եզակի հասկացություններին. «անառարկելի տրանսֆեր», «էգոյի երկատում» (Sterba, 1934), «կեղծ նորմալ էգո» (Freud, 1937c) և երկմիասնային այն գաղափարների միջև, որոնք իրենց ոչ պաշտոնական նախատիպերն ունեն Ֆրոյդի աշխատություններում՝ «մենք-կապերի կազմավորում» (Sterba, 1929), «թերապևտիկ դաշինք» (Zetzel, 1956), «աշխատանքային դաշինք» (Greenson, 1965): Ընտանիքում վիճում են ոչ միայն այն մասին, թե ով է ամենասերտը կապված մյուսի հետ, այլ նաև՝ թե արդյոք բոլո՞րն են սերում անառարկելի տրանսֆերից, այն է՝ վաղ «մայր-երեխա» հարաբերությունից: Տարածայնությունները լավ ըմբռնելու համար էական է նաև այն, որ տրանսֆերը հպարտանում է իր սուբյեկտիվ, հոգեկան ձմարտությամբ, որն, այնուհանդերձ, պարունակում է նաև աղավաղումներ: Եթե գերազանցում են բացասական տրանսֆերները, ապա դրանք կարող են ամբողջովին կաթվածի ենթարկել վերլուծական շրջանակը: Այդ դեպքում քայքայվում է բուժման գոյության հիմնական պայմանը, այն է՝ իրատեսական հարաբերությունները: Ֆրոյդն այստեղ մատնանշում է մի թվացյալ օբյեկտիվ կամ արտաքին ձմարտություն՝ հիվանդն ու վերլուծողը հենվում են իրական արտաքին աշխարհի վրա (1940a, էջ 173), սակայն այդ ձմարտությունը ավելի մանրազննին քննությամբ թվում է ոչ պակաս սուբյեկտիվ, քան այն մյուսը, որը բխում է տրանսֆերից: Իրական անձի՝ սուբյեկտի ներմուծումը աշխատանքային դաշինք չի խոչընդոտում ձմարտության հայտնաբերմանը, ընդհակառակը՝ դա ակնառու է դարձնում մեր տեսությունների սուբյեկտիվությունը: Անհատ վերլուծողի պատասխանատվությունն այսպիսով մեծանում է, և կարելի է ակնկալել, որ նա իր պրակտիկան կենթարկի գիտական փորձարկումների, որոնք սկսվում են սեփական մտածողության և վարքի քննադատական գնահատմամբ, այսինքն՝ *վերահսկվող* պրակտիկայի միջոցով:

Այժմ ընտանիքի անդամների տոհմածառը դիտենք ավելի ճշգրտությամբ և սկսենք էգոյի երկատումից՝ իբրև եզակի գաղափարի՝ նախատիպ՝

հետագայում հասնելու համար «Մեր-ի կազմավորմանը» և նրանից ածանցվող այլ հասկացություններին: Ֆրոյդը նկարագրում է «վերլուծության համար իդալական շրջանակը», որի միջոցով միայն հնարավոր է լիովին ստուգել վերլուծության արդյունավետությունը.

«Երբ որևէ մեկը, որ այլ իրավիճակներում իր տերն ու տիրականն է, բայց տառապում է ներքին կոնֆլիկտից և չի կարող այն միայնակ հաղթահարել, գալիս է վերլուծողի մոտ, գանգատվում դրանից և հայցում վերջինիս օգնությունը. ապա բժիշկը *սերյոռեն* համագործակցում է *հիվանդագին ձևով* երկպառակտված անձի մի մասի հետ՝ ընդդեմ կոնֆլիկտի մյուս մրցակցի: Ցանկացած այլ իրավիճակ, որը տարբերվում է վերը նշվածից, քիչ թե շատ անբարենպաստ է հոգեվերլուծության համար» (Freud, 1920a, էջ 150, շեղատառերը՝ դասագրքի հեղինակների):

Շտերբան Ֆրոյդի նկարագրությունը բերեց և նույնացրեց դրա իրական, ազդեցիկ էությանը. երկատումը բերում էր պառակտման, և ռազմավարության կարևորագույն չափանիշն էր դառնում հիվանդի՝ սեփական ներքին կոնֆլիկտները որպես իր հիվանդությունները ճանաչելու ունակություն: Վերջիվերջո հոգեվերլուծության ենթարկվելու ունակ էին թվում միայն այն անձինք, որոնց ներհոգեկան կոնֆլիկտները էդիպյան մակարդակում էին: Այն փաստը, որ Կոհուրը Ես-ի հոգեբանությունը և անձի հոգեկանի նարցիսիստական խանգարումների բուժման ռազմավարությունը միանշանակորեն դիտարկում էր իբրև էդիպյան բարդույթների դասական տեսության լրացում, բավարար է՝ ցույց տալու համար, թե ինչպիսի հետևանքներ ունեն Ես-ի երկատումը որպես թյուրըմբռնված լոգոնոզ: Իհարկե, ավելի հեշտ է, երբ հիվանդը գիտակցում է իր ունեցած կոնֆլիկտը, բայց ամեն դեպքում անհրաժեշտ է, որ վերլուծողը ձգտի ամուր թերապևտիկ հարաբերության կառուցման: Ես-ի երկատման հետագա ընկալումներում լիովին մոռացվեց, թե տրանսֆերով չպայմանավորված հարաբերությունը ինչպես է նպաստում «Մենք» կապի կազմավորմանը, թեպետ Շտերբան (Sterba, 1929, 1934) և Բիբրինգը (Bibring, 1937) թերապիայի հիմքն էին համարում նույնացումը վերլուծողի հետ՝ «Մենք» կապի կազմավորումը:

Հոգեվերլուծական բուժման միակողմանի և առավել բացասական սահմանման պատճառով թերագնահատվում են ներհայեցման և «Մենք» կապի միջոցով նոր կենսաշերտերի բացահայտման ժամանակ ստացվող իրական և խիստ հաճելի փորձառությունները, քանի որ դրանք դիտվում են որպես զուտ սուբլիմացիայի ձևեր: Եթե վերլուծողի և հիվանդի միջև հարաբերությունը դիտենք այնպես, ինչպես Ֆյուրշթենաուն (Fürstenau, 1977)՝ որպես «հարաբերության բացակայության հարաբերություն», ապա կմնանք թերապիայի այնպիսի ընկալման սահմաններում, որը հոգեվերլուծողին վերագրում է բացասական և պարադոքսալ նշանակություն: Մյուս կողմից՝ մոլորություն կլինեի խոսել հարաբերության, համագործակցության կամ հանդիպման մասին, երբ պարզ չէ, թե այդ չափանիշներն ինչպես են ձևավորվում թերապևտիկ եղանակով:

Ֆրոյդը մեզ սովորեցրել է վերլուծության ենթարկել տրանսֆերը, իսկ հարաբերությունը նրա համար ինքնին հասկանալի էր, հետևաբար՝ նրա թերապիայում տրանսֆերը և հարաբերությունն ընթանում էին կողք կողքի, սակայն փոխկապակցված չէին: Այսօր, սակայն, կարևոր է ընդունել և մեկնաբանել այդ երկու երևույթների փոխազդեցությունը:

Այդ պատճառով մենք սխալ ենք համարում վերլուծական շրջանակը և այն սահմանող առանձնահատուկ մարդկային հարաբերությունը բացասաբար բնորոշելը, լինի դա որպես «հարաբերության բացակայության հարաբերություն» կամ անհամաչափության բնորոշումը, ասես բնական մարդկային հարաբերությունները (օրինակ՝ խմբերում, որոնք ապրում, ուտում և աշխատում են միասին) լինում են համաչափ, ինչպես երկրաչափական պատկերները: Վերլուծողի և վերլուծվողի միջև շահերի ընդհանրությունը նույնպես ունի անհամաչափություններ: Սակայն մեկնակետը վճռորոշ է. տարբեր դիրքորոշումները կամ բուն խնդիրը կարելի է լուծել ընդհանուր, սակայն ամենատարբեր ջանքերով: Մեր կարծիքով սխալ է նաև շահերի ընդհանուր շրջանակից դուրս գործընկերություն հաստատել, ինչպես նաև հակաթերապևտիկ կլինի, եթե անհամաչափությունն ընդգծենք այնպես, որ նույնացումը դժվարանա կամ դրա առջև խոչընդոտներ ծառանան:

Ինչքան էլ անորոշ լինի քննարկվող հասկացությունների այս ընտանիքը, ամեն դեպքում հաստատ է, որ նույն գործնական և տեսական հիմունքներից ելնելով՝ անհրաժեշտ է գտնել հասկացություն, որը կլրացներ տրանսֆերի հավասարապես բազմաշերտ ձևերը, քանի որ տրանսֆերի տեսությունը փորձում է բացատրել հիվանդի ներկա վարքը և նրա, այսպես կոչված, վերլուծելիությունը անցյալի հիման վրա: Վերջին հաշվով, հիվանդի ունակությունը՝ հաղթահարել սեփական բացասական և դրական տրանսֆերներն ու տրանսֆերի դիմադրությունները, հանգեցնում է մեղմ դրական և անառարկելի տրանսֆերի, որը ձեռք է բերվել վաղ՝ մայրերեխա հարաբերությունում: Սրանից պարզ է դառնում, որ վերլուծողի ազդեցությունն այստեղ միայն ածանցված է և ունի երկրորդական բնույթ:

Տրանսֆերի այս տեսությունը ոչ միայն չի համապատասխանում թերապևտիկ փորձին, այլև ուշադիր քննության ժամանակ ակնհայտ է դառնում, որ հոգեվերլուծական էգո-հոգեբանությունը, Շտերբայի թերապևտիկ էգո-երկատմամբ, իբրև հասկացությունների ընտանիքում վաղ ի հայտ եկող անդամ, հանգեցնում է աշխատանքային դաշինքի՝ ինքնուրույն էգո գործառույթների տեսությանը համահունչ բուժման մեթոդի տեսքով: Երբ հիվանդը վերլուծողի մեկնաբանությունների օգնությամբ կամ ինքնուրույն խորհում է իր արտահայտությունների մասին կամ դիտում ինքն իրեն, նա չի անում դա առանց որևէ ելակետային դիրքորոշման: Վերլուծողի էգոն կարող է նրա նորմալության շնորհիվ համարվել կեղծիք: Բայց այն, թե վերլուծողն ինչ է մտածում հիվանդի մասին, ինչ է զգում նրա հանդեպ կամ ինչպես է ընկալում նրա տրանսֆերը, ոչ մի դեպքում չի կարելի կեղծ համարել: Հիվանդը, դուրս գալով իր տրանսֆերից, չի ընկնում ինչ-որ չեզոք

գոտի, իսկ վերլուծողը չի հայտնվում դատարկության մեջ, երբ նա քննում է իր հիվանդի անգիտակցական ֆանտազիաները կամ հետազոտում իր հակատրանսֆերը: Հիվանդի հանդեպ վերլուծողի վերաբերմունքի վրա ազդում են ինչպես նրա՝ տրանսֆերի վերաբերյալ տեսակետները, այնպես էլ հիվանդի իրատեսական ընկալումների մասին նրա կարծիքները: Ծագումնաբանության մասին գիտելիքները միայն բավարար չեն: Մշտապես անհրաժեշտ է դրանից դուրս ունենալ դիրքորոշում, որպեսզի հնարավոր լինի դիտել տրանսֆերի երևույթները և դրանք կոչել իրենց անուններով: Հիվանդը նույնպես մասամբ դուրս է գտնվում տրանսֆերից, այլապես նա հնարավորություն չէր ունենա նորովի ապրել այն, ինչը վերլուծողը ներարկում է նրան իր նորարարական մոտեցմամբ:

Տրանսֆերն, ուրեմն, որոշվում է տրանսֆերի բացակայությամբ, և ընդհակառակը:

Այն, որ տրանսֆերից դուրս գոյություն ունի ինչ-որ բան, այն է՝ նույնացումը վերլուծողի և նրա գործառնությունների հետ, երևում է թերապևտիկ հարաբերության կառուցվածքից, որը չի վերանում անգամ բուժման ավարտից հետո: Տրանսֆերի լուծման իդեալական տարբերակը բխում էր բուժման միաբաղադրիչ գործընթացից, և այլևս զարմանալի չէ, որ մենք այն չենք հանդիպում իրականության մեջ (տե՛ս գլուխ 8): Անշուշտ, այստեղ դեռևս հանդիպում են տարբերություններ գնահատման մեջ: Անառարկելի տրանսֆերը ամեն դեպքում Ֆրոյդի մոտ վերլուծության ենթակա չէր և այդ պատճառով լուծում չէր պահանջում:

Պարզության համար կրկնում ենք, որ Զեթցելը հիվանդի՝ հարաբերություններ ձևավորելու ունակությունը բացատրում էր անառարկելի մայրական տրանսֆերով: Հետևաբար Զեթցելի թերապևտիկ դաշինքը ածանցվում է տրանսֆերի ավանդական տեսությունից և շատ լավ տեղավորվում է տրանսֆերի ավանդական տեսության շրջանակներում: Տարիներ անց տրանսֆերի տեսությունից ամենամեծ անկախությունը ձեռք է բերում Գրինսոնի աշխատանքային դաշինքը: Գրինսոնի անկախության մասին մեկնաբանությունները ձգձգվում էին տարիներ շարունակ գործնական և տեսական պատճառներով, իսկ հոր կամ մոր աշխարհի, այն է՝ տրանսֆերի հետ կապը, պարզ չէր: Այսպիսով, Գրինսոնը (Greenson, 1967, էջ 207, 216) խոսում էր աշխատանքային դաշինքի մասին իբրև տրանսֆերի մի երևույթի, չնայած շեշտում էր, որ խոսքը զուգահեռ հակափոխազդող ուժերի մասին է: Ինչպե՞ս կարելի է լուծել այս հակադրությունը: Քանի դեռ թերապևտիկ շրջանակում տրանսֆերները հավասարեցվում են օբյեկտային հարաբերություններին (վերլուծական իմաստով), աշխատանքային դաշինքը նույնպես օբյեկտային հարաբերություն է՝ անգիտակցական բաղադրիչներով, և հետևաբար մեկնաբանություն է պահանջում:

Անցյալ տասնամյակներում վերոհիշյալ ընտանիքի մեծացմանը զուգընթաց էապես ընդարձակվել է նաև տրանսֆերի հասկացությունը: Հեշտ չէ ընդհանուր հայտարարի բերել այս 2 ուղղությունը, որոնցից մեկը շեշտում է

տրանսֆերի բացակայությամբ պայմանավորված տարրերի ճանաչումը, իսկ երկրորդն ընդգծում է տրանսֆերը: Տրանսֆերի բացակայությամբ պայմանավորված տարրերի ճանաչումը և տրանսֆերի ընկալումը իբրև լիարժեք օբյեկտային հարաբերություններ (տրանսֆերենտ հարաբերություններ) առաջացել են ընդհանուր արմատներ ունեցող հոգեվերլուծական պրակտիկայի տարբեր ավանդույթներից: Այսպես, Շտերբան (Sterba, 1936, էջ 467) դեռևս 50 տարի առաջ պնդում էր, որ տրանսֆերն իր էությամբ օբյեկտային հարաբերություն է, ինչպես ցանկացած այլ հարաբերություն: Նա միաժամանակ ընդգծել է նաև դրանց տարբերակման անհրաժեշտությունը: Տրանսֆերի հասկացության ընդլայնմանն էապես նպաստել են Կլայնը և «օբյեկտային հարաբերության բրիտանացի տեսաբաններ» Բալինտը (Balint), Ֆեյրբեյնը (Fairbairn), Գանթրիփը (Guntrip) և Վիննիկոտը (Winnicott): Այս հավաքական անվանումը նրանց տվել է Սաթերլանդը (Sutherland, 1980)՝ շեշտելու համար դրանց յուրօրինակությունը անգլիական դպրոցի շրջանակներում: Քանի որ Կլայնը անգիտակցական օբյեկտամետ ֆանտազիաներին վերագրում է ոչ պատմական, գրեթե անփոփոխ հատկանիշներ, ապա դրանք միշտ այժմեական են և շատ խիստ ներգործուն: Այդ պատճառով «այստեղ և հիմա»-ի նկատմամբ կարելի է անմիջապես անգիտակցական ֆանտազիաների խորը մեկնաբանություններ անել (Heimann, 1956, Segal, 1982):

Կլայնի դպրոցում տրանսֆերն ունի իր յուրահատուկ տեղը օբյեկտային հարաբերությունների նրա իսկ տեսության սահմաններում: Առաջնային նարցիսիզմի ժխտումը սկզբում արդյունավետ թերապևտիկ հետևանքներ ուներ: Ըստ այդ տեսության՝ տրանսֆերի անգիտակցական ֆանտազիաներն ուղղվում են դեպի օբյեկտը՝ վերլուծողը, և, որ ամենակարևորն է, թվում է՝ դիմադրությունը չի քողարկում դրանք, քանզի այդ ֆանտազիաներն անմիջապես մեկնաբանելի են: Այն ժամանակ, երբ էգո-հոգեբանությունում կոիվ ես տալիս «մակերևույթ», «խորություն», «դրական և բացասական տրանսֆեր», «դիմադրություն», «մեկնաբանում» և այլ պիտակներով որակված մեկնաբանությունների ռազմավարությունների հետ, Կլայնի և նրա դպրոցի ուսմունքը ցույց է տալիս, որ ենթադրվող անգիտակցական ֆանտազիաները պետք է անմիջապես մեկնաբանել որպես տրանսֆերի երևույթներ: Աննա Ֆրոյդը (A. Freud, 1936, էջ 27) տրանսֆերի մեկնաբանությունները գրեթե ամբողջովին վերագրում էր անցյալին և իրադրական ծագման հնարավորություն էր վերապահում միայն դիմադրության համար:

Ռայխի, ապա Կայզերի (Kaiser, 1934) առաջարկած և Ֆենիչելի կողմից (Fenichel, 1935a) քննադատված դիմադրության խիստ վերլուծության ընթացքում վերլուծողը միայն ժամանակ առ ժամանակ է խախտում լռությունը՝ մեկնաբանելով դիմադրությունը: Այսպիսով, Կլայնը աշխուժություն հաղորդեց դիմադրության վերլուծության քարացած վիճակին և լռությունը փոխարինեց նոր կարծրատիպով՝ անգիտակցական և օբյեկտամետ ֆանտազիաների տրանսֆերի և դրանց բնորոշ կլայնյան բովանդակության («լավ» և կարևորը՝ «վատ» կրծքի) անմիջական տրանսֆերի մեկնաբանմամբ:

Կլայնի տեսությունում «այստեղ և հիմա»-ն ըմբռնվում է բացառապես որպես տրանսֆեր, որը չունի կրկնությունների կայուն ժամանակագրություն (Segal 1982): Դեռևս պարզ չէ, թե արդյոք կարելի՞ է ապրումների անգիտակցական բաժիններին վերագրել անժամանակ և պատմությունից զուրկ այլագոյություն, ինչքան էլ տպավորիչ լինի երկարաժամկետ և հիշողություններում թաքնված երազանքների պաշարը: Քանի որ անգիտակցականը ինքնին գոյություն չունի, ապա այն կապված է մարդկային գոյության պատմության հետ: Տրանսֆերի կլայնյան ըմբռնման մեջ կրկնությունն այնքան մեծ տեղ ունի, որ ժամանակը՝ անցյալը, ներկան և ապագան, կանգնած են թվում: Այդ պատճառով էլ նոր փորձառությունների շնորհիվ փոփոխման հարցը այս տեսությունում երկար ժամանակ անտեսվում էր (Segal, 1964): Հիվանդը, սակայն, պետք է համաձայնության գա վերլուծողի և վերջինիս կողմից ներկայի և անցյալի հոգեկան իրականության ընկալման վերաբերյալ, որպեսզի կարողանա ազատվել տրանսֆերից և պատրաստվել ապագային: «Այստեղ և հիմա»-ն լավագույն դեպքում միայն մասամբ կարող է լինել նաև «այնտեղ և այն ժամանակ», հակառակ դեպքում չէր ակնկալվի ոչ մի ապագա, որը, շատ բաներ բացահայտելով, հնարավոր չլիներ դասավորել և տեղայնացնել այս խիստ օգտակար մակրայների միջոցով:

Այսպիսով, տրանսֆերի ավանդական սահմանումը սահմանափակում է այդ հասկացությունը՝ հանգեցնելով այն վերլուծական շրջանակում բոլոր ոչ նոր երևույթներին, այսինքն՝ ներհոգեկան կոնֆլիկտների վերատպումներին, որոնք առաջանում են նախկին օբյեկտային հարաբերություններից և մեքենայորեն ակտիվանում բուժման ընթացքում: Սակայն քանի որ թերապիայում նոր նյութ էր ի հայտ գալիս, ժամանակի հրամայականն էր վերլուծողի և վերլուծվողի միջև հարաբերության այս կողմը ընդգծել այնպիսի առանձնահատուկ եզրերով, որոնք մենք ներկայացրել ենք աշխատանքային դաշինքի հասկացությունների ընտանիքի երկբաղադրիչ անդամների շարքում: Միաժամանակ բարդ էգո-հոգեբանական մեկնաբանությունների ռազմավարությունը կապված է մնում անցյալին և ներհոգեկան կոնֆլիկտային մոդելներին: Քանի որ տրանսֆերը դիտարկվում է որպես որոշակի իրավիճակներում ընկալման աղավաղում, էգո-հոգեբանությամբ աշխատող վերլուծողը հարց է առաջադրում.

- Ի՞նչ է այս պահին կրկնվում իմ աչքերի առջև, ի՞նչ անգիտակցական ցանկություններ ու վախեր են ներկայանում, ինչպե՞ս են դրանք արգելափակվում և, ամենակարևորը, ո՞ւմ են դրանք վերաբերում:
- Ինչպիսի՞ մայրական կամ հայրական տրանսֆեր է փորձարկվում ինձ վրա:

Ակնհայտ է, որ այս հարցերը նախևառաջ վերաբերում են անցյալին, որը կրկնվում է հիվանդի կողմից աննկատ կերպով: Կրկնությունը հնարավորին չափ տպավորիչ դարձնելու և այն համոզիչ կերպով անգիտակցաբար պահպանված և դինամիկորեն ակտիվ մնացած հիշողություններին վերագրելու

համար ի հայտ են գալիս բուժման մեթոդի կանոնները: Վերլուծողն իրեն պահում է պասիվ և սպասում, մինչև մեղմ դրական տրանսֆերը վերածվի դիմադրության: Վերջում նա մեկնաբանում է դիմադրությունը:

«Այստեղ և հիմա»-ն գլխավորապես կարևոր է, որովհետև այն տանում է դեպի անցյալ, որտեղից և սերում է (Rangell, 1984, էջ 128): Մեր կարծիքով, այս պնդումը հակիրճ բնութագրում է մեկնաբանման մի տեխնիկա, որը նախևառաջ կենտրոնանում է հիշողությունների վրա, իսկ ներկա հարաբերությունը, այսինքն՝ փոխազդեցությունը, մղում է երկրորդ պլան: Եթե չափազանցնելու լինենք, ապա կարող ենք ասել, որ այստեղ թերապևտիկ գործընթացի երկմիասնական բնույթից նշվում են միայն տրանսֆերի տարրերը, և ուշադրությունն արագորեն տեղափոխվում է անցյալի և հիշողությունների վրա: Թեպետ Ռանգելն ընդունում էր աշխատանքային հարաբերության նշանակությունը, երբ պնդում է, որ մեկնաբանություններ տրվում են միայն հարաբերությունների հաստատումից հետո, նա, այնուամենայնիվ, ընդգծում է, որ կարիք չկա վերլուծողի կողմից առանձնահատուկ ջանքերի գործադրման: Իսկ Շտերբան (Sterba, 1934, էջ 69) այլ կարծիք ուներ, ընդ որում՝ նա խրախուսում է «Մենք» կապի ստեղծումը:

Հիվանդը սկզբից և եթե հրավիրվում է «համագործակցության» վերլուծողի հետ ընդդեմ իր մոտ առկա ինչ-որ խնդրի: Վերլուծության յուրաքանչյուր սեսնա վերլուծողին տարբեր առիթներ է տալիս «մեր» բառը կիրառել իր և հիվանդի էգոյի այն հատվածի վերաբերմամբ, որը համահունչ է իրականությանը (Sterba, 1934, էջ 121):

Խոսքն, ուրեմն, բուժման մեթոդի առաջնահերթությունների որոշման մասին է: Անվիճելի է, որ տրանսֆերները վերաբերում են օբյեկտներին, քանի որ անգիտակցականից նախագիտակցական մակարդակ բարձրացած ցանկությունները առաջին հերթին կապված են օբյեկտների հետ, նույնիսկ եթե դրանք նյութականորեն չեն ներկայացվում կյանքի ամենավաղ փուլերում:

Ըստ Ֆրոյդի տրանսֆերի տեղագրական (տոպոգրաֆիկ) տեսության, ինչպես այն պատկերված է «Երազների մեկնաբանություն»-ում, այս ներհոգեկան երևույթները կազմում են տրանսֆերի կլինիկական երևույթների հիմքը: Տեսական ենթադրությունները համապատասխանում են այն փորձառությանը, որ տրանսֆերները, ինչպես և երազի կազմավորումը «ի վերուստ» առաջանում են իրական օրվա նստվածքից ստացած դրդման արդյունքում: Ընթացքում փոփոխվող իրատեսական ընկալումները վերաբերում են վերլուծողին: Շատ մեծ և բազմահետևանք բացթողում կանենք, եթե անտեսենք տրանսֆերի մեկնաբանություններում օրվա նստվածքը և դրանով հանդերձ՝ փոխազդեցությունը: Տրանսֆերի մեկնաբանություններում օրվա նստվածքի համընդհանուր անտեսումը հատուկ է այս տեսությանը, և այն կապված է վերլուծողի անձի հետ իրատեսական կապերից խուսափելու հետ, քանի որ նման կապերը հակասում են հայելային արտացոլում ենթադրող բուժման մեթոդի հարացույցին:

Այդ պատճառով «ի վերուստ» տրված երազների ավանդական մեկնաբանության ներքո օրվա նստվածքի դիտարկման և տրանսֆերի մեկնաբանության ժամանակ դրա ժխտման միջև ակնհայտ հակասությունը բացատրվում է ավանդական (և գերակշռող) կլինիկական տեսությանը և տրանսֆերի պրակտիկային արվող հղումներով:

Կլայնի դպրոցի շրջանակներից դուրս տրանսֆերի տեսության ընդլայնումը նույնպես հանգեցրել է բուժման տեխնիկայում տեղ գտած գգալի փոփոխությունների, ինչը մենք կփորձենք ի ցույց դնել Սանդլերի և Ռանգելի միջև եղած տարակարծության օգնությամբ: Հետևյալ մեջբերումը ընդգրկում է Սանդլերի առանցքային տեսակետները.

«Պարզ երևում է, որ այս օբյեկտներին առնչվող գործընթացների, մասնավորապես օբյեկտներին վերաբերող պաշտպանական գործընթացների ներմուծումը և նկարագրությունը թույլ են տալիս ընդունել վերլուծական աշխատանքի և տրանսֆերի հասկացության նոր չափում: Վերլուծական փոխազդեցության ներքո «այստեղ և հիմա»-ի վերլուծումը սկսել է նախորդել ինֆանտիլ անցյալի վերականգնողական մեկնաբանումներին: Եթե հիվանդը վերլուծական շրջանակում օգտագործում էր պաշտպանության գործընթացներ, որոնք վերաբերում էին և՛ նրան, և՛ վերլուծողին. դա դիտվում էր իբրև տրանսֆեր և ավելի ու ավելի էր մղվում դեպի վերլուծողի ուշադրության կենտրոնը: Այն հարցը, թե ինչ է կատարվում այժմ, դիտվում էր առաջին հերթին և հետո միայն՝ թե ինչ է ցույց տալիս հիվանդի ներկայացրած նյութը նրա անցյալի մասին:

Այլ կերպ ասած՝ վերլուծական աշխատանքը, գոնե Մեծ Բրիտանիայում, ավելի ու ավելի բևեռվում էր նրա վրա, թե հիվանդն ինչպես է իր անգիտակցական ցանկություններում, ֆանտազիաներում և խոհերում օգտագործում վերլուծողին դրանց՝ «այստեղ և հիմա» ի հայտ գալով, այսինքն՝ տրանսֆերի ժամանակ: Իսկ տրանսֆերը, բացահայտորեն կամ ոչ, այդպես է ընկալվում վերլուծողների մեծամասնության կողմից՝ չնայած այս եզրի նեղ պաշտոնական սահմանմանը» (Sandler, 1983, էջ 41):

Ռանգելի քննադատությունը սկզբունքային է: Նա հարց էր բարձրացնում. «Արդյոք դիմադրությունն ու արտամղումը առաջնայի՞ն են, ինչպես դա ներկայացվում է Ֆրոյդի, Ա. Ֆրոյդի, Ֆենիչելի (Fenichel) և շատ ուրիշների մոտ: Իսկ գուցե մենք շարժվում ենք պարզապես շատերի կողմից պրոպագանդված ուղիով: Նախ՝ տրանսֆե՞ր, թե՞ միայն տրանսֆեր»: Նա ասում է, որ ամեն ինչ հանգեցվում է նոր բևեռացման: Ներկայումս հոգեվերլուծողներն ամենուրեք «այստեղ և հիմա»-ն գերադասում են՝ ի վնաս վերակառուցման և ներհայեցման: «Ի վերջո, – գրում է Ռանգելը, – մենք ստիպված կլինենք ընտրել տրանսֆերի երկու տարբեր հասկացություններից մեկը՝ ներհոգեկան ընդդեմ փոխազդեցականի կամ անդրազդեցականի: Նույնպիսի ընտրություն պետք է կատարենք նաև թերապևտիկ գործընթացների ներհոգեկան և փոխազդեցական մոդելների միջև» (Rangell, 1984, էջ 133):

Կարծում ենք, որ որոշումն արդեն կայացված է, իսկ տարակարծություններն ունեն դոգմատիկ ծագում: Տրանսֆերի հասկացության բնույթն

այնպիսին է, որ այն հարկ է լրացնել՝ թերապևտիկ պրակտիկայի և բուժման համապարփակ տեսության պահանջները բավարարելու համար: Դա վերաբերում է նաև թերապիայի ներհոգեկան և փոխազդեցական մոդելների միջև ընտրությանը:

Խոսքն, ի դեպ, ոչ թե «կամ-կամ»-ի, այլ «ինչպես-նաև»-ի մասին է. արդյոք պե՞տք է գնալ փոխզիջման: Ո՛չ: Հոգեվերլուծությունն իբրև մի ամբողջություն հենվում է ինտեգրացիայի վրա, մինչդեռ առանձին ուսմունքային ուղղություններ փորձում են հիմնավորել իրենց անհատականությունը: Սրա վրա են հիմնված ձգձգվող տարակարծությունները, որոնք մենք այժմ կփորձենք պարզաբանել մի քանի բնորոշ օրինակներով: Մեր կարծիքով՝ այս հակասությունների ծագման դոգմատիկության փաստի ընդունումն օգտակար է հոգեվերլուծական պրակտիկայի համար, քանզի մենք հավատում ենք, որ հստակեցումները փոփոխությունների են հանգեցնում, և ոչ միայն թերապիայում:

Հետևյալ օրինակները կպարզաբանեն մի քանի բարդույթներ:

- Ռոզենֆելդի (Rosenfeld, 1972) քննադատությունն առ այն, որ Կլաուբերը (Klauber, 1972a) ընդգծում է վերլուծողի անձնական ազդեցությունը, հասնում է մինչև անձնական բանավեճի մակարդակի:
- Այսլերը (Eissler, 1979a), ի հակադրություն Լյուվենշթայնի (Loewenstein, 1953), ցանկանում էր խստորեն բաժանել մեկնաբանությունը անձից:
- Բրենները (Brenner, 1979a) կարծում էր, թե Ցեթցելի (Zetzel) մի քանի դեպքերի վրա հենվելով՝ փորձականորեն կարելի է ցույց տալ, որ թերապևտիկ դաշինքի ներմուծումն ու այլ միջոցները լիովին ավելորդ կլինեին, եթե լավ վերլուծեինք միայն տրանսֆերը: Այսպիսի հենման կետերն անհրաժեշտ են, միայն եթե անտեսվում է տրանսֆերի վերլուծությունը: Եվ նա հեշտությամբ կարողանում է ցույց տալ բացթողումների օրինակներ Ցեթցելի վերլուծություններում:
- Իր կշռադատված դիրքորոշմամբ Կերտիսը (Curtis, 1979) ընդգծում է, թե որտեղ կարելի է տեսնել վտանգը: Այն կա այնտեղ, որտեղ թերապևտիկ դաշինքը, ինչպես և հասկացությունների ողջ ընտանիքը ինքնանպատակային են, այսինքն՝ նպատակն է ստեղծել շտկող օբյեկտային հարաբերություններ և ոչ թե դիմադրությունը և տրանսֆերը վերլուծելու միջոց:
- Այս փաստարկի լույսի ներքո հասկանալի է դառնում, թե Շթայնը (Stein, 1981) ինչու էր թերի համարում Ֆրոյդի «անառարկելի տրանսֆերը»: Չէ՞ որ ցանկացած վարք ունի անգիտակցական կողմեր, որոնք, հանգամանքներից կախված, կարող են կամ պետք է մեկնաբանվեն «այստեղ և հիմա», եթե նույնիսկ անառարկելի են և անկախ նրանից, թե ինչ ծագում ունեն:

Վերլուծական իրավիճակում ինչ-որ բան միշտ անտեսվում է: Զբաղվելով «տրանսֆերի դեմ դիմադրության» ծագման մեջ վերլուծողի դերակատարությամբ, ինչպես Գիլը (Gill, 1982) և Հոֆմանը (Hofmann, 1982), կարելի է

աչքաթող անել անգիտակցական ծագումնաբանությունը, ինչն արդարացիորեն մատնանշել է Սթոունը (Stone, 1981b):

Հասկացությունների այս ընտանիքի ամենաերիտասարդ ճյուղը Կոհութի՝ տրանսֆերի համընդգրկուն ըմբռնումն է նրա Ես-օբյեկտների տեսության շրջանակներում: Այն ընդգրկուն է այն իմաստով, որ Կոհութը (Kohut 1971, 1984) մարդկային հարաբերություններն ու կյանքի շրջափուլը դիտում է որպես Ես-օբյեկտներ փնտրելու և գտնելու անգիտակցական գործընթացների պատմություն:

Խոսքն այստեղ արխայիկ օբյեկտային հարաբերությունների մասին է, որոնց մոտ Ես-ը և առարկան, այսինքն՝ Ես-ն ու Դու-ն, ձուլված են իրար: Օբյեկտները նկարագրվում են որպես սեփական Ես-ի մի մաս, իսկ Ես-ը՝ որպես օբյեկտների մաս: Համապատասխանաբար Կոհութի նկարագրած հատուկ տրանսֆերները (օրինակ՝ երկվորյակ և ձուլման տրանսֆերներ) միևնույն փոխազդեցական միավորի ներսում գոյություն ունեցող տարբերակներ են: Կոհութի տեսությունը օբյեկտային հարաբերությունների մյուս տեսություններից տարբերվում է մանկանը վերագրվող վիթխարի էկզիբիցիոնիստական սպասումների բացառիկ ընդգծմամբ: Ըստ Կոհութի՝ այդ սպասումների ընկալումից ու դրանց տրված արձագանքից է կախված կայուն ինքնավստահության զարգացումը: Ես-օբյեկտների կոհության տեսությունը ծագումնաբանորեն կապում է օբյեկտային հարաբերությունների խաթարումները ինքնավստահության խախտումներին, ընդ որում՝ այստեղ մեծ կարևորություն է հատկացվում էյդետիկ բաղադրիչին, ինքնացուցադրմանը և մոր աչքերում արտացոլմանը:

Քանի որ մարդը ամբողջ կյանքում մնում է շրջապատից կախվածության մեջ, Կոհութի Ես-օբյեկտների տեսությունը համընդհանուր և հատուկ բուժման մեթոդի ազդեցություն ունի: Բոլոր հիվանդների համար իրենց անապահովության զգացողության պատճառով ճանաչումն էական է, և նրանք համապատասխան սպասումները փոխանցում են վերլուծողին: Բացի այդ, Կոհութը նկարագրել է Ես-օբյեկտային տրանսֆերներ և դրանց մեկնաբանումը հիմնավորել ծագումնաբանությամբ, այսինքն՝ հղում անելով նրանց ծագմանը: Հենվելով Բրանդշաֆթի (Brandschaft) և Ստոլորոուի կողմից (Stolorow, 1984, էջ 108–109) ամփոփման վրա՝ կարելի է ասել.

Այդ Ես-օբյեկտների հարաբերություններն անհրաժեշտ են՝ պահպանելու Ես-ի կայունությունն ու ամրությունը. մինչ երեխան քայլ առ քայլ ձեռք է բերում հոգեկերտվածք, նրան անհրաժեշտ է տալ ինքնակարգավորման իրավունք: Ես-օբյեկտների հարաբերությունների զարգացումը արտացոլում է աստիճանակարգորեն կազմակերպված զարգացման գործընթացների շարժունակությունը և ներդաշնակությունը: «Ամենագործության» ետևում, որը նկարագրվում է որպես արխայիկ օբյեկտային հարաբերությունների ախտաբանության բնորոշ գիծ (Կլայն, Ռոզենֆելդ, Քերնբերգ), կարելի է տեսնել վստահությամբ լի մի սպասում, որ Ես-օբյեկտների պահանջմունքները կբավարարվեն (Winnicott 1965, Mahler, Pine u. Bergman 1975): Որտեղ պահպանվում են նման արխայիկ Ես-օբյեկտների պահանջմունքները,

ինքնակառուցվածքների տարբերակումը, միավորումը և ամրապնդումը, ինչպես նաև Ես-օբյեկտների հարաբերությունների զարգացման գիծը ընդհատվում է: Այսպիսով, հին, ոչ ճիշտ տարբերակված և միավորված Ես-օբյեկտների կարիքը դեռ զգացվում է, դրանք դեռևս սպասված են մնում և օգտագործվում են բացակայող հոգեկերտվածքի փոխարեն (Brandchaft, Stolorow, 1984, էջ 108-109):

Հետևաբար, վերլուծողի հետ հարաբերությունը ձուլվում է ընդգրկուն անգիտակցական սպասումների կողմից, որոնք կարծես պահանջում են արտացոլման լիովին այլ եղանակ, քան այն, ինչ Ֆրոյդը ներմուծեց հայելային արտապատկերման համանմանությամբ: Թեև Կոհութը (Kohut, 1984, էջ 208) ընդգծում է, որ հոգեվերլուծության մեթոդը նա օգտագործում է ավելի խիստ իմաստով, քան այն ներկայացված է Այսլերի (Eissler) հիմքային տիպարի մեթոդում, թվում է՝ Ես-օբյեկտների տրանսֆերի մեկնաբանությունն, ասես, զգալի ձանաչում է առաջ բերում: Դա ավելի մանրամասն կքննարկենք 4-րդ գլխում:

Տարակարծությունների այս բավականին ծավալուն շարադրանքում արտահայտված կասկածները կարելի է լիովին փարատել, քանի որ միշտ հեշտ է ապացուցել, որ վերլուծողը բաց է թողել տրանսֆերը մեկնաբանելու հնարավորությունը: Մենք կարծում ենք, որ այդ տարակարծությունները կարող են բարձրացվել մինչև արդյունավետ բանավեճի մակարդակ, եթե ընդունվեն նրանց տարբեր տեսական նախադրյալները, և եթե հնարավոր է հաղթահարել տարբեր դպրոցների օրթոդոքսալությունը:

Կլայնի (Klein) դպրոցի ներկայացուցիչները և Այսլերի (Eissler) հիմքային տիպարի մեթոդի, ինչպես նաև Կոհութի և նրա ուսմունքի կողմնակիցները տարբեր տեսակետներից են բնորոշում տրանսֆերի բովանդակությունը: Միաժամանակ, նրանք հավատարիմ են մնում տրանսֆերի իրենց պուրիտիստական ընկալմանը:

Միայն այն փաստը, որ յուրաքանչյուր դպրոցը նկարագրում է իրեն բնորոշ տրանսֆերներ, խոսում է նրանց բովանդակության վրա վերլուծողի ունեցած ազդեցության մասին, այնուամենայնիվ, այդ դպրոցների ներկայացուցիչները դրանից ոչ մի հետևության չեն հանգում: Գրեթե անկասկած է, որ բեկումը հարաբերականացման ուղղությամբ, այսինքն՝ դեպի վերլուծողի սեփական դիրքորոշման ընդունումը անխուսափելի կլիներ, եթե հետևանքները նկարագրվեն: Տրանսֆերի դաշտը տարբեր տեսությունների կողմից դիտարկվել, ուսումնասիրվել և մշակվել է տարբեր եղանակներով զանազան տեսությունների և դրանց համապատասխան բուժման մեթոդների կողմից: Տրանսֆերները սահմանվում են իրենց բացակայությամբ և ընդհակառակը: Տեսականորեն և գործնականում պարտադիր է լրացնել դեպի անցյալն ուղղված տրանսֆերի տեսությունները:

Այն, որ, ի հակադրություն վերոհիշյալի, խիստ դպրոցներում ժխտվում էր տրանսֆերից անկախ աշխատանքային դաշինքը, նույնպես հասկանալի է և ուսանելի, քանի որ դրանով ներհոգեկան տրանսֆերի և բուժման մի մո-

դելը փոխարինվում է փոխներգործության հասկացությամբ: Դպրոցներից անկախ հոգեվերլուծական պրակտիկայում այդ իմաստով որոշումները վաղուց կայացված են: Իսկ Սանդլերի և Ռանգելի (Sandler u. Rangel) միջև տրանսֆերի՝ «այստեղ և հիմա»-ի մեկնաբանման առումով ընթացող բանավեճը ավելի շուտ վերաբերում է մեկնաբանման մեթոդին, քան ընդհանրապես առաջություններին: Վերլուծողի մոտեցման առերևույթ անվնաս շրջադարձը, երբ նա հիմա հարցնում է՝ «Ի՞նչ է կատարվում այժմ», ունի չափազանց մեծ տեսական և թերապևտիկ հետևանքներ, որոնք վերաբերում են, օրինակ, կառուցման և վերակառուցման նշանակությանը: Ելնելով տրանսֆերի համընդհանուր ժամանակակից հարաբերությունից՝ կարելի է ընդունել փոխազդեցական, երկանձ մոտեցումը և այդպիսով նաև տրանսֆերի վրա վերլուծողի ունեցած ազդեցությունը: Ահա թե ինչու թյուրիմացություն կլինի խոսել տրանսֆերի հասկացության միակողմանի ընդլայնման մասին: Խոսքը փոփոխված հեռանկարի մասին է, որը աննկատ կերպով և երկար տարիներ զարգացել է հոգեվերլուծական պրակտիկայում: Միշտ կարևոր էր «այստեղ և հիմա»-ի և «այնտեղ և այն ժամանակ»-ի միջև հարաբերությունը, թեև միայն մեր ժամանակներում ենք սկսել գիտակցել, թե որքան մեծ ազդեցություն ունենք մենք «Ի՞նչ է կատարվում հիմա»-ի վրա:

Ներոտիկ, փսիխոտիկ և հոգեմարմնական (փսիխոսոմատիկ) ախտանիշների արմատները հիվանդի կյանքի պատմության մեջ կարելի է գտնել, իսկ կրկնվող ու ամրապնդված կոնֆլիկտների զննումը էական պատկերացում է տալիս հոգեծագումնաբանական և հոգեդինամիկ փոխկապակցումների մասին: Թերապիայի համար էական է, թե վերլուծողը ինչքան ժամանակ, ուշադրության ինչպիսի կենտրոնացվածությամբ է կրում հետահայաց ակնոցը, երբ դնում է կարդալու ակնոցը՝ մոտիկը լավ տեսնելու համար, և ինչի վրա է նա հատկապես երկար սևեռում հայացքը: Տեսանկյունների տարբերությամբ է հիմնականում որոշվում, թե ինչն է դիտվում իբրև տրանսֆեր: Ի վերջո, ի՞նչ կարող ենք ասել տրանսֆերի ընդգրկուն ընկալման մասին, որտեղ վերլուծողի հետ հարաբերությունը կենտրոնական է համարվում:

Տրանսֆերի մեկնաբանությունները մեծ նշանակություն ունեն օբյեկտալին հարաբերության այն բոլոր մակարդակներում, որոնք առկա են հիվանդի նախագիտակցության կամ անգիտակցականի մեջ: Հիվանդի տեսակետը խորանում և ընդլայնվում է, երբ այն առձակատման մեջ է մտնում վերլուծողի կարծիքների հետ: Թեև իդեալական տարբերակը փոխադարձ հաղորդակցությունն է, վերլուծողի ազդեցությունը կարող է առանձնապես մեծանալ, եթե նա որդեգրի տրանսֆերի առավել ընդլայնված, ընդգրկուն ընկալումը (տրանսֆերենտ հարաբերություն): Ահա թե ինչու Բալինտը քննադատում էր տրանսֆերի կարծրատիպային մեկնաբանությունները, որոնք վերլուծողին դարձնում են ամենազոր, իսկ հիվանդին՝ անձարակ: Այս քննադատության թիրախը կլայնյան մեթոդն էր, որտեղ տրանսֆերենտ հարաբերությունն ընկալվում էր բացառապես որպես կրկնություն: Ինչքան

շատ տրանսֆերի մեկնաբանություններ տրվեն, այնքան կարևոր է ուշադրությունը սևեռել «այստեղ և հիմա»-ում առկա դրդող խթանների վրա և աչքաթող չանել հիվանդի արտաքին իրականությունը:

Հուսով ենք՝ կարողացանք ցույց տալ, որ անհրաժեշտ է աշխատանքային դաշինքը (ըստ Ֆրոյդի՝ իրական հարաբերությունը) ընդունել իբրև վերլուծական շրջանակի էական բաղադրիչ և այն հաշվի առնել կանոնավոր կերպով (Tahka, 1993): Այլապես կընկնենք հակասության մեջ, այն է՝ տրանսֆերը Մյունխաուզենի նման ինքն իրեն դուրս է հանում ճահճից՝ մագերից ձգելով: Շիմեկը (Schimek, 1983, էջ 439) այս իմաստով խոսել է կլինիկական մի հակասության մասին, երբ տրանսֆերը լուծվում է հենց տրանսֆերի ուժի օգնությամբ, մի բան, որը նկատել էին դեռևս Ֆերենցին և Ռանկը (Ferenczi, Rank, 1924, էջ 22): «Դա կլիներ մի «Contradictio in adjecto» (հակադրություն կախվածության մեջ), – կարդում ենք «Հոգեվերլուծության զարգացման նպատակները» աշխատությունում: Հակասական կլիներ բժշկի նկատմամբ հիվանդի սերն օգտագործել միայն նրա համար, որ նա յուր գնա առանց այդ սիրո»:

Վերջում կցանկանայինք ընդգծել, որ խոսքն անձնային հաստատուն հատկանիշների մասին չէ, երբ հարցը վերաբերում է հիվանդի՝ աշխատանքային դաշինք կազմելու ունակություններին: Թերապևտիկ երկմիասնությունում վերլուծողի օգնությամբ աշխատանքային դաշինքը կարող է դրականորեն ուժեղանալ կամ ընդհակառակը՝ բացասաբար թուլանալ: Աշխատանքային դաշինքի և տրանսֆերի ներքոյի փոխհարաբերությանը հատկապես անդրադարձել են Ե. և Գ. Տիխոները (E. und G.Ticho, 1969): Այն, որ «օժանդակող դաշնակցությունը» (helping alliance) վճռորոշ ազդեցություն է գործում բուժման ընթացքի և արդյունքի վրա, փորձնականորեն ապացուցվել է Լուբորսկու (Luborsky et al., 1983) հետազոտություններում: Փոփոխության ապացույցը, որին գործնական և տեսական հիմունքներով կոչ էր անում Ֆրոյդը (Freud, 1909b), արդարացնում և սահմանափակում է ինչպես հոգեվերլուծական մեթոդի ընդգրկման տիրույթը, այնպես էլ վերլուծողի ազդեցությունը՝ նկատի ունենալով վերլուծական գործընթացի էական բաղադրիչի տրանսֆերի օգտագործումը:

2.6 Նոր օբյեկտն իբրև սուբյեկտ: Օբյեկտային հարաբերությունների տեսությունից դեպի երկու անձի հոգեբանություն

Ֆրոյդը խոսում էր «նոր օբյեկտի» և «նոր պայքարի» մասին, որոնք նրա կարծիքով բխում էին տրանսֆերից: Որպես թերապևտիկ աշխատանքի առաջին փուլ նա դիտում էր տրանսֆերի ծագումը՝ լիբիդոն ավստանիշներից ազատագրելու շնորհիվ, իսկ որպես երկրորդ փուլ՝ պայքարը հանուն նոր օբյեկտի, այսինքն՝ վերլուծողի (Freud, 1916–17, էջ 473): Ուստի պարզ է,

որ պայքարի նորությունը նոր օբյեկտն է, որի հատկությունները առանձնապես մանրակրկիտ մշակել է Լյովալդը (Loewald, 1960) (տե՛ս՝ Cooper, 1988, Fogel, 1989): Սա վկայում է հոգեվերլուծության համար արդյունավետ ժամանակահատվածի մասին, քանի որ միաժամանակ լույս տեսավ նաև Սթոունի ազդեցիկ գիրքը հոգեվերլուծական շրջանակի մասին (Stone, 1961):

Մենք հավատում ենք, որ նոր օբյեկտից սկիզբ առնող ճանապարհն անխուսափելիորեն հասցնելու է այն ընկալմանը, որ սուբյեկտը մասնակից դիտորդ և մեկնաբանող է, որը ղեկավարվում է սեփական սուբյեկտիվ զգացմունքներով և տեսություններով: Թերապևտիկ աշխատանքի բեռը կրում է ոչ թե նոր օբյեկտը, այլ հոգեվերլուծողը՝ անձը: Իր մեկնաբանություններով վերլուծողը հիվանդին քայլ առ քայլ ցույց է տալիս, թե ինքն ինչպիսին է նրան տեսնում, և այսպիսով նրան հնարավորություն է տալիս իր մասին ունենալ նոր կարծիքներ, հասնել նոր ընկալումների և փոխել իր վարքը: Նոր սուբյեկտը հիվանդի վրա ունենում է նորովի ազդեցություն: Ինչպե՞ս կարող էր ներշնչումը՝ որպես վերացման ենթակա տրանսֆերի բաղադրիչ, առաջ բերել այդ փոփոխությունը: Կրկնությունները չեն ընդհատվում, երբ նրանց մոտ փորձում են դրանք կանխել ամբարտավան մեկնաբանող ներշնչման միջոցով: Սակայն թերապևտիկ փոփոխությունները միայն այսպես ստիպված կլինեինք բացատրել, եթե հոգեվերլուծողի ազդեցությունը ներառվեր տրանսֆերի և ներշնչման համանմանության մեջ:

Ֆրոյդը առաջ է քաշել այսպիսի համանմանություններ և դրանով նպաստել այն միակողմանիություններին, որոնք դժվարացրել են նոր սուբյեկտի թերապևտիկ գործառույթի ըմբռնումը⁶: Անշուշտ, սուբյեկտն օգտագործվում է նաև որպես օբյեկտ (Freud, 1913 c, էջ 473-474, Winnicott, 1973, էջ 101-110): Տրանսֆերները կատարվում են օբյեկտի վրա, իսկ թերապևտիկ խնդիրը հետևյալն է. արդյոք հնարավոր կլինի՞ կասեցնել կրկնությունը և ընդհատել ներտոկ, ինքնաամրապնդվող արատավոր շրջանը: Խոսքն այժմ երկու մարդկանց մասին է, որոնք իրար վերաբերվում են քննադատաբար: Եթե հարկադիր կրկնության արատավոր շրջանը պիտի խաթարվի, էական է, որ հիվանդը կարողանա նոր բան հայտնաբերել օբյեկտում (Loewald, 1960): Որպես անձ վերլուծողը ամենևին (կամ միայն մասամբ) չի արդարացնում հիվանդի սպասումները որոշ բնագավառներում, հատկապես նրա անխտանշանի և կոնկրետ կենսական խնդիրների վերաբերմամբ, որոնք նախկինում կատարվել են անգիտակցաբար ուղղորդող մեխանիզմների շնորհիվ: «Նորը» Ֆրոյդի մոտ միշտ բացատրվում է կենսագրությունից քաղված մոդելների առումով, օրինակ՝ երեխայի մոտ հավատի զգացողությունը, որի օրինակներից մեկը հետևյալն է.

⁶ «Բժշկի անձը», որի հետ հիվանդն ունի «պատշաճ փոխըմբռնում» «արդյունավետ տրանսֆերի» շրջանակներում, Ֆրոյդի մեթոդի տեսության մեջ «այն մարդկանց պատկերներից մեկն է, ում կողմից նա արժանացել էր սիրալիր վերաբերմունքի» (1913c, էջ 139-140):

«Այդ անձնական ազդեցությունը մեր ամենաուժեղ դինամիկ զենքն է: Սա այն դեպքն է, երբ մենք նորը ներմուծում ենք իրավիճակի մեջ և ինչի միջոցով վերջինս ավելի սահուն ենք դարձնում... Ներոտիկն անցնում է գործի, քանի որ հավատ է ընծայում վերլուծողին: Երեխան նույնպես վստահում է միայն նրան, ում հետ կապվածություն ունի» (Freud, 1926c, էջ 255–256):

Քանի որ բնագոյների հոգեվերլուծական տեսությունը խոսում է օբյեկտի մասին, և այս բառը ընդունված է նաև օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանությունում, հեշտությամբ անտեսվում է այն հանգամանքը, որ մենք գործ ենք ունենալու կենդանի էակների՝ մարդկանց հետ, որոնք հուզականորեն փոխներգործում են: Հոգեվերլուծողը առաջարկում է ոչ բացահայտ հանգուցալուծումներ՝ նույնիսկ չխոսելով նրանց մասին, երբ, իր կարծիքով, քննարկում է միայն տրանսֆերը և ուրիշ ոչինչ: Ֆրոյդի մեթոդի բազմաթիվ մանրակրկիտ ուսումնասիրությունների շնորհիվ, որոնք մասնավորապես քննադատորեն ուսումնասիրել և մեկնաբանել է Կրեմերիուսը (Cremierus, 1981b), այսօր մեզ հայտնի է, որ հոգեվերլուծության հիմնադիրն ունեցել է ընդգրկուն, պլյուրալիստական թերապիայի պատկերացում և գործածել է թերապևտիկ միջոցների լայն բազմազանություն: Սակայն հետազոտություններում և թերապիայում սուբյեկտի ներմուծման հեղափոխական նշանակությունը մնացել է ստվերում, քանի որ նրա հետ կապված զգալի գործնական և տեսական խնդիրների ծանրությունն ընկած էր հոգեվերլուծության վրա: Դրանք լուծելի դարձան միայն վերջին տասնամյակներում (օրինակ՝ Polamy, 1958):

Ֆրոյդը փորձում էր կրկին բացառել սուբյեկտը և այն դուրս մղել «հոգեվերլուծական տեխնոլոգիայի» տարածքից (տե՛ս գլուխ 10): Բուժման մեթոդի շուրջ բանավեճերում սուբյեկտը նորից ու նորից դուրս է լողում մակերևույթ, բայց այս անգամ տրանսֆերի հետ միաժամանակ, որը պետք է ստորադասվեր օբյեկտիվությանը: Սուբյեկտին Ֆրոյդը թողեց գերտեխնիկական ոլորտում, որտեղ վերլուծողը, որպես «իրական» անձ, մնացել էր մինչև վերջերս և միայն՝ մեթոդի տեսությունում: Այսօր տեղի են ունենում փոփոխություններ, որոնք փոխում են նաև Ֆրոյդի թերապևտիկ և տեսական հարացույցը:

Իր «Հոգեվերլուծության տեսակետը. էներգիայի լիցքաթափում, թե՛ անձ» աշխատության մեջ Գիլը համոզիչ կերպով պաշտպանում է միջանձնային և ներհոգեկան փոխազդեցությունների միավորումն ու բնագոյների տեսության և օբյեկտային հարաբերությունների համադրումը (Gill, 1983): Միայն այն փաստը, որ մի հեղինակ, որը 3 տասնամյակ առաջ Ռապոպորտի (Rapoport, 1959) հետ մետահոգեբանական տեսություններ է զարգացրել, հիմա անձը համարում է ավելի կարևոր, քան էներգիայի լիցքաթափումը ("energy discharge") և անձին է ստորադասում ամեն ինչ, արդեն իսկ խորը մտածելու տեղիք է տալիս: Էականն այն է, որ հոգեվերլուծական գնումները փոխվում են, եթե առաջնային է համարվում անձը կամ, ավելի ձիշտ, անձանց միջև փոխհարաբերությունները Գիլի ունեցած տեսակետի ներքո:

Հոգեվերլուծության հենասյուները՝ տրանսֆերն ու դիմադրությունը, դրվել են իդեալականացված գիտական անկողմնակալության հիմքում: Այդ պատճառով արդյունքում առաջացող կառուցվածքային սխալների վերացումը կարող է միայն մեծացնել կառույցի ամրությունը և տարողունակության աստիճանը (Polanyi, 1958, էջ VII):

Ինչպես ցույց է տվել Լամպլ դը Գրոտը (Lampl de'Groot, 1976), Ֆրոյդը շարժվել է երկու թերապևտիկ մակարդակներում՝ մերթ իրական հարաբերության, մերթ՝ տրանսֆերի մակարդակում:

Լամպլ դը Գրոտն ասում էր, որ հստակ և պարզ էր, թե երբ է Ֆրոյդը նրա հետ խոսում իբրև իրական անձի, երբ՝ իբրև տրանսֆերի օբյեկտի: Այս երկու դրվագների միջև տարբերությունը պետք է որ շատ պարզ եղած լինի, քանի որ հարաբերությունն ու տրանսֆերը ոչ միայն բարդ համակարգեր են, այլև խիստ միահյուսված են միմյանց: Սա բազմաթիվ տեսական և գործնական խնդիրներ է հարուցել, որոնց համար Ֆրոյդը լուծումներ էր գտնում իդեալական թերապևտիկ մոդելում՝ միատարր, իսկ գործնականում՝ երկմիասնական:

Պլյուրալիստական ըմբռնումը գիտական հարացույցում խաբսխել և այն կիրառել ոչ միայն պրակտիկայում՝ նշանակում էր հետազոտել հոգեվերլուծողի բոլոր ազդեցությունները հիվանդի վրա և ընդհակառակը: Սրա համար չէր ստեղծվել ոչ մի մոդել: Վերջին տասնամյակներում հրապարակայնորեն հասկանալի դարձավ այն, թե Ֆրոյդն ինչպես էր կիրառում հոգեվերլուծությունը, և սկսվեց օգտագործվել միատարր մոդելը, որ Ֆրոյդի հետնորդները մշակում էին՝ տրանսֆերի ամենամաքուր ձևը ստանալու համար:

Փաստորեն Ֆրոյդի աշխատություններում զուտ «իրական հարաբերության» ոչ մի մանրամասն բացատրություն չկա: Վերլուծողի ազդեցությունը գնում է հետ մինչև իր նախորդները, որոնք հանդես են եկել հիվանդի կյանքի ընթացքում, այսինքն՝ ետ մինչև ծնողները, և անվանվում «անառարկելի տրանսֆեր»: Սա պետք է շփոթություն առաջացներ (Sandler et al., 1973): Թվում է՝ իրական հարաբերությունները հակասում են տրանսֆերին, իսկ վերջինս սպառնում է դրանց: Հիվանդը ինտենսիվ տրանսֆերի միջոցով կարող է դուրս մղվել բժշկի հետ իր ունեցած իրական հարաբերությունից (Freud 1914b, էջ 371–373, 1916–17, էջ 461):

Այս հարցը մնացել է անլուծելի՝ ուղեկցված գորշ նկարագրություններով ու բացասական բնորոշումներով (իրական հարաբերության աղավաղում տրանսֆերի կողմից): Հետագայում Ֆրոյդը հավելեց, որ ամեն լավ թերապևտիկ հարաբերությունը չպետք է ընդունել իբրև տրանսֆեր, անգամ եթե դա լավ հիմնավորված լինի (Freud, 1937c, էջ 65): Մենք չենք կարող նկարագրել ամեն մի նոր բան, ներառյալ՝ խնդիրների լուծման ռազմավարությունների նոր բաղադրիչները:

Ա. Ֆրոյդն ընդգծում է, որ այն ամենը, ինչ նոր չէ վերլուծական շրջանակում, մենք բնորոշում ենք որպես «տրանսֆեր» (A. Freud, 1936): Ահա թե ինչու նորից ու նորից ընդգծվում է տրանսֆերի նկրդի ինքնաբերականությունը,

որը չի ստեղծվում բժշկի կողմից: Նրա (տրանսֆերի ներդրի) «վերացումը» (“Aufhebung”) ու «ոչնչացումը» (“Vernichtung”) պետք է հանգեցնեն ավտանշանների վերացմանը (Freud, 1905e, էջ 281): Երբ տրանսֆերը «հերձված» է կամ «ասպարեզից հեռացված», ապա, տեսության համաձայն, անպայման կլինեն ներքին փոփոխություններ, որոնք հիմք կհանդիսանան հաջողության համար (Freud, 1916–17, էջ 471): Ֆրոյդը միայն հազվադեպ է նշում, թե հոգեվերլուծողը որքանով է նպաստում հիվանդի խնդիրների լուծմանը և դրանով նաև նրա նոր հնարավորություններին և նոր որոշումներ կայացնելու ազատությանը:

2.7 Ակտուալ ճշմարտությունների ընդունումը

Մեծ անհանգստությունը, որն ունեցել է մարդ, բժիշկ և գիտնական Ֆրոյդը՝ կապված տրանսֆերի հայտնաբերման հետ, այդպես էլ չի անհետացել: 1895 թ. հայտնագործությունից հետո Ֆրոյդը տրանսֆերի՝ որպես էական թերապևտիկ գործոնի, նշանակությունը ընդգծել է Դորայի դեպքի վերջաբանում (նրա բուժումը ավարտվել է 1900-ին, իսկ որպես հիվանդության պատմություն գրվել է 1901-ին): Գաղափարը, որ մենք տրանսֆերը «ոչնչացնում ենք»՝ բերելով այն գիտակցության դաշտ, սկիզբ է առել այս՝ «Դրվագ հիստերիայի մի դեպքի վերլուծությունից» գործում: Հետագայում իր «Ներածական դասախոսություններում» Ֆրոյդը շեշտում է նաև, որ հիվանդին *պետք է «հարկադրել», որպեսզի նա կրկնությունից անցնի վերհիշման (1916–17):*

Սա վկայում է այն մասին, որ Ֆրոյդը մշտապես անհանգստության մեջ է եղել, քանի որ այդ ժամանակաշրջանում մշակված բուժման տեսական կանոնները, որոնց նպատակներից մեկը հենց տրանսֆերի հետ աշխատանքը հեշտացնելն էր, չկարողացան լուծել պրոբլեմները: Ֆրոյդի ընտրած մակդիրների ագրեսիվ բնույթը (քայքայում, ոչնչացում) թույլ է տալիս ենթադրել, որ նրան նույնպես ցավ է պատճառել ակտուալ, իրադրական ճշմարտությունը, ուրեմն նաև՝ յուրաքանչյուր տրանսֆերի իրատեսական բաղադրիչը: Կան շատ հնարավորություններ՝ մերժելու հիվանդի իրատեսական դիտարկումները, և որքան էլ պարադոքսալ հնչի, տրանսֆերի լայն տարածում գտած մեկնաբանություններից մեկը հենց այդպիսին է: Մենք նկատի ունենք մի մեկնաբանություն, որն արվում էր, երբ հիվանդն իրատեսական, սկզբունքորեն ճշգրիտ դիտարկումներ էր անում: Դիտարկումները որպես ճշմարտանման ընդունելու կամ անգիտակցականի վրա իրատեսական դիտարկումն ու նրա արտացոլումը որպես տրանսֆեր ընկալելու փոխարեն՝ վերլուծողը հաճախ անում է մեկնաբանություններ, որոնք հաշվի են առնում միայն ընկալման խաթարումը. «Կարծում եմ՝ ես ձեր մոր նման կհրաժարվեմ ձեզանից: Ես կարող եմ զայրանալ ձեր հոր նման»: Ճշմարիտ է, որ ազդակների տեղափոխումը դեպի անցյալ կարող է

ունենալ ազատարար ներգործություն, քանի որ հիվանդը դրանով ազատվում է ներկայի էգոյի համար օտար մղումից (A. Freud, 1937): Սակայն շատ կարևոր է տրանսֆերի մեկնաբանության ընդունած ձևը: Եթե այն կառուցված է այնպես, որ հիվանդը կարծես ամեն ինչ միայն երևակայում է «այստեղ և հիմա», ապա արհամարհվում է հիվանդի ընկալման իրադրական ճշմարտությունը, և հաճախ առաջանում են ծանրակշիռ մերժումներ և հիվանդություններ, որոնց հետևում է ագրեսիան: Հետո եթե դրանք մեկնաբանվում են որպես տպավորություններ, հին կլիշեի վերատպումներ, ապա ստացվում է Ա. Ֆրոյդի քննարկածի նման մի իրավիճակ: Նա ընդգծեց այն փաստը, որ «վերլուծողն ու հիվանդն իրական մարդիկ են՝ երկուսի չափահասության շնորհիվ հավասար կարգավիճակում, և գտնվում են իրական անձնական փոխհարաբերության մեջ», և հարց բարձրացրեց, թե «արդյոք մեր կողմից խնդրի այս կողմի երբեմն լիովին անտեսումը պատասխանատու չէ՞» հիվանդներից ոմանց ագրեսիվ հակազդումների համար, որոնք մենք վերագրում ենք տրանսֆերին (A. Freud, 1954a, էջ 618–619)»: Բալինտի կողմից արտեֆակտների նկարագրությունները, որպես հակազդմամբ ամրապնդված կրկնություններ, նույնպես թույլ չեն տալիս մեզ գոհ լինել մեր այսօրվա հարցադրումներից (Balint, 1968): Կարևորը ոչ միայն բուժման գործընթացի վրա իրական անձնական հարաբերությունների ներգործությունն է, այլև տրանսֆերի վրա վերլուծողի արտասովոր մեծ ազդեցությունն ընդունելը: Այլևս չի կարելի ժխտել, որ «մասնագիտական կեղծ բարեպաշտությունը», որը մեզ համար տեսանելի դարձրեց Ֆերենցին (Ferenczi, 1964 [1933]), նույնիսկ կարող է հանգեցնել տրանսֆերի ներոտիկ ձևափոխությունների: Ֆրոյդը ենթադրում էր, որ իրականության փսիխոտիկ, սխալ ընկալման հիմքում ընկած են որոշ պատմական (կենսագրական՝ հեղ.) ճշմարտություններ (Freud, 1937):

Կյանքի պատմության համար նշանակալից այս պատմական ճշմարտությունները լավագույն դեպքում կարելի է վերականգնել, իսկ ակտուալ ճշմարտությունները կարող են ցուցադրվել *ad oculos*, և դրանց ընդունմամբ ավելի պարզ է դառնում տրանսֆերի այն բաղադրիչը, որը խթանել կամ առաջացրել է վերլուծողը: Վախը, որ հիվանդի իրատեսական ընկալումների ընդունումը կարող է աղավաղել և անձանաչելի դարձնել տրանսֆերը, անհիմն է: Ընդհակառակը, խորագույն ճշմարտությունները կարող են քննարկվել հիվանդի շնորհիվ: Եթե շրջանակի իրատեսական ընկալումներն ընդունվում են որպես այդպիսիք, այսինքն՝ պարզաբանման տեխնիկայում մեկնաբանվում են որոշ ինքնություն տարրեր, ապա այս շրջանակը ոչնչով չի տարբերվում այն դեպքից, երբ մենք ելնում ենք օրվա տպավորություններից և դրանց լրջորեն ենք վերաբերում: Վերլուծողն իր անձնական կյանքից ոչինչ չի բացահայտում, չի անում ոչ մի խոստովանություն: Մթնոլորտը փոխվում է հիմնովին, երբ հնարավոր ենք համարում, որ հիվանդի դիտարկումները «այստեղ և հիմա» բժշկի աշխատասենյակում կարող են բացարձակ ճշգրիտ լինել (համեմատիր Heimann, 1970, Thomä,

1981): Ըստ Գիլի (Gill, 1984)՝ կասկածի դեպքում հարկ է ենթադրել հիվանդի դիտարկումների առնվազն ճշմարտանման լինելը՝ մասնավորապես հետևյալ հիմունքներից ելնելով. ոչ ոք ի վիճակի չէ հայտարարել, որ ինքը հասել է ինքնաձանաչման կամ ունակ է կարգավորել իր անգիտակցականի գործունեությունը: Դրա համար պետք է պատրաստ լինել այն բանին, որ հիվանդները կարող են նկատել այն, ինչը վրիպել է մեր ուշադրությունից: Ցանկացած վեճ այն բանի շուրջ, թե ով է ճիշտ, կհանգեցնի «ad personam»՝ անձնական նկատողությունների անցանկալիությանը: Այս իրավիճակում հոգեվերլուծողն ինքնատիրապետման լավ օրինակ չի ծառայել և պատրաստակամություն չի հայտնել մեկ ուրիշի քննադատական կարծիքը ընդունել որպես սկզբնակետ՝ սեփական ինքնաքննադատական կշռադատումների համար: Գիլի և Հոֆմանի (Gill u. Hoffman, 1982) հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ կարելի է համակարգված կերպով հետազոտել վերլուծողի ազդեցությունը տրանսֆերի ընդունած ձևի վրա:

Հայելային մաքուր արտապատկերման գաղափարից անհրաժեշտ է հրաժարվել ոչ միայն նրա համար, որ այն անհասանելի է և ձանաչողական տեսակետից, կարող է հանգեցնել միայն խառնաշփոթի: Հոգեվերլուծական տեսանկյունից նույնիսկ թերապևտիկ առումով, վնասակար կլինի ձգտել այդ պատրանքին, քանի որ հիվանդի մոտ իր հարցերի մաքուր հայելային արտապատկերումը կարող է մերժման ապրումներ առաջ բերել: Երբեմն միայն հիվանդների երևակայության արդյունքը չէ այն, որ իրանց դիտարկումները կամ հարցերը առնվազն անհետաքրքիր են (եթե ոչ ավելի վատ) (տե՛ս նաև բաժին 7.4): Հարցերի հայելային արտապատկերումը ընկալվում է որպես խուսափում, և կարևոր ճշմարտությունները շրջանցվում են: Այս հակազդմանը տրամադրված հիվանդները ապրում են վնասակար ռեգրեսիա, որի ժամանակ նույնիսկ ձևափոխվում են պատմական ճշմարտությունները, քանի որ աղավաղվում են այսօրվա իրատեսական ընկալումները, և չնայած թվում է, թե հիվանդն ասում է այն, ինչ միտքն է գալիս, նա անգիտակցաբար խուսափում է վերլուծողի համար զգայուն թեմաներից, որոնք ինքը նախազիտակցորեն արձանագրել է: Հաճախ դա ֆանտազիա չէ, և ոչ էլ տրանսֆերենտ զգացմունք. հիվանդն զգում է այս կամ այն հարցի կամ դիտարկման անցանկալիությունը: Հաճախ իրոք նրա քննադատական և իրատեսական դիտարկումներն անցանկալի են: Հնարավոր չէ նորմալ աշխատել այս խնդիրների հետ, երբ սեփական նարցիսիզմը խոչընդոտում է ընդունել իրատեսական դիտարկումների ճշմարտացիությունը: Եթե մյուս կողմից մենք ձգտում ենք մեր մեթոդը հիմնել իրադրական իրականությունների և տրանսֆերի գործընթացում դրանց ունեցած ազդեցության վրա, ի հայտ են գալիս էական փոփոխություններ, որոնք կարող են ազդել ոչ միայն ընդհանուր մթնոլորտի վրա, այլև հեշտացնել թերապևտիկ տեսանկյունից ազդեցիկ հարաբերությունների հաստատումը, քանի որ «այստեղ և հիմա» նոր փորձառություն է ձեռք բերվում, և այն հակադրվում է տրանսֆերի սպասումներին: Պարզ է, որ Ֆրոյդի վերոհիշյալ ցուցումը,

ըստ որի թերապիայում կոնֆլիկտները բարձրացվում են ամենաբարձր մակարդակների և այնուհետև վերացվում, ստանում է որոշակի կարևոր իմաստ: Վերլուծողի կողմից իրատեսական ընկալումների ընդունումը հիվանդին հնարավորություն է տալիս ավարտել հոգեկան ակտերը և սուբյեկտ/օբյեկտի հետ համաձայնության գալ, ինչը օբյեկտային հարաբերությունների ձևավորման ու Ես-ի վերագտնման ամենակարևոր նախադրյալներից մեկն է: Այս կերպ հոգեկան ակտերը վերահսկելու ունակությունը բնութագրում է իսկական, թերապևտիկ տեսանկյունից ներգործուն ապումները վերլուծական շրջանակում:

Նոր «արհեստական ներոգի» (Ֆրոյդն այն անվանել է տրանսֆերի ներոգ) վրա անբարենպաստ ազդեցություն է գործում այն, որ հոգեվերլուծողի մեկնաբանությունները շրջանցում են այսօրվա իրական ընկալումները կամ դրանք վերագրում են աղավաղումներին: Այն, ինչ մենք տեսնում ենք այստեղ, ոչ այլ ինչ է, քան ոտնահարել Ֆրոյդի համար այդքան կարևոր ճշմարտասիրությունը, որ նա ձգտում էր կիրարկել՝ ընդունելով իրականությունը (1937c, էջ 248): Բայց հենց այն խնդիրը, թե վերլուծողն ինչպես է ընդունում հիվանդի իրատեսական ընկալումները, մինչ օրս չի լուծվել ոչ մի բուժման մեթոդի զարգացմամբ: Ինչպես որ փսիխոտիկ գործընթացների հիմքում ընկած են պատմական ճշմարտությունների ժխտումը, նույնպես և տրանսֆերի քառտիկ ներոգները և նույնիսկ տրանսֆերի փսիխոզները կարող են ծագել նրանից, որ ակտուալ ճշմարտությունները չեն ընդունվում: Իրական ընկալումների անվերջ, անգիտակցաբար արձանագրվող մերժումները հոգեվերլուծության տեսության համաձայն միանգամից կարող են առաջացնել իրականության ընկալման մասնակի կորուստ: Հետևաբար, գրեթե անկասկած է, որ վերլուծողի կողմից տրանսֆերի ներոգի ձևավորման եղանակը վճռորոշ է նաև բուժման արդյունքի համար և տրանսֆերի քիչ թե շատ բարդ լուծման համար:

Տրանսֆերի լուծման հիմնարար և մասնավոր դեպքերի սահմաններից դուրս եկող դժվարությունները հավանաբար կապված են այն բանի հետ, որ թերապևտիկ երկանձնային դեմ առ դեմ հարաբերության ազդեցությունները ավելի քան թերագնահատվում են:

2.8 «Այստեղ և հիմա»-ն՝ նոր ընկալմամբ

Մենք փորձեցինք ցույց տալ, որ վերլուծական շրջանակը ներառում է բարդ գործընթացներ, որոնք ազդում են երկու մասնակիցների վրա, հետևաբար մեթոդական տեսանկյունից դժվար է համակարգված հետազոտություններ կատարել: Թե ինչպես են իրական անձը, նրա հակատրանսֆերը, վերլուծողի տեսություններն ու քողարկված մարդաբանությունն ազդում հիվանդի վրա, ամբողջությամբ չի կարելի ըմբռնել ոչ կլինիկորեն, ոչ էլ տեսականորեն: Ահա թե ինչու է ժամանակ առ ժամանակ առաջանում

բնորոշ դիլեման: Չի կարելի օգտագործել բարդ իրական անձին որպես բուժման տեխնիկայում օգտագործվող գործիք, բայց, մյուս կողմից, «այստեղ և հիմա»-ի մի հատվածի հետազոտությունը չի նվազեցնում շրջանակի բարդությունը: Շրջանակի բարդությունը վարպետության փորձաքարն է:

Գիլի և Հոֆմանի (Gill և Hoffman, 1982) քանակական և որակական ուսումնասիրությունները կենտրոնանում են տրանսֆերի դեմ դիմադրության թեմայի վրա, ներառյալ՝ «այստեղ և հիմա» այդ դիմադրության և դրա փոփոխման գործում վերլուծողի ունեցած մասնակցության վրա: Տրանսֆերի դեմ այդ դիմադրության երկու դրույթները հարկ է շեշտել հավասարապես: «Այստեղ և հիմա»-ն ինքնին հասկանալի է, քանի որ թերապևտիկ փոփոխությունն ի կատար է ածվում միայն ներկայիս որոշակի պահի: Դիմադրության, ինչպես և տրանսֆերի ծագումը Գիլն ու Հոֆմանը տեսությունում, իհարկե՝ մասամբ, վերագրում են նաև անցյալին, սակայն նրանք շեշտում են նաև դիմադրության իրադրական, ակտուալ ծագումնաբանական հարցերը: Նրանք ավելի քիչ նշանակություն են վերագրում վերականգնողական բացատրությանը՝ բերելով հետևյալ փաստարկումը. հոգեվերլուծական տեխնիկայում անտեսվում է հիվանդի տրանսֆերի և դիմադրության համար վերլուծողի տրամադրած աջակցությունը: Տրանսֆերի ծագումնաբանության վերականգնումը նույնպես պետք է բխի «այստեղ և հիմա»-ի շրջանակից: Մեր կարծիքով՝ ներդրող, հոգեմարմնական և պսիխոտիկ հիվանդությունների վաղ դետերմինանտներին կարելի է հասնել՝ կիրառելով ազդու թերապևտիկ և համոզիչ տեսական մեթոդներ, եթե մշտապես, նույնիսկ վերականգնելով պատճառական կապերը, սկսենք այն գործոններից, որոնք «այստեղ և հիմա» նպաստում են այդ վիճակին: Սա է դրված Գիլի և Հոֆմանի տեսության հիմքում: Ուշադրության արժանի է այն փաստը, որ «այստեղ և հիմա»-ն՝ որպես թերապևտիկ հիմնական բեկման կետ, միայն մեր օրերում ստացավ իրեն արժանի առաջատար դիրք: Տրանսֆերի հասկացության միաժամանակյա ընդլայնումը, որ շատ վերլուծողներ ընկալում են իբրև հիվանդի ընդգրկումն օբյեկտային հարաբերություն վերլուծողի հետ, արդեն նկարագրել ենք 2.5 գլխում՝ որպես արմատական փոփոխման նշան: Հիշողությունների վերակենդանացումն ու հետադարձ հայացքով քննությունը միշտ ծառայել են այս օբյեկտային հարաբերությունների լուծմանը՝ ապագայի համար հեռանկարներ ստեղծելու նպատակով: Թեև տրանսֆերի ավանդական հասկացությունում գերակշռել է կրկնությունը, մենք ուզում ենք Ֆրոյդի աշխատությունից երկու տպավորիչ մեջբերումներ անել, որոնց թերապևտիկ և տեսական ներուժը հասկանալի է դառնում միայն այժմ: Հիշողություններում, կրկնություններում և վերամշակումներում» (1914g, էջ 154) կարդում ենք.

«Տրանսֆերը հիվանդության և կյանքի միջև մի չեզոք գոտի է ստեղծում, որի միջոցով ի կատար է ածվում անցումը առաջինից դեպի երկրորդը: Նոր վիճակն իր վրա է վերցնում հիվանդության բոլոր բնորոշ գծերը,

բայց սա արդեն արհեստական հիվանդություն է, որն ամենուրեք ենթակա է մեր միջամտություններին» (Freud, 1914, էջ 154):

Իսկ «Հոգեվերլուծության ներածության դասախոսություններում» կարողում ենք.

«Բուժման սկիզբը վերջ չի դնում այդ զարգացմանը, բայց եթե բուժումը հենց նոր է սկսել ազդել հիվանդի վրա, ապա պարզվում է, որ հիվանդության ընդհանուր վերարտադրությունը ուղղված է մի կետի, այսինքն՝ բժշկի հանդեպ նրա ունեցած վերաբերմունքին: Տրանսֆերը կարելի է համեմատել ծառի փայտի և կեղևի միջև գտնվող կամբիումի շերտի հետ, որից առաջանում են բնի հյուսվածքները և հաստացնում են բունը: Եթե տրանսֆերը հասել է այդպիսի նշանակության, ապա հիվանդի հիշողությունների հետ տարվող աշխատանքը ուղղվում է դեպի նրա անցյալը: Սխալված չենք լինի, եթե ասենք, որ մեզ ավելի շատ հետաքրքրում է ոչ թե հիվանդի ավելի վաղ ունեցած հիվանդությունը, այլ մի նորաստեղծ և այլաձև ներոգ, որը փոխարինում է նախորդին» (1916/17, էջ 444):

Զարմանալի չէ, որ այս համեմատության հսկայական հետևանքները շփոթության են մատնում հոգեվերլուծողներին: Եթե այդ մակդիրների բովանդակությունը կիրառենք պրակտիկայում և տրանսֆերը դիտենք որպես կամբիում, այսինքն՝ շերտ, որն ունակ է կիսվել ամբողջ կյանքի ընթացքում, ապա տրանսֆերի աճը և բազմացումը իր բոլոր ձևերով և բովանդակություններով մնում են վերլուծողի ազդեցությունից կախված մեծություն: Փաստորեն, թերապևտիկ պրակտիկայում բոլոր վերլուծողները ելնում են ներկայից, որ տեղի է ունենում «այստեղ և հիմա»: Նրանք ստեղծում են կամ վերստեղծում, մեկնաբանում են անցյալը այսօրվա ձեռքբերումների լույսի ներքո: Մենք վերակառուցում ենք տրանսֆերի այն բաղադրիչը, որի ծագումնաբանությունը ենթադրաբար անցյալին է պատկանում՝ ելնելով հենց «այստեղ և հիմա» սկզբունքից:

Քանի որ մարդը մանկությունից սկսած կապված է շրջապատի հետ, մենք հոգեվերլուծական եղանակներով օբյեկտներ ենք գտնում նույնիսկ նարցիսիստական ֆանտազիաներում (դրանք կարող են լինել նաև Կոհութի Ես-օբյեկտները՝ ամբողջապես անգիտակցական աստիճանում). տրանսֆերը չի կարող լինել ոչ այլ ինչ, քան օբյեկտային հարաբերություն: Նախկինում այսպիսի տարրական ճշմարտությունների շուրջ աղմուկ չէր բարձրացվում (տե՛ս Sterba, 1936 և բաժին 2.5): Նույնիսկ Նաբերգը, որը վերլուծական միջավայր ասելով հասկանում էր հիվանդի հիպնոտիկ կապվածությունը բժշկի հետ, այնուամենայնիվ, տրանսֆերին արժանին մատուցեց՝ անվանելով այն ինքնություն (ավտոնոմ) օբյեկտային հարաբերություն:

«Այնքան ժամանակ, քանի դեռ տրանսֆերի մեջ ցանկություններն ու մղումներն ուղղվում են դեպի արտաքին աշխարհի օբյեկտները, տրանսֆերն անկախ է կրկնությունից: Սկեռնոն կրկնությունը մատնանշում է անցյալը, իսկ տրանսֆերն՝ ակտուալությունը, իրականությունը և այդ պատճառով, որոշ իմաստով, նաև ապագան» (Nunberg, 1953 էջ 5):

Վերլուծողի մասնակցությունը տրանսֆերին վերջինիս հաղորդում է գործընթացային որակներ: Տրանսֆերի թե՛ ծագումնաբանությունում, թե՛ ընթացքում վերլուծական շրջանակի դրսևորող և նորացնող հանգամանքներին անհրաժեշտ է նույնիսկ էլ ավելի լուրջ վերաբերել, քան անցյալին և անցյալի մասնակի կրկնությանը, քանի որ փոփոխության և դրա հետ մեկտեղ նաև հիվանդի և հիվանդության ապագա զարգացման հնարավորությունները միայն ներկային են պատկանում: Հոգեվերլուծության թերապևտիկ գործընթացների ընդլայնված ձևանմուշի դեպքում վերջերս կենտրոնական տեղ է գրավում Գիլի կողմից արձանագրված խնդրի լուծումը.

«Ինչքան էլ էական լինի վերլուծողի տեխնիկական ու անձնական դերերի տարբերակումը, ես կարծում եմ, որ այդ տարբերակումը կատարելապես վերացնելու այսօրվա միտումը առավել հիմնավոր խնդիրներից մեկի դրսևորումն է, այն է՝ վերլուծողի իրական վարքի, հիվանդի իրատեսական հարաբերությունների և դրանք տեխնիկայում հաշվի առնելու եղանակների ըմբռնման բացակայությունը» (Gill, 1986, էջ 106):

Այժմ վերակառուցումն այն է, ինչ այն մշտապես եղել է պրակտիկայում՝ նպատակին հասնելու միջոց: Հոգեվերլուծական գործընթացի նպատակին տրանսֆերի հետ աշխատանքի հարմարեցումը՝ կառուցվածքային փոփոխություններով և դրանց հետ տրամաբանորեն կապված ախտանիշային փոփոխություններով, այդ փաստարկման *sine qua non* (անհրաժեշտ) պայմանն է: Հիվանդի ազդեցությունը կասկածելի է դարձնում մեր եզրակացությունների օբյեկտիվությունը (Freud, 1916/17, էջ 452), բայց այդ կասկածը կարելի է ցրել: Ֆրոյդը թերապևտիկ արդյունավետությունը մեկնաբանում էր որպես իր տեսական ենթադրությունների ճշմարտացիության ապացույց: Երբ հաջողվում է հաղթահարել դիմադրությունը, ապա ախտանշանի փոփոխությունը անհրաժեշտաբար և փորձնականորեն ստուգվող արդյունք է, որը դուրս է ապրումների սահմաններից և վկայում է ուղղակի սուբյեկտիվ ճշմարտության մասին: Դա հոգեվերլուծական գործընթացի երկու մասնակիցների հայտնագործումն է: Տեսականորեն հիմնավորվող փոփոխման ամկայությամբ հոգեվերլուծական ազդեցությունը արդարացվում է հատկապես այն ժամանակ, երբ ազդեցությունն ինքն է դառնում ռեֆլեքսիայի և մեկնաբանության առարկա: Մեկնաբանության միջսուբյեկտային գործընթացում, որը վերաբերում է հիվանդի մոտ ամկա տվյալների հիման վրա վերլուծողի կողմից ենթադրվող գիտակցված և անգիտակցական «սպասումներին» (Freud, 1916–17, էջ 470), չի կարելի սկզբունքորեն անտեսել այդ ազդեցությունը: Իբրև նպատակաուղղված մտադրություն այն յուրաքանչյուր թերապևտիկ միջամտության բաղադրիչ է: Եթե վերլուծողը սկզբից և եթե նպաստում է տրանսֆերին՝ գիտակցելով, որ իր գործառույթը հանդես է գալիս որպես նոր սուբյեկտ-օբյեկտ, ապա առաջանում են հոգեվերլուծության թերապևտիկ հարացույցի էական խորացում և ընդարձակում, որն այժմ լիարժեք թափ է ստացել: Գրյունբաումի և Էդելսոնի (Grünbaum, 1982

ս. Edelson, 1983) միջև բանավեճը ցույց է տալիս, որ դեռևս շատ չլուծված տեսական խնդիրներ կան:

Հոգեվերլուծական տեխնիկայում միջսուբյեկտիվությանը և երկու անձի հոգեբանությանն արժանին մատուցելու համար անհրաժեշտ է ելնել ավանդական օբյեկտային հարաբերություններից, ինչպես նաև մղումների լիցքաթափման մոդելից: Մարդու համար էական բոլոր օբյեկտներն առաջանում են միջսուբյեկտային միջավայրում, որն աղավաղվում է կենսական բավարարվածության պատճառով (vital pleasures – G. Klein, 1969), սակայն դրանք չի կարելի կապել մղման լիցքաթափման մոդելի հետ: Գրինբերգը և Միտչելը (Greenberg ս. Mitchell 1983) իրենց գերազանց հետազոտությունում ցույց տվեցին, որ մղում/կառուցվածք մոդելը և հարաբերություն/կառուցվածք մոդելը անհամատեղելի են: Այդ պատճառով նոր ուղիներ են փնտրվում՝ դրանք նոր մակարդակում ինտեգրելու համար:

Այստեղ քննարկված հիմնական տեսակետները մենք կգործածենք 4-րդ գլխում տրանսֆերի և դիմադրության բնորոշ ձևերի նկարագրության մեջ, որտեղ նաև կքննարկենք տարբեր դպրոցներին հատուկ գծերը, ապա դրանք կօգտագործենք հոգեվերլուծական գործընթացը (գլուխ 9) և տրանսֆերի մեկնաբանումը (բաժին 8.4) լավ հասկանալու համար: Զուտ տեսական նկատառումներից ելնելով՝ կարելի է եզրակացնել, որ առնվազն այսպես կոչված «անառարկելի տրանսֆերը» ամենևին էլ լուծելի չէ, սակայն միայն նորագույն հետազոտություններում փորձնականորեն ապացուցվել է, թե որքան մեծ է գործընթացի արդյունքի կախվածությունը այդ գործընթացի մեկնարկից՝ տրանսֆերի հետ աշխատանքի եղանակից:

3. ՀԱԿԱՏՐԱՆՍՖԵՐ

3.1 Հակատրանսֆեր. հոգեվերլուծության «Մոխրոտիկը»

Դեռևս հակատրանսֆերի նոր հայտնաբերման ժամանակ Ֆրոյդն (1910d) այն դիտարկում էր հիվանդի տրանսֆերի հետ դիմամիկ փոխկապակցության մեջ. հակատրանսֆերն առաջանում է «[բժշկի] նրա մոտ՝ նրա անգիտակցական զգացմունքների վրա հիվանդի ունեցած ազդեցության արդյունքում»: Ֆրոյդն ընդգծում էր, որ «յուրաքանչյուր հոգեվերլուծող չի կարող անել ավելին, քան թույլ են տալիս սեփական բարդությոները և ներքին դիմադրությունները» (1910d, էջ 145): Հետևաբար, հոգեվերլուծողը ևս խիստ կարիք ունի ուսուցողական վերլուծության ենթարկվելու, որպեսզի կարողանա ազատվել իր «կույր բծերից»:

Քանի որ բուժման տեխնիկայի վերաբերյալ Ֆրոյդի առաջարկությունները, որոնք արտահայտվում էին այնպիսի դիպուկ փոխհարաբերություններով, ինչպիսիք են՝ «արտացոլել հայելու նման», «գործել ինչպես սառնարյուն վիրաբույժ» և այլն, ընկալվեցին բառացիորեն, և հակատրանսֆերը տասնամյակներ շարունակ բացասական իմաստ էր կրում: Հոգեվերլուծության հիմնադիրը ստիպված էր մեծապես կարևորել նաև «հոգեվերլուծական մաքրագործումը» (1912, էջ 116), որի նպատակն է հիվանդին ընկալել առանց նախապաշարումների և գնահատականների: Սրա համար նա ուներ երկու հիմք.

1. Միայն օգտագործման պատճառով հոգեվերլուծական մեթոդներին սպառնացող վտանգ
2. Գիտական հիմքեր:

Սակայն դառնությամբ էին համակերպվում այն փաստի հետ, որ հակատրանսֆերի աղավաղող ազդեցությունը հաղթահարելուց (իդեալական պայմաններում՝ նույնիսկ բացառելուց) հետո վերլուծողի անձի ազդեցությունը անխուսափելի է (Freud, 1926e, էջ 220): Ֆրոյդը կարողանում էր հուսադրվել նրանով, որ «անձի ազդեցությունը» անխուսափելի է նույնիսկ աստղագիտության մեջ, որտեղ և այն հայտնաբերվել էր որպես գործոն: *(Ֆրոյդը գիտեր, որ այս հասկացությունը ծագել է աստղագիտությունից: Հայտնի դեպքը, որը բերեց «անձի ազդեցության» հայտնաբերմանը, վերագրվում էր աստղագետներ Մասկելինին և Քինեբրուկին: Մասկելինը 1796թ. աշխարանքից հեռացրեց իր օգնականին, քանի որ վերջինս մշտապես աստղերի երևալը ավելի քան 0,5 վայրկյան ուշ էր գրանցում, քան Մասկելինն ինքը: Նա չէր կարող անգամ պարկերացնել, որ դիպողը՝ նույնքան ուշադիր, միննույն մեթոդներով գինված լինելով, կարող էր կանոնավոր կերպով գրանցել տարբեր ժամանակներ: Եվ միայն 26 տարի անց Բեսելը (Bessel) ապացուցեց, որ այդպիսի բան հնարավոր է՝ այս կերպ լուծելով այդ հակասությունը, և նպաստեց որոշ ժամանակ անց Քինեբրուկի հեղինակության վերականգնմանը: Ինչպես գրում էին*

Ռասսելը (Russel, 1945 թ.) և ուրիշներ, «այս անձնային ազդեցությունն այժմ էլ մնում է իբրև չափազանց փանջալից մի սխալ, քանի որ այն փոփոխվում է ոչ միայն դիպրոդի ֆիզիկական վիճակից, այլև օբյեկտի բնույթից ու պայծառությունից կախված») Ֆրոյդը հույս ուներ, որ ուսուցողական վերլուծությունը կհանգեցնի «անձի ազդեցության» այնպիսի ընդարձակ միատարրության և հավասարակշռության, որ վերլուծողները կկարողանան համաձայնության գալ (Freud, 1926e, էջ 220):

Այս պատճառները նպաստեցին, որ «տրանսֆեր» և «հակատրանսֆեր» եզրերի զարգացման պատմությունն ընթանա տարբեր ուղիներով: Շուտով հանգեցին այն եզրակացությանը, որ «մենք գործ ունենք հարաբերությունների մի համակարգի հետ, որի դեպքում մի գործոնը մյուսի ֆունկցիան է» (Loch, 1965a, էջ 15): Նեյրոն (Nejraut, 1974) նույնպես եկավ նույն եզրակացությանը իր Le Transfert («Տրանսֆեր») հետազոտության մեջ: Քեմպերը (Kemper, 1969) տրանսֆերն ու հակատրանսֆերը դիտում էր իբրև «գործառնական միասնություն»: Իսկ Ֆլիսը (Fliess, 1953) դեռևս շատ վաղուց հանգել էր նրան, որ տրանսֆերի մի շարք երևույթներ դիտում էր իբրև հակազդեցություն վերլուծողի հակատրանսֆերին: Այդ փոխազդեցությունն ընդգծում էր նաև Մյոլլերը (Moeller, 1977):

Եթե տրանսֆերը կարճ ժամանակահատվածում գլխավոր խոչընդոտ լինելուց վերածվեց ամենահզոր բուժող միջոցի, հակատրանսֆերը դեռևս 40 տարի պահպանեց իր բացասական կերպարը: Այն հակադրվում էր վաղուց ընդունված գիտական գաղափարին, որին հավատարիմ էր Ֆրոյդը՝ կարևոր համարելով այն թե՛ սեփական համոզմունքներից ելնելով, թե՛ հանուն իր հակասական մեթոդի հեղինակության: Գիտության պատմության մեջ հայելային համամանությունը կարելի է տեսնել նաև Ֆրենսիս Բեկոնի կուռքերի մասին տեսությունում (Francis Bacon, 1960, [1620]), որտեղ այս համամանությունը կապված է օբյեկտիվության հասկացության հետ, իսկ ավելի ձիշտ՝ իրական բնույթը երևան է գալիս բոլոր սուբյեկտիվ տարրերը բացառելուց և դիտողի արտացոլող հայելին մաքրագործելուց հետո: Դա առաջադրում էր հակատրանսֆերից, այսինքն՝ հայելու կույր բծերից և այլ թերություններից ազատվելու պահանջ: Սեփական ներքոտիկ կոնֆլիկտները և հատկապես հակատրանսֆերի մեջ հիվանդի նկատմամբ դրանց արտահայտումը հաղթահարելու պահանջը հանգեցրեց սեփական զգացմունքների հանդեպ վերլուծողների բացահայտ ֆոբիկ վերաբերմունքի:

Ֆրոյդն իր խորհուրդներն ուղղում է հատկապես երիտասարդ և հավակնոտ հոգեվերլուծողին, որը սկսում է բուժել ոչ թե ներշնչման, այլ հենց իսկական հոգեվերլուծության միջոցով: Նա նաև զգուշացնում է հնարավորին չափ խուսափել սեփական անհատականությունից, թեև գայթակղությունն, անշուշտ, շատ մեծ է:

«Կարելի էր ենթադրել, որ գոյություն ունեցող դիմադրությունները հաղթահարելու համար միանգամից թույլատրելի է և անգամ նպատակահարմար, եթե բժիշկը նրան (հիվանդին) ծանոթացնում է իր իսկ հոգեկան

արատներին և կոնֆլիկտներին, պատմում ինտիմ դեպքեր իր կյանքից՝ դրանով հասնելով հավասար դիրքերի: Չէ՞ որ վստահությունն այնպիսի բան է, որ եթե ուրիշից մտերմություն ես պահանջում, ապա դու էլ պետք է պատրաստ լինես նույնն անելուն: Սակայն հոգեվերլուծության փորձը չի խոսում նման հուզական տեխնիկայի օգտին: Դժվար չէ նաև նկատել, որ դա ավելի է հեռացնում հոգեվերլուծության հիմունքներից և մոտեցնում ներշնչանքի բուժման տեխնիկային: Դա արագ և հեշտությամբ հիվանդին մղում է ասել այն, ինչ նա գիտեր, սակայն դեռևս թաքցնում էր պայմանական դիմադրության պատճառով: Սակայն այս տեխնիկան չի օգնում բացահայտել հիվանդի անգիտակցականը, այլ նրան նույնիսկ ավելի անընդունակ է դարձնում հաղթահարել սեփական խորը դիմադրությունները, իսկ առավել դժվար դեպքերում կարող է ընդհանրապես ձախողվել, քանի որ կարող է գրգռել հիվանդի ազատությունը, որն ուզում է գլխիվայր շրջել շրջանակը և գտնում է, որ բժշկին վերլուծելը ավելի հետաքրքրական է, քան իրեն: Տրանսֆերի լուծումը որպես բուժման կարևորագույն խնդիր նաև դժվարանում է բժշկի ինտիմ վերաբերմունքի պատճառով այնպես, որ սկզբում ձեռք բերվածը վերջիվերջո վերածվում է նույնի հակապատկերին: Այդ պատճառով չեմ խուսափում անտարակույս ասել, որ բուժման այս միջոցը միանգամայն սխալ է: Բժիշկը պետք է անթափանց լինի իր հիվանդի համար և հայելու նման ցույց չտա ավելին, քան ցույց է տրվում իրեն: Անշուշտ, պրակտիկայում ոչինչ չի կարելի ասել այն բանի դեմ, որ հոգեվերլուծողը վերլուծության մի մասը փոխարինի ներշնչմամբ՝ կարճ ժամանակահատվածում նշանակալի արդյունք ստանալու նպատակով, սակայն հիրավի նրանից պետք է պահանջել, որ կասկածներ չունենա իր ասածի ճշմարտացիության մասին և գիտակցի, որ իր մեթոդը զուտ հոգեվերլուծություն չէ» (Z. Freud, 1912, էջ 117–118):

Այն, ինչի իրավունք ունի հոգեթերապևտը, իսկ վերլուծողը՝ ոչ, այն, ինչի շնորհիվ տարբերվում են հոգեթերապիան և հոգեվերլուծությունը, այսօր էլ պահպանում է իր նշանակությունը, և այդ տարբերությունները բացահայտելու ամենապարզ եղանակը կանոնների համաձայն գործելն է: Ազդեցությունների ողջ համալիրը սկսեցին կապել հակատրանսֆերի հետ, ինչը խոշոր տեսական և գործնական խնդիր է առաջ բերում: Հետևաբար, հակատրանսֆերի հանդեպ վախը միայն անձնական հարց չէ. վերլուծողի մասնագիտական պատասխանատվության զգացումը պահանջում է խուսափել հակատրանսֆերի անբարենպաստ ազդեցություններից: Հակատրանսֆերը հոգեվերլուծական տեխնիկայի Մոխրոտիկն էր, սակայն նրա մոտ կարելի է նկատել այլ հատկանիշներ ևս, բայց միայն արքայադուստր դառնալուց հետո: Թերևս, նրա պաշտոնական ճանաչումից դեռ շատ առաջ գոյություն ուներ նրա թաքնված գեղեցկության մասին մի նախագիտակցական զգացում: Բայց այդ շուկներին ոչ ոք ուշադրություն չէր դարձնում: Ահա թե ինչու փոխակերպումը կարծես տեղի ունեցավ մի գիշերվա ընթացքում: Հիացմունքը, որ կա այժմ արքայադուստր հանդեպ, թույլ է տալիս ենթադրել, որ շատ հոգեվերլուծողներ իրենց անմիջապես ազատագրված զգացին ճիշտ այնպես, ինչպես Կոհուտի (Kohut) նարցիսիզմի փայլուն վերականգնումից հետո: Հակատրանսֆերից այդպես ֆոբիկ կերպով

խուսափելու ուժգնությունը կարելի է հասկանալ այն փաստից, որ Ֆրոյդի կողմից հակաորանսաֆերի հայտնաբերումից (1910d, էջ 144) միայն 30–40 տարի անց այս թեման մեկնաբանվեց շնորհիվ Ա. և Մ. Բալինսոնների (Balint, 1939), Բերմանի (Berman, 1949), Վիննիկոտի (Winnicott, 1949), Ա. Ռայխի (A. Reich, 1951), Կոհենի (Cohen, 1952), Գիտելսոնի (Gitelson, 1952) և Լիթլի (Little, 1954) հրապարակումների: Առանձնահատուկ էր Հայմանի ներդրումը (Heimann 1950), որը հետագայում սկսեց դիտվել իբրև բեկման կետ. մենք այդ հրապարակումը մանրամասն կքննարկենք քիչ ավելի ուշ:

Այս հասկացության պատմությունը ցույց է տալիս (Orr, 1954, Tower, 1956), որ վերը նշված հրապարակումները դեռևս 50–ական թվականներին իրենց նախորդներն ունեին:

Թե ինչպես էին հակաորանսաֆերի դրական կողմերը մույթ մնում, կարելի է տեսնել Դոյչի (Deutsch, 1926) հոդվածներից մեկում. սրան Օրրը (Orr, 1954) չէր անդրադարձել իր այլապես լիարժեք ուսմունքում: Դոյչը հրապարակեց իր դատողությունները հակաորանսաֆերի և ապրումակցման միջև կապի մասին: Այդ գիծը շարունակեց Ռեչերը (Racher, 1968): Դոյչի հոդվածը կոչվում էր «Խորհրդավոր երևույթները հոգեվերլուծության մեջ»: Զարմանալի չէ, որ այս գաղափարները մնացել էին խավարում: Նշանակալի ազդեցություն չունեցան նաև Ֆերենցիի (Ferenci, 1964 [1919]), Շթերնի (Stern, 1924), Ֆերենցիի և Ռանկի (Ferenci, Rank, 1924), Ռայխի (Reich, 1933), Բալինսոնի (A. Balint, 1936) հրապարակումները:

Ֆենիխելը (Fenichel, 1941) համեմատաբար ավելի վաղ հաստատում էր, որ հակաորանսաֆերի հանդեպ վախը կարող է վերլուծողին հանգեցնել այն բանին, որ նա ճնշի ցանկացած բնական մարդկային զգացում իր հիվանդի հանդեպ հակազդեցության մեջ: Հիվանդները, որոնք նախկինում բուժվել էին այլ վերլուծողների մոտ, հաճախակի հիացնում էին հայտնում Ֆենիխելի ազատության և անբռնազբոսիկության վերաբերյալ: Նրանք միշտ հավատացել էին, որ վերլուծողը ինչ-որ առանձնահատուկ մի բան է, և դա նրան թույլ չի տալիս մարդկային լինել, մինչդեռ պետք է գերակշռեր հենց հակառակ տպավորությունը. հիվանդը պետք է միշտ վստահի իր վերլուծողի մարդկային գործոնին (Fenichel, 1941, էջ 74): Բերմանը (Berman, 1949) նույնպես ընդգծում է, որ հակաորանսաֆերի բացասական գնահատումը հանգեցրել է շտապողական, հակաթերապևտիկ վերաբերմունքի:

Լավագույն հուզական մթնոլորտն ի հայտ է գալիս, ինչպես նա է կարծում, այն կլինիկական դրվագներում, որոնք ցուցադրում են վերլուծողի հոգածության և անկեղծ հետաքրքրության առաջնային թերապևտիկ նշանակությունը: Հոգեվերլուծական գործընթացի այս կողմը, որի նկարագրությանը կնպաստեին շատ հայտնի վերլուծողների առաջարկած օրինակները, նախ և առաջ շարունակում է փոխանցվել անձնական և ոչ պաշտոնական եղանակով:

Բանավոր կերպով փոխանցվող այս հարուստ փորձը արգասաբեր չդարձավ, քանի որ Ֆրոյդի «հայելային» կանոնները ծեսի էին վերածվել:

Քանի որ մեր մասնագիտության յուրահատուկ դժվարությունները չեն փոխվում սերնդեսերունդ, ապա հասկանալի է, որ այս թեման հոգեվերլուծության պատմության մեջ գոյություն ունի արդեն մոտ 50 տարի և առաջնային է համարվում Միջազգային հոգեվերլուծական ասոցիացիայի հոգեվերլուծական բուժական տեխնիկայի թեմայով անցկացվող բոլոր ներկայացուցչական գիտաժողովներում: Կանոնավոր կերպով կրկնվում են Ֆրոյդի առաջարկած այնպիսի հասկացությունների մասին բանավեճերը, ինչպիսիք են բուժման տեխնիկայի վերաբերյալ տպավորիչ բնորոշումները՝ հայելային համանմանության, սառնասրտության, չեզոքության և ինկոգնիտոյի օրինակներով, քանի որ յուրաքանչյուր հոգեվերլուծող բարդ իրավիճակներում շարունակ ենթարկվում է բազմաթիվ նորանոր փորձությունների: Այդ պատճառով բարձր են գնահատվում այն բոլոր միջոցները, որոնք խոստանում են ապահովություն և հեշտ օգտագործում: Թեպետ հասկանալի է, որ վերլուծողները, հատկապես սկսնակները, բառացիորեն հետևում են Ֆրոյդին, սակայն դա չպետք է դիտել իբրև անխուսափելի կրկնություն, որը տեղի է ունենում հոգեվերլուծողների յուրաքանչյուր սերնդի մոտ, երբ նրանք դիմում են նրա բառերի բուն նշանակությանը՝ փոխանակ պատմական նշանակությանն ուշադրություն դարձնելու:

Թերապիայի հիմունքների հետագա պարզաբանումը նպաստեց նրան, որ հակատրանսֆերը երևա նոր լույսի ներքո: Այն փաստը, որ շատ հեղինակներ միայնացից անկախ միաժամանակ աշխատել են միևնույն ուղղությամբ, ցույց է տալիս, որ արդեն հիմնավոր փոփոխությունների ժամանակն է:

Հոգեվերլուծական տեխնիկան այդ ժամանակ թևակոխել էր իր զարգացման նոր փուլ (Balint, Tarachow, 1950): Մինչ այդ հիմնականում զբաղվում էին տրանսֆերի վերլուծությամբ, այսինքն՝ թերապևտիկ գործընթացի մեջ հիվանդի ունեցած ներդրմամբ: Իսկ այդ ժամանակ նոր սկսվող փուլում գործնական հետաքրքրության կենտրոն էր մղվել վերլուծողի մասնակցությունը մանավանդ նրա հակատրանսֆերի տեսակետից:

Այս կապակցությամբ օրինակելի ենք համարում Հայմանի հոդվածները (Heimann, 1950, 1960) հետևյալ պատճառներով.

1. Նրա առաջին գեկույցը նշում է բեկում դեպի ամբողջական ըմբռնում, որը վերլուծողի բոլոր զգացմունքները դիտում է իբրև հակատրանսֆեր իր հիվանդի հանդեպ:
2. Հայմանը, ինչպես ոչ ոք, ընդգծում էր հակատրանսֆերի դրական արժեքը իբրև ախտորոշման էական, օժանդակ միջոց և անգամ հոգեվերլուծական հետազոտման գործիք: Բացի այդ, նա հակատրանսֆերի առաջացումը վերագրում էր հիվանդին:
3. Դրանով հակատրանսֆերենտ զգացմունքներն ինչ-որ չափով անանձնականացվում էին: Ենթադրաբար դրանք առաջանում են վերլուծողի մոտ, սակայն *հիվանդի կողմից են դրդված*: Ինչքան կատարյալ է վերլուծողը բացվում հակատրանսֆերի համար, այնքան մեծ է հակատրանսֆերի դերը իբրև օժանդակ ախտորոշիչ միջոց: Հայմանը

հակատրանսֆերի *ծագումը* վերագրում էր հիվանդին, և դա Կլայնը անվանում է պրոյեկտիվ նույնացում:

4. Հայմանը ճանապարհ բացեց հակատրանսֆերի լիարժեք ըմբռնման համար, սակայն 1950 թվականից ի վեր հանդես եկավ բազմաթիվ քննադատական նկատողություններով՝ նրա «թյուրըմբռնման» առթիվ: Իր դիրքորոշման հետագա պարզաբանմանը նրան մղեցին Թոմեի (Thomä, 1967) կողմից կազմակերպված՝ մեկնաբանության գործընթացի ուսումնասիրություններին նվիրված բանավեճերը, որոնք տեղի ունեցան Հայդելբերգում և Ֆրանկֆուրտում: Դրան հետևեցին Հայմանի աշխատանքների հրապարակումները՝ նվիրված վերլուծողի ճանաչողական (կոգնիտիվ) գործընթացներին: (Heimann, 1969, 1977): Թեև նա վերջիվերջո այնքան հեռացավ իր այն դրույթից, որ հակատրանսֆերն առաջանում է հիվանդի կողմից, որ նույնիսկ ինքն էլ տարակուսանք հայտնեց, թե երբևէ նման պնդումներ է արել (1980 թ. օգոստոսի 3-ին Թոմեի հետ անձնական զրույցի ժամանակ), սակայն այդ գաղափարն արդեն իր ինքնուրույն զարգացումն էր ապրում:

Ճիշտ ենք համարում այստեղ հիշատակել նման անձնական հիշողություններ, քանի որ հոգեվերլուծողների մեծ մասը կոնֆլիկտներով լի ուսման գործընթաց է անցնում, որը ավելի ու ավելի է դժվարանում ուսուցողական վերլուծությունների շարունակական երկարաձգմանը զուգընթաց: Հայմանը սրա վառ օրինակն է: Իր վերջին հրապարակումներից մեկում միայն (1978թ.) նա արտահայտվեց հակատրանսֆերի թերապևտիկ արդյունավետության օգտին՝ չանդրադառնալով պրոյեկտիվ նույնացմանը և անկախ Կլայնի տեսությանը:

Հատուկ մանկաբարձական հմտություններ պահանջվեցին՝ այս «Մոլորոտիկին» ազատելու համար բնածին բացասական հատկանիշներից, որոնցով նրան սկզբից ևեթ օժտել էր Ֆրոյդը: Հասկացական փոփոխությունները հանգեցնում են վերլուծողների միջև խորը մասնագիտական և անձնական կոնֆլիկտների, որոնք կարող են մեղմացվել, եթե գտնվի Ֆրոյդի հետ մեկնաբանությամբ բացահայտվող կապը: Հայմանը միանգամայն հիմնավոր պատճառներ ուներ՝ թավշե ձեռնոցներով հակատրանսֆերին մոտենալու համար: Այսօր Կինգի (King, 1987) շնորհիվ գիտենք, որ Հոֆֆերն ու Կլայնը Հայմանին եռանդով խորհուրդ էին տալիս «Հակատրանսֆերի մասին» իր զեկուցումը (1950) չներկայացնել Ժնևի Միջազգային հոգեվերլուծական համաժողովին: Հասկանալի է, որ նա դիմել է սովորական խորամանկության՝ ասելով. «Իրականում Ֆրոյդը նույնպես այս երևույթը դիտում էր հենց այսպես կամ միշտ այսպես էր գործածում իր պրակտիկայում. նրան պարզապես ձիշտ չէին հասկացել»: Այսպիսով, Հայմանը (1950) դիվանագիտորեն մատնացույց արեց Ֆրոյդի՝ վիրաբույժի և հայելու համանմանության և հակատրանսֆերի մասին տեսակետների «թյուրըմբռնումը»: Վերջերս Ներենցը (Nerenz, 1983) ավելի հեռուն գնաց՝ պնդելով, որ Ֆրոյդին սխալ հասկանալուն նպաստել է մի «առասպել», որտեղ նրա կողմից

հակատրանսֆերի ընդգրկումն ընկալումը վերամեկնաբանվել է, և դրան է վերագրվել հասկացության՝ լայն տարածում ստացած բացասական հարանշանակությունը:

Այնինչ, դեռևս Ֆերենցին (Ferenci, 1964 [1919]) խոսում էր վերլուծողի հակատրանսֆերի նկատմամբ ցուցաբերվող դիմադրության մասին: Ֆերենցին նկարագրում էր հակատրանսֆերի 3 փուլ. 1-ին փուլում վերլուծողը կարողանում է հասնել «սեփական վարքում, խոսքում ամեն բանի և այն զգացմունքների վրա հսկողություն սահմանելուն, որոնք կարող էին բարդությունների առիթ հանդիսանալ»: 2-րդ փուլում նա ընկնում է «հակատրանսֆերի դեմ դիմադրության գիրկը», և նրան վտանգ է սպառնում դառնալ չափազանց կոշտ և վանող, որը դժվարացնում կամ անհնար է դարձնում տրանսֆերի առաջացումը: «Միայն այս փուլը հաղթահարելուց հետո է, որ մարդ հավանաբար հասնում է 3-րդ փուլին՝ վերահսկելով հակատրանսֆերը» (Ferenci, 1950 [1919, էջ 188]): Այս նույն հրապարակման մեջ Ֆերենցին վերլուծողի լավագույն դիրքը դիպուկ նկարագրում է իբրև «անընդհատ տատանում երևակայության ազատ խաղի և քննադատական, զննող հայացքի միջև (էջ 54)»: Ընթերցողը կապշի՝ Ֆերենցիի մոտ գտնվելով հետևյալ նախադասությունը. «Մյուս կողմից բժիշկը պետք է մանրամասն տրամաբանական քննության ենթարկի իր և իր հիվանդի կողմից տրամադրված, և իր գործողություններում և ասելիքներում նա իրավասու է բացառապես ղեկավարվել այդ մտավոր աշխատանքի արդյունքներով» (էջ 189):

Սրանից ելնելով՝ հասկանալի է, որ նույնիսկ Ֆերենցիի կողմից հակատրանսֆերի 3 փուլերի հաղթահարման նկարագրությունները չեն նվազեցնում այն հսկայական տագնապը, որը նա բնորոշում էր որպես սխալ վերաբերմունք: «Սխալ վերաբերմունքի» մասին աղոտ դիտարկումները ոչ մի կերպ չեն կարող ազդել ոչ վերլուծողից պահանջվող սեփական զգացմունքները վերահսկելու ունակության, ոչ էլ վերջինիս չափազանցված ձևի՝ հակատրանսֆերի դիմադրության վրա: Այլ կերպ ասած՝ եթե զգացմունքների վրա խիստ հսկողությունը ներմուծում ենք իբրև առաջին ուսուցողական փորձառություն, ապա բոլորովին էլ զարմանալի չէ, որ արդյունքում առաջանում և պահպանվում է «ավելորդ անհանգստությունը» նույնիսկ այն ժամանակ, երբ դրանից հարկ է ազատվել: Ամեն դեպքում հակատրանսֆերի նկարագրությունը Ֆերենցիի կողմից միայն նվազագույն դրական ազդեցություն է ունեցել նրա օգտագործման վրա: Հոգեվերլուծողները շատ տառաջիորեն էին հետևում բուժման տեխնիկայի վերաբերյալ Ֆրոյդի խորհուրդներին:

3.2 Հակատրանսֆերը նոր կերպարանքով

Մոխրոտիկի փոխակերպումը շողշողուն արքայադաստեր չէր կարելի ավելի կատարյալ նկարագրել, քան Հայմանի հետևյալ նախադասությամբ՝

իր խորհմաստ հետևություններով. «Վերլուծողի հակատրանսֆերը ոչ միայն վերլուծական հարաբերության անբաժանելի մասը, այլև հիվանդի արարումն է (die Schöpfung): Դա հիվանդի անհատականության մի մասն է» (Heimann, 1950, էջ 83):

Եթե մինչ այժմ հակատրանսֆերը դիտվում էր իբրև հիվանդի տրանսֆերի հանդեպ վերլուծողի քիչ թե շատ ուժեղ ներդրող հակազդեցություն, որից պետք էր խուսափել հնարավորության սահմաններում, ապա այժմ այն դարձել էր վերլուծական հարաբերությունների անբաժանելի մաս, իսկ ավելի ուշ պիտի համարվեր «ամբողջականացող» հակատրանսֆեր (Kernberg, 1965): Ըստ Հայմանի՝ (1950) հակատրանսֆերը ներառում է այն բոլոր զգացմունքները, որ ունի վերլուծողը իր հիվանդի հանդեպ:

Վերլուծողի զգացմունքային արձագանքն իր հիվանդին ներկայացնում է վերլուծական շրջանակում նրա աշխատանքի ամենակարևոր գործիքներից մեկը: Վերլուծողի հակատրանսֆերը հիվանդի անգիտակցականը հետազոտելու գործիք է: ... Բավարար չափով չէր շեշտվում, որ վերլուծական շրջանակի էությունը կայանում է երկու անձանց միջև հարաբերություններում: Այս հարաբերությունների միջև տարբերակիչ գործոնը ոչ թե զգացմունքների առկայությունն է 1 անձի (հիվանդի) մոտ և դրանց բացակայությունը մյուսի (վերլուծողի) մոտ, այլ նախ և առաջ վերլուծողի մոտ զգացմունքային ապրումների աստիճանը և դրանց համապատասխան գործածությունը: Ընդ որում՝ այս 2 գործոնները փոխկապակցված են (Heimann, 1952, էջ 81):

Կարևորն այն է, որ վերլուծողը, ի տարբերություն հիվանդի, զսպում է իր զգացմունքները: Դրանք ենթարկվում են վերլուծություն կատարելու պահանջին, որում վերլուծողը հիվանդի համար կատարում է հայելու դեր:

Ճկուն և հեշտ ֆիքսվող ուշադրության հետ մեկտեղ վերլուծողին անհրաժեշտ է դյուրընկալելի զգայունակություն, որպեսզի նա կարողանա հետևել հիվանդի զգայական շարժումներին և չգիտակցված ֆանտազիաներին: Մեր հիմնական դրույթն այն է, որ վերլուծողի անգիտակցականը ընկալում է հիվանդի անգիտակցականը: Այս փոխըմբռնումը խոր մակարդակներում մակերևույթ է բարձրանում զգացմունքների տեսքով, որոնք վերլուծողը նկատում է իր հիվանդի հանդեպ հակազդման մեջ, իր հակատրանսֆերի մեջ: Սա ամենադինամիկ եղանակն է, որով հիվանդի ձայնը հասնում է վերլուծողի գիտակցությանը: Համեմատելով այն զգացմունքները, որոնք առաջանում են նրա մեջ շնորհիվ զուգորդությունների և հիվանդի վարքի, վերլուծողն ունի լավագույն միջոցներ ստուգելու համար, արդյոք ինքը հասկացե՞լ է հիվանդին, թե՞ ոչ (Heimann, 1952, էջ 81):

Քանի որ հետագայում Հայմանն ինքը զգալիորեն նեղացրեց հակատրանսֆերի իր հասկացությունը և ուզում էր, որ այս բնագավառը ստուգվի վստահելի չափանիշներով, սրանով կարող ենք փակել այս հարցի քննարկումը: Հոգեվերլուծության մեջ տեսությունները ոչ միայն ծառայում են էական խնդիրների օբյեկտիվ լուծմանը, այլև ծագումնաբանության և ավանդույթի մասն են կազմում: Շատ հավանական է, որ հակատրանսֆերի իր նոր տեսությամբ Հայմանը ցանկանում էր ընդհանուր հայտարարի բերել

իր ուսուցիչներ Ռայխի և Կլայնի (Reik und Klein) հակասական դիրքերը: Ըստ Ռայխի՝ հակատրանսֆերի շնորհիվ վերլուծողը լսում է «3-րդ ականջով», իսկ հիվանդի կողմից ստեղծվածը նրան է հասնում Կլայնի նկարագրած մեխանիզմով:

Կլայնի և նրա դպրոցի տեսությունում վերլուծողի զգայունակությունը կախման մեջ է դրվում նրանից, թե ինքն արդյոք կարո՞ղ է ընկալել հոգեվերլուծության հիմքում դրված պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման գործընթացները, որոնք անգիտակցաբար ընթանում են հիվանդի մոտ: Դա հիմնավորվում է հետևյալ կերպ:

Շիզոպարանոիդալ և դեպրեսիվ դիրքերը դիտվում են իբրև անհրաժեշտ նախադիրք՝ ընդհանուր և առանձնակի պայմաններում նաև հատուկ հոգեախտաբանության համար: «Նորմայից» դեպի «ախտաբանություն» անցումը սահուն է: Ենթադրվող ներքին բնագոյների բևեռացման և փորձի երկրորդական նշանակության պատճառով բոլոր մարդկանց մոտ անխուսափելիորեն զարգանում է 2 դիրք (անգիտակցական «պսիխոտիկ միջուկի» ձևով), որոնք ազդում են պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման վրա:

«Պսիխոտիկ հիվանդության շտկման կետը ընկած է շիզոպարանոիդալ փուլում և դեպրեսիվ դիրքի սկզբում: ... Եթե դեպրեսիվ դիրքը ձեռք է բերված և նվազագույն դեպքում մասամբ մշակված է, ապա դժվարությունները, որոնք ծագում են անհատի հետագա զարգացման ընթացքում, ոչ թե պսիխոտիկ, այլ ներոտիկ բնույթ ունեն» (Segal, 1964, էջ 61):

Քանի որ դեպրեսիվ դիրքն անգիտակցաբար պահպանվում է, ապա ներոզը անխուսափելիորեն վերածվում է համընդհանուր (ունիվերսալ) երևույթի: Ընդհանրապես այս դիրքերի գոյության պատճառով հոգեվերլուծական գործընթացն ընթանում է հավասարաչափ՝ համաձայն այս կամ այն դիրքի գերակշռության, քանի դեռ վերլուծողն իրեն պահում է իբրև մաքուր հայելի և աջակցում տրանսֆերի ներոզի զարգացմանը պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման կիրառմամբ: Այս երկու գործընթացները որոշում են ինչպես ներքին, այնպես էլ արտաքին օբյեկտների նկատմամբ օբյեկտային հարաբերության տեսակը թե՛ հիվանդի, թե՛ վերլուծողի մոտ:

Վերլուծողի զգայունակությունը ըստ ձևի և բովանդակության բացատրվում է նույնացման վերաբերյալ այդ 2 տեսակետներով (Segal, 1964): Ապրումակցումը, որը փոխաբերաբար ներկայացվում է իբրև հետնորդ, հավասարեցվում է հակատրանսֆերին (Rosenfeld, 1955, էջ 193): Ինքնաընկալման շնորհիվ վերլուծողն ի վիճակի է դառնում հետևել հիվանդի որոշակի զգացմունքների առաջացմանը՝ ընդհուպ մինչև նրա պրոյեկցիան: Բիոնը այսպես է ավարտում կլինիկական համապատկերի նկարագրությունը.

«Պետք է նկատել, որ իմ մեկնաբանություններն ածանցվում են Կլայնի պրոյեկտիվ նույնացման տեսությունից. նախ՝ իմ հակատրանսֆերի վրա – լույս սփռելու և ապա՝ հիվանդին հաղորդած իմ մեկնաբանությունը ձևակերպելով» (Bion, 1955, էջ 224):

Մանի-Կյորլը տրանսֆերի և հակատրանսֆերի սահուն, նորմալ ընթացքը նկարագրել է իբրև բավականաչափ արագ տատանում ինտրոյեկցիայի և պրոյեկցիայի միջև:

«Մինչ հիվանդը խոսում է, վերլուծողը, ինչպես որ պետք է, իրեն ինտրոյեկտիվ կերպով նույնացնում է նրա հետ և նրա ներաշխարհը հասկանալուց հետո նրան վերապրոյեկտում և վերամեկնաբանում է: Սակայն ես կարծում եմ, որ վերլուծողը առավելապես գիտակցում է պրոյեկտիվ փուլը, այսինքն՝ այն փուլը, որում հիվանդը ներկայացնում է իր իսկ նախկինում թերհաս կամ հիվանդ կողմը, այդ թվում՝ նաև նրա վնասված օբյեկտները, որոնք կարող է այժմ հասկանալ, իսկ հետևաբար արտաքին աշխարհում մեկնաբանություններով ազդել նրանց վրա (Money-Kyrle, 1956, էջ 361)»:

Գրինբերգը (Greenberg, 1979) վերլուծողի կողմից հիվանդի պրոյեկցիաներին տրվող անգիտակցական պատասխանները նկարագրում է իբրև պրոյեկտիվ հակաճանաչում:

Պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման գործընթացների հետ ապրումակցման բովանդակային և ձևական փուլը առաջանում է միայն այն վերլուծողների մոտ, որոնք անձամբ մշակել են շիզոպարանոիդալ և դեպրեսիվ դիրքերը, և հոգեվերլուծության տեսանկյունից լիովին ունակ են ճանաչողական գործունեության: Օբյեկտային հարաբերությունների կլայնյան տեսությունում անգիտակցական ֆանտազիաները, որպես բնագոյների արգասիք, անտեսվում են սեփական շրջապատի իրական անձանց նկատմամբ՝ կախված օբյեկտի թե՛ ձևի, թե՛ բովանդակության համադրությունից (տե՛ս Guntrip, 1961, էջ 230, 1968 էջ 415, 1971, էջ 54-66): Համապատասխանաբար՝ վերլուծողն իր խնդիրը լավագույնս կիրականացնի այն դեպքում, եթե իրեն պահի իբրև անդեմ հայելի և չեզոք մեկնաբան (Segal, 1964): Կլայնյան հոգեվերլուծողը իր գուտ մեկնաբանող տեխնիկան կապում է առավելագույն չեզոք դիրքի հետ: Հայելին, այսպես ասած, այլևս այնքանով կույր բծեր չունի, որքանով որ վերլուծողը հասել է իր սեփական պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացումների ամենախորը ներհայեցմանը: Կլայնյան դպրոցը կարող է արդարև շարունակել պնդել, որ ինքն ի վիճակի է գործածել գուտ հոգեվերլուծական տեխնիկա նույնիսկ այն հիվանդների դեպքում, որոնց համար, ըստ այլ հոգեվերլուծողների պնդումների, հարկ է փոփոխել տեխնիկան կամ ընտրել դրա տարբերակներից որևէ մեկ:

Գիտական տեսակետից տխուր փաստ է, որ հոգեվերլուծությունում ընտանեկան կապերը հանգեցնում են նոր գաղափարների զարգացման միայն լավ հիմնավորված քննադատության սահմաններում: Այսպես, օրինակ, Հայմանն անտեսել է Գրոտյանի (Grotjahn, 1950) կողմից Ռայխի գաղափարների քննադատությունը, ինչպես նաև Բիբրինգի և Գլովերի կողմից (Bibring, 1947, Glover, 1945) Կլայնի ուսմունքի քննադատությունը: Բայց և այնպես, չնայած Հայմանի վճռականությանը՝ հակատրանսֆերը դիտարկել որպես հիվանդի արարում, այս մոտեցման ընձեռած ազատագրումը

հնարավոր չէ որևէ կերպ թերագնահատել: Տասը տարի անց Հայմանն ստիպված էր ուղղել առանձին թյուրիմացություններ. «որոշ» դեռևս ուսանող հոգեվերլուծողներ սկսեցին մեկնաբանություններ կատարել՝ համաձայն «զգացմունքի»՝ մեջբերումներ կատարելով Հայմանի հոգեվաճառներից: Երբ Հայմանը հանդես եկավ քննադատաբար, ապագա վերլուծողները հայտարարեցին, որ նրանք հետևում են հակատրանսֆերի նրա նոր հասկացությանը և հակված չէին վերանայել հոգեվերլուծության ընթացքում ի հայտ եկող կոնկրետ դեպքերի իրենց մեկնաբանությունները (Heimann 1960): Թեև Հայմանը հասավ իր «գլխավոր նպատակին»՝ վտարել անզգա, անմարդկային վերլուծողի ուրվականը և ցույց տալ հակատրանսֆերի գործառնական կարևորությունը» (Heimann, 1960, էջ 10), այնուամենայնիվ, հարկ է, որ այդ արտաքսումը կրկնվի յուրաքանչյուր սերնդի համար, քանի որ ուրվականը հայտնվում է կրկին ու կրկին: Անկասկած, դա այսօր ավելի հեշտ է, քանի որ ականավոր հոգեվերլուծողն արդեն սահմանել է նախադեպը: Սակայն մի շարք հարցեր, որոնք չէին առաջադրվել Ֆրոյդի կողմից նրա հակատրանսֆերի տեսությունում, դեռևս բաց են մնում, քանի որ դրանք անհամատեղելի էին թվում նրա մոտեցման հետ:

3.3 Համակողմանի ընկալման հետևանքներն ու առաջադրած խնդիրները

Դեպի հակատրանսֆերի միասնականությունը տանող ուղին լի է թյուրիմացություններով, որոնք ծագում են ոչ միայն ուսանող վերլուծողների մոտ և պայմանավորված են ոչ միայն նրանց կողմից վերլուծական շրջանակում հակատրանսֆերի հիման վրա արված մեկնաբանությունների չփորձարկմամբ, ինչպես դա նշում է Հայմանը իր քննադատական նկատառումներում: Հակատրանսֆերի նոր ըմբռնումը առաջացրեց հոգեվերլուծության տեխնիկայի հիմնավոր խնդիրներ, ինչը և հանգեցրեց դրանք լուծելու տարբեր փորձերի: Խոսքը ոչ այլ ինչի, քան վերլուծողի սեփական ճանաչողական գործընթացի մասին է, այսինքն՝ որտեղի՞ց են ծագում և ինչի՞ վրա են հիմնված նրա թերապևտիկ գործողությունները և հատկապես նրա հատուկ մեկնաբանությունները: Զգացմունքների վրա հիմնված մեկնաբանությունների կոչի հետևանքը, երբ խնդիր չի դրվում ապահովել վերլուծական շրջանակում և փաստացի դեպքերի նկատմամբ դրանց իսկությունը, այն է, որ վերջիններիս հիմնավորումը, այսինքն՝ դրանց վավերականությունը ինքնին ենթադրվում է: Եթե հակատրանսֆերին տրվում է կենտրոնական ընկալման գործառույթի կարգավիճակ, ապա առաջ է գալիս ավելին, քան հեռավոր վտանգը, և նրան կվերագրվի դատողականության հուսալի կարողություն:

Հակատրանսֆերի հասկացությունը, ինչպես Հայմանն է այն փոխակերպել, թվում է՝ սերտ կապի մեջ էր մտնում «հավասարապես բաշխված

ուշադրության» հետ (տե՛ս բաժին 7.3): Սակայն անկանխակալ ունկնդրումներից ինչպե՛ս հասնել հուսալի գիտելիքների այն հատվածին, որ սեփական մարմնական զգացողությունները, զգացմունքները, ֆանտազիաները և ռացիոնալ դատողությունները համապատասխանում են հիվանդի անգիտակցական գործընթացներին, անկախ այն բանից, թե արդյոք դա տեղի է ունենում շնորհիվ փոխադարձության կամ փոխլրացման սկզբունքի հիման վրա: Հայմանի կողմից հակատրանսֆերը որպես հետազոտական գործիք ընկալելը հիմնավորում էր այն միամիտ պատկերացումը, որ հոգեվերլուծողի մոտ ֆանտազիաների ծագումնաբանության հստակեցումն ինքնին հնարավորություն կընձեռի վստահելի և վավերական եզրակացություններ անել հիվանդի անգիտակցական գործընթացների մասին: Սակայն ինչպե՛ս է պատահել, որ Հայմանի «հակատրանսֆերը» և Կոհութի «ապրումակցումը», որոնք իբրև գործիքներ սերտորեն փոխկապակցված են և չեն կարող թաքցնել, որ ծագել են Ռայխի «3-րդ ականջից», բոլորովին տարբեր կերպ են ներկայացնում հիվանդի անգիտակցականը: Մենք ավելի ուշ՝ գլուխ 10-ում մանրամասն կքննարկենք մեկնաբանությունների ծագման և հիմնավորման փոխկապակցությունը, որը հոգեվերլուծությունում մեծապես անտեսված թեմա է: Ռայսը (Reiss, 1983) ներկայացրել այն խնդիրների մանրամասն հետազոտությունը, որոնք հարկ է լուծել՝ փորձելով անդրադառնալ ապրումակցման՝ փոխներգործության արդյունքնում ի հայտ եկող ծագմանը:

Գրեթե ոչ մի անդրադարձ չի եղել այն մեծ տարբերությանը, որն առկա է «հակատրանսֆերը վերլուծական հարաբերությունների և հիվանդի արարման միջուկն է» պնդման և դրա ապացույցի միջև: Հայմանի վարկածը, որը «ուրվականին պարզապես հաղթահարելուց» և հակատրանսֆերի վերականգնման գաղափարից (ներառյալ պրոյեկտիվ նույնացման մեջ դրա ենթադրական բացատրական հիմքը) շատ է հեռանում, փոխարենը դիտվում է այնպես, կարծես այն արդեն լավ հիմնավորված է նույնիսկ վերլուծողների մոտ երբեմն առաջացող խիստ սպեցիֆիկ մտքերի և ֆանտազիաների վերաբերությամբ: Վերլուծողի մոտ ֆանտազիաների առաջացման և դրանց մեկնաբանությունների փոխակերպման հիմնավորվածության (ներառյալ Հայմանի կողմից պահանջված վերլուծական շրջանակում սահմանվող հսկողության) մասին մեր սեփական հետազոտությունները մենք կամփոփենք բաժին 3.5-ում: Եթե հակատրանսֆերը գործածվում է իբրև ընկալման գործիք, ապա մենք առնչվում ենք այնպիսի մի խնդրի լուծման հետ, որը Հայմանը համարում էր թերապևտիկ շրջանակի վերահսկողություն: Այս վերահսկողությունը ստուգման իմաստով առավել քան անհրաժեշտ է, քանի որ վերլուծողը հեշտությամբ կարող է տարվել գայթակղությամբ՝ արտացոլելու իր սեփական անձի որոշ, դեռևս իր կողմից աղոտ ըմբռնված, առանձնահատկությունները իբրև ընդհանուր վավերականություն ունեցող տեսություն գիտության բնագավառում (Freud, 1912e, էջ 117) կամ ձգտելու այդ առանձնահատկությունները իր

փոխարեն հիվանդին վերագրել: Քանզի հոգեվերլուծությունը փորձում է լիարժեք կերպով գործածել սուբյեկտիվությունը, ինչպես իրավացիորեն նշում էր Լոխը (Loch, 1965a), հոգեվերլուծողի համար խիստ կարևոր է գիտակցել այդ սուբյեկտիվությունը, որպեսզի հնարավոր լինի ինտերսուբյեկտիվության դիրքերից քննարկել անձնական տեսությունը: Այսպիսով՝ պահանջվում է, որ հակատրանսֆերն առանձնացվի վերլուծողի անձնական տեսությունից. քննարկումները կարող են հստակեցնել, թե որ տեսական ենթադրություններն են իրականում ազդում բուժման վրա:

Հակատրանսֆերի համակողմանի ընկալումը, թվում է, ունի հատկապես հետևյալ տեսական և գործնական հետևանքները: Առանց խախտելու մշտապես արդարացի այն պահանջը, որ հարկ է հաղթահարել հակատրանսֆերի կույր բծերը (ըստ Ֆրոյդի), համակողմանի ընկալումը հանգեցրեց հոգեվերլուծական ընկալման ֆրոյդյան ռեցեպտիվ մոդելի հետ (տե՛ս բաժին 7.3) կապի հաստատմանը: Համակողմանի ընկալումն աշխուժացրեց մի ավանդույթ, որին մեծապես նպաստել է Ռայխը: Այս ավանդույթի երկրորդական հայեցակետերից է այն հարակից գաղափարը, որ անգիտակցականից դեպի գիտակցականն անցնող ապրումակցական ընկալումը չի ճանաչում հետագա որևէ հիմնավորում, հետևաբար պահանջվում է ճշմարտության միայն հատուկ «հոգեվերլուծական» ընկալում: Պետք է նկատել, որ այս ավանդույթի զարգացումը հոգեվերլուծությունում չի սահմանափակվել միայն մեկ դպրոցով:

Հակատրանսֆերի համակողմանի ընկալման մեկ այլ հետևանք կարելի է համարել կլայնյան դպրոցի հոգեվերլուծողների փորձը՝ սահմանափակել հոգեվերլուծողի հիվանդին վերաբերող ֆանտազիաները մի քանի փոքրաթիվ տիպիկ մեխանիզմներով և դրանով բացատրել սեփական ապրումակցումը:

Հայմանը կարծում էր, որ հիվանդի անգիտակցականը միայն մասամբ է ի հայտ գալիս հակատրանսֆերի մեջ: Այս տեսակետը նրա դեպքում այդպես էլ կապված մնաց վերլուծության մեջ դեմ առ դեմ հարաբերության հետ: Այն պատկերացումը, որ սեփական զգացողությունները կարող են համապատասխանել մյուսի զգացողություններին և առաջանալ դրանց ազդեցության տակ, արագ տեղափոխվեց կիրառական հոգեվերլուծության բնագավառ: Այն հրդեհի նման տարածվեց, քանի որ հոգեվերլուծության պրակտիկայում շատ դժվար է իրականացնել Հայմանի կողմից պահանջվող հսկողությունը: Այսօր հատկապես տարածված է բուժման տեխնիկայի սեմինարների մասնակիցների ֆանտազիաները մեկնաբանել իբրև հիվանդի անգիտակցականի հայելային արտապատկերումներ: Որքան մտահոգացումներով լի են բանավեճի մասնակիցները, որքան համոզիչ է դեկլարըր տեսակետների բազմազանության մեջ շեշտում ընդհանուր թեման, այնքան արդյունավետ են ընթանում նման միջոցառումները: Դրանք մասնակիցներին ծանոթացնում են այն ֆանտազիաների և չգիտակցված ցանկությունների հետ, որոնք թաքնված են արտաքին երևույթների հետևում: Այսպիսով,

հիվանդի մասին միասնական ֆանտազիաներն ունեն առաջնային դիդակտիկ գործառնություն, որն ինչ-որ կերպ կարող է օգտակար լինել բուժմանը: Այդ «ինչ-որ կերպն», իհարկե, դժվարություն է ներկայացնում այդ խնդրի լուծման համար, քանի որ շատ հազվադեպ են առաջ քաշվում ապացուցելի թեզեր, և բացակայում է հետագա զարգացման վերաբերյալ հետադարձ կապը: Հավանաբար, սկզբունքորեն անհնար է ճշգրիտ կլինիկական հաստատումը, քանի որ հնարավոր է պատկերացնել այս թեմաների անսահմանափակ քանակությամբ տարբերակներ:

Այսպիսով, մենք կանգնեցինք մի երկրնորանքի առաջ: Մի կողմից՝ ուսուցողական տեսանկյունից օգտակար է, երբ կլինիկական սեմինարներում լինում են շատ դատողություններ և երևակայություններ, մյուս կողմից՝ հաճախ մեծ հեռավորություն է առաջանում բացակայող հիվանդի խնդիրների և անգիտակցական մոտիվացիայի միջև: Այս երկրնորանքի վերաբերյալ կարծիքները տարբեր են: Միասին երևակայելը այնքան ժամանակ է անելո՞ծ հաճույք պատճառում, քանի դեռ հարց չի ծագել, թե սեմինարի մասնակիցների մտահղացումները ի՞նչ հարաբերության մեջ են բացակայող հիվանդի անգիտակցական մտքերի հետ: Մենք շեշտում ենք հիվանդի բացակայությունը՝ չմոռանալով, որ սեմինարի մասնակիցները նրա մասին ունեն ոչ առաջնային աղբյուրից ստացված միայն այնքան տեղեկատվություն, որքան նրանց տրամադրել է բուժող վերլուծողը: Սեմինարի մասնակիցները նայում են հեռադիտակի միջով, որի ոսպնյակների համակարգը հանգեցրել է օբյեկտի հատկանիշների բազմաթիվ բեկումների: Մեր օգտագործած համանմանությունից պարզ է դառնում, որ անհնար է ամբողջությամբ հետևել լույսին առանց առանձին համակարգերի մասին ճշգրիտ գիտելիքների: Բուժող վերլուծողի մոտեցման մասին հնարավորին չափ ճշգրիտ տեղեկություններ իմանալու համար Հայդելբերգի համալսարանի հոգեվերլուծական կլինիկայում 60-ական թթ. ներմուծվեց հոգեվերլուծական սեանսների մասին արձանագրություններ կազմելու ավանդույթը, ինչը թույլ էր տալիս ծանոթանալ սեանսի ընթացքում տեղ գտած բանավոր հաղորդակցությանը (Thomä, Hauben, 1967, Thomä, 1967): Կյուվերը (Klüwer, 1983) նույնպես սեմինարներին քննարկումների ժամանակ տրանսֆերի և հակատրանսֆերի վերաբերյալ իր հետազոտությունները հիմնում է բուժման մանրամասն արձանագրությունների վրա: Բուժման ընթացքում քննարկվող առաջնային թեմաները ազդում են սեմինարի մասնակիցների տրամադրվածության և դատողությունների վրա: Դեպքեսիվ տրամադրվածությամբ սեանսները առաջ են բերում լրիվ այլ հակադեցություններ, քան նրանք, որոնց դեպքում հիվանդները վերլուծողին թույլ են տալիս իրենց հաջողությունների մասնակիցը դառնալ և ձգտում են նրա խրախուսանքին արժանանալ: Որոշ առումով սեմինարի խումբը կարելի է համեմատել ռեզոնատորի հետ: Սակայն որքանո՞վ է այս համանմանությունը տեղին: Կյուվերը պնդում է, որ սեմինարների

Ժամանակ «խմբերը հակատրանսֆերի և տրանսֆերի փոխհարաբերություններում ընդգրկվում են արձանագրությունների և ուղղակի քննարկումների միջոցով. խումբն այստեղ դրանք կարող է ավելի արագ որսալ, քան ներկա գտնվող վերլուծողը» (Klüwer, 1983, էջ 134): Այս պնդումը հիմնված է մի ենթադրության վրա, որն ինքն էլ դեռևս ապացուցման կարիք ունի, այսինքն՝ այստեղ առկա է *petitio principii* (հիմքի կանխարկում): Բացի այդ՝ Կլյուվերն ավելացնում է, որ «բոլոր ի հայտ եկող երևույթները սկզբունքորեն բացատրվում են *հիվանդի* և ոչ թե ներկա գտնվող վերլուծողի վերաբերմամբ» (էջ 134): Այս ընթացակարգը, իհարկե, ապահովում է սեմինարի ներդաշնակությունը և թուլացնում է զեկուցող թերապևտի լարվածությունը, որը կարծես իր անունից չի խոսում: Հիվանդի ձայնը լսելի է դառնում վերլուծողի ձայնի միջոցով:

Քննարկենք մի օրինակ: Սեմինարի մասնակիցներից մեկի քննադատական դիտողությունից կարելի է, օրինակ, հետ գնալ դեպի հիվանդը, որն իր ագրեսիան նախ փոխանցել է վերլուծողին: Հիվանդի ագրեսիան ներկայացվում է սեմինարին վերլուծողի աննկատ հակատրանսֆերի միջոցով, որտեղ հակատրանսֆերը կարելի է որսալ այդ ռեզոնատորի կողմից ուժեղացվելուց հետո: Մեր սխեմատիկ պատկերումը բավականաչափ պարզ է դարձնում, որ անհրաժեշտ է գրեթե տելեպատիայի հասնող զգացմունքայնություն տրանսֆերի և հակատրանսֆերի երևույթների ծագմանը հասնելու համար՝ շատ անբացատրելի ձևափոխությունների վրայով մեծ քայլերով անցնելու արդյունքում:

Սակայն ռեզոնատորը կարող է անել անգամ դա: Չէ՞ որ բազմաձայն նվագախմբի յուրաքանչյուր գործիք ունի իր ռեզոնանսը: Սեմինարի յուրաքանչյուր մասնակից յուրովի ուժեղացնում է հիվանդի կողմից եկած հնչյունը: Չգիտես ինչպես՝ պարզվում է, որ մի ռեզոնանսը ավելի շատ է կապված հիվանդի հետ, քան մյուսը, և միշտ գոյություն ունեն այնպիսիք, որոնք այնքան հեռու են նրանից, որ գործնականորեն այլևս ոչ մի կապ չունեն նրա հետ: Ահա թե ինչու գոյություն ունեն բաներ, որոնք ոչ մի ընդհանրություն չունեն հիվանդի հետ: Բայց դա խմբում ո՞ւմ է հայտնի: Դիրիժորը, 1-ին ջութակահարը կամ ամենահաջող մեներգիչն է հոգում ռեզոնանսի բավարար չափով ներդաշնակության մասին: Այս դեպքում տեղի են ունենում այնպիսի հատուկ խմբային դինամիկ գործընթացներ, որոնք շատ հեռու են հիվանդից: Պրոյեկտիվ նույնացման տեսությունը հաճախ գիտական հավաստիության նմանություն է հաղորդում այն գաղափարներին, որոնք ռեզոնանսի արդյունք են, երբ, փաստորեն, միայն հեռագրացողական (տելեպատիկ) ուժերը կկարողանային հաղթահարել տեղեկատվության պակասը: Այս քննադատական մեկնաբանությունները նպատակ ունեն սահմանափակել սեմինարի դիդակտիկ արժեքը, որն ավելի շատ նպաստում է հեղինակության հանդեպ հավատին, քան գիտական մտքին:

Պատկերացումն այն մասին, որ սեմինարն իրենից ռեզոնատոր է ներկայացնում, տարածվել է հատկապես Գերմանիայում Բալինտի խմբերի

միջոցով: Բալինսոը սեմինարները վարելիս, թեպետ դիդակտիկ հիմունքներից ելնելով, խմբի անդամների մտահղացումները փոխադրում էր հիվանդի վրա, սակայն իբրև դիրիժոր աննկատ միջամտում էր ռեզոնանսին և որսում այն, ինչը կիրառելի էր համարում: Նրան երբեք չէր գրավում հակատրանսֆերի միստիցիզմը. այն ամենից առավել ծաղկում է ապրում Գերմանիայում, և պրագմատիկ «անգլիական դպրոցին» նույնքան խորթ է, որքան «օբյեկտային հարաբերությունների բրիտանական տեսաբաններին» (Sutherland, 1980): Հակատրանսֆերի գործածությունը դե Մ'Յուզանի կողմից նույնպես խիստ սահմանափակված է վերլուծական շրջանակով և նրանով, թե արդյոք հիվանդը կարո՞ղ է վերլուծողի մեկնաբանությունները կապել իր սեփական ապրումների հետ (de M'Usan, 1977, էջ 164–181): Ըստ Մ'Յուզանի՝ վերլուծվողի անգիտակցական գործընթացների հանդեպ վերլուծողի զգայունակության ինտենսիվությունն առաջ է բերում հետևյալ գործընթացը. գտնվելով գիտակցության փոփոխված վիճակում, որը կարելի է բնութագրել իբրև թեթև դեպերսոնալիզացիա՝ պարադոքսալ կերպով ուժեղացված ուշադրությամբ և ուսումնասիրվող իրական նյութի հետ առանց ռացիոնալ կերպով գիտակցվող կապերի, վերլուծողը բառերով և պատկերներով ընկալում է վերլուծվողի մտքերի որոշ հատվածներ, որոնք չեն գիտակցվել և արտամղվել էին: Մեկնաբանությունից հետո այս բովանդակությունները լրացվում են և այդպիսով հաստատվում վերլուծվողի կողմից նույն սեանսում կամ ավելի ուշ՝ զուգորդություններում և երազներում:

Վերլուծողն, անշուշտ, պետք է հստակ տարբերի իր սեփական անգիտակցական կոնֆլիկտները և նրանք, որոնք իր մեջ առաջացնում է վերլուծվողը: Հիվանդի կողմից առաջացած գիտակցական բովանդակությունների ցուցանիշ կարող է հանդիսանալ այն, որ վերլուծվողը, այդ ժամանակ լրացուցիչ ինքնագննում կատարելիս, գրանցում է արտասովոր երևույթներ, այդ թվում՝ ուժեղացած օբյեկտային կապվածություն հիվանդի հետ, ինչպես նաև սեփական նույնացման զգացողության խանգարում: Այս գործընթացի ճշգրիտ նկարագրությունները, որոնք հիվանդի նույնական զուգորդությունների միջոցով հաստատում կամ հերքում են հակատրանսֆերը, կարող էին նպաստել այս հասկացության վրայից խորհրդավորության քողը բարձրացնելուն: Այսպիսի հոգեկան ակտիվությունը, որը բնորոշ չէ ոչ արթուն վիճակին և ոչ էլ երազին կամ քնին, դե Մ'Յուզանը կոչում է «պարադոքսալ մտածողություն» (pensee paradoxale): Այն առաջ է գալիս այն պահին, երբ վերլուծողի հոգեվիճակը շատ բաներով նույնական է հիվանդի հոգեվիճակի հետ: Համարում են, որ նման պարադոքսալ մտածողությունը առաջանում է անգիտակցականի և նախագիտակցականի միջև ընկած հատվածում հիվանդի մասամբ անհասկանալի և կցկտուր խոսքի արդյունքում:

Հակատրանսֆերի համակողմանի ընկալումը վերջիվերջո այնքան ընդլայնվեց, որ ընդգրկեց ամեն ինչ. այն նույնացվեց վերլուծողի ամբողջ հոգեկան իրականության հետ: Այդ պատճառով ՄակԼաֆլինը (McLaughlin, 156

1981) առաջարկեց հրաժարվել այդ հասկացությունից այն բանից հետո, երբ դրա ընկալումն ընկայնվեց՝ հավասարվելով հոգեկան իրականությանը: Այնուամենայնիվ, որքան անհնար է վերացնել արմատավորված լեզվական սովորությունները, որոնց նշանակությունն ինքնին հասկանալի է վերլուծողի համար, նույնքան էլ անհնար է վերացնել և այն երևույթը, որին նրանք վերաբերում են: Այդ պատճառով ՄակԼաֆլինի առաջարկությունն արձագանք չգտավ, թեպետ նրան պետք էր լրջորեն մոտենալ ավելի խորը մակարդակում: Հոգեվերլուծությունում հասկացությունները ոչ միայն ընդլայնում են իրենց իմաստները, այլև վերասահմանվում: Ձևակերպվում են բազմազան և հակասական իմաստներ, որոնք անխուսափելիորեն բերում են շփոթության: Օրինակ, Հայմանը ստիպված էր ավելացնել, որ իհարկե, գոյություն ունեն նաև սովորական կույր բծեր, որոնք պայմանավորված չեն հիվանդի ազդեցությամբ և հետևաբար չեն կարող անվանվել հակատրանսֆեր՝ նոր տերմինաբանության համաձայն: Այս սովորական հակատրանսֆերը Հայմանն անվանեց վերլուծողի տրանսֆեր: Հակատրանսֆերի նոր սահմանումից հետո ամենևին էլ չպարզաբանվեց, թե հոգեվերլուծողի հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը կազմող այդ նոր մտքերից և ֆանտազիաներից որո՞նք են վերլուծողին ստիպողաբար տրվում կամ, ինչպես ասվում է մասնագիտական լեզվով, ներդրվում (hineingesteckt) հիվանդի կողմից:

Հայմանը ոչ միայն հաղթահարեց ուրվականին և ընդարձակեց (կամ վերասահմանեց) կոնկրետ հասկացությունը, այլև ստեղծեց հատուկ տեսություն՝ հենվելով նախ Կլայնի պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման մեխանիզմների վրա: Սակայն այն համընդհանուր ճանաչում չստացավ, քանի որ դեռ չէր ապացուցվել դրա գիտական վավերականությունը: Որպես փաստ էր ներկայացվում այն, որ հակատրանսֆերը հիվանդի ստեղծածն է: Ուրեմն՝ Հայմանը բոլորովին էլ սխալ չէր ընկալվել իր տեսությանը հավատարիմ ուսանող հոգեվերլուծողների կողմից: Եվ միայն 10 տարի անց նրա պնդումը վերագնահատվեց իբրև վարկած, քանի որ այժմ համառորեն կլինիկական *հսկողություն* էր առաջարկվում: Այդ ժամանակահատվածում Հայմանը սկսեց քննադատաբար մոտենալ Կլայնի տեսություններին, համապատասխանաբար փոխվեց նաև հակատրանսֆերի մասին նրա տեսակետը, քանի որ պրոյեկտիվ նույնացման պարզաբանող ուժի հանդեպ նրա հավատը սկսեց սասանվել: Օրինակ, նա երկար ժամանակ շարունակում էր հավատալ մահվան բնագոյին և նրանից ածանցված ժխտմանն ու այլ պաշտպանողական մեխանիզմների (Heimann, 1956, էջ 304): Նրանք, ովքեր ենթադրում են, որ պրոյեկտիվ նույնացման տեսությունը պիտանի է, և մինչև օրս հարում են այն տեսակետին, որ հակատրանսֆերի բոլոր պատասխանները որոշում և առաջադրում է հիվանդը: Նման պնդումները հարկ է մերժել (Sandler, 1975, էջ 46) ամենայն վճռակա-նությամբ, քանի որ դրանց պարագայում ավելորդ են դառնում հետազա-պարզաբանումները, իսկ վարկածը ներկայացվում է իբրև ճշմարտություն:

Հուսանք՝ պարզ դարձավ, որ լավագույն սահմանումների համար մղվող պայքարն ինքնին չի կարող վերացնել խճճվածությունը, ինչպես նաև պարզ դարձավ, թե ինչու է անարդյունավետ այս կամ այն տեսակետը շրջանառությունից հանելու առաջարկությունը: Հասկացություններն, իբրև այդպիսիք, ունեն նաև երկրորդական նշանակություն, նրանք տատանում են իրենց գործառնությունները տեսության և գաղափարական դպրոցի սահմաններում: Մ. Շեյնը (M. Shane, 1980) ցույց է տվել, որ վարքի կանոնների ականա փոխառումը սովորեցնող և վերահսկող վերլուծողներից կարող է հանդես գալ իբրև կոնկրետ դպրոցի հատուկ հակատրանսֆեր: Ֆրոյդի և Հայմանի կողմից հակատրանսֆերի սահմանումները իրենց գործառնություններն են կատարել թերապևտիկ փոխըմբռնման տարբեր տեսություններում և դրանց համապատասխան վերլուծական գործընթացներում: Ամեն ինչ խոսում է այն քանի օգտին, որ զգացմունքներից ֆոբիկ կերպով խուսափելը, ինչը ենթադրում էր Ֆրոյդի տեսությունը, ունեցավ դժբախտ հետևանքներ՝ բացառությամբ բուժման այն դեպքերի, որոնք վարում էր հենց Ֆրոյդը, քանի որ նա ձկուն էր սեփական կանոնների կիրարկման առումով (Cremierus, 1981, Kanzer, Glenn, 1980): Նույնքան հաստատ է նաև այն, որ բուժման տեխնիկայի առումով Հայմանի նորամուծությունները ավելի են փոխվել և վերագնահատվել, քան որևէ հասկացություն: «Գործի դնել մեր սուբյեկտիվությունը՝ նշանակում է գիտակցել այն»: Մենք լիովին համաձայն ենք Լոխի (Loch, 1965a, էջ 18) տեսակետի հետ, որը նա հիմնավորում է հետևյալ հանրահայտ նախադասությամբ Ֆրոյդի՝ Բիսվանգերին ուղղված նամակից (Biswanger, 1962, էջ 65). «Մարդն այնքան ժամանակ ազատ չէ, քանի դեռ չի ձանաչել ու հաղթահարել սեփական հակատրանսֆերի յուրաքանչյուր դրսևորում»:

3.4 Հակատրանսֆերի ներդաշնակությունն ու փոխլրացնող բնույթը

Այժմ կդիտարկենք մի քանի փորձ, որոնց նպատակն է նկարագրել հակատրանսֆերի տիպիկ օրինակներ: Կլայնի տեսության շրջանակներում Ռակերը (Racher, 1957) վերլուծողի հակատրանսֆերի հակազդեցությունները տարբերակում էր ըստ նույնացման 2 բնորոշ ձևերի, որոնք նա անվանում է ներդաշնակ և լրացուցիչ նույնացում: Ներդաշնակ նույնացման ժամանակ վերլուծողը իրեն նույնացնում է հիվանդի հոգեկան ապարատի համապատասխան հատվածի հետ, այն է Էգո-ն Էգո-ի, Գեր-Էգո-ն՝ Գեր-Էգո-ի, Այն-ը՝ Այն-ի: Հետևաբար, վերլուծողն իր զգացմունքներն ապրում է այնպես, ինչպես հիվանդը: Լրացուցիչ (կոմպլիմենտար) նույնացումը, որը վերագրվում է Դոյչին (Deutsch, 1926), նկարագրում է վերլուծողի նույնացումը հիվանդի տրանսֆերի օբյեկտների հետ: Այս դեպքում վերլուծողն զգում է այնպես, ինչպես հիվանդի մայրը կամ հայրը, մինչդեռ հիվանդը

վերապրում է այնպիսի զգացմունքներ, ինչպիսիք նա ունեցել է նախկինում իր ծնողների կերպարների նկատմամբ: Դոյչը շատ վաղ էր արտահայտվել հակատրանսֆերի կիրառման օգտին.

«Ես այս գործընթացն անվանում եմ «փոխլրացնող (կոմպլեմենտար) դիրք»՝ ի տարբերություն ինֆանտիլ հիվանդի հետ նույնացման: Այս երկուսը միասին կազմում են անգիտակցական հակատրանսֆերի էությունը, որի յուրացումը և նպատակային տիրապետումը վերլուծողի կարևորագույն խնդիրներից են: Այս անգիտակցական հակատրանսֆերը պետք չէ շփոթել բուժման ընթացքում հիվանդի հանդեպ գիտակցված աֆեկտիվ վերաբերմունքի հետ» (Deutsch, 1926, էջ 423):

Փոխլրացնող (կոմպլեմենտար) դիրքը Սանդլերն ընդլայնել է դերային տեսության միջոցով՝ հիվանդի և վերլուծողի միջև փոխազդեցությանը հետևելով մինչև ներհոգեկան դերային հարաբերությունները, որոնք նրանցից յուրաքանչյուրը փորձում է վերագրել մյուսին:

«Հիվանդի դերային հարաբերությունները կայանում են մի դերում, որում գտնվում է ինքը, և մեկ այլ *pnugniqhs* դերում, որում նա միաժամանակ օգտագործում է վերլուծողին» (Sandler, 1976, էջ 44, շեղատառերը մերն են):

Թեև դժվար է դերային տեսությունը տարածել նաև ներհոգեկան և անգիտակցական գործընթացների վրա, փոխլրացնող բնույթը, այս տեսանկյունից մոտենալիս, մատչելի է դառնում զննության և փորձարկման համար: Վերլուծողը հետադարձ վերլուծականությամբ է քննում իրեն անգիտակցաբար վերագրվող կամ պարտադրվող դերերը, նա հիվանդի հետ համաձայնության է գալիս կատարվողի շուրջ և նրան հնարավորություն տալիս հասնել իր վարքում հստակ փոփոխությունների: Դերային տեսության մեջ թերապևտիկ գործընթացը կարելի է պատկերել իբրև մի ուղի, որն ավելի ու ավելի է մոտենում այն իրական դերին, որը հիվանդը ոչ միայն կուզենար խաղալ, այլև մարմնավորել: Դերեր, որոնք թաքնված են հիվանդի մեջ և որոնք ամենամոտիկն են նրան (նրա «իրական էգո»-ին): Վերլուծողի փոխլրացնող գործառույթն էական է. եթե նա խուսափեր փոխլրացումից, ապա նոր բեմականացումը շատ ավելի կդժվարանար:

Փոխլրացնող բնույթի՝ իբրև սոցիալական համագործակցության հիմնական սկզբունքի օգնությամբ մենք կարող ենք հասկանալ, թե Ֆերենցին ինչու դեռ 1919թ. կարողացավ կատարել վերը նշված դիտարկումը, ըստ որի հակատրանսֆերի հանդեպ վերլուծողի դիմադրությունը դժվարացնում էր տրանսֆերի կայացումը, քանի որ մի օբյեկտ, որը գործում է լիովին անդեմ դիրքերից ավելի շուտ վանող տպավորություն է թողնում: Նույնչափ սխալ կլիներ ենթադրել, որ այդպիսի օբյեկտը ի վիճակի է օգնել հին կերպարներին՝ վերածվել իրականության ճշգրիտ արտացոլման և, հետևաբար, նպաստել նրանց ինտելեկտուալ վերակառուցմանը: Դերային տեսությունից և սիմվոլիկ փոխազդեցությունից կարող ենք նաև ածանցել, թե ինչու են ճակատագրական հետևանքներ լինում, երբ հակատրանսֆերի համակողմանի ընկալումը վերլուծողի ապրումը բացատրում է իբրև ներքին օբյեկտների պրոյեկցիա: Քանզի ինչպե՞ս կարող է մարդ գտնել ինքն

իրեն և մեկ այլ նշանակալից անձի հետ հաղորդակցման միջոցով փոխվել, եթե վերլուծողը հայտարարում է, որ ինքը հիվանդից առավել չէ: Այնուամենայնիվ, հենց այսպես է տեղի ունենում բացարձակ կլայնյան մեկնաբանման տեխնիկայում՝ պրոյեկցիայի և ինտրոյեկցիայի տեսության հիման վրա: Բոլորովին այլ հարց է, որ նման մեկնաբանություններն, այնուամենայնիվ, կարող են թերապևտիկ տեսանկյունից ազդեցիկ լինել: Դա կարող է, օրինակ, կապված լինել այն գործոնի հետ, որ երբ խոսքը այնտեղ չար և բարի տարրերի փոխատեղման մասին է, հեշտանում է նույնացումը մարդկային բնության հետ ընդհանրապես և սեփական անգիտակցական ֆանտազիաների հետ՝ մասնավորապես:

Մենք պարտական ենք Մելանի Կլայնին և նրա դպրոցին այն ծառայության համար, որ նրանք ընդլայնեցին վերլուծողների ընդունակությունը՝ ընկալել հակատրանսֆերը, և նրանց թույլ տվեցին խորամուխ լինել մարդու բնության «չար» տարրի մեջ: Ինչքան էլ հիվանդը նպաստի հակատրանսֆերի վավերացմանը, այդ երևույթը առաջանում է վերլուծողի մոտ և հենց վերջինս է պատասխանատու նրա համար:

Կարծում ենք, որ թերապիայում բեկումն իրականացվում է հենց այն ժամանակ, երբ վերլուծողը խորհում է դերի կատարման (role enactment) և դերին արձագանքելու կարողության (role responsiveness) մասին: Եթե դերային տեսությունը կառուցվում է՝ դառնալով բեմական մոդելի մի մաս, ապա կարելի է ասել, որ հոգեվերլուծական շրջանակը երկու մասնակիցներին էլ տալիս է շարունակական փորձարարական գործողությունների հնարավորություն այնպես, որ նրանք հեշտ և արագ բեմից տեղափոխվեն դահլիճ և այսպիսով գննել իրենք իրենց:

Իրականում երկուսն էլ միաժամանակ բեմի վրա են և հանդիսասրահում: Հիվանդի ինքնապատկերման մեջ արտահայտվում են նրա կողմից սիրված գլխավոր դերը և առեղծվածային երկրորդական դերը, որի թաքնված նշանակությունները առանձնակի կարևորություն ունեն վերլուծողի համար: Իբրև դիտորդներ իրենց դերերում անգամ հիվանդն ու վերլուծողը չեն մնում միևնույն տեղում նստած: Բեմի վրա խաղացվող տեսարանը փոխվում է տեսանկյանն ի պատասխան: Տեսանկյունների փոփոխմանը նպաստում են վերլուծողի մեկնաբանությունները, որոնք ընդհատում են հիվանդի խոսքը կամ լռությունը և պարունակում են մետահաղորդակցություններ, այն է՝ տեղեկություններ հենց նոր տեղի ունեցած փոխանակման մասին: Եթե չափից շատ են շեշտում մեկնաբանման մետահաղորդակցական կողմը, ապա չեն գիտակցում, որ մեկնաբանությունները ազդում են դերասանների խաղի վրա այնպես, ինչպես ռեժիսորի ցուցումները: Այն, որ ռեժիսորն ինքն էլ կանգնած է բեմի վրա, հատկապես երևում է տրանսֆերի մեկնաբանության մեջ, որը դրամատիկական խորություն է հաղորդում երկխոսությանը:

Կան մի քանի առարկություններ ընդդեմ հոգեվերլուծական երկխոսության այս բեմական մոդելի, որը մենք ընդլայնել էինք՝ հետևելով

Հաբերմասին և Լյովալդին (Habermas, 1968, Loewald, 1975): Փաստորեն ոչ մի համանմանություն չի կարող ինչպես հարկն է ներկայացնել հոգեվերլուծական շրջանակը: Բոլոր համեմատությունները թերի են: Մեր համանմանության թերությունը, սակայն, այն չէ, որը կարող է ենթադրել ընթերցողը, որը խստորեն մերժում է դերային տեսությունը կամ ծանր հոգեկան հիվանդությունների բուժման համեմատությունը բեմական խաղի հետ: Այնտեղ թափվող արցունքները իրենց անկեղծությամբ ամենևին չեն զիջում իրական կյանքում թափվածներին: Անկեղծ են նաև տրանսֆերի և հակա-տրանսֆերի զգացմունքները: Հղում անելով տրանսֆերի ճշմարտության մասին Ֆրոյդի խորհմաստ դիտողություններին (1915a, հատկապես էջեր՝ 166–170)՝ կուզենայինք նշել վերլուծողի պատասխանատվությունը, որն իբրև ռեժիսոր պատասխանատու է նաև սեփական հակատրանսֆերի համար: Համակողմանի ընկալումն անհրաժեշտություն է, այսինքն՝ հակա-տրանսֆերի անխուսափելիությունն արժանիքի է վերածում. ինչքան շատ, այնքան լավ: Վերջիվերջո, սա, օրինակ, կինչի այսպես. «ինչքան շատ հակատրանսֆեր՝ այնքան լավ»: Այսպիսին է հակատրանսֆերի էյֆորիայի անհեթեթ հետևանքը, որն այժմ որոշ դեպքերում փոխարինվում է նախկինում դրանից խուսափելու պատճառով: Այսերը այս անգսպությունների վերաբերյալ հանդես է եկել հետևյալ հեգնական մեկնաբանությամբ.

«Հակատրանսֆերը Ֆրոյդը միանշանակ սահմանել է որպես վերլուծողի մոտ տեղի ունեցող հոգեկան գործընթաց, որը վնասակար է վերլուծական գործընթացին: Երբ հակատրանսֆերը հաղթականորեն հայտարարվում է իբրև մեծապես ներգործող բուժիչ գործոն, ապա դա առնվազն տեսության և պրակտիկայի աղավաղում է: Որպես կատակ ես կասեի, որ երևի հեռու չենք այն կետից, երբ թեկնածուներին խորհուրդ կտրվի վերսկսել ուսումնական վերլուծությունը, քանի որ նրանց մոտ հակատրանսֆեր չի առաջանում իրենց հիվանդների հանդեպ» (Eissler, 1963a, էջ 457):

Հետևելով ընդլայնված բեմական մոդելին՝ ենթադրում ենք, որ քանի դեռ վերլուծողը շատ ուժեղ աֆեկտիվ ազդեցություն է կրում հիվանդի կողմից, նա իր մասնագիտական խնդիրը կարող է լուծել միայն այն դեպքում, երբ իր մեջ համատեղելով ռեժիսորին և հանդիսատեսին՝ գիտակցում է իր մտքերի և գործողությունների ուժեղ ազդեցությունը վերլուծական ուղղության վրա: Քանի որ, ինչպես նշում էր Ֆրոյդը (Freud, 1915a, էջ 169), վերլուծողը նույնպես «առաջացնում է այդ սերը» (“Verliebtheit hervorlockt”), նա մասամբ պատասխանատու է այն պատկերացումների համար, որոնք ձևավորվում են հիվանդի մոտ ճշմարտության և իրականության վերաբերյալ ամբողջությամբ և մասնավորապես: Ելնելով բեմական մոդելից՝ մենք հանգում ենք նրան, որ վերլուծական շրջանակը հիվանդին ազատության ավելի բարձր աստիճան է տալիս, քան կյանքը: Ֆրոյդը ճիշտ հակառակ կարծիքին էր, քանի որ կարծում էր, որ տրանսֆերի կախվածությունը ին-

Ֆանտիլ փորձից և վերջինիս անխուսափելի կրկնությունը սահմանափակում են ազատությունը: Թեև այս պնդումը մասամբ համապատասխանում է իրականությանը, սակայն անտեսվում է մի հանգամանք. նոր բեմականացումը (reenactment) և դերային մակարդակում արձագանքելու կարողությունը՝ վերլուծական շրջանակում մեծացնում են ազատության դաշտը, քանի որ գործողության հնարավոր եղանակները թույլ են տալիս վերացնել սահմանափակող կաղապարները:

Բեմականացվող շրջանակի վերստեղծումն ի սկզբանե վերլուծողին հնարավորություն է տալիս ունենալ այնպիսի ազդեցություն, որի շնորհիվ հիվանդի համար ավելի հեշտ է դառնում թերապիայի միջոցով ձեռք բերել «հոգեկան ազատության ևս մի կտոր», որը Ֆրոյդի համար «խիստ կանոնավոր, չնոսրացված հոգեվերլուծության» նպատակն էր (Freud, 1915a, էջ 170, 171):

Այսպիսով՝ բեմական մոդելի համանմանությունը չի ձախողվում հավաստիության ապահովման իմաստով: Ընդհակառակը, կարելի է ենթադրել, որ բեմի վրա կամ երագում իրադարձությունները նույնիսկ ավելի իրական են, քանի որ մենք գիտենք, որ կարելի է կրկին փախչել այդտեղից: Իհարկե, մեզ նաև հայտնի է, որ հաճույքը ձգտում է ոչ միայն հավերժության, այլև իրականության:

Հենց հոգեվերլուծական շրջանակի սահմանափակումները հիվանդի համար ստեղծում են մի անվտանգ տարածություն, որտեղ նա կարող է հայտնաբերել այն դերերը, որոնք նա չէր կարողացել նախկինում համապատասխանաբար *սյուսնծնել կամ կալրեկրավորել* (besetzen): Վերլուծորեն տրամադրված ընթերցողն անմիջապես կնկատի գերմաներեն besetzen բառի երկու նշանակությունների կարևորությունը: Կատեքսիսի տեսությունը վերաբերում է անգիտակցական ներաշխարհին և նրա էներգետիկ կառավարմանը, որը շատ հեռու է բեմականացվելուց և արտահայտության մակարդակից: Համանմանությունը սահմանափակվում է սրանով և այն փաստով, որ հոգեվերլուծության մեջ ձևակերպումը և շարժումը գլխավորապես սահմանափակվում են խոսքային գործունեությամբ: Պատկերների վերակենդանացումը, որոնք աշխուժանում են հակատրանսֆերի մեջ, կազմում է վերլուծողի ճանաչողական գործընթացի մի մասը: Հիվանդի անգիտակցական բնագդային ցանկությունների մի մասը կարող է լինել ներքին պատկեր, որին օբյեկտային գրգիռն այնքան ներդաշնակորեն է համապատասխանում, ինչպես բանալին՝ կողպեքին: Լրացումը, համապատասխանեցումը և համաձայնեցումը բնորոշում են դեպքերի որոշակի ասպեկտները փոխադարձ կապի մեջ: Մենք չենք անդրադառնա այն դարավոր խնդրին, որին Կուենցն էլ (1946a) երկհատոր ուսումնասիրություն է նվիրել առ այն, թե արդյոք ներքին գրգիռը՝ բնա՞գդն է ստեղծում պատկերը, թե՞ արտաքին օբյեկտներն են պատճառ դառնում ներհոգեկան գրգիռների: Բնագդի «ազատ կապը» օբյեկտի հետ, ինչպես ցույց տվեց Ֆրոյդը, ձևավորում է մարդու զարգացումը:

3.5 Հա՛րկ է, որ վերլուծողը ճանաչի հակատրանսֆերը

Այժմ կանենք մի քանի հետևություններ, որոնք կբացեն նոր հեռանկարներ և կթեթևացնեն հակատրանսֆերին տիրապետելու հետ կապված ծանր խնդիրների լուծումները: Մենք նկատի ունենք հակասական հարցն այն մասին, թե արդյոք վերլուծողը պե՞տք է հիվանդին խոստովանի իր հակատրանսֆերի մասին, թե՞ ոչ: Վերլուծողների մեծ մասը ժխտում է նման հնարավորությունը՝ հենվելով Ֆրոյդի փորձառության և դրա հիման վրա նրա կողմից առաջադրված ինկոգնիտոյի կանոնի վրա: Սակայն Վիննիկոտը (Winnicott, 1949), Լիթլը (Little, 1961) և Սիրլզը (Searles, 1965, էջ 192-215) բերեցին բացառություններն արդարացնող օրինակներ: Տասնամյակներ շարունակ Հայմանը զգուշացնում էր՝ խուսափել հիվանդի իրատեսական ընկալումները հաստատելուց: Նա միայն ավելի ուշ հայտնաբերեց, որ վերլուծողը՝ փոխանցելով հիվանդի նկատմամբ ունեցած որևէ զգացմունքի առկայության ընդունումը հավասարազոր չէ անձնական խոստովանության կամ հիվանդին չի ծանրաբեռնում վերլուծողի սեփական կենցաղային խնդիրներով: Ավելի ուշադիր զննումները ցույց են տալիս, որ Ֆրոյդը խորհուրդ չի տալիս հիվանդին տեղյակ պահել վերլուծողի անձնական կոնֆլիկտների մասին, թեկուզ բարի նպատակներով, քանի որ դա շփոթեցնում և ծանրաբեռնում է հիվանդին և կարող է նրան խանգարել իր սեփական կենսառճը գտնելու մեջ: Նույնը Հայմանը հաստատում էր իր վերջին աշխատություններից մեկում, որը կոչվում էր «Հիվանդի հետ վերլուծողի բնական լինելու մասին» (Heimann, 1978): Որոշակի թերապևտիկ շրջանակում Հայմանը իրեն թույլ է տվել ոչ միայն ղեկավարվել զգացմունքով, այլև այդ մասին հայտնել է հիվանդին: Այս ամենը նա մեկնաբանում է հետևյալ կերպ.

«Կանոնները խախտելով սեփական զգացմունքների մասին հաղորդելն ինձ բնական թվաց: Ես ինքս էլ զարմացած էի և հետագայում շատ եմ խորհել այդ մասին: Սեփական Ես-ի նկարագրությունը մեկ այլ անձի մեջ մեր հիվանդներին քաջածանոթ ռազմավարություն է՝ անկեղծ լինելու ցանկության և դիմադրության միջև փոխգիջում: Մենք սովորաբար այս մասին հայտնում ենք մեր հիվանդներին: Ես կարող էի հենց դա անել՝ չհիշատակելով սեփական զգացմունքներս: Այդ պատճառով ես փորձում էի գտնել ձևակերպումներ՝ մի կողմ դնելով իմ զգացմունքները, սակայն այդ մեկնաբանություններից ոչ մեկը ինձ դուր չէր գալիս: Նրանք բոլորը կաշկանդված էին թվում: Իսկ իմ ինքնասուպերվիզիան ավելի լավ բան չէր կարող առաջարկել: Ինչպես նշված է այլ տեղերում (Heimann, 1964), ես դեմ եմ այն մտքին, որ վերլուծողը հիվանդին հաղորդի իր զգացմունքները և դրանով թույլ տա տեսնել իր անձնական կյանքը, քանի որ դա ծանրաբեռնում է հիվանդին և նրան հեռացնում սեփական խնդիրներից: Չգտնելով ավելի լավ մեկնաբանություն, քան այն, որն առաջադրել էր հիվանդս, ես գիտակցեցի, որ եթե ասեմ, որ դողում է մարմինս, երբ տեսնում եմ 15-ամյա աղջկան՝ 70-ամյա կնոջ հոգով, իրականում ոչինչ մատնած չեմ լինի իմ անձնական կյանքի մասին, ինչպես չի մատնում

ոչինչ իմ այն պնդումը, որ իգական սեռի այս հիվանդը նույնացվում է դեռահաս աղջկա հետ» (Heimann, 1978, էջ 225–226):

Էական է, որ զգացմունքի մասին հիվանդին տեղեկացումը կատարվում է փոխլրացման (կոմպլեմենտարության) տեսակետից: Ահա թե ինչու Հայմանը կարող է ասել, որ ոչինչ ի ցույց չի դրել իր անձնական կյանքից: Մեզ հուզողը շրջանակի հետ կապված զգացմունքներն են, որոնք հակադրեցության մի մասն են և հիվանդի համար պարզ են դարձնում, թե նա ինչպես է փոխազդում «օբյեկտի» հետ: Այս ասպեկտը կուզենայինք քննարկել ընդհանուր մակարդակում, քանի որ համոզված ենք, որ կարելի է գտնել մեկ այլ ուղի հակափոխազդումը թերապիայում շահեկանորեն կիրառելու համար:

Բոլոր հիվանդների համար բոլորովին անհասկանալի է այն, որ վերլուծողներն ըստ երևույթին չեն նյարդայնանում ոչ մի աֆեկտից և հուսահատությանը միևնույն սառնությամբ են հակազդում, ինչպես վիրավորանքին ու ատելությանը: Վերլուծողները կարծես իրենց չեզոքությունը պահպանում են նաև ուժեղ տրանսֆերենտ սիրո հետ բախվելիս: Սակայն արտաքինը խաբուսիկ է, և դա հայտնի էր նույնիսկ այն բանից առաջ, երբ ձևավորվել էր հակատրանսֆերի համակողմանի ընկալումը: Սակայն ինչպիսի՞ն կլինի արդյունքը, եթե վերլուծողն անուղղակիորեն վնասի իր վստահելիությանը՝ իրեն տեղադրելով չարից և բարուց այն կողմ և ցույց տա հիվանդին այն, ինչ վերջինս պատրաստվում է անել վերլուծողի հետ՝ իբրև տրանսֆերի օբյեկտի: Մեկնաբանության սովորական ռազմավարության մի մասը մտադրությունն է՝ հիվանդին մատնացույց անել, որ իրականում նա ի նկատի ունի այլ օբյեկտ, օրինակ՝ իր հորը, մորը, քրոջը կամ եղբորը: Ահա թե ինչու վերլուծողը չի կարող անձնապես կրել աֆեկտի ազդեցությունը: Տեսականորեն և թերապևտիկ տեսանկյունից ափսոսանքի արժանի այս իրավիճակից խուսափելու համար պետք է զիջել, առնվազն սկզբունքորեն՝ համաձայնելով, որ վերլուծողը կարող է կրել աֆեկտի ազդեցությունը և հուզվել: Չեզոքությունը, մտախոհ զսպվածության իմաստով, սկսվում է հակատրանսֆերից հետո և հնարավոր է դարձնում մեր մասնագիտական խնդրի լուծումը փոխլրացնող ֆիզիկական–զգացմունքային փոխազդեցությունից հեռանալու միջոցով, որը կարող է առաջացած լինել հիվանդի սեռական և ագրեսիվ գրգռումներից: Դրանից ելնելով՝ մենք խիստ անհրաժեշտ ենք համարում, որ պետք է հիվանդին թույլ տրվի մասնակցել վերլուծողի դատողություններին, ներառյալ նույնացումների բովանդակությանը, ծագման մասին մտքերին: Դա հեշտացնում է նույնացումը: Դա մեզ թույլ է տալիս վերլուծողի հանդեպ մերձավորության և հեռավորության հարաբերությունները կարգավորել իբրև «օբյեկտի» հետ:

Հայմանը նկարագրել է այս գործընթացը, մենք փորձեցինք նկարագրել նրա հիմնարար նշանակությունը:

4. ԴԻՄԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ

4.1 Ընդհանուր տեսակներ

Հիվանդի դիմադրության նկարագրությանը ծառայող բառապաշարը շփոթեցնող է և այնպիսի փոխաբերություններով հարուստ, որոնց սկզբնական իմաստը հիմնված է մարդու գոյության համար մղվող պայքարով և ինչո՞ւ չէ, նաև կոչով: Հակատրամաբանական է, որ հոգեկան կամ հոգեմարմնական տառապանքների պատճառով օգնության դիմած հիվանդն օրվա ընթացքում դրսևորում է վարքի տարբեր ձևեր, որոնք Ֆրոյդը միավորել է մեկ եզրի՝ «դիմադրության» ներքո: Հիրավի այս գլխում ի սկզբանե կարելի է նշել, որ հիվանդներն *առաջին հերթին* օգնության կարիք են զգում բժիշկի հետ հարաբերություններում և հոգեթերապևտի հետ փոխանցման հարաբերություններում: Դիմադրության դրսևորումները *երկրորդական* են և հետևանք են անհանգստությունների, որոնք անխուսափելիորեն հանգեցնում են այս կամ այն կերպ դրսևորվող դիմադրության: Թերապևտիկ հարաբերություններում այսպիսի *շեղումներն* են, որ դիմադրության դիտման պատճառ են դառնում: Այսպիսով, հետևելով Ֆրոյդին, կարելի է ասել (1900a, էջ 517). «Այն, ինչը խոչընդոտում է աշխատանքի հետագա ընթացքը, կոչվում է դիմադրություն»: Վերլուծական աշխատանքը կատարվում է թերապևտիկ հարաբերություններում: Այդ պատճառով էլ դիմադրության միջոցով ի ցույց դրված հիմնական ձևանմուշն ուղղված է խնդրո առարկա փոխանցման հարաբերությունների *դեմ* (տե՛ս գլուխ 2):

Օգնություն փնտրող հիվանդը, ինչպես և նրա թերապևտը սկսում են գիտակցել, որ փոփոխման գործընթացը, որպես այդպիսին, տագնապ է հարուցում, քանի որ ձեռք բերված հավասարակշռությունը, եթե նույնիսկ այն ձեռք է բերվում ներքին և արտաքին ազատության սահմանափակմամբ, երաշխավորում է որոշակի ապահովություն: Ձեռք բերված հավասարակշռության հետևանքով ձևավորվում են տեղի ունեցող իրադարձությունների նկատմամբ անգիտակցական ակնկալիքներ և պատկերացումներ, որոնք կարող են անգամ տհաճ բնույթ կրել: Չսայած հիվանդը գիտակցաբար ձգտում է փոփոխության, բայց ձեռք բերված հավասարակշռությամբ ստեղծվում է ինքնապահպանվող և ամրապնդվող մի օղակ, քանզի որքան էլ հավասարակշռության հետևանքները ախտաբանական լինեն, այն նպաստում է տագնապի և անվստահության զգալի նվազեցմանը: Դիմադրության բազմապիսի դրսևորումներն ունեն մեկ գործառնություն, այն է՝ պահպանել ձեռք բերված հավասարակշռությունը: Սա բացահայտում է դիմադրության տարբեր կողմերը՝

1. Դիմադրություն, որը կապված է գիտակցաբար ցանկալի, սակայն անգիտակցաբար տագնապ առաջացնող փոփոխությունների հետ:
2. Դիմադրության դիտարկումը կապված է թերապևտիկ հարաբերությունների հետ այն դեպքում, երբ պարապրակսիաները և այլ,

անգիտակցաբար պատճառաբանված երևույթները կարելի է դիտարկել նաև թերապիայից դուրս: Դիմադրությունը թերապևտիկ գործընթացի բաղադրիչ մասն է:

3. Գոյություն չունի վարքի որևէ ձև, որը չի կարելի գործադրել որպես դիմադրություն, երբ այն հասել է որոշակի ուժգնության, քանի որ աշխատանքի հետագա ընթացքը կարելի է խաթարել տարբեր ձևերով: Հոգեթերապևտի և հիվանդի միջև համագործակցությունը տուժում է, եթե դիմադրությունը գերազանցում է ինտենսիվության որոշակի աստիճանը, ինչը հնարավոր է նկատել բազմապիսի երևույթներում: Տրանսֆերի վերածումը կույր համփշտակվածությամբ նույն կերպ կարող է վերածվել դիմադրության, ինչպես երազների չափազանցված վերապատմումը կամ դրանց շուրջ չափից ավելի ռացիոնալ մտորումը:
4. Դիմադրության գնահատման ժամանակ, այսպիսով, կիրառվում են *քանակական և որակական* չափանիշներ: Օրինակ՝ դրական կամ բացասական փոխանցումը վերածվում է դիմադրության, երբ այն հասնում է ինտենսիվության որոշակի աստիճանի, որը խոչընդոտում է կամ անհնարին է դարձնում համատեղ արտացոլող աշխատանքը:

Գլովերը (Glover, 1955) տարբերակում է մի կողմից՝ ակներև կոպիտ, և մյուս կողմից՝ աննկատ դիմադրություններ: Դիմադրության կոպիտ ձևերը ներառում են ուշացում, հանդիպումներից բացակայություն, շատախոսություն կամ ընդհանրապես լռություն, վերլուծողի արտահայտությունների ավտոմատ մերժում կամ սխալ ըմբռնում, մշտական ցրվածություն, քնկոտություն և վերջապես՝ բուժման գործընթացի դադարեցում:

Այս կոպիտ խախտումները, որ գիտակցված և միտումնավոր սաբոտաժի տպավորություն են ստեղծում, դիպչում են վերլուծողների առանձնապես զգայուն տեղերին: Վարքի վերոհիշյալ ձևերից մի քանիսը, ինչպես, օրինակ՝ ուշացումը և հանդիպումներին չներկայանալը, խափանում են աշխատանքը և ընդհանրական պարզաբանումներ են ենթադրում, որոնք լավագույն դեպքում դիտվում են որպես մանկավարժական միջոցներ կամ ընդհակառակը՝ վատագույն դեպքում հանգեցնում են իշխանության համար մղվող պայքարի: Այսպիսի խառնաշփոթ կարող է ստեղծվել հենց թերապիայի սկզբնական շրջանում: Այդ պատճառով էլ հարկավոր է միշտ հաշվի առնել, որ հիվանդն առաջին հերթին իրեն սատարող հարաբերության կարիքն ունի: Եթե վերլուծողը չի ներքաշվում իշխանության համար մղվող պայքարի մեջ, ապա սեանսի ընթացքում թույլ նշմարվող խուսափողականության դրսևորումներում կարելի է նկատել դրական փոխանցման երևույթներ և անգամ դրանք մեկնաբանել թերապիայի դեռևս վաղ փուլերում: Այդ ժամանակ իշխանության համար պայքարը, որը կարող է բխել թերապիայի գոյության պայմանների վրա հարձակումներով արտահայտվող մարտահրավերից, գուցե այլևս տեղի չունենա:

Աշխատանքի նկատմամբ դիմադրությունը վերածվել է «հոգեվերլուծության գործընթացի նկատմամբ դիմադրության» (Stone, 1973): 1900 թվականից ի վեր նկարագրվել են բազմաթիվ անհատական և տիպիկ

դիմադրության դրսևորումներ: Դրանք դասակարգվում են, իհարկե, ոչ առանց պատկերավորության անխուսափելի կորստի, ըստ ընդհանուր քանակական և որակական մոտեցումների և ըստ դիմադրության ծագումնաբանության: Քանի որ հոգեվերլուծական գործընթացի դիմադրությունը դիտվում է որպես տրանսֆերենտ դիմադրություն, դիմադրության այս ձևը գործնականում միշտ կարևորվում է: Այդ պատճառով էլ հարկավոր է նախ պարզել, թե ինչպես և ինչու է առաջանում տրանսֆերենտ դիմադրությունը:

4.1.1 Դիմադրության ձևերի դասակարգումը

Սկզբում Ֆրոյդը տրանսֆերը դիտել է որպես դիմադրություն, որպես *հիմնական խոչընդոտ* (Haupthindernis): Հիվանդները, հատկապես կանայք, չեն հետևում արդեն իսկ գոյություն ունեցող բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների կարծրատիպին, այլ թերապևտին ներգրավում են իրենց սեփական երևակայական աշխարհը: Այդ նկատառումը Ֆրոյդին՝ որպես բժշկի, զայրացնում էր: Ծանրացած խղճով և ամրագրված պայմանականությունը մտովի խախտելու համար ամոթ զգալով՝ կին հիվանդները, թաքցնելով իրենց ֆանտազիաները, զարգացնում էին *դիմադրություն* Ֆրոյդին փոխանցվող սեռական զգացմունքների և ցանկությունների դեմ: Քանզի Ֆրոյդն այդպիսի ցանկությունների փաստացի առաջացման ոչ մի իրական առիթ չէր տվել, այսինքն՝ այդպիսի իրադրություն չէր հրահրել, անհրաժեշտություն էր առաջանում հաշվի առնելու անգիտակցական ակնկալիքների օրինակների նախապատմությունը: Տրանսֆերենտ ուսումնասիրությունը, որպես «սխալ կապ», տանում էր դեպի չգիտակցված ցանկությունների և ֆանտազիաների անցյալ և, ի վերջո, էդիպյան բարդության և ինցեստի արգելքի բացահայտմանը: Երբ հնարավոր դարձավ բժշկի ազդեցությունն ածանցել ծնողների ազդեցությունից (իհարկե, նրանց նկատմամբ հիվանդի *աներկբա* վերաբերմունքի դեպքում), վերլուծողների կողմից փոխանցման ընկալումը փոխվեց. նրանք այն այլևս չէին դիտարկում որպես թերապիայի հիմնական խոչընդոտ, այն այժմ դիտարկվում էր որպես ազդեցիկ թերապևտիկ միջոց, քանի դեռ չի փոխակերպվել բացասական կամ չափազանց դրական, էրոտիկ տրանսֆերենտի:

Տրանսֆերի և դիմադրության՝ որպես տրանսֆերենտ դիմադրություն հարաբերությունը արտահայտվում է հետևյալ սխեմայում: Փոխանցման գիտակցման դիմադրությունը հաղթահարելուց հետո Ֆրոյդի տեսության շրջանակներում թերապիան հիմնվում է նուրբ և անառարկելի փոխանցման վրա, որը, այսպիսով, դառնում է ցանկալի և վերլուծողի համար խիստ օգտակար գործիք: Դրական տրանսֆերը՝ եզակի հարաբերության իմաստով, կազմում է թերապիայի հիմքը (տե՛ս գլուխ 2):

Այս աշխատանքային հարաբերությունը, ինչպես մենք այսօր այն կանվանեինք, վտանգվում է, եթե դրական տրանսֆերը ինտենսիվանում է, և առաջանում են բևեռացումները, որոնք անվանվում են տրանսֆերենտ սեր

կամ բացասական՝ ագրեսիվ տրանսֆեր: Այսպիսով, տրանսֆերը վերստին վերածվում է դիմադրության, եթե բժիշկի հանդեպ հիվանդի վերաբերմունքը դառնում է էրոտիկ բնույթի (տրանսֆերենտ սեր) կամ փոխակերպվում է ատելության (բացասական տրանսֆեր): Ըստ Ֆրոյդի՝ տրանսֆերենտի այս երկու ձևերը դառնում են դիմադրություն, եթե նրանք խոչընդոտում են *հիշելու* գործընթացը:

Ի վերջո, տրանսֆերենտ խնդրի լուծման հանդեպ դիմադրության դեպքում մենք գտնում ենք նաև երրորդ կողմը: Տրանսֆերի դիմադրություն հասկացության մեջ մտնում են տրանսֆերի գիտակցման դեմ դիմադրությունը, դիմադրությունը՝ որպես տրանսֆերենտ սեր կամ բացասական տրանսֆերը, և տրանսֆերի խնդրի լուծման հանդեպ դիմադրությունը:

Տրանսֆերենտ դիմադրության տարբեր տարբերի կոնկրետ դրսևորումները կախված են նրանից, թե ինչպես է կառուցվում թերապևտիկ շրջանակը՝ ըստ օրենքների և մեկնաբանությունների: Օրինակ, տրանսֆերի գիտակցման հանդեպ դիմադրությունը ներածական փուլի կանոնավորապես ի հայտ եկող բաղադրիչ է: Գործընթացի հետագա փուլերում դիմադրության այս տիպի վերելքներն ու վայրէջքները արտացոլում են երկբաղադրիչ երևույթներին հատուկ տատանումներ: Պարանոյիկ հիվանդն արագ զարգացնում է բացասական տրանսֆերը, մինչդեռ նիմֆամանուիստ մոտ էրոտիկ տրանսֆերը իրեն երկար սպասեցնել չի տա: Այս տրանսֆերների ինտենսիվությունն է, որ դրանց վերածում է դիմադրության: Այս բևեռների մեջ կա մեծ բազմազանություն, և արդեն վերլուծողից է կախված, թե նա վարքի որ ձևն է մեկնաբանում որպես դիմադրություն: Ֆրոյդի (1926d) հետագա դասակարգումն այս կապակցությամբ տրամադրում է ախտորոշման հետևյալ չափանիշները՝ Գեր-Էգո-ի դիմադրություն, Այն-ի դիմադրություն, հիվանդության երկրորդական օգուտի վրա հիմնված դիմադրություն ի լրումն արտամղման և տրանսֆերենտ դիմադրության:

Այսպիսով՝ ժամանակակից դասակարգումն ընդգրկում է Էգո-ի դիմադրության երկու ձև (արտամղման դիմադրություն և տրանսֆերենտ դիմադրություն), իսկ Գեր-Էգո-ի և Այն-ի դիմադրությունը ծագումաբանորեն կապված է Ֆրոյդի կողմից 20-ական թվերին իր տեսության վերանայման հետ: Բանի որ տրանսֆերենտ դիմադրությունը դեռևս պահպանում է իր կենտրոնական դերը, թերապևտիկ հետաքրքրությունների կիզակետում կառուցվածքային տեսության մեջ առավել կարևորվում են դիմադրության երկու հիմնական ձևերը. տրանսֆերենտ դիմադրություն՝ դրական, չափից ավելի էրոտիզացված փոխանցում և բացասական ագրեսիվ փոխանցում: Այդ պատճառով էլ մենք տարբերակեցինք նաև տրանսֆերենտ դիմադրություն հասկացությունը:

Տրանսֆերի տեսությունը քննարկելիս (տե՛ս գլուխ 2) մենք չենք անդրադարձել այն բարդություններին, որոնք առաջանում են այն դեպքում, երբ տրանսֆերենտ դիմադրության երկու հիմնական ձևերը կարող են դժվարացնել բուժման գործընթացը: Բացասական տրանսֆերի դեպքում ագրեսիվ

մերժումը կարող է գերիշխող դառնալ, իսկ թերապիան կարող է մտնել փակուղի կամ ավարտվել (Frued, 1912, 1937):

Նկատելի է, որ Ֆրոյդը պահպանել է դիմադրության բևեռային դասակարգումը որպես բացասական (ագրեսիվ) և չափազանց դրական (էրոտիկ) տրանսֆեր, չնայած որ 12-ից 37 թվերի բնագոյների տեսության վերանայումը և հատկապես կառուցվածքային տեսության ստեղծումը հանգեցրին դիմադրության հինգ ձևերի դասակարգմանը: Հնարավոր է, որ Ֆրոյդի մտածողության այդպիսի պահպանողականությունը կապված է այն բանի հետ, որ նա իր պրակտիկ գործունեությունում հետամուտ էր էդիպյան բարդության փուլում սիրո և ատելության բևեռացմանը և դրա տրանսֆերին. սրան հատուկ ուշադրություն է դարձրել Շաֆերը (1937): Այդ ամենից, ինչպես և մարդու ամբիվալենտությունից ընդհանրապես անխուսափելիորեն առաջանում է դրական և բացասական տրանսֆերը:

Սակայն ինչպիսի՞ն է դրանց ուժգնացումը մինչև այն աստիճանը, երբ նրանք վերածվում են դիմադրության, լինի դա հիվանդի կողմից տրանսֆերենտ սեր, թե անհաղթահարելի ատելություն: Մարդկային ատելության ներուժը և ապակառուցողականությունը անգամ փոքր-ինչ նվազեցնել չցանկանալով՝ չի կարելի կասկածել, որ բուժման տեխնիկայի դերը բացասական տրանսֆերի տեսքով դիմադրություն հրահրելիս երկար ժամանակ անտեսվում էր (Thomä, 1981): Ա. Ֆրոյդը (1954a, էջ 618) վերջապես մի հարցադրում է արել, թե արդյոք այն փաստի պարբերական մերժումը, որ վերլուծողը և հիվանդը չափահաս մարդիկ են և իրար հետ իրականում անձնական հարաբերությունների մեջ են գտնվում, կարո՞ղ է պայմանավորել ագրեսիվ հակազդումները, որոնք մենք արթնացնում ենք հիվանդների մոտ և որը մենք հնարավորին չափ դիտում ենք որպես տրանսֆեր:

Նույնը վերաբերում է նաև հիվանդի կողմից փոխանցվող սիրուն, հատկապես երբ էրոտիկ տրանսֆերը խոչընդոտում է վերլուծությանը կամ այն անհնարին է դարձնում: Բնականաբար, հանդիպում ենք նաև հիվանդի կողմից փոխանցվող սիրո այլ դրսևորումների, ինչպես, օրինակ, Նունբերգի (1951), Ռապապորտի (1956), Սաուլի (1962) և Բլումի (1973) կողմից նկարագրվածները: Պարզ է, որ էրոտիկ տրանսֆերը կարող է դառնալ դիմադրություն: Սակայն կցանկանայինք նշել, որ վերլուծողի և նրա բուժման տեխնիկայի ազդեցությունը դրական և էրոտիկ տրանսֆերի տեսակների զարգացման վրա հաճախ հպանցիկ կերպով է հիշատակվում նույնիսկ ամենաթաքնված հրապարակումներում: Սա տեղի է ունենում անկախ նրանից, թե բացասական տրանսֆերը որքան մեծ կախվածության մեջ է հակա-տրանսֆերից, բուժման տեխնիկայից և վերլուծողի տեսական կողմնորոշումից:

Թերապևտիկ վերլուծության ժամանակ ինքներս մեզ հարց ենք տալիս՝ հետևելով Շաֆերին.

«Ինչպե՞ս հասկանալ, որ հիվանդն ապրում է հենց այդ կերպ, զարգացնում է հենց այդ ախտանիշները, տառապում է հենց այդպես, իր

նկատմամբ հրահրում հենց այդպիսի վերաբերմունք, ունենում է հենց այդ զգացողությունը, ինչո՞ւ է խոչընդոտում ըմբռնման գործընթացը հենց այդ կետում և այդ պահին, ո՞ր ցանկությունը կամ ի՞նչ տիպի ցանկություններ են հնարավորին չափ իրականանում, արդյոք այդ իմաստով է կլինիկական վերլուծությունը հետազոտում պնդումները, ցանկությունների իրականացումը: Ահա թե ինչ ի նկատի ունենք՝ դիմադրության և պաշտպանության վերլուծություն ասելով: Ի՞նչ նպատակի են ծառայում դիմադրությունը և պահպանումը, ինչի՞ է ձգտում այդ մարդը, այդ անձը (Schafer, 1973, էջ 281)»:

Շաֆերն իրավացիորեն դիմադրության և պաշտպանության գործառույթի հարցը համարել է ոչ առաջնային: Անգիտակցական երևակայական վտանգների դեմ սովորական ինքնապաշտպանության հետևանքն ամբողջ կյանքի ընթացքում տևող միջանձնային հարաբերություններում անվտանգության և բավարարվածության անհաջող որոնումն է: Ուստի հաջորդ բաժնում կդիտարկենք դիմադրության հարաբերությունները կարգավորող գործառույթը:

4.1.2 Դիմադրության գործառույթը հարաբերությունների կարգավորման գործում

Դիմադրության այս գործառույթի շեշտումը մեզ պարտավորեցնում է հատուկ ուշադրություն դարձնել դիմադրության և տրանսֆերենտ փոխհարաբերությանը: Տրանսֆերենտ դիմադրության դեպքում կոնֆլիկտի ներհոգեկան մոդելը (արտամղման դիմադրությունը) կապված է օբյեկտային հարաբերության հոգեբանության և ներանձնային կոնֆլիկտի մոդելի հետ: Ֆրոյդը հաստատեց այդ կապը «Արգելակում-ախտանշան-տագնապ» (1926թ.) աշխատության մեջ՝ վերանայելով տագնապի իր տեսությունը. այս աշխատությանը կից հավելվածում ներկայացված է վերոհիշյալ դիմադրության դասակարգումը հինգ ձևերի: Հարկ է հիշել, որ Ֆրոյդը բոլոր ներոտիկ տագնապների պատճառները հանգեցնում էր արտաքին աշխարհի իրական վտանգներին (այսինքն՝ սպառնալիքներին):

Սեռատման և օբյեկտի կամ սիրո կորստի հետ կապված տագնապն, այսպիսով, արգասիք է, որի ծագման համար պահանջվում է 2 կամ 3 անձի գոյություն: Այնուամենայնիվ, կոնֆլիկտի հոգեվերլուծական մոդելի ներհոգեկան գործընթացները դիտարկվել են միակողմանիորեն: Լիցքաթափման տեսությունը մի կողմից ենթադրում էր, որ հենց ոչնչացման ուժեղ վախը հարկ է ածանցել քանակական գործոններից: Մյուս կողմից՝ անտեսվում էր վախի առաջացման վրա շրջանակի ազդեցությունը, և այն չէր դիտվում որպես իրական վտանգ: Ինչ վերաբերում է ցուցումներին՝ հատկապես հոգեվերլուծության համար ընդունելի են այն դեպքերը, որտեղ ներկայացված են կայուն կառուցվածքներ և ներհայեցողական կոնֆլիկտներ: Այդ դեպքում հարցն այն է, թե ինչն է խոչընդոտում հոմեոստազը՝ ներքին հավասարակշռությունը:

Հիմնվելով կոնֆլիկտի ներհոգեկան մոդելի վրա՝ պետք է ընդունել Բրենների տեսակետը (Brenner, 1976, էջ 558). «Ցանկացած հոգեկան գործունեություն, նպատակ ունենալով խուսափել բնագլխից ածանցված անբավարարվածությունից, պաշտպանություն է: Պաշտպանության սահմանման առավել հարմար այլ եղանակներ չկան»: Օբյեկտային հարաբերության տեսությամբ ավելի մեծ տեղ տալու արդյունքում՝ ձևավորվում է մի տեսակետ, որի մասին ավելի վաղ խոսել է Բրիերլին (1937թ.). «Սկզբնական շրջանում երեխան մտահոգված է օբյեկտներով այնքանով, որքանով դրանք կապված են սեփական զգացմունքների և զգացողությունների հետ, սակայն բավական է, որ զգացմունքների կապը օբյեկտների հետ ավելի խորանա, բնագլխային մղումների պաշտպանության գործընթացը դառնում է պաշտպանության գործընթաց ընդդեմ օբյեկտների: Այդ ժամանակ երեխան փորձում է տիրել իր զգացմունքներին՝ մանիպուլյացիաներ կատարելով զգացմունքների օբյեկտների հետ» (Brienerley, 1937, էջ 262):

4.1.3 Դիմադրություն և պաշտպանություն

Մենք առավել կարևոր ենք համարում պարզաբանել դիմադրության և պաշտպանության փոխհարաբերությունները: Երկու հասկացություններն էլ հաճախ օգտագործվում են որպես հոմանիշ: Սակայն դիմադրության դրսևորումները նկատելի են, մինչդեռ պաշտպանական գործընթացներին հարկ է հանգել տրամաբանորեն: «Ախտածին գործընթացը, որը մեզ տեսանելի է դիմադրության տեսքով, պետք է անվանվի արտամղում» (Z.Freud, 1916–1917, էջ 294):

Դիմադրության և պաշտպանության հոմանիշային օգտագործումը կարող է հանգեցնել սխալ եզրակացության, որի նկարագրությունն ինքնին հնարավոր կդարձնեք դիմադրության գործառնության բացատրությունը: Կլինիկական մասնագիտական ժարգոնային լեզվում հոգեդինամիկ կապերը համակողմանի արտահայտություն են գտնում. բացասական տրանսֆերը ծառայում է որպես դրական զգացմունքներից պաշտպանության միջոց, իսկ Ես-ի արատները և վաղաժամ լքման վախը ետ են մղվում հիստերիկ սիրախաղի միջոցով և այլն:

Սակայն անչափ կարևոր է ճանաչել հոգեդինամիկ կապերի առանձին տարրերը, այսինքն՝ առանձնահատուկ հոգեկան ակտերը, և դրանք դարձնել թերապևտիկ տեսանկյունից օգտակար: Ֆրոյդը գնաց այդ ճանապարհով, երբ ստեղծեց բոլոր պաշտպանության մեխանիզմների նախատիպը՝ արտամղման դիմադրությունը, և այն կապեց հիվանդի ապրումների և ախտանիշների յուրահատկությունների հետ: Այս նկարագրության մեջ դիմադրության այս ձևը կապված է պաշտպանության մեխանիզմների բոլոր նախատիպերի հետ:

Հարկ է ընդգծել, որ դիմադրություն հասկացությունը պատկանում է բուժման տեխնիկայի տեսությանը, իսկ պաշտպանություն հասկացությունը

պատկանում է հոգեկան ապարատի կառուցվածքային մոդելին և, այսպիսով, պետք է դասվի մետահոգեբանության շարքը (Leeuw, 1965):

Պաշտպանության տիպիկ ձևերը, ինչպես, օրինակ, թշնամու հետ նույնացումը, ենթադրում են բազմաստիճան և բարդ պաշտպանական գործընթացներ (արտամղում, պրոյեկցիա, մասնատում և այլն): Այս անգիտակցական գործընթացները ձևավորում են դիմադրության դրսևորումների բազմազանություն (Ehlers, 1983):

Պաշտպանական մեխանիզմների տեսության հետագա զարգացումը նախատիպից (արտամղման դիմադրություն) դուրս մնացող, այսպես կոչված, պաշտպանական դիմադրություններն ավելի հասանելի դարձրեց թերապիայի համար: Արտամղման դիմադրությունը հնարավոր է նկարագրել Նիցշեի հանրահայտ «Չարից և բարուց այն կողմ» աշխատության հայտնի արտահայտությամբ՝ «*ես* այդ արեցի,– ասում է իմ հիշողությունը:– Ես դա չէի կարող անել,– ասում է իմ հպարտությունը՝ մնալով անդրդվելի: Վերջիվերջո, իմ հիշողությունը զիջում է»: Հոգեվերլուծության առանցքը ինքնախաբեության *անգիդրակցական* գործընթացներն են (Fingarette, 1977):

Կառուցվածքային տեսության ամենակարևոր գործնական հետևանքը Ա. Ֆրոյդի նկարագրած տիպաբանության կիրառումն է դիմադրության կլինիկական դրսևորումների առումով (A. Freud, 1937): Վերոհիշյալ նկարագրության իմաստով, օրինակ, «պաշտպանության տրանսֆերը» հանդես է գալիս որպես «դիմադրություն տրանսֆերի դեմ»: Այն փաստը, որ մի դեպքում խոսվում է դիմադրության, մյուս դեպքում՝ պաշտպանության մասին, մասնակիորեն բառերի իմաստային նմանության հետևանք է: Մյուս պատճառն այն է, որ դիմադրության տիպիկ ձևերին վերաբերող կլինիկական փորձը տասնամյակներ շարունակ նկարագրվել է պաշտպանության գործընթացների տերմինաբանությամբ: Ի վերջո, մարդու պաշտպանության անգիտակից գործընթացների և իր գործողությունների միջև գոյություն ունի լեզվաբանական կապ. հիվանդը ժխտում է, դիմում է ինքնարդարացման, ինքն իրեն հակասում է, մասնատում է, փորձում է ինչ-որ բան վերափոխել, հետընթաց է ապրում:

Պաշտպանության տերմինաբանության գերադասումը ենթադրաբար արտահայտում է մի միտում, որը տրված էր Շաֆերի «գործողությունների լեզվում» (Shafer, 1976): Դիմադրության տիպիկ ձևերի ճշգրիտ ուսումնասիրությունը տանում է պաշտպանության մեխանիզմների տեսության սահմաններից այն կողմ և անհրաժեշտ է դարձնում, օրինակ, ուսումնասիրել զգացմունքների՝ գործողությունների միջոցով արտահայտման (acting out), սևեռուն կրկնության և Այն-դիմադրության համալիր դրսևորումները: Այդ մեխանիզմները տարբեր կերպ են ծառայում հավասարակշռության պահպանմանը և առաջացնում են յուրահատուկ դիմադրություն փոփոխությունների նկատմամբ: Հոգեվերլուծական տերմինաբանության մեջ համառոտության նկատառումներով դիմադրությունը անվանվում է «ռեգրեսիա», «պրոյեկցիա» կամ «ժխտում»: Քանի որ պաշտպանության անգիտակցական

գործընթացների բացահայտումն սկսվում է դիմադրությունից, իսկ պաշտպանության գործընթացները հնարավոր չէ անմիջականորեն ապրել և զննել, ուստի խոսվում է պաշտպանության և դիմադրության փոխհարաբերությունում եղած կառուցվածքային բարդ խնդիրների հաստատման մասին: Հուսով ենք, որ ընթերցողին համոզիչ կերպով ներկայացրեցինք, որ «դիմադրություն» և «պաշտպանություն» եզրերի օգտագործումը թե՛ որպես հումանիզներ, թե՛ որպես ընդհանուր եզրեր առարկելի է:

Մինչև այժմ քննարկված ընդհանուր տեսակետները վերաբերում են այնպիսի թեմաների, որոնց մենք ավելի մանրամասն կանդրադառնանք այս գլխի հետագա բաժիններում: Մենք մասնավորապես կանգ կառնենք հետևյալի վրա. քանի որ Ֆրոյդը, դեռևս հասկացությունը բացահայտելիս, դիմադրությանը վերագրել է հարաբերություններ կարգավորող գործառույթ, հետևաբար, հաջորդ բաժինը նվիրվում է դիմադրության՝ տագնապից պաշտպանող գործառույթին: Այս կապակցությամբ հարկ է քննարկել նաև աֆեկտի այլ նախանշաններ: Մենք արդեն հատուկ տեղ ենք հատկացրել տրանսֆերենտ դիմադրությանը մեր ներածական խոսքում՝ հաշվի առնելով նրա կարևորությունը: Մենք կրկին կանդրադառնանք դրան՝ հաշվի առնելով նրա կապը արտամղման հետ (4.3):

Ֆրոյդի դասակարգումը մեզ հնարավորություն է տալիս ներկայացնել Գեր-Էգո-ի և Այն-ի դիմադրությունները հաջորդ՝ 4.4. բաժնում: Դիմադրության այս ձևերը կրում են այժմյան անվանումները շնորհիվ 20-ական թվականներին Ֆրոյդի կողմից սեփական տեսության հիմնովին վերանայման: Մղման տեսության վերակառուցումը և տեղագրական մոդելի (նախագիտակցական, գիտակցական, անգիտակցական) հերթափոխումը կառուցվածքային տեսությամբ (Այն, Էգո, Գեր-Էգո) արտացոլում են Ֆրոյդի վերլուծական շրջանակներում ձեռք բերված փորձը: Բացասական թերապևտիկ հակազդումներում մեղքի անգիտակցական զգացման բացահայտումը հանգեցնում է այն ենթադրության, որ Էգո-ի և Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը մեծ մասամբ անգիտակցական է: Միաժամանակ Ֆրոյդի վրա խորը տպավորություն է գործել կրկնության հարկադրանքը, որը նա փորձել է բացատրել՝ Այն-ին վերագրվող բնագոյների պահպանողական բնույթից ելնելով: Թվում է՝ Այն-ի ուժերը կարող են բացատրել նաև էրոտիկ և բացասական, ագրեսիվ տրանսֆերի համառ բնույթը, ինչպես նաև Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը: Այն-ի և Գեր-Էգո-ի դիմադրության քննադատական քննարկման տեսական և գործնական հետևանքները կնկարագրվեն 4.4.1 բաժնում՝ որպես օրինակ ընդունելով բացասական թերապևտիկ հակազդման արդի հասկացությունը:

Հաջորդ բաժնում (4.4.2) քննարկում ենք մարդկային ագրեսիայի տեսության նոր զարգացումները: Այնուհետ համառոտ կանդրադառնանք հիվանդությունից ստացվող երկրորդային օգուտին, որն ըստ Ֆրոյդի դասակարգման մտնում է Էգո-ի դիմադրության մեջ: Դիմադրության այս չափազանց կարևոր ձևը հիվանդությունից ստացվող երկրորդային օգուտը, որը հոգեվերլուծական տեխնիկայում գրեթե ուշադրության չի արժանանում,

կարևորվում է 8-րդ գլխում, որտեղ խոսվում է ախտանշաններ պահպանող գործոնների մասին:

Վերջապես՝ վերջին բաժնում (4.6) անդրադառնում ենք էրիկսոնի կողմից նկարագրված ինքնության դիմադրությանը, որը վերջինիս դրսևորումների կլինիկական և տեսական կարևոր նշանակություն ունեցող մի խմբի նախատիպն է: Իբրև ինքնության դիմադրություն նկարագրվող դրսևորումները որպես այդպիսին նոր չեն: Էրիկսոնի բերած նոր տեսությունը հիմնվում է տեսական կողմնորոշման վրա, որի շնորհիվ դիմադրության (սակաշտպանական անգիտակցական գործընթացների) գործառույթը կապվում է հոգեհասարակական ծագում ունեցող ինքնության կամ ինքնազգայության պահպանման հետ: Դրանով ներմուծվում է կարգավորման մի գերագույն սկզբունք: Հաճույքի և տհաճության սկզբունքի տարբերակումը տնտեսական սկզբունքներից և լիցքաթափման տեսությունից ոչ մի դեպքում չպետք է հանգեցնի Ֆրոյդի՝ մարդու ցանկությունների անգիտակից աշխարհի բացահայտման անտեսմանը: Ընդհակառակը, մենք, ինչպես Գ. Կլայնը ու շատ այլ ժամանակակից վերլուծողներ, կարծում ենք, որ մոտիվացիայի հոգեվերլուծական տեսությունը շահում է ճշմարտամանությունից և թերապևտիկ կիրառումից, երբ սեռական, էդիպյան և մինչսեռական բավարարվածության բնագծային փնտրտուքը ըմբռնվում է որպես ինքնազգայության զարգացման կարևոր բաղադրիչ: Ինքնազգայության կարգավորման (որպես էգո-ի կամ ես-ի ինքնանույնացում) և ցանկությունների բավարարման միջև գոյություն ունեցող փոխադարձ կախվածության մասին ենթադրությունը բխում է հոգեվերլուծական գործունեության փորձից: Այն նաև մեզ դուրս է բերում այն պարադոքսալ երկընտրանքից, որին հանգել էր Կոհուրթն իր զարգացման տեսության մեջ՝ իրարից անկախ գործընթացներ համարելով նարցիսիստական և լիբիդինալ օբյեկտների զարգացումը: Այն փաստը, որ ինքնաձևավորման (նարցիսիստական) զատումը օբյեկտային(բնագծային) փոխհարաբերությունից անմտություն է, կարելի է հեշտությամբ ապացուցել: Օբյեկտային հարաբերությունները չեն խաթարվում առանց ես-ի խանգարումների և ընդհակառակը:

4.2 Դիմադրության պաշտպանական գործառույթը և տագնապը

Ֆրոյդը, թերապևտիկորեն փորձելով արթնացնել հիստերիկ հիվանդների մոռացված հիշողությունները, հանդիպում էր դիմադրության: Երբ Ֆրոյդը նախավերլուծական ժամանակահատվածում կիրառում էր հիպնոս և ճնշման ընթացակարգ՝ ազդելու հիվանդի վրա, նա հանդիպում էր ընդդիմության, որը և համարվում է դիմադրություն: Դեպի դուրս ուղղված հակազդումները, այսինքն հիվանդի՝ բժշկի կողմից իր վրա ազդելու փորձերի դեմ ընդվզումը, Ֆրոյդը համարում էր այն ներքին ուժերի հայելային

արտացոլումները, որոնք հանգեցրել են դիսսոցիացիայի, ախտանշանների առաջացման և դրանց պահպանման:

«Ուստի հոգեկան ուժը՝ ես-ի կողմից հակակրանքը, սկզբնապես զուգորդումից դուրս է մղում ախտածին պատկերացումները (այսինքն՝ տանում է դեպի դիսսոցիացիա) և խոչընդոտում է նրա վերադարձը դեպի հիշողություն: Հիստերիկ հիվանդի «չիմացությունը», փաստորեն, փոքրիշատե գիտակցված «չիմանալու ցանկություն» էր, իսկ թերապևտի առաջադրանքն է հաղթահարել այդ զուգորդման դիմադրությունը հոգեկան աշխարհի հետ իր աշխատանքի միջոցով» (Z.Freud, 1895):

Ի սկզբանե թերապևտիկ զննումը կապվում էր բացատրական հոգեդինամիկ մոդելի հետ, մասնավորապես այնպես, որ դիմադրության ուժից էին ենթադրվում զուգորդումների խեղաթյուրման չափը և ախտանիշները (Z. Freud, 1904): Բնագդի անգիտակցական ազդակների, ինչպես նաև էդիպյան ցանկությունների և տագնապների հայտնաբերումը առավել համընդգրկուն է դարձնում դիմադրության դրդապատճառների մասին գիտելիքը և ավելի կարևորում նրա առանցքային դերը բուժման տեխնիկայում: Սանդլերը (և մյուսները) ընդհանրացնում են.

«Կոնֆլիկտի առաջացման և պաշտպանության մոտիվացիայի համար անհրաժեշտ է հոգեվերլուծության մուտքը 2-րդ փուլ (Ռապապորտ, 1959), և ներքին մղման ազդակների ու ցանկությունների նշանակության բացահայտումը, ի տարբերություն իրական, ցավագին ապրումների, իրականում էականորեն չփոփոխեց դիմադրության հասկացությունը: Այժմ պարզվում է, որ դիմադրությունն ուղղված է ոչ միայն ցավագին ապրումների վերհիշման, այլև մղման անընդունելի ազդակների գիտակցման դեմ» (Sandler et al., 1937, էջ 67):

Այս ամենի ելակետը «չիմանալու ցանկությունն» էր: Այժմ անհրաժեշտ է բացատրել հետևյալ երևույթները՝ իմացության անկարողություն, ինքնախաբեություն և անգիտակցական գործընթացներ, որոնք հանգեցնում են բնագդային ցանկությունների խեղաթյուրված վերարտադրմանը:

Դիմադրության երևույթների նկարագրության փուլն այժմ ավարտված է: Ֆրոյդի բացահայտումից գրեթե 100 տարի անց հազիվ թե գտնվի մարդկային մի մղում (բնագդ), որը յուրահատուկ դիմադրության հետ փոխհարաբերության մեջ դեռևս նկարագրված չլինի մասնագիտական գրականության մեջ: Ընթերցողը չի դժվարանա ճանաչել դիմադրության զգացողությունը, եթե պատկերացնի, որ մտացածին ունկնդիրը պատմում է մտքով անցած բացարձակապես ամեն ինչ:

Թերապևտիկ երկխոսության ընթացքում դիմադրությունը կատարում է փոխհարաբերությունները կարգավորող գործառույթ: Այդ պատճառով էլ Ֆրոյդն ի սկզբանե այն զննում էր բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերության համատեքստում և այն դիտարկում էր տրանսֆերենտ կապի մեջ: Ինչպես մենք արդեն նշել ենք, դիմադրության փոխհարաբերությունները կարգավորող գործառույթը, այսինքն՝ սահմանները հսկող գործառույթը, հետագայում անտեսվում էր կոնֆլիկտի և կառուցվածքային մոդելների տարանջատման

պատճառով: Դիմադրության բացահայտման համատեքստը վճռորոշ էր բացահայտման հետագա փորձերի համար ևս: Ինչո՞ւ են դիմադրության դրսևորումները հանդես գալիս թերապևտիկ հարաբերություններում և ինչի՞ են ծառայում դրանք: Ֆրոյդը (1926) հետագայում տվեց այս հարցի համակողմանի պատասխանը՝ դիմադրության բոլոր երևույթները տազնապից պաշտպանվելու համահարաբերականներ (կորելյատներ) են: Նա տազնապը՝ որպես անբավարարվածության աֆեկտ, վերագրում էր արտամղման պաշտպանական մեխանիզմների նախատիպին: Ըստ արտահայտման Ֆրոյդի կողմից կիրառված ընդհանրացման եղանակի՝ տազնապն ինքնին փոխարինում է ամոթին, տխրությանը, պարտքի զգացմանը, թուլությանը և, վերջապես, աֆեկտի բոլոր անցանկալի ազդանշաններին:

Դրա հետևանքով տազնապը դարձավ պաշտպանության հոգեվերլուծական տեսության ամենակարևոր աֆեկտը: Հետևաբար, Ֆրոյդը կարող էր ասել, որ տազնապը, ինչպես նաև նրա տարրերը, փախուստի/հարձակման հակազդեցությունները և դրանց հոգեկան համարժեքները նկրողի հիմնական խնդիրներն են: Այսպիսով, պաշտպանության անգիտակցական գործընթացները կենսաբանորեն են պայմանավորված: Տազնապի՝ որպես հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդությունների հարուցչի շեշտադրումը հանգեցրեց նրան, որ աֆեկտի մյուս ինքնուրույն ազդանշանները գրեթե ուշադրության չարժանացան: Ելնելով տեսական և թերապևտիկ պատճառներից՝ այսօր անհրաժեշտ է անհապաղ առաջադրել աֆեկտների ազդանշանների քննարկման ավելի տարբերակված եղանակ: Պատմական նախատիպին, այսինքն՝ տազնապին և տազնապից պաշտպանությանը, հետևելը նշանակում է հաշվի չառնել անհանգստացնող աֆեկտների լայն բազմազանությունը: Հիվանդի ապրումներն անտեսվում են, երբ վերլուծողը փորձում է պարզաբանել նրա վախի զգացումներն այն ժամանակ, երբ հիվանդն ինքն իրեն թույլ չի տալիս այդ վայրկյանին որակապես այլ զգացողություն ունենալ: Մի հարց է, որ տազնապը շատ երևույթների գազաթնակետն է, ինչն էլ մեզ հնարավորություն է տալիս խոսելու ամոթի, բաժանման վախի և ամորձատման տազնապների մասին: Մեկ այլ բան է, որ աֆեկտների աստիճանակարգության ծավալուն մասերը պահպանում են իրենց անկախությունը, որոնց երևութաբանությունը հոգեվերլուծության մեջ ավելի մեծ հետաքրքրության է արժանացել միայն վերջին տասնամյակներում:

Դա ունի տարբեր պատճառներ: Հնարավոր է, որ Ռապապորտի աշխատության հրատարակումը (Rapaport, 1953) հասարակության ուշադրությունը հրավիրեց այն փաստին, որ աֆեկտների հոգեվերլուծական կառուցվածքային տեսություն գոյություն չունի: Այն գործոնները, որոնք ածանցում են աֆեկտները բնազդներից, Ֆրոյդի այն տեսակետից, որ դրանք ներկայացնում են մղման էներգիա և անբարենպաստ են աֆեկտիվ վիճակների մանրամասն և երևութաբանական նկարագրության համար: Հետագայում տազնապի տեսության վերանայման հետևանքով ազդանշանային տազնապը դարձավ աֆեկտիվ վիճակների նախատիպը: Ֆրոյդը հիմնա-

կանում ազդանշանային տազնապը տարանջատում էր լիցքաթափման տնտեսական գործընթացից (1926d, էջ 139): Նա նկարագրելով տարբերակում էր միմյանցից վտանգավոր տիպիկ իրավիճակներ և աֆեկտիվ վիճակները՝ որպես օրինակ նշելով ցավի աֆեկտը: Սակայն տազնապի աֆեկտին հոգեվերլուծության մեջ տրվում էր բացառիկ դեր և բոլորովին էլ ոչ այն պատճառով, որ շատ աֆեկտներ պարունակում են տազնապի տարրեր (Dahl, 1978):

Այժմ կցանկանայինք պարզաբանել աֆեկտի տարբերակված ուսումնասիրությունը և նրա առնչությունը տազնապին ամոթի օրինակով՝ հիմնվելով Վուրմսերի հետազոտության վրա (Wurmser, 1981): Ամոթի տազնապով տառապող անձը վախենում է բաց ներկայանալ ուրիշներին և ստորացվել ու նսեմանալ: Ըստ Վուրմսերի, ամոթի բարդ աֆեկտը խմբավորվում է դեպրեսիվ առանցքի շուրջ. «Ես ինձ ի ցույց դրեցի ուրիշներին և ինձ նսեմացած եմ զգում: Որպես մի էակ, որն իրեն խայտառակում է, ես կցանկանայի անհետանալ: Ես այլևս չեմ ուզում գոյություն ունենալ: Արհամարհանքը կջնջվի միայն այն ժամանակ, երբ կջնջվի խայտառակությունը իմ թաքնվելու, անհետանալու, եթե անհրաժեշտ է՝ նաև ոչնչանալու շնորհիվ»:

Ամոթը դեռևս գոյություն ունի որպես պաշտպանություն, որպես պաշտպանիչ ինքնաքողարկում, որպես *հակազդեցության կազմավորում*: Ակնհայտ է, որ դիմադրության պաշտպանական մեխանիզմը վերաբերում է հատկապես անտանելի ամոթի զգացմանը: Ամոթի բոլոր 3 ձևերը՝ ամոթի տազնապը, դեպրեսիվ ամոթահարությունը և ամոթի զգացումը, որպես հակազդեցության կազմավորում, ունեն սուբյեկտի և օբյեկտի բևեռներ, քանի որ ամաչում են *ինչ-որ մեկից* և *ինչ-որ բանի* համար: Բուժման տեխնիկայի համար տարբեր աֆեկտային վիճակների մանրամասն և երևութաբանական վերլուծությունը հատկապես էական է այն պատճառով, որ այն հնարավորություն է տալիս պարզել, թե տրված հնարավորություններից որն ավելի *նրբանկար* կլինի տվյալ պահին: Ապա դիմադրության վերլուծության ժամանակ գործողության նրբանկատ եղանակներից մեկը դառնում է ոչ միայն ապրումակցման և ներըմբռնման արդյունք: Հակափոխանցման արդի շեշտադրման մեջ նկատելի է մի միտում, որ աֆեկտների և հույզերի բազմազանությունն ավելի մեծ հետաքրքրության է արժանանում:

Այժմ դիմադրության պաշտպանական գործառնությունը կարելի է բացատրել նաև այլ աֆեկտներով: Կրաուզեն (Krause, 1983, 1985) և Մոզերը (Moser, 1978) այնպիսի ագրեսիվ հույզերի օրինակով, ինչպիսիք են բարկությունը, զայրույթը, կատաղությունը և ատելությունը, ապացուցեցին, որ դրանք, ինչպես և տազնապը, կարող են գործածվել որպես ներքին ազդանշաններ և կարող են առաջացնել պաշտպանական գործընթացներ: Իհարկե, ագրեսիվ հույզերը կարող են վերածվել նաև տազնապային ազդանշանի: Այդ պատճառով էլ տազնապի տեսությունն էլեգանտ, ամբողջական և միասնական է դառնում: Ֆրոյդի հանձարն այնպիսի ազդեցություն ունեցավ,

ինչպես Օկկամի ածելին՝ նախատիպին ենթարկելով մի քանի, մասնավորապես անկախ աֆեկտիվ ազդանշանային համակարգեր. ասես դրանք իր վասալները լինեին:

Թերապևտիկ տեսանկյունից չարժե տազնապի ազդանշանին մեծ ուշադրություն հատկացնել: Մոզերը ներկայացրեց հետևյալ փաստերը հոգուտ բուժման տեխնիկայի կանոնների, ըստ որոնց՝ անհրաժեշտ է ճանաչել այլ աֆեկտիվ ազդանշանների ինքնուրույնությունը:

«Այդ աֆեկտները (բարկություն, զայրույթ, կատաղություն, ատելություն և այլն) գործածվում են որպես ներքին ազդանշաններ, ինչպես և տազնապը, այն պայմանով, որ աֆեկտիվ ապրումը կհասնի ներքին որևէ հաղորդակցման համակարգի զարգացման աստիճանի: Բազմաթիվ ներոտիկ դրսևորումներում, ինչպես, օրինակ, ներոտիկ դեպրեսիաների, սևեռում նկրողների, բնավորության ներոտիկ խանգարումների ժամանակ ագրեսիվ ազդանշանային համակարգն ամբողջովին խաթարվում է կամ թույլ է զարգանում: Դրանք այն հիվանդներն են, որոնք չեն զգում իրենց ագրեսիվ ազդակները, հետևաբար ի վիճակի չեն դրանք ճանաչել և դասակարգել կոնկրետ իրադրական համատեքստում: Նրանք կամ ցուցադրում են ագրեսիվ վարք և այն չեն նկատում և չեն ցանկանում տեսնել այն որպես այդպիսին, կամ արձագանքում են շրջապատի ազդակներին՝ ագրեսիան ցուցաբերելով հուզական ակտիվությամբ, կամ այլ կերպ են վերլուծում և մեկնաբանում ազդանշանները, օրինակ՝ տազնապի ազդանշաններ: Ագրեսիվ համակարգն այդ դեպքում փոխակերպվում է տազնապի ազդանշանային համակարգով... Ներոզների տեսությունում փոխակերպման այդ գործընթացները նկարագրված են որպես տիպիկ աֆեկտիվ պաշտպանական մեխանիզմներ՝ «ագրեսիան՝ որպես պաշտպանություն տազնապից» և «տազնապը՝ որպես պաշտպանություն ագրեսիայից» անվանումներով: Այսպիսով՝ ստեղծված են բոլոր հիմքերը տազնապի ազդանշանային տեսությունը «ագրեսիայի ազդանշանային տեսություն» անվանելու համար (Moser, 1978, էջ 236–237):

Վելդերը հոգեվերլուծական տեխնիկայի զարգացումը նկարագրում էր մի շարք կիրառմամբ, հարցեր, որ ինքն իրեն տալիս էր հենց վերլուծողը: Սկզբում նրա մտքում մշտապես հնչում էր մի հարց. «*Ի՞նչ են իրենցից ներկայացնում հիվանդի ցանկությունները*, ի՞նչ է նա ցանկանում անգիտակցորեն»: Տազնապի տեսության վերանայումից հետո հիվանդի ցանկությունների վերաբերյալ հարցը փոխարինվում էր հետևյալով. «*Իսկ ինչի՞ց է նա վախենում*»: Վերջապես՝ պաշտպանության և դիմադրության գործընթացների ավելի խորը իմացությունը հանգեցրեց երրորդ հարցին. «*Եվ երբ նա վախենում է, ի՞նչ է անում այդ ժամանակ*» (Waelder, 1960, էջ 182–183): Վելդերը պնդեց, որ մինչ այդ հիվանդին ուսումնասիրելիս վերլուծողի կողմնորոշման համար ոչ մի նոր հայեցակերպեր չեն առաջադրվել:

Այսօր առաջարկվում է տալ ևս մի շարք հարցեր՝ ավելի խորքային հարցադրումներ անելով, օրինակ. «*Ի՞նչ է անում հիվանդը, երբ ամաչում է, երբ ուրախանում է, երբ անակնկալի է գալիս, երբ տխրություն, սարսափ, զզվանք կամ զայրույթ է զգում*»: Զգացմունքների արտահայտման միջոց-

ները խիստ բազմազան են: Դրանց կարող են նախորդել զգացմունքներ առաջացնող չտարբերակված (ոչ սպեցիֆիկ) փուլերը: Զգացմունքները և աֆեկտները (մենք երկու եզրներն էլ գործածում ենք որպես նույնիմաստ) կարող են ընդհատվել արդեն տարբերակմանը նախորդող փուլում, այսպես ասած՝ հենց սկզբնավորման պահին, սակայն նրանք կարող են համախմբվել և վերածվել տազնապի: Բուժման տեխնիկայի տեսանկյունից հարկ է չմոռանալ աֆեկտների լայն բազմազանության մասին, քանի որ որակապես տարբեր զգացմունքների անվանումը հեշտացնում է ինտեգրացիան, դժվարեցնում կամ խոչընդոտում է աֆեկտների համախմբումը:

Բնականաբար, միշտ գոյություն է ունեցել հարցերի մեկ այլ շարք, որոնցով Վելդերը չի զբաղվել այդ ժամանակահատվածում: Թերապևտիկ և երկբաղադրիչ գործընթացի տեսանկյունից (և հարկ է զգույշ լինել՝ այս մասին չմոռանալու համար) վերլուծողը զուգահեռաբար ինքն իրեն տալիս է ընդհանուր թեմային վերաբերող մի շարք հարցեր. «Ես ի՞նչ եմ անում, որ հիվանդն ապրում է այդ տազնապի և ցուցաբերում այդ դիմադրությունը», – և ամենից առաջ՝ «ինչպե՞ս եմ աջակցում դրանք հաղթահարելուն»: Այստեղ քննարկված ախտորոշիչ մտորումների ժամանակ աֆեկտի տարբեր ազդանշանները պետք է տարբերակվեն միմյանցից: Այսօր նույնիսկ այնպիսի պահպանողական վերլուծող, ինչպիսին Բրեններն է (Brenner, 1982), ընդունում է, որ դեպրեսիվ և տազնապի անցանկալի աֆեկտները նույնաբժեք են կոնֆլիկտների առաջացման գործընթացում: Մեր քննարկման համար էական չէ, որ ազդանշանային համակարգում հենց բարդ դեպրեսիվ աֆեկտներին վերագրվող ինքնուրույնությունը կասկածելի է: Որոշիչն այն է, որ հարկ է ունենալ հաճույքի և տհաճության կարգավորման և կոնֆլիկտի ծագման համակողմանի ընկալում՝ չսահմանափակվելով տազնապով, որքան էլ որ աֆեկտի նախատիպային ազդանշանն էական լինի:

Հարկավոր է հատկապես ուշադրություն դարձնել պաշտպանական գործընթացների (դիմադրության) տեսությունում աֆեկտների հաղորդակցական բնույթին, ինչպես դա անում է Կրաուզեն (Krause, 1983): Իր վաղ շրջանի աշխատություններում Ֆրոյդը կարևորում էր էքսպրեսիվ զգայական վարքը՝ ելնելով Դարվինի տեսությունից (Darwin, 1872): Հետագայում իր մշակած բնագիտության տեսությունում աֆեկտներն ավելի շատ դիտվում էին որպես լիցքաթափման և կատեքսիսի արդյունք: Մղումն իր արտահայտումը գտնում է պատկերացման մեջ և աֆեկտում, և ներքուստ պարզվում է. «Աֆեկտիվությունն էականում արտահայտվում է մոտորային (վազոմոտոր և սեկրետոր) լիցքաթափմամբ, որը ներքին փոփոխություններ էր առաջ բերում հիվանդի մարմնում՝ առանց արտաքին աշխարհի հետ հարաբերության, ինչպես նաև այնպիսի գործողություններում, որոնք ուղղված են արտաքին աշխարհում փոփոխությունների առաջացմանը» (Freud, 1915, էջ 179): Այս հիմնավորմամբ Ֆրոյդը մղման և աֆեկտի փոխհարաբերությունը պարզաբանում էր միակողմանիորեն. աֆեկտները մղումների ածանցյալներն են, իսկ դրանց հաղորդակցության բնույթը, թվում է, կորչում է:

Կրաուզեի համակողմանի տեսությունում կարելի է տեսնել, որ մղման և աֆեկտի փոխներգործությունը տեղի է ունենում ոչ միայն մեկ, այսինքն՝ մղումից դեպի աֆեկտ ուղղությամբ: Մենք կանդրադառնանք այս բարդ խնդրին այնքանով, որքանով այն վերաբերում է դիմադրության մեր ընկալմանը:

Եթե տազնապը, զայրույթը, զգվանքը և ամոթը կարելի է հետահայաց վերագրել մարմնում հավասարակշռման փոփոխմանը, ապա այն ինքնընտանիքյան տևական ներգործություն կունենա թերապևտիկ վերաբերմունքի վրա: Դա հետագայում կհանգեցնի զգվանքի, ամոթի, զայրույթի և տազնապի փոխազդեցական ծագումնաբանության ժխտմանը, ինչպես նաև դրանց ազդանշանային գործառույթի անտեսմանը: Սակայն հենց այս հաղորդակցական գործընթացների շնարհիվ է, որ պարզ է դառնում աֆեկտների վարակիչ ազդեցությունը, որը Ֆրոյդը դիտարկում էր խմբային գործընթացներում (1984): Այլոց մոտ աֆեկտների խթանումը բնորոշող փոխկապակցվածությունը, որը սաստկացնում կամ թուլացնում է շրջափոխային գործընթացը, կազմում է ապրումակցման հիմքը: Այդ պատճառով էլ թերապիայի ժամանակ վերլուծողն աֆեկտիվ վիճակների իր ապրումակցական իմացության շնորհիվ կարող է զգալ, որ հույզերը հաղորդակցական բնույթ են կրում:

Զգացմունքների և աֆեկտների վերագրումը մղման դուալիստական տեսությանը հանգեցրեց նրան, որ միմյանց հետ սկսեցին շփոթել մղումը և աֆեկտը, լիբիդոն և սերը, ագրեսիան և թշնամանքը, ինչի վրա ուշադրություն հրավիրեցին Գ. Բլանկը և Ռ. Բլանկը (G. Blanck, R. Blanck, 1979): Եթե այդ շփոթմունքը բուժման տեխնիկայի օրենքներով տանենք դեպի ազդանշանային տազնապ, ապա կսահմանափակվի այլ աֆեկտային համակարգեր ընկալելու ընդունակությունը: Տարբեր աֆեկտներ և դրանց երկարժեք գործառույթները հաղորդակցության ժամանակ ավելի են կարևորվում օբյեկտային հարաբերության վերաբերյալ հոգեվերլուծական տեսություններում: Աֆեկտիվ հաղորդակցության՝ հարաբերություններ կարգավորող գործառույթը և, դրանով պայմանավորված, դիմադրության պաշտպանական գործառույթը կցանկանայինք պարզաբանել Կրաուզենից հետևյալ մեջբերմամբ: Նա նկարագրում է սեռական փոխներգործության ընթացքում աֆեկտների և մղման գործողությունների բարդ համադրումը և եզրակացնում է.

«Մինչ 2 անձանց միջև սեքսուալ բնույթի վերջնական ակտի տեղի ունենալը, նրանք պետք է համոզվեն, որ կարող են ընդհանրապես միասին լինել, այն է՝ գուգընկերների միջև հեռավորությունը պետք է աստիճանաբար նվազեցվի և վերջապես անհետանա: Դա կարող է տեղի ունենալ միայն այն դեպքում, երբ տազնապի աֆեկտը, որն ուղեկցում է այդպիսի գործընթացները, փոխարինվի ուրախության, հետաքրքրասիրության և ապահովության հակադիր աֆեկտներով: Դա տեղի է ունենում դրական աֆեկտների փոխադարձ ինդուկցիայի շնորհիվ» (Krause, 1983, էջ 1033):

Ուշադրություն պետք է դարձնել այն բանին, որ Կրաուզեն խոսում է փոխադարձ դրական աֆեկտային ինդուկցիայի և տազնապի աֆեկտի նվազեցման մասին: Կասկած չկա, որ իմպոտենցիայի դեպքում վերջնական

ֆիզիոլոգիական ակտը կարող է խոչընդոտվել ամորձատման անգիտակցական տագնապով, իսկ ֆրիգիդության դեպքում կարող է զարգանալ որպես ամորթի անգիտակցական տագնապի արդյունք: Այստեղ խնդիրն այնպիսի հուզական տարրերի փոխներգործությունն է, որոնցից են անվտանգությունը, վստահությունը, հետաքրքրասիրությունը և ուրախությունը, սեռական տենչանքի, այսինքն՝ սեռական գրգռվածության և ակտերի հետ մեկտեղ, բառիս նեղ իմաստով: Նպատակաուղղված ցանկությունների այս համադրումը, որը ձգտում է ցանկությունների բարձրակետին, ամբողջանալով հույզերի հետ, հոգեվերլուծության մեջ կանոնավորապես նվազեցվում է՝ հանգեցվելով օբյեկտային հարաբերության և էդիպյան ու մինչգենիտալային բնագծային բավարարվածության սխեմայի: Այդպես վարվելով՝ վերլուծողները հեշտությամբ անտեսում են որակապես տարբեր հույզերի լայն բազմազանությունը: Բալինտը (Balint, 1935) առաջիններից էր, որ բարձրացրեց այս խնդիրը քննության օրինակով: Օբյեկտային հարաբերությունները և հակափոխանցումը, հնարավոր է, այդպիսի կարևոր դեր են խաղում այժմյան քննարկումներում, քանի որ կապված են իրական և որակապես ձգգրիտ հուզական ապրումների հետ, որոնք պարզապես լիբիդինալ զարգացման փուլերի գործառնությո՜ւն են:

Առօրյա հոգեվերլուծական փորձը ցույց է տալիս, որ հիվանդը կարող է հրաժարվել իրենից դիմադրություն ներկայացնող վարքից, եթե նա իրեն անվտանգ զգա և զգա, որ որոշակի վստահություն է ձեռք բերել: Այդ փորձը համապատասխանում է մոր և մանկան փոխներգործության հոգեվերլուծական ուսումնասիրությանը: Հարկ է նշել Բոուլբիի (Bowlby, 1969)՝ երեխայի և մոր միջև հոգեկան կապվածության և աֆեկտիվ փոխհարաբերությունների կարևորության վերաբերյալ բացահայտումները, քանի որ Հարլոուի (Harlow, 1958) դեպրիվացիոն փորձերը կապիկների ձագերի հետ ենթադրում են նմանատիպ մեկնաբանություն:

Քաղցի հագեցումը, ըստ հոգեվերլուծության՝ բնագդի օրալ բաղադրիչը, գոյության անհրաժեշտ պայմանն է, սակայն օբյեկտների հուզական հարաբերությունը նույնպես սեռական հասունացման անխուսափելի պայման է: Կապիկների ձագերը, տևական ժամանակ զրկված լինելով մոր հետ շփումից և բավարարվելով միայն տիկնիկներով կամ մորթե փոխնակներով, այսինքն՝ զրկված լինելով զգացմունքային կապից և իրենց անվտանգությունն ապահովող օբյեկտից (գործածելով անտրոպոմորֆիզմին հատուկ եզր), հետագայում ի վիճակի չեն սեռական ակտեր կատարել: Կրաուզեն դա բացատրում էր նրանով, որ դեպրիվացիան կապիկներին զրկում է մեկ այլ էակի ներկայությամբ զգալու այն (անվտանգության, վստահության, հետաքրքրասիրության և ուրախության) աֆեկտները, որոնք անհրաժեշտ են սեռական ակտ կատարելու համար: Ըստ Շպիտցի (Spitz, 1965) կողմից առաջարկված վերոհիշյալ հետազոտության մեկնաբանության՝ այստեղ բացակայում են փոխադարձությունն ու երկխոսությունը:

Մյուս կողմից՝ աֆեկտիվ անվտանգությունը կարելի է փնտրել բնագ-
դային բավարարման ցանկության մեջ՝ արտահայտված շատակերության
և չափազանցված մաստուրբացիայի ձևով: Բնագդային գործընթացների
և աֆեկտիվ ազդանշանների փոխներգործությունը կարող է հանգեցնել
անկայուն կամ հակադարձ գործընթացների: Այդ պատճառով էլ խոսում
են տագնապի հաղթահարման մասին սեքսուալիզացիայի կամ բա-
վարարման օրալ դրսևորումների ռեգրեսիայի միջոցով: Մեծապես
ընդունված է, որ շատ հիվանդությունների դեպքում դա տեղի է ունենում
հենց այդպես:

Հատկապես տպավորիչ է այն, որ երևան է գալիս հիվանդի կողմից
փոխանցվող սեքս-կախվածություն առանց հիվանդության կառուցվածքի
ախտորոշիչ գործոնների առկայության: Հետո ծառանում է մի հարց, թե հի-
վանդը արդյոք և որքան ժամանակ կշարունակի՞ չափազանց ակտիվ մաս-
տուրբացիայի դեմ աջակցություն և սատարում փնտրել, և արդյոք
հիվանդը չի՞ կարողանում այդ աջակցությունը ստանալ վերլուծական
շրջանակում այն պատճառով, որ վերլուծողն աֆեկտիվ արձագանք չի տա-
լիս: Հաճախ հոգեվերլուծողներն իրենք իրենց պարտադրում են ցուցաբե-
րել չափից դուրս զսպվածություն, քանի որ նրանք փոխկապակցում են
աֆեկտների ազդանշանները և տագնապը, իսկ այդ տագնապի պատճառ-
ները վերագրում են մղման ուժգնությունից ծնված վախին: Վերլուծողի՝
արձագանքելու ունակությունը կարող է ավելի ազատ զարգանալ, եթե
աֆեկտները համարվեն իմաստակիր (Modell, 1984, Green, 1977) և ոչ թե
մղումից ածանցյալ, քանի որ պատասխան հակազդեցությունը չի նույ-
նանում պահանջի բավարարման հետ:

Աֆեկտիվ և ճանաչողական ասպեկտների տարանջատումը մղման տե-
սությունում հիմնված էր թերապևտիկ փորձերի վրա, որոնք ցույց էին տվել,
որ աֆեկտներից զուրկ հիշողությունը գրեթե երբեք արդյունավետ չի
լինում. «Նախօրոք տեղի ունեցած գործընթացը պետք է վերարտադրվի
հնարավորին չափ վառ և ակնհայտ, այն պետք է բերվի *statum nascendi*-ի,
այսինքն՝ իր բնօրինակային վիճակին, ապա նոր արտասանվի խոսքի միջո-
ցով» (Freud, 1895, էջ 6): Դիմադրության և պաշտպանական գործընթացնե-
րի տեսությունում այս դիտարկման հետևանքն աֆեկտների և պատկերա-
ցումների տարանջատման մասին ենթադրությունն էր: Տարանջատման
գործընթացների նշանակությունը, մեր կարծիքով, այն չէ, որ մղումը եր-
կատվում է՝ ներկայացվելով և որպես աֆեկտ, և որպես պատկերացում,
ասես դրանց տարանջատումը բնական է: Ավելի հավանական է, որ փոխ-
ներգործող աֆեկտիվ գործընթացները ճանաչողական բնույթի են, այդ
պատճառով էլ կարելի է ասել, որ ցայտուն կերպով արտահայտված վարքը
փոխկապակցված է աֆեկտների ըմբռնման հետ: Բնականաբար, աֆեկտի
և ճանաչողության, զգացմունքի և պատկերացման այս միասնությունը կա-
րող է անհետանալ: Աֆեկտները կարող են կոնֆլիկտի ծագման և ան-
վտանգության ու ինքնազգայության խաթարման պատճառ լինել, սակայն,

ախտանշանների առումով հաստատվում է հավասարակշռությունը, որը հետագայում կայունացվում է կրկնությունների միջոցով:

Բոլորը գիտեն, թե որքան դժվար է երկրորդ բնավորություն դարձած սովորությունները փոփոխել: Հիվանդները թեկուզև իրենց տառապանքի առումով փոփոխության են ձգտում, սակայն կնախընտրեին չքննել իրենց ներանձնային կոնֆլիկտները: Այդ պատճառով էլ այդքան սուր պայքար է մղվում տրանսֆերենտ դիմադրության տարբեր ձևերը կազմող փոխհարաբերությունների կոնֆլիկտների դեմ: Ձեռք բերված համաձայնությունները, իրենց թերություններով հանդերձ, հանգեցնում են անվտանգության որոշակի աստիճանի: Այդ պատճառով էլ Կարուզոյի (Caruso, 1972) ենթադրությունը, որ խոսքը ավելի շուտ փոխներգործական և ոչ թե պաշտպանական մեխանիզմների մասին է, միջանձնային ոլորտում նույնքան համոզիչ է, որքան Մենցոսի (Menzos, 1976) պաշտպանական գործընթացների փոխազդեցական մեկնաբանությունը:

Պաշտպանական գործընթացները սահմանափակում կամ ընդհատում են աֆեկտիվ և ճանաչողական փոխներգործությունը: Սահմանումից պարզ է դառնում է, որ ժխտումը, որպես պաշտպանական գործընթաց, ավելի շատ ուղղված է դեպի դուրս, իսկ արտամղումը՝ դեպի ներս: Սակայն այստեղ խոսվում է աստիճանական տարբերությունների մասին. այնտեղ, որտեղ հանդես են գալիս ժխտումը և բացասումը, կարելի է հանդիպել նաև արտամղմանը և դրա դրսևորումներին: Մենք հատկապես շեշտում ենք դիմադրության ընտելացման գործառույթն այն պատճառով, որ բուժման գործընթացի դեմ ուղղված հիվանդի վարքը հաճախ դիտվում է որպես բացասական երևույթ: Եթե վերլուծողները ենթադրեն, որ հիվանդն իր դիմադրության օգնությամբ գտնում է կոնֆլիկտների լուծման հնարավորինս լավագույն եղանակը և դրանով պահպանում է հավասարակշռությունը, նրանք ավելի լավ կկարողանան այդ դիմադրությունների վերացման համար լավագույն պայմանները ստեղծել:

Հիվանդները չեն կարող իրենք իրենց խոստովանել վերլուծողի նկատմամբ ունեցած սեփական զգացմունքները՝ ելնելով ինքնահարգանքի զգացումից կամ վերլուծողի հանդեպ տածած վախից: Նարցիսիստական այս պաշտպանության մեխանիզմի առօրյա հոգեբանական նշանակությունը հստակ նկարագրվում է Ստենդալի աֆորիզմներից մեկում. «Հարկավոր է զգուշավոր լինել հույսի սանձերն արձակելիս, քանի դեռ չես համոզվել, որ հիացմունք ես արթնացրել: Այլապես ի պատասխան կստանաս զուսպ անտարբերություն, որը լիովին անհամատեղելի է սիրո հետ, և որը կփարատվի միայն սեփական ինքնագնահատականին նետված մարտահրավերի միջոցով»:

Ե՞րբ կարող է հիվանդը համոզվել, որ հիացմունք է արթնացրել: Ինչպե՞ս նա կարող է պարզել՝ արդյոք չի՞ առաջացրել «սիրո հետ լիովին անհամատեղելի զուսպ անտարբերություն»: Վերլուծողը պետք է ի վիճակի լինի պատասխանելու այդ հարցերին, եթե ցանկանում է փոխանցման

դիմադրությունն արդյունավետ կերպով վերամշակել: Աֆորիզմը, սակայն, մատնանշում է զգացմունքներ ծնող հարաբերությունների՝ լինի դա սեր, թե դիմադրություն, ծագման համար անհրաժեշտ ոչ խոսքային, դեռևս նախագիտակցական հաղորդակցության գործառնության կարևորությունը: Այս հանգամանքում ուսուցողական է, որ Էրիկսոնի նույնացման դիմադրության (որին կարելի է ենթարկել դիմադրության բոլոր անխառն ձևերը) նկարագրությունը հոգեվերլուծության մեջ շատ թույլ արձագանքի արժանացավ: Հնարավոր է՝ դա հետևանք էր Էրիկսոնի հոգեհասարակական կողմնորոշման, քանի որ տրավմաներից խուսափելու նպատակով դիմադրության փոխկապակցվածությունը անվտանգության զգացողության (Sandler, 1960, Weis, 1971) կամ ինքնազգայության (Kohut, 1972) հետ նույնացման դիմադրությունից քիչ է տարբերվում:

4.3 Արտամղում և տրանսֆերենտ դիմադրություն

Ձևավորված պաշտպանական մեխանիզմների ներգործության ֆրոյդյան ընկալման նախատիպը նրա կողմից նկարագրված արտամղման դիմադրությունն էր: Արտամղման դիմադրությունը մնաց որպես պաշտպանական մեխանիզմների հիմնական դրսևորում, նույնիսկ այն բանից հետո, երբ Աննա Ֆրոյդը համակարգեց պաշտպանական մեխանիզմների տեսությունը: Մենք համաձայն ենք Սանդլերի և նրա համահեղինակների կողմից պաշտպանական մեխանիզմներին համապատասխանող տարբեր տեսակի դիմադրությունների գործառնությունների նկարագրությանը: Ըստ այդ հեղինակների՝ արտամղման դիմադրությունը ծագում է այն ժամանակ, երբ հիվանդը պաշտպանվում է «ներքին մղումներից, հիշողություններից և ապրումներից, որոնք եթե թափանցեն գիտակցություն, ցավ կպատճառեն կամ կսպառնան այդպիսի վիճակ ստեղծել»: Նրանք շարունակում են հետևյալ կերպ.

«Արտամղման դիմադրությունը կարելի է դիտել և որպես ներքոտիկ հիվանդություն՝ այսպես կոչված «առաջնային օգուտի» արտացոլում, նույն կերպ ախտանիշները կարելի է դիտել որպես տհաճ և ցավագին բովանդակությունը գիտակցելուց պաշտպանվելուն ուղղված ծայրահեղ միջոց: Հոգեվերլուծության ժամանակ ազատ զուգորդումների գործընթացը հիվանդի համար ստեղծում է մշտական վտանգավոր իրավիճակ այն բանի պատճառով, որ ազատ զուգորդումները հնարավորություն են ընձեռում արտամղվածին ի հայտ գալու, իսկ սա իր հերթին առաջ է բերում արտամղման դիմադրություն: Ինչքան արտամղված նյութը մոտենում է գիտակցությանը, այնքան մեծ է դիմադրությունը, և վերլուծողի խնդիրն է մեկնաբանությունների միջոցով հեշտացնել այդ բովանդակության ներթափանցումը գիտակցություն՝ հիվանդի համար ընդունելի տեսքով» (Sandler et al., 1973, էջ74)

Այս հատվածի օգնությամբ կցանկանայինք կրկին շեշտել, որ տեսանելի զգացմունքների և վարքի դիտարկումը ենթադրում է, որ պաշտպանության անգիտակցական և նախագիտակցական գործընթացներն ակտիվ են:

Ինքնախաբեության, աղավաղման, հակառակ շրջման, կարճ ասած՝ տրանսֆորմացիայի և ընդհատման բնույթը ավելի ու ավելի ակնհայտ է դառնում, երբ հիվանդը ավելի է մոտենում իր ապրումների ծագումնաբանությանը վերլուծական շրջանակի անվտանգ պայմաններում: Այն կապված է զգացմունքների և ապրումների իրական լինելու հետ, որի պատճառով մարդու բնավորության մակերեսային կողմը հաճախ անվանում են ճակատ կամ բնավորության գրահ (Reich, 1933): Մակերևույթին եղած այս բացասական գնահատականը կարող է, դժբախտաբար, ուժեղացնել ինքնահաստատումը, այսինքն՝ դիմադրությունն առաջ բերել այն հիվանդների մոտ, որոնք ի սկզբանե չեն կարող ընդունել այդպիսի գնահատումը: Այսպիսին են Ռայխի կողմից ներմուծված՝ բնավորության վերլուծության անբարենպաստ կողմնակի ազդեցությունները:

Ռայխի՝ ձևի և բովանդակության հիմնախնդիրն արտացոլող համակարգումն իհարկե չի կարելի գնահատել դրանում առկա չարաշահումների հիման վրա: Ռայխի (Reich, 1933, էջ 65) այն հայտնագործությունը, որ «վարքի տիպիկ դրսևորումներում, ընդհանրապես խոսելու և քայլելու ձևում, դեմքի արտահայտության մեջ, տիպիկ հարաբերություններում բնավորության դիմադրությունն արտահայտվում է ոչ թե *բովանդակային*, այլև *ձևական* հայեցակերպերով, անկախ բնավորության գրահի լիբիդինալ՝ տնտեսական բացատրությունից» (շեղատառ ընդգծումը մերն է): Ռայխը առաջարկեց անուղղակի աֆեկտիվ էքսպրեսիվ վարքի շատ խորաթափանց նկարագրություն, որը, համեմայնդեպս, ինչ-որ տեղ ի հայտ է գալիս՝ չնայած դիմադրությանը:

Աֆեկտը դրսևորվում է կեցվածքում և հատկապես դեմքի արտահայտության միջոցով, իսկ դրա ճանաչողական (կոգնիտիվ) կամ ֆանտազիայի բաղադրիչների չափերը փոփոխվում են՝ կապված դրանց կամ ժամանակավորապես առանձնացված, կամ էլ արտամղված լինելու հետ: Մենք այդ գործընթացներն անվանում ենք մեկուսացում կամ տարանջատում: Ռայխը ցույց տվեց, որ պաշտպանական գործընթացները տարբեր եղանակներով աֆեկտն անջատում են իր ճանաչողական բաղադրիչից և ձևափոխում են այն: Կրաուզեն արդարացիորեն նշում է, որ Ռայխի մոտեցումը չի զարգացվել հետագայում, և շարունակում է.

«Այսպես նշանավորվեց հոգեվերլուծության վրա Դարվինի աֆեկտների տեսության ազդեցության անհետացումը: Դա հիմնված էր այն փաստի վրա, որ Ֆրոյդը՝ նախկինում նյարդաբանություն ուսումնասիրած լինելով, աֆեկտը կարող էր համարել միայն մարդու սեփական մարմնում փոփոխության հանգեցնող շարժողական լիցքաթափում, և արհամարհում էր աֆեկտի սոցիալական և էքսպրեսիվ բաղկացուցիչները և կապը դրանց ու կամային գործողության միջև: Դրա հետևանքով տեսադաշտից դուրս մնաց այն, որ աֆեկտի սոցիալականացումը մասնակիորեն իրականացվում է շարժողական-էքսպրեսիվ համակարգի ավտոմատ և մշտական հսկողության միջոցով, որ դա միակ եղանակն է նախնական աֆեկտի զարգացման կանխման, և դրան հաճախ կարելի է հաջողությամբ հասնել

առանց անգիտակցական ֆանտազիաների զարգացման» (Krause, 1985, էջ 281–282):

1930–ական թվականներին կլինիկական գիտելիքները այնքան հարստացան, որ դրանց համակարգումը հնարավոր և նույնիսկ անհրաժեշտ դարձավ: 1926 թվականին Ֆրոյդը (1926d) դեռ կարողանում էր սահմանափակվել նախատիպով, այսինքն՝ հենց արտամղման դիմադրությամբ: Բայց Ա. Ֆրոյդի ներկայացրած պաշտպանական մեխանիզմների ցանկի հիման վրա 1936 թվականից հետո անհրաժեշտություն ծագեց խոսել ռեգրեսիայի, մեկուսացման, պրոյեկցիայի, դիմադրության, ինտրոյեկցիայի մասին, եղածն անվավեր ճանաչելու միջոցով՝ դիմադրության, ինքն իր դեմ դուրս գալու, հակադիր կեցվածք և դիրքորոշում ստանձնելու, սուբլիմացիայի և հակազդեցության ձևավորման (reaction formation) մասին: Փաստորեն Ռայխը նախևառաջ իր բնավորության վերլուծության տեսությունն ուղղորդեց դեպի դիմադրություն՝ հակազդեցությունների կազմավորման տեսքով: Հակազդեցությունների կազմավորման ախտորոշումը արժեքավոր օժանդակություն է թերապևտիկ շրջանակում դիմադրությունը գնահատելու համար, ինչպես այն ցույց է տրված հոգեվերլուծությունում բնավորությունների նկարագրության Հոֆֆմանի քննադատական վերլուծությունում (Հոֆֆման, 1979): Կցանկանայինք ընթերցողին հիշեցնել օրալ, անալ և ֆալիկ բնավորությունների մոտ հակազդեցությունների կազմավորումներին համապատասխանող դիմադրության տեսակների մասին:

Սանդլերը և համահեղինակները (1973, էջ 74–75) տեղափոխման դիմադրությանը տվել են այսպիսի բնորոշում.

«...չնայած իր էությանը շատ նման է դուրս մղման դիմադրությանը, հիվանդի կողմից փոխանցվող դիմադրությունը օժտված է յուրահատուկ հատկությամբ, որն արտահայտում է ինֆանտիլ մղումները և պայքարը դրանց դեմ: Դրանք մղումներ են, որ ծագում են վերլուծողի անձի նկատմամբ ուղիղ կամ փոփոխված ձևերով: Վերլուծական շրջանակը տվյալ պահի իրականության աղավաղման տեսքով հանդես գալով՝ մեր մեջ նորից աշխուժացնում է արտամղված նյութը կամ այն, ինչի հետ գործ են ունեցել ինչ-որ այլ եղանակով (օրինակ՝ վերափոխելով ներոտիկ ախտանիշի): Հոգեվերլուծական հարաբերություններում անցյալի այդ աշխուժացումը բերում է փոխանցման-դիմադրության» (Sandler et. al., 1973, էջ 74–75):

Դեռ մինչև այժմ էլ ուսանելի է ազատ զուգորդություններին նպաստելու փորձերի ժամանակ Ֆրոյդի կողմից փոխանցելի դիմադրության հայտնաբերման պատմությունը (Freud, 1900 a, էջ 532, 1905e, էջ 118, 1912b, էջ 101): Դա պատմություն է այն մասին թե ինչպես է խանգարվում զուգորդման գործընթացը, երբ հիվանդը գտնվում է բժշկի անձին վերաբերող զուգորդումների ազդեցության ներքո: Ինչքան ինտենսիվ է հիվանդը մտահոգված բժշկի անձով, որը, բնականաբար, կախված է նրանից, թե որքան ժամանակ է անցկացնում բժիշկը հիվանդի հետ, այնքան ավելի են մեծանում նրա անգիտակցական սպասումները: Ապաքինման հույսը կապվում է ցանկությունների կատարման ձգտման հետ, որը չի համապատասխանում

բժշկի և հիվանդի օբյեկտիվ հարաբերություններին: Եթե հիվանդը վերլուծաբանին է փոխանցում այլ նշանակալից մարդկանց հետ փոխհարաբերություններում արտամղված անգիտակցական ցանկությունները, ապա հնարավոր է, որ հետագա հաղորդակցման հանդեպ ուժեղ դիմադրություն արթնանալն արտահայտվի դրանք թաքցնելով կամ դրանց մասին լռելով:

Կցանկանայինք ընդգծել, որ հիվանդի կողմից փոխանցվող դիմադրությունը հայտնաբերվել է տրանսֆերի *դեմ* դիմադրության տեսքով, և որպես այդպիսին այն նորից ու նորից կարող է նկատվել յուրաքանչյուր վերլուծողի կողմից նույնիսկ առաջին հարցազրույցի ժամանակ: Սակայն բնական հարց է ծագում. ինչո՞ւ է այդքան աղմուկ բարձրանում այդպիսի առօրեական իրադարձության շուրջը, ինչո՞ւ ենք մենք ընդգծում, որ առաջնային երևույթները հարկ է հասկանալ որպես դիմադրության տրանսֆեր:

Տեխնիկական կանոնն առ այն, որ վերլուծողը պետք է սկսի մակերեսայինից և աշխատի գնալ դեպի «խորքերը», պարզապես նշանակում է, որ վերլուծողը պետք է մեկնաբանի տրանսֆերի հանդեպ դիմադրությունը մինչև փոխանցված պատկերացումներն ու աֆեկտները և դրանց մանկությունում ունեցած վաղ ձևերը մեկնաբանելը: Գլովերը (Glover, 1955, էջ 121) հատկապես անշեղորեն և բացարձակապես հետևում էր այդ կանոնին և ընդգծում, որ մենք *սովորաբար* առաջին հերթին մտահոգված ենք տրանսֆերի հանդեպ դիմադրությամբ: Սթոունի (Stone 1973) և Գիլի (Gill 1979) հետ մեկտեղ մենք տեսնում ենք փոխանցման հանդեպ դիմադրության տերմինաբանական առանձնացման հսկայական կարևորությունը հատկապես հիվանդի համար, որը սկսել է գիտակցել տրանսֆերը և առհասարակ տրանսֆերենտ երևույթները: Մենք հուսով ենք, որ կարող ենք ցուցադրել այն առավելությունը, որը տալիս է «տրանսֆերի գիտակցման դիմադրություն» անհարթ դարձվածքը՝ համաձայնելով այն տարբերակման հետ, որը կատարել է Սթոունը «դիմադրության և տրանսֆերի միջև հարաբերությունների երեք ծավալուն ասպեկտների» միջև.

«Տեխնիկական աղեկվատությունը հաշվի առնելով՝ այդ ասպեկտներից ամեն մեկի համամասնական կարևորությունը կփոխվի յուրաքանչյուր առանձին հիվանդի համար, հատկապես խորը հոգեախտաբանության ժամանակ: Առաջին՝ դա դիմադրությունն է փոխանցման գիտակցմանը և դրա սուբյեկտիվ վերամշակմանը տրանսֆերի ներդրում, երկրորդ՝ դա տրանսֆերի ներդրող դինամիկական և գենետիկական սահմանափակումների դիմադրությունն է և վերջին հաշվով հենց ինքը տրանսֆերի կապվածությունն է մեկ անգամ արդեն հաստատված գիտակցության մեջ: Երրորդ, դա վերլուծողի մասին պատկերացումն է փոխանցման մեջ... Հիվանդի էգոյի ապրումակցվող հատվածում՝ միաժամանակ ինչպես «Այն» օբյեկտ և ինչպես մարմնավորված Գեր-Էգո» (Stone, 1973, էջ 63):

Դիմադրություն հասկացությանը տրվող բազմաթիվ իմաստներից տեխնիկապես շատ կարևոր ենք համարում տրանսֆերի գիտակցման դիմադրության առանձնացումը: Դա արտահայտում է այն փաստը, որ տրանսֆերը իր ամենալայն իմաստով առաջնային իրականություն է:

Այդպես պետք է լինի, քանի որ մարդը ծնվում է որպես սոցիալական էակ: Դիմադրությունը կարող է ուղղված լինել ընդդեմ ինչ-որ բանի, որը գոյություն ունի ներկա պահին, օրինակ՝ ընդդեմ որոշակի հարաբերությունների: Պարզ է, որ նկատի ունենք տրանսֆերի համակողմանի ըմբռնումը որպես հարաբերություն: Տարբերակումը մտցվում է, երբ վերլուծողը հիվանդին ցույց է տալիս «այստեղը» և «այնտեղը», այսինքն՝ խույս տալու, տատանման, մոռացման վարքը ուղղված է ավելի խորքում գտնվող հարաբերություններին:

Եթե տեսադաշտից բաց չթողնենք հարմարվողականության գործառույթը, ապա նվազում է վտանգը, որ դիմադրության մեկնաբանությունը կարող է ընկալվել որպես քննադատություն: Այդ պատճառով էլ ավելի լավ կլինի, որ վերլուծողը թերապիայի սկզբում ենթադրություն կատարի դիմադրության օբյեկտի մասին և այն մասին, թե ինչպես են ձեռք բերվում ռեֆլեկտոր հարմարեցումներ: Ըստ Սթոունի կողմից առանձնացված քայլերի՝ էական գործոն է համարվում արագությունը, որով վերլուծողը անցում է կատարում «այստեղ և հիմա»-ից դեպի «այնտեղ և այն ժամանակ»-ը, ներկայից՝ անցյալը: Իհարկե, արտամղման դիմադրությամբ զբաղվում են ներկայում: Թերապևտիկ ներուժն իր արմատներով գնում է դեպի հիվանդի հետահայումների և վերլուծողի կողմից շրջանակի ընկալման ձևերի բազմաթիվ համեմատությունները, ինչպես նաև դեպի այն բացահայտումը, որ հիվանդը թերապևտիկ շրջանակում կատարում է եզրահանգումներ ըստ համանմանության: Հիվանդը ձգտում է ստեղծել ընկալական ինքնություն այնտեղ, որտեղ կարող էր ընկալվել ինչ-որ նոր բան: Մասնավորապես, հիվանդի կողմից անգիտակցական հիշողությունների յուրացումը համընթաց է այդ պահի և անցյալի միջև տարածության մեծացմանը:

Ուղղակի՝ քանի որ վերլուծողը տարբերվում է այլ մարդկանցից, նա իր ներդրումն է ունենում այդ հեռու գնացող տարբերակման աֆեկտիվ և ճանաչողական գործընթացի մեջ: Այլ մարդկանց հետ նմանության այն բազմաթիվ գծերը, որոնք առկա են վերլուծողի մոտ, վերլուծական շրջանակում կարող են ուժգնանանալ հակատրանսֆերի շնորհիվ: Վերլուծողը խթանում է հիվանդի տարբերակման ունակությունը նրանով, որ զգացումները և ընկալումներն անվանում է իրենց իսկական անուններով: Պարզության համար կրկնենք, որ տրանսֆերի հանդեպ դիմադրությունը չի հիշատակվում և չի բնորոշվում որպես այդպիսին, ընդհակառակը, մենք խորհուրդ ենք տալիս խուսափել այն բոլոր բառերից, որոնք կիրառվում են հոգեվերլուծական տեսությունում: Կարևոր է հիվանդի հետ խոսել նրա իսկ լեզվով՝ այս կերպ մուտք գործելով նրա աշխարհը:

Այնուամենայնիվ, վերլուծողը օժտում է ատելության և սիրո զգացումները, օրինակ՝ էդիպյան բովանդակությամբ՝ հիշատակելով դրանց մասին այդ համատեքստում: Իրավիճակն այսպիսին է նաև դիմադրության և տրանսֆերի այլ ձևերի և բովանդակությունների համար: Թե տրանսֆերի և դիմադրության ինչպիսի տեսակներ են ծագում «այստեղ և հիմա»,

մեծապես կախված է նրանից, թե ինչպես է վերլուծողն անցկացնում բուժումը (պատճառների մասին տե՛ս գլուխ 2): Կվերածվի՞ արդյոք հիվանդի կողմից տրանսֆերի նկատմամբ ունեցած սկզբնական դիմադրությունը փոխանցման դիմադրության այն իմաստով, որ հիվանդը կձգտի ինչ-որ բան կրկնել բժշկի հետ իր հարաբերություններում, այլ ոչ թե վերհիշել և մշակել, և կվերածվի՞ արդյոք այդ տրանսֆերենտ դիմադրությունը փոխանցվող սիրո և էրոտիզացված տրանսֆերի, որպեսզի հետո էլ դառնա այդ փուլերի տարատեսակներ և նույնիսկ վերջիվերջո վերածվի բացասական տրանսֆերի: Տրանսֆերենտ դիմադրության այդպիսի ելքերը երկբաղադրիչ են իրենց բնույթով, ինչքան էլ որ նշանակալի լինի հիվանդի հոգեախտաբանության գործոնի ունեցած դերը: Հուսով ենք, տրանսֆերի գիտակցման դիմադրությունից սկսելը մեզ առավելություն կտա տրանսֆերենտ դիմադրության այլ տեսակները դիտարկելիս: Դիմադրության այս ձևը ուղեկցում է բուժման ողջ ընթացքը, որովհետև ցանկացած կոնֆլիկտի կամ խնդրի հետ շփումը թերապևտիկ շրջանակում կարող է դիմադրության հանգեցնել:

Երկրորդ գլխում դիտարկեցինք այն համեմատաբար ավելի կարևոր պայմանները, որոնք անհրաժեշտ են՝ հաստատելու Ֆրոյդի այն պնդումը, որ տրանսֆերը դառնում է «ամենահզոր թերապևտիկ գործիքը» բժշկի ձեռքերում (Freud, 1923 a., էջ 247): Նկատի ունենալով տրանսֆերի տարատեսակները՝ կարելի է վերաձևակերպել Ֆրոյդի խոսքը՝ ընդգծելով վերլուծողի ազդեցության կարևորությունը բուժման դինամիկայի առումով տրանսֆերենտ դիմադրության երեք տիպիկ տեսակների առաջացման և ընթացքի վրա: Համառոտ հանրագումարի բերենք դիմադրության այդ երեք տեսակները. դիմադրություն ընդդեմ տրանսֆերի, տրանսֆերենտ սեր և վերջինս ձևափոխությունը կամ դրա առավել ինտենսիվ ձևը՝ որպես էրոտիզացված տրանսֆեր, կամ դրա վերածումը իր իսկ հակադրությանը, այսինքն՝ բացասական (ազդեսիվ) տրանսֆերի:

4.4 «Այն»-ի և Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը

Այս գլխի ներածության մեջ մենք առաջարկեցինք դիմադրության հինգ ձևերի տիպաբանությունը, որը Ֆրոյդն առաջադրել էր իր՝ տագնապի տեսության վերանայման ամենասկզբնական փուլում և իր իսկ կառուցվածքային տեսության համատեքստում: Մագոխիզմի երևույթի առկայությունը և ինքնախարազանման դաժան գործողությունների մեկնաբանումը Ֆրոյդին տարան դեպի Էգո-ի անգիտակցական ոլորտների գոյության հաստատում: Այսպիսով, Գեր-Էգո-ի դիմադրության հասկացությունը բավականին հարստացրեց անգիտակցական մեղքի զգացման և բացասական թերապևտիկ հակազդեցությունների վերլուծական ընկալումը: Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը դառնում է հոգեբանորեն հասկանալի՝

Գեր-Էզո-ի և իդեալների հոգեսեռական և հոգեհասարակական ծագման համատեքստում, ինչպես նաև անհատի կյանքում և խմբերում նույնացման գործընթացների նկարագրության լույսի ներքո, ինչպես ներկայացված է Ֆրոյդի «Էզո-ն և Այն-ը» (1923 b), «Խմբի հոգեբանությունը» և «Էզո-ի վեր-լուծությունը» (1921 c) աշխատություններում: Վերջին տասնամյակներում հայտնաբերվել են բացասական թերապևտիկ հակազդման մեծ թվով ան-գիտակցական մոտիվներ: Բացասական թերապևտիկ հակազդումը կդի-տարկվի հատուկ առանձին գլխում՝ բուժման տեխնիկայի համար այդ հայտնագործությունների կարևորության պատճառով: Սակայն կուզենա-յինք նախ շարադրել Այն-ի և Գեր-Էզո-ի դիմադրության ֆրոյդյան տեսա-կան բացատրությունները:

Արդեն հիշատակվել են Այն-ի դիմադրությանը հանգեցնող կլինիկա-կան երևույթները: Դրանք տրանսֆերի բացասական և էրոտիզացված ձևերն են այնքան ինտենսիվ, որ վերածվում են անլուծելի դիմադրության: Ֆրոյդը նշում էր, որ որոշ հիվանդներ չեն ուզում կամ չեն կարողանում հրաժարվել իրենց փոխանցվող ատելությունից կամ սիրուց Այն-ին բնորոշ մի շարք գծերի պատճառով, որոնք առկա են նաև Գեր-Էզո-յում: Բայց Այն-ի դիմադրությունը և Գեր-Էզո-ի դիմադրությունը ունեն մեկ ընդհանուր կլի-նիկական առանձնահատկություն. դրանք խանգարում կամ բլոկրովին ար-գելակում են բուժումը: Ֆրոյդը նկատեց, որ դիմադրության այդ ոչ այնքան հասկանալի ձևերը ծագում են ի լրումն Էզո-ի դիմադրության պաշտպանա-կան միջոցների, այսինքն՝ ի լրումն արտամղման դիմադրության և երկրոր-դային օգուտի վրա հիմնված դիմադրության (բաժին 4.5): Այնուհետև նա հետևեց էրոտիզացված տրանսֆերի և բացասական թերապևտիկ հա-կազդման առաջացման հակումներին՝ իրենց նախնական օբյեկտից առանձնացման և լիբիդոյի լիցքաթափման ուղիների դիմադրության մեջ: Հիմա մենք անցնենք նրան, թե ինչպես էր Ֆրոյդը բացատրում էրոտիզաց-ված տրանսֆերի անհնազանդ, անխոհեմ կրքերը և շտկումների չենթարկ-վող բացասական տրանսֆերի ձևերը:

Ընթերցողին կարող է զարմացնել, որ Այն-ի և Գեր-Էզո-ի դիմադրու-թյունները դիտարկվում են միևնույն բաժնում: Սակայն, չնայած նրան, որ Այն-ը և Գեր-Էզոն գտնվում են Ֆրոյդի կառուցվածքային տեսության հակա-դիր բևեռներում, նրանք կապված են միմյանց մարդու բնագդային բնույթով, որը և ենթադրում էր Ֆրոյդը: Այդ կապի շնորհիվ նա կարողացավ բա-ցահայտել, որ Այն-ի և Գեր-Էզո-ի դիմադրության շատ տարբեր երևույթներ սկիզբ են առնում միևնույն արմատից: Ֆրոյդը բացասական թերապևտիկ հակազդումը և անհաղթահարելի փոխանցվող սերը համարում էր բացառա-պես կենսաբանական ուժերի ներգործություն, որոնք դրսևորվում են անհա-տի վերլուծության մեջ և կյանքում կայուն կրկնության տեսքով:

Այնուամենայնիվ, Ֆրոյդը որպես թերապևտ շարունակում էր տրան-սֆերի և ռեգրեսիայի չարորակ ձևերի հոգեկան պատճառների որոնումը: Իր «Վերջնական և անվերջ վերլուծություն» աշխատության մեջ նա

դիտարկում է լատենտ կոնֆլիկտներին հասնելու գործընթացում ի հայտ եկող պրոբլեմները, որոնք մինչև թերապիան սկսելը հիվանդի կյանքում չշոշափված էին մնացել (1997 թ): Նա նաև համառոտ անդրադառնում է այն ազդեցությանը, որը կարող է ունենալ վերլուծողը վերլուծական շրջանակի և բուժման գործընթացի վրա: Բայց հաջողությունների և անհաջողությունների հոգեբանական բացատրությունը, այսինքն՝ բուժմանը նպաստող գործոնների դասակարգումը և վերլուծական աշխատանքում դրանց արդյունավետությունն ապահովող եղանակները, այլևս նրա հետաքրքրություններում կենտրոնական տեղ չէին զբաղեցնում: Ֆրոյդի մտածումները (բնափիլիսոփայության ածանցյալները) Այն-ի և Գեր-Էգո-ի դիմադրության տնտեսական հիմնավորման առիթով սկիզբ են առնում սիրո և ատելության անխուսափելի կրկնությունների, էրոտիզացված և բացասական տրանսֆերի նրա դիտարկումներից:

Այն-ի և Գեր-Էգո-ի աղոտ դիմադրությունները անբացատրելի են թվում խորքային հոգեբանության համատեքստում: Այս անհատակությունը մասամբ պարզաբանվեց, բայց մինչույն ժամանակ նաև մեկուսանալով փակվեց, քանի որ Ֆրոյդը հիացած էր կրկնության հարկադրանքի ենթադրությամբ, իսկ դրա հիմքը որոնում էր մղումների բնույթի մեջ: Նրա ենթադրությունն առ այն, թե մահվան մղումը կրկնության հարկադրանքի պայմանն է, ստվերել էր Գեր-Էգո-ի դիմադրության բացահայտման կարևորությունը: Նույն կերպ «Այն»-ի դիմադրությունն անլուծելի էր թվում մղումների պահպանողականության պատճառով:

Մենք նշել ենք, որ տարբեր տիպի երևույթներ են ներառվում «Այն»-ի և Գեր-Էգո-ի դիմադրություններում, և մենք տեղյակ ենք, որ Ֆրոյդը դրանց տարբեր տնտեսական հիմքեր էր վերագրում: Ֆրոյդն ավելի հավանական էր համարում «Այն»-ի դիմադրությանը հասնել *մշակման* միջոցով (տե՛ս գլուխ 8), քան հասնել Գեր-Էգո-ի դիմադրության ձևափոխությանը: Ըստ Ֆրոյդի՝ առաջին դեպքում մենք ավելի շուտ գործ ունենք լիբիդինալ կապվածությունների ավարտի հետ, որը խաթարվում է լիբիդոյի իներտությամբ, իսկ մյուս դեպքում՝ մահվան մղման հետևանքների պայքարի հետ: Ֆրոյդը փնտրում էր և հավատում, որ գտել է դիմադրության այս երկու ձևերի ընդհանուր հայտարարը մղման պահպանողականության՝ լիբիդոյի «կաշոնության» (1916/17, էջ 348), «իներտության» (1918b, էջ 115) կամ «դանդաղկոտության» (1940a, էջ 181) մեջ: Ֆրոյդի կարծիքով հիվանդը ձգտում է կրկնության լիբիդոյի կաշոնության պատճառով, փոխանակ հրաժարվելու էրոտիկ տրանսֆերի բավարարումից կամ հույս դնելու հիշողության և իրականության սկզբունքի վրա: Ատելությունը բացասական տրանսֆերն է, այդ դեպքում սկիզբ է առնում հիասթափությունից: Այսպիսով, հիվանդը իրեն դնում է այնպիսի իրավիճականների մեջ, որոնցում նա կրկնում է նախորդ փորձառությունները և ապրումները՝ չկարողանալով հիշել լիբիդինալ օբյեկտները, որոնք ծառայում են որպես իր սիրո և ատելության մոդելներ: Անշուշտ, նա պնդում է, որ տեղի ունեցող ամեն

բան կատարվում է ներկայումս և իր հոր/մոր նկատմամբ ու իր սիրո/ատելության արդյունքը չէ: Իրականում, այնուամենայնիվ, նախկինում մորը կամ հորն ուղղված սիրո և ատելության օբյեկտը վերլուծողն է: Այսպիսի կրկնությունները չեն խախտում հաճույքի սկզբունքը. հիմնականն այստեղ սիրո մեջ ունեցած հիասթափությունն է: Գեր-Էգո-ի դիմադրություն հանդիսացող կրկնության հարկադրանքում գործում է մեկ այլ բացասական ուժ՝ մահվան մղումից ածանցյալ ագրեսիան:

Ընթերցողին այս բարդ խնդիրների ընկալմանն ի օգնություն՝ մենք այժմ կնկարագրենք, թե ինչպես բացահայտվեց կրկնության հարկադրանքը, մեր համառոտ ակնարկի համար որպես հիմք և աղբյուր վերցնելով Կրեմերիուսին (1978): Այա այսպես կոչված բացասական թերապևտիկ հակազդման օրինակի կիրառմամբ կքննարկենք այս երևույթի և ընդհանուր առմամբ կրկնության հարկադրանքի մեր գուտ վերլուծական ընկալման հսկայական ընդլայնումն այն պարագայում, երբ այն ազատվում է Ֆրոյդի մետահոգեբանական մտորումներից:

Կրկնության հարկադրանքի երևույթը բազմապիսի ապացույցներ է տրամադրում այն մասին, որ մարդիկ իրենց նորից ու նորից դնում են նմանօրինակ տհաճ իրավիճակների մեջ, որտեղ ի հայտ է գալիս ճակատագրական անխուսափելիությունը: «Հաճույքի սկզբունքից անդին» աշխատությունում Ֆրոյդը նկարագրեց կրկնության հարկադրանքի ուժը՝ կիրառելով ճակատագրի ներոգի և տրավմատիկ ներոգի օրինակները: Ֆրոյդի համար ներոգի այս երկու ձևերի ընդհանուր հատկանիշն այն է, որ տառապանքի վիճակներ ակնհայտորեն լինում են մարդկանց կյանքում: Հնարավոր է, որ նույնիսկ անցյալին պատկանող տրավմատիկ փորձառությունները տարիներ շարունակ տիրեն անձի մտքերին և զգացմունքներին: Այդ ժամանակ անձնական հարաբերություններում տիպիկ հիասթափությունների և աղետների ցավագին կուտակումներն ակնհայտորեն առանց հիվանդի մեղքի որոշակի արդյունքի են հանգեցնում, որոնք պարբերաբար և, թերևս, անխուսափելիորեն վերադառնում են:

Հենց երազներում տրավմատիկ իրադարձությունների կրկնման պատճառով Ֆրոյդը ներկայացրեց արդեն ճշմարտանման հոգեբանական տեսություն, որն ուղղված էր պրոբլեմների լուծմանը: Տրավմատիկ ներոգներով հիվանդների բուժումը նաև ցույց է տալիս, թե ինչպես է Էգո-ն, այսպես ասած, օգտագործում կրկնությունը, որպեսզի տիրապետի հսկողությանը տրավմատիզացնող կորստին: Թերապիայի ժամանակ հիվանդն իրացնում է այդ տրավմատիզացնող ապրումները դրանց ուղեկցող ցավոտ զգացումներից ազատվելու նպատակով և այն հույսով, որ վերլուծողը կկարողանա հաղթահարել դրանք իր համար: Այսպիսով՝ կրկնությունը կարելի է հասկանալ որպես տրավմատիկ փորձառությունը միջանձնային համատեքստի հետ կապելու և, այդպիսով, հոգեբանորեն այն ամբողջացնելու փորձ: Մենք դրան մանրամասնորեն կանդրադառնանք, երբ քննարկենք երազները (գլուխ 5): Ներածության մեջ (գլուխ 1) մենք

արդեն ուշադրություն ենք դարձրել պրոբլեմների լուծման հիմնարար նշանակության՝ որպես բուժման տեխնիկայի շրջանակի վրա: Չկա ավելի բնական բան, քան ակնհայտորեն անհասկանալի և անխուսափելի ճակատագրի ներքո ղիտարկել որպես վարքի անգիտակցական, այսինքն՝ հոգեկան մոդելների դրսևորում:

Բայց Ֆրոյդի հոգեվերլուծական հետազոտությունները այդ հարցում ավելի հեռուն չեն գնում: Բացասական թերապևտիկ հակազդումը դարձավ վճռական գործոն այն կանխավարկածի օգտին, թե Գեր-Էզո-ի դիմադրությունը վերջին հաշվով մահվան մղման ածանցյալն է: Համառոտության համար մենք բաց ենք թողել այս դրույթի փաստարկման քայլերից մի քանիսը, սակայն Ֆրոյդը եկավ այդ եզրահանգմանը և այն ընդունեց մինչև վերջ: Հետմահու հրատարակված «Հոգեվերլուծության ակնարկ» աշխատության մեջ նա գրում է. «Խոսք անգամ չի կարող լինել այս կամ այն հիմնական բնագրի հոգեկանի միայն մեկ ոլորտով սահմանափակման մասին, դրանք պարտադիր պետք է հանդիպեն ամենուրեք» (Freud, 1940 a, էջ 149): Այդ պնդման մեջ Ֆրոյդը կրկնում է իր ավելի վաղ արված ենթադրությունն այն մասին, որ երբ որ հասկանալի են կյանքի և մահվան մղումները, Գեր-Էզո-ն հանդես է գալիս որպես վերջինիս մաքուր ձև (Freud, 1923 b, էջ 53):

Այժմ կարող ենք հաստատել հետևյալը. Ֆրոյդի կողմից անգիտակցական մեղքի զգացման, բացասական թերապևտիկ հակազդման և Գեր-Էզո-ի դիմադրության հայտնաբերումը սկիզբ դրեց նրա կողմից տեսության վերանայմանը: Քանի որ Էզո-ի զգալի հատվածներն անգիտակցական են, շատ բնական էր, որ նա տեղազրական բաժանումը (անգիտակցական, նախագիտակցական, գիտակցական) փոխարինվեց կառուցվածքային տեսությամբ: Մոտավորապես հենց այդ նույն ժամանակ նոր իմաստ ձեռք բերեց կյանքի և մահվան մղումների դուալիզմը: Կրկնության հարկադրանքի պատճառները դիտվում և փնտրվում էին «մղումների պահպանողականության մեջ» կամ «լիբիդոյի իներտության մեջ կամ մահվան մղման մեջ», որը ձգտում է վերադառնալ անկենդան վիճակին: Այն, որ Ֆրոյդը մղումների այս նոր դուալիստական տեսությունը կապում էր կառուցվածքային տեսության հետ, բացատրում է, թե ինչու հոգեվերլուծական թերապիայի անցկացման փորձերը բախվում են Այն-ի դիմադրության, անլուծելի էրոտիզացված տրանսֆերի և Գեր-Էզո-ի դիմադրության հետ: Դա տեղի է ունենում Գեր-Էզո-ի անգիտակցական ոլորտների մղման ապակառուցողական տարրերով լիցքավորման կատեքստի շնորհիվ:

Հետահայաց կերպով հնարավոր չէ չհամաձայնվել այն տեսակետի հետ, որ հենց Այն-ի և Գեր-Էզո-ի դիմադրության՝ մղումների հետ կապվածության բացատրությունը պատճառ հանդիսացավ անգիտակցական մեղքի զգացման և բացասական թերապևտիկ հակազդման թերապիայում կիրառման և խորքային հոգեբանական հասկացման ավելի ուշ ի հայտ գալու համար: Դիմադրության այդ ձևերի հաղթահարումը որոշակիորեն դժվար գործ է, բայց հենց Ֆրոյդի բնափիլիսոփայության մասին դատողություններն

են այն գործոնը, որը վերլուծողին վերածում է հոդմադացները սխալմամբ որպես հսկաներ ընկալող և նրանց հետ պատվասիրաբար մենամարտող Դոն Քիշոտին: Մենք էլ պետք չէ, որ մեզ Սիզիփոս զգանք: Սիզիփոսի մասին առասպելի քիչ հայտնի երևութաբանական և հոգեվերլուծական մեկնաբանությունը Լիխտենշտեյնի կողմից (Lichtenstein, 1935) նույնպես կարող է հանել կրկնության հարկադրանքի մասին պսևդոկենսաբանական ենթադրությունների փակուղուց:

4.4.1 Բացասական թերապևտիկ հակազդեցություններ

Մարդ-Գայլի դեպքի մասին իր հաղորդման մեջ Ֆրոյդը նկարագրեց իր հիվանդի «կարծատև բացասական հակազդեցությունները».

«Ամեն անգամ, երբ որ ինչ-որ բան միանգամայն որոշակիորեն պարզաբանվում էր, նա փորձում էր ընդդիմանալ այս ազդեցությանը՝ ինչ-որ ժամանակով ավելի վատթարացնելով հեռացված ավտանիշը: Հանրածանոթ փաստ է, որ երեխաները նման կերպ են արձագանքում արգելքներին: Երբ որ նրանց սաստում են դրա համար (օրինակ՝ որ նրանք անտանելի աղմուկ են անում), նրանք, մինչև դադարեցնելը, արգելելուց հետո կրկնում են դա նորից մեկ անգամ: Այդպես նրանք հասնում են այն վիճակին, որի դեպքում դադարեցնում են, ինչպես ենթադրվում է, իրենց սեփական նախաձեռնությամբ, այլ ոչ թե ենթարկվելով արգելքին» (Freud, 1918 b, էջ 69):

Բերելով երեխաների դաստիարակության հետ այս համանմանությունը՝ Ֆրոյդը խոսում է այն արգելքների մասին, որոնց երեխաները չեն ենթարկվում: Կարևոր է, որ վերջնական ձերբազատումից հետո տեղի է ունենում տվյալ ավտանիշի խորացում: Կարևոր է նաև այն հանգամանքը, որ Ֆրոյդն անհնազանդ և բացասական վարքը համարում է անկախության արտահայտություն: Խնդիրը լուծվում է համատեղ այն դեպքում, երբ կամավոր դադարեցումը դրսևորվում է որպես ինքնահաստատմանը և անկախությանը միտված քայլ: Ֆրոյդը նույնպես ուշադրության կենտրոնում է պահում թերապևտիկ հարաբերությունները բացասական թերապևտիկ հակազդման հետևյալ լայն սահմանման մեջ.

Գոյություն ունեն մարդիկ, որոնք վերլուծական աշխատանքի ժամանակ իրենց պահում են միանգամայն զարմանալի ձևով: Երբ նրանց հետ խոսում են հուսադրող տոնով և արտահայտում են գոհունակություն բուժման առաջընթացի առթիվ, նրանք ցուցադրում են դժգոհության նշաններ, իսկ նրանց վիճակը անփոփոխ վատթարանում է: Ինչ-որ մեկը դա սկսում է դիտել որպես մենամարտի հրավեր, բժշկի նկատմամբ սեփական առավելությունն ապացուցելու փորձ: Բայց հետո կարելի է գալ ավելի խորը և արդարացի կարծիքի: Կարելի է համոզվել, որ այդպիսի մարդիկ ոչ միայն չեն կարող դիմանալ գովասանքին կամ դրական գնահատականի, այլ որ նրանք հակառակ ձևով են հակազդում բուժման գործընթացին: Ամեն մի մասնակի լուծում, որը որպես արդյունք պետք է բերի, և իրականում բերում է այլ մարդկանց մոտ թեթևացմանը կամ ավտանիշի ժամանակավոր վերացմանը, նրանց մոտ ինչ-որ ժամանակ բերում է

հիվանդության սրացմանը. նրանք բուժման ընթացքում վատանում են, այլ ոչ թե լավանում: Նրանք ցուցադրում են այն, ինչը որ հայտնի է որպես «բացասական թերապևտիկ հակազդեցություն» (Freud, 1923 b, էջ 49):

Չնայած այստեղ նկարագրվածը իրենից որոշակի ծայրահեղություն է ներկայացնում, այնուամենայնիվ, այս նկարագրությունը ինչ-որ չափով կարելի է կիրառել շատ, հնարավոր է նույնիսկ ներոզի բոլոր ծանր դեպքերում (Freud, 1923 b, էջ 51):

Հաշվի առնելով այն դիտարկումը, որ շատ հիվանդներ բացասաբար են հակազդում հենց այն ժամանակ, երբ վերլուծողը բուժման առաջընթացի կապակցությամբ գոհունակություն է հայտնում, և հատկապես այն ժամանակ, երբ նա տալիս է ճշգրիտ մեկնաբանություններ, զարմանալի է, որ Ֆրոյդն, այնուամենայնիվ, տարվեց ներհոգեկան կոնֆլիկտի մոդելով և Գեր-Էզո-ի դիմադրության հասկացությամբ: Բացասական թերապևտիկ հակազդումների դիտարկման արդյունքում նա եզրակացրեց, որ գոյություն ունի մեղքի անգիտակցական զգացում, «որը իր բավարարումն է գտնում հիվանդության մեջ և հրաժարվում է դադարեցնել տանջանքի միջոցով իրականացվող պատիժը» (1923 b, էջ 49): Ավելի ուշ Ֆրոյդը կրկնեց այդ բացատրությունը մի փոքր փոփոխված ձևակերպմամբ.

Մարդիկ, որոնց մոտ այդ մեղքի անգիտակցական զգացումն ուժեղ է, իրենց մատնում են վերլուծության միջոցով բուժման ժամանակ պրագմատիկ տեսակետից այդքան տհաճ բացասական թերապևտիկ հակազդմամբ: Երբ նրանց հաջողվում է ախտանիշի լուծումը, որից հետո, սովորաբար, գոնե ժամանակավորապես ախտանշանը պետք է անհետանա, ապա նրանք ցուցադրում են դրա փոխարեն հիվանդության ախտանշանների ակնթարթային սրացում: Հաճախ բավական է նրանց գովել բուժման ժամանակ իրենց վարքի համար և ասել նրանց մի քանի հուսադրող խոսքեր վերլուծության առաջընթացի առիթով, որ առաջանա նրանց վիճակի անհապաղ վատացում: Մարդիկ, որոնք հոգեվերլուծողներ չեն, կասեին, որ բացակայում է «բուժման կամքը»: Եթե հետևեք մտածողության վերլուծական եղանակին, կտեսնեք այդպիսի վարքում մեղքի անգիտակցական զգացում, որի համար հիվանդ լինելը՝ հիվանդությանը ուղեկցող բոլոր տառապանքներով և բարդություններով, հենց այն է, ինչն անհրաժեշտ է (Freud, 1933 a, էջ 109-110):

Ի վերջո, Ֆրոյդը գտավ անգիտակցական մագոխիստական հակումների, այսինքն՝ բացասական թերապևտիկ հակազդման առաջացման դրդապատճառը ագրեսիվ և ապակառուցողականության մղումներում, այսինքն՝ մահվան մղման մեջ: Վերջինս, դրա վրա հիմնված մղումների պահպանողական բնույթի շնորհիվ, նաև համարվում է անվերջ վերլուծության դեպքերի անհաջողության պատճառ, ինչպես դա կարելի է կարդալ Ֆրոյդի «Ավարտուն և անվերջ վերլուծություն» աշխատության մեջ:

«Այդ ուժի մի մասը, անկասկած, հիրավի մեր կողմից ճանաչվել է որպես մեղքի զգացում և պատժվելու պահանջ, և տեղակայված է Էզո-ի՝ Գեր-Էզո-ի նկատմամբ հարաբերություններից ներս: Սակայն դա այդ ուժի մի մասն է միայն, որն, այսպես ասած, հոգեպես կապված է Գեր-Էզո-ի

միջոցով և, այդ իսկ պատճառով, դառնում է անձանաչելի. այդ նույն ուժի մյուս մասերը՝ ազատ կամ կապված, կարող են գործի դրվել այլ անորոշ տեղերում: Եթե մենք դիտարկենք շատ մարդկանց բնորոշ մագոլիզմի բացասական թերապևտիկ հակազդմամբ և մեղքի զգացումով այդ դրսևորումներից բաղկացած ամբողջական պատկերը, որը հայտնաբերվում է շատ ներոտիկների մոտ, ապա այլևս չենք կարող հավատալ, որ այդ հոգեկան իրադարձությունները ղեկավարվում են բացառապես հաճույք ստանալու ցանկությամբ: Այդ երևույթը անսխալորեն մատնանշում է հոգեկան այնպիսի ուժի առկայություն, որի պատճառով այդ ուժի նպատակներն անվանում ենք ագրեսիվ և ապակառուցողական մղումներ, և որի ծագումը մենք տեսնում ենք կենդանի նյութի մահվան բնածին մղման մեջ» (Freud, 1937 c, էջ 242-243):

Երբ այսօր մենք նորից ենք հայտնաբերում բացասական թերապևտիկ հակազդումը և մեղքի անգիտակցական զգացումը (բուժման ժամանակ՝ որպես Գեր-Էգո-ի դիմադրության դրսևորում), մենք, Ֆրոյդի համեմատ, ավելի նպաստավոր վիճակում ենք հայտնվում: Այնինչ, շատ վերլուծաբաններ հետազոտել են այն հարցը, թե ինչու հենց ձգրիտ մեկնաբանման և հույսի մեծացման հետ կապված հիվանդի և վերլուծողի միջև հարաբերությունների ուժգնացումը կարող է բերել «բայց ես դրան արժանի չեմ» զգացմանը: Շատ հիվանդներ արագորեն գիտակցում են իրենց այդ միտումը, և նրանց նկարագրությունը և պատումը պարունակում են այն երևույթի բաղադրիչները, որը Դոյչը (Deutsch, 1930) մասամբ ձգրտորեն անվանել է «ճակատագրի ներոզ» (Schicksalneurose) եզրով: Օրինակ՝ «ես արժանի չեմ ավելի լավին» պնդման մեջ մեղքի զգացումը, որպես այդպիսին, անգիտակցական չէ: Ընդհակառակը, հաճույքի ցանկությունը կամ օբյեկտին ուղղված ագրեսիվ ցանկությունները դուրս են մղվում առաջին պլան հենց այն պահին, երբ ուժեղանում է տրանսֆերը, այսինքն՝ օբյեկտի վերահայտնաբերման ժամանակ, և ապա այդ ցանկությունները ձգտում են մուտք գործել ապրումների դաշտը:

Այդ պատճառով բուժման հոգեվերլուծական տեխնիկայի մեջ հազիվ թե գոյություն ունենա բացասական թերապևտիկ հակազդումից ավելի հարմար որևէ բան, որով հնարավոր կլինի ի ցույց դնել մղումների տեսության դրույթները և կառուցվածքային տեսության անբարենպաստ հետևանքները: Փաստորեն, Գեր-Էգո-ի դիմադրության պարզաբանումը հեռացնում է մեզ Ֆրոյդի մետահոգեբանական դրույթներից և բերում է կոնֆլիկտի համընդհանուր փոխներգործման տեսությանը, որը կարող է ապահովել Գեր-Էգո-ի ձևավորման, հետևաբար և Գեր-Էգո-ի դիմադրության հասկացության բացատրությունը: Արգելքների ինտերնալիզացիան Գեր-Էգո-ի ձևավորման ժամանակ, ըստ Ֆրոյդի, կապված է էդիպյան կոնֆլիկտների հետ: Օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանական տեսությունները տրամադրում են նշանակալի տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչու է հենց վերլուծողի կողմից օպտիմալիզմի արտահայտումը բերում թերապևտիկ հարաբերությունների խանգարման: Ինքնապատժման՝ մագոլիստական միտումների

մեջ կան հարուստ զգացմունքներ: Այդ պատճառով էլ ոչ մի զարմանալի բան չկա նրանում, որ վերջին մի քանի տասնամյակներում հրատարակված շատ դիտարկումներ բավականին նպաստում են Գեր-Էգո-ի դիմադրության լուծմանը: Եթե հնարավոր լիներ առանձին արդյունքները բերել ընդհանուր հայտարարի, ապա դա կլիներ հիանալի:

Գրուներտը (Grunert, 1979) չի ընդունում, որ բացասական թերապևտիկ հակազդման ձևերի բազմազանությունը պետք է դիտարկվի որպես առանձնացման և անհատականացման գործընթացի կրկնություն այն իմաստով, որով այդ մասին խոսում է Մալերը (Mahler, 1969), և որ հենց այստեղ պետք է փնտրել բացասական թերապևտիկ հակազդման անգիտակցական դրդապատճառները: Օգտվելով Ֆրոյդի վերոբերյալ մեջբերումներից, և հատկապես հենվելով Շպիցի (Spitz, 1957) աշխատությունների վրա՝ Գրուներտը համոզիչ կերպով ցույց է տալիս, որ այդ ձևացող վարքը կարելի է նաև հասկանալ դրականորեն, ինչպես ժխտում, որը ծառայում է որպես ինքնուրույնության համար մղվող պայքար: Հաշվի առնելով, որ առանձնացման և անհատականացման գործընթացի հետագա փուլերում ներառվում է նաև մերձեցում, այսինքն՝ գործնականում այն ընդգրկում է մոր և երեխայի միջև տեղի ունեցող բոլոր փոխազդեցությունները, զարմանալի չէ, որ Գրուներտն այս փուլը և նրա աշխուժացումը դիտում է որպես ընդհանուր հայտարար տրանսֆերի և հակատրանսֆերի տիպիկ համակցության համար: Անգիտակցական մեղքի զգացման դրսևորումների առավել մանրակրկիտ հետազոտությունը դուրս է գալիս Էդիպան մրցակցության սահմաններից: Պարզվում է, որ Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը միայն բուրգի գազաթն է, որի արմատները գնում են խորը՝ դեպի անգիտակցական ցանկությունների աշխարհ: Իր զարգացման մեջ երեխան միշտ հեռանում է սիմբիոզից: Երեխան հարցասեր է, հետաքրքրասեր և ծարավ է նոր փորձի: Թերապիայի ռեգրեսիայի ժամանակ անգիտակցական միաձուլման ցանկությունն ուժեղացնում է տարբերական միտումները (Olinick, 1964, 1970):

Այսպիսով, վերլուծողի ներդրումը նոր բացահայտումների գործում վճռորոշ է: Ասկը (Asch, 1976) և Թաուերը (տե՛ս Olinick, 1970, էջ 658) ընդունում են այդ բացասականության տարբեր հայեցակետերը սիմբիոզի կամ առաջնային նույնացման համատեքստում: Գրուներտը օգտագործում է հիվանդի իմաստավից և տրանսֆերն արտացոլող ներոտիկ արտահայտությունները՝ նկարագրելով առանձնացման և անհատականացման գործընթացի տարբեր կողմերը: Որպես սեպարացիոն (բաժանման) մեղքի զգացման օրինակ նա բերում է հետևյալ պնդումը. «Բաժանումը կքայքայի կա՛մ ձեզ, կա՛մ ինձ»: Հետևյալ դարձվածքները ցուցադրում են մեկուսացման մղումը զրկման միաժամանակյա տազնապով. «Ես ցանկանում եմ վերահսկել այն, ինչ տեղի է ունենում այստեղ, այնպես, որ դուք կորցնեք ձեր կարևորությունը», «Եթե ես ցույց տամ, թե որքան առողջ եմ, ստիպված կլինեմ հեռանալ»: Օրինակ՝ հոր հետ պասիվ պայքարը ցուցադրված է հետևյալ պնդման մեջ. «Որպես ձախողման նշան՝ ես կստիպեմ նրան/ձեզ

ընդունել իմ պայմանները»: Գրությունը (տե՛ս նաև Rosenteld, 1971, 1975, Kernberg, 1975) վերլուծողի նկատմամբ նախանձը դիտարկում է որպես առանձնապես ուժեղ դրդապատճառ, որն ընկած է բացասական թերապևտիկ հակազդման հիմքում:

Ֆրոյդի դեռևս վաղ նկարագրությունները բացահայտում են այն, որ վատթարացումը տեղի է ունենում հենց այն ժամանակ, երբ վերլուծողը կարող էր սպասել երախտագիտության: Այդ պատճառով Մելանի Բլայնի պատկերացումները նախանձի և երախտիքի մասին հատկապես տեղին են բացասական թերապևտիկ հակազդման առավել խորը ընկալման համար: Հատկանշական է, որ կախվածության մեծացումն ընթանում է դրա ժխտմանը զուգահեռ՝ սեփական ամենակարողության մասին ազդեցիկ գաղափարների միջոցով: Ըստ երևույթին, դրանք որակներ են, որոնք կապված են և փոխկապակցված են տեխնիկայի հետ:

Սակայն, ինչպես ցույց է տալիս մագոխիստական բնավորության վերլուծությունը, բացասական թերապևտիկ հակազդումը արձագանք է որպես ախտածին ընկալվող օբյեկտին: Այդ հիվանդները մանկական տարիքում ստիպված են եղել ենթարկվել ծնողներին, որոնք, ինչպես իրենք են զգացել, իրենց չեն սիրել, այլ արհամարհել են: Այդպիսի աշխարհընկալման հետևանքներից պաշտպանվելու համար երեխան սկսում է իդեալականացնել իր ծնողներին և նրանց խիստ պահանջները: Նա փորձում է բավարարել այդ պահանջները, ապա մեղադրում և արժեզրկում է իրեն՝ պահպանելու այն պատրանքը, որ սիրված է իր ծնողների կողմից: Երբ հարաբերությունների այդ ձևը վերահսկվում է տրանսֆերի մեջ, հիվանդը վերլուծողի մեկնաբանություններին պետք է պատասխանի բացասական թերապևտիկ հակազդմամբ: Հիվանդը, այսպես ասած, նրա հետ փոխվում է դերերով. նա զբաղեցնում է մոր դիրքը, որը ծաղրել էր իր կարծիքը, իսկ վերլուծողին տեղակայում է երեխայի դիրքում, որի հետ մշտապես անարդար էին վարվում, բայց որը հուսահատորեն ձգտում է հասնել սիրո: Պարկինը (Parkin, 1980) սուբյեկտի և օբյեկտի հարաբերությունների այդպիսի շրջանակն անվանում է «մագոխիստական ստրկացում»:

Բացասական թերապևտիկ հակազդման հետևում ընկած այդ անգիտակցական պատճառաբանվածության գիտակցումն իր ներդրումն է ունեցել հոգեվերլուծական տեխնիկայի փոփոխման գործում: Մեր լուսաբանումը պարզ ցույց է տալիս, որ Գրությունի՝ առանձնացման և անհատականացման գործընթացի նկարագրությունում ընդհանուր հայտարարի հայտնաբերումը լավ կարգավորող սկզբունք է: Սակայն մեր կարծիքով դեռ չի հաջողվում պատասխանել այն հարցին՝ արդյոք կյանքի 5-ից մինչև 36 ամիսն ընկած զարգացման այդ փուլի խանգարումները հատկապես նշանակալի՞ են թերապևտիկ հակազդման իմաստով: Ամեն դեպքում կարևոր ենք համարում ուշադրություն դարձնել, թե ինչպես է վերլուծողն իր ներդրումը ներմուծում թերապևտիկ ռեգրեսիայի և նրա մեկնաբանության մեջ իր հակափոխանցման և սեփական տեսական հայացքների հիման վրա (Limentani, 1981):

4.4.2 Ագրեսիան և ապակառուցողականությունը. մղումների առասպելաբանությունից անդին

Քանի որ Ֆրոյդը ճիշտ չէր հասկանում Գեր-Էգո-ի և Այն-ի դիմադրության առաջացումը, հոգեվերլուծական մեթոդի կիրառելիության սահմանները անցնում են ոչ այնտեղով, որը նա ենթադրում էր: Չկան ժառանգական և սահմանող գործոններ, որոնք այդքան վճռական ներդրում են ունենում յուրաքանչյուր անհատի աճի և զարգացման ներուժի ձևավորման մեջ՝ այնտեղ, որտեղ դրանց տեղակայել է մղումների ֆրոյդյան բնորոշումը: Ո՛չ Այն-ի դիմադրությունը (ինչպես էրոտիզացված տրանսֆեր), ո՛չ Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը (ինչպես մագոխիստական կրկնություն) հնարավոր չէ դուրս բերել մղումների պահպանողական բնույթից, որը ենթադրում էր Ֆրոյդը մահվան մղման վրա իր մետահոգեբանական դատողությունների հիման վրա: Անկախ ագրեսիվ և ապակառուցողական մղման ներմուծումից և մահվան մղումից դրա ածանցմանը, որն իր զագաթնակետին հասավ Ֆրոյդի «Քաղաքակրթությունը և դրանից դժգոհները» աշխատության մեջ (1930 a), բուժման տեխնիկայի վրա ունեցավ և՛ բացասական, և՛ դրական ազդեցություն: «Հաճույքի սկզբունքից անդին» աշխատության մեջ (1920 g) Ֆրոյդը նկարագրել է կրկնության հարկադրանքը և բնագդային կյանքի պահպանողական բնույթը: Տասը տարի անց նա զարմացած էր այն բանից, «թե ինչպես մենք կարող էինք աչքաթող անել ոչ էրոտիկ ագրեսիվության և ապակառուցողականության ամենահաստատությունը և ինչպես կարող էինք նրան արժանի տեղ հատկացրած չլինել կյանքի մեր մեկնաբանության մեջ... Ես հիշում եմ իմ սեփական պաշտպանական վերաբերմունքը, երբ ապակառուցողական մղման գաղափարն առաջին անգամ հայտնվեց հոգեվերլուծական գրականության մեջ, և թե որքան տևեց, մինչև ես ընդունեցի այն» (Freud, 1930 a, էջ 120):

Ադիերը ագրեսիվ մղմանը հատուկ և անկախ տեղ հատկացրեց իր ներոգների տեսության մեջ: Ֆրոյդն ատելության դերը նկարագրեց ուղղակի որպես կլինիկական երևույթ, ինչպես օրինակ՝ կաշուն վիճակների ներոգի գիծ, բայց ագրեսիայի երևույթը ածանցում էր սեռական մղումից և ինքնապաշտպանության բնագդից (1909 d): Ուելդերը ընդհանրացնում է 1920-ական թվականների տեսական վերանայումը հետևյալ կերպ. «Այն ժամանակ, երբ ի սկզբանե դրանք դիտարկվում էին որպես բացատրվող սեռական մղումների և ինքնապաշտպանական բնագդի մղումների վաղ հոգեվերլուծական տեսության երկձյուղման և Էգո-ի հիման վրա, այժմ դրանք սկսում են դիտարկվել որպես ապակառուցողական մղման դրսևորում» (Waelder, 1960, էջ 131):

Չնայած Ֆրոյդի նոր դուալիզմի ստացած ոչ միանշանակ ընդունելությունը, որի մասին կարելի է ենթադրել Բիբրինգի (Bibring, 1936), Բերնֆելդի (Bernfeld, 1935), Ֆենիխելի (Fenichel, 1935 b), Լյովենշտայնի (Loewenstein, 1940) և Ֆեդերնի (Federn, 1930) աշխատություններից, նրա՝ բուժման տեխնիկայի վրա ունեցած անուղղակի հետևանքները նշանակալի էին նույնիսկ

այնտեղ, որտեղ այդ տեսությունը ընդունվել էր թերահավատորեն կամ մերժվել էր: «Նույնիսկ վերլուծաբանները, որոնք չէին հավատում մահվան մղման գոյությանը, այսինքն՝ ագրեսիվ մղումը ընկալում էին կլինիկական հոգեբանության, այլ ոչ թե հոգեվերլուծության մետահոգեբանական տեսության» հիման վրա, արագ ընդունեցին նոր տեսությունը և հայտնվեցին նրա ազդեցության ներքո (Waelder, 1960): Հենվելով Բերնֆելդի վրա (Bernfeld, 1935)՝ Ռելդերը դա բացատրում էր հետևյալ հանգամանքներով.

«Հին տեսությունները չէր կարելի ուղղակիորեն կապել երևույթների հետ. վերջինները պետք է վերլուծվեին, այսինքն՝ հետազոտվեր դրանց անգիտակցական նշանակությունը... Բայց այնպիսի բնորոշումներ, ինչպես «էրոտիկ» կամ «ապակառուցողական», կարելի է անմիջականորեն ընդունել դիտարկման չմշակված նյութի հանդեպ առանց որևիցե նախնական գտնման կամ մաքրման վերլուծական աշխատանքի (թեկուզև նվազագույն չափով)... Հեշտ է ասել, որ հիվանդը թշնամաբար է տրամադրված, շատ ավելի հեշտ է, քան, օրինակ, տրանսֆերենտ վարքից վերականուցել անգիտակցական ֆանտազիա: Այդ հասկացության համատարած լինելու հանգամանքը կարելի է մասնավորապես բացատրել դրա կիրառման կամ չարաշահման խաբուսիկ պարզությամբ» (Waelder, 1960, էջ 133-134):

Ռելդերը կոչ է անում տեսական համեմատության՝ ավելացնելով մի շարք բացատրական պայմաններ ագրեսիայի նախկին վերլուծական տեսությանը: Նրա կարծիքով՝ կարելի է լավ բացատրել ագրեսիվ և ապակառուցողական դրսևորումները՝ օգտագործելով հին տեսությունը, այսինքն՝ չանդրադառնալով անկախ ագրեսիվ մղման գոյության մասին ենթադրությանը:

«Ապակառուցողական վերաբերմունքը, գործողությունը կամ մղումը կարող են լինել. (1) ինքնապահպանման վտանգի (ա) հանդեպ հակազդում կամ, ավելի ընդհանուր եզրերով, (բ) հակազդում էգո-ին, կամ լիբիդինալ մղման ֆրուստրացիային, կամ ֆրուստրացիայի վտանգին: Կամ (2) դրանք կարող են լինել էգո-ի ակտիվության կողմնակի արդյունք, օրինակ՝ (ա) արտաքին աշխարհի տիրապետումը կամ (բ) սեփական մարմնի կամ հոգու վրա հսկողությունը: Կամ (3) դրանք կարող են լինել լիբիդոյի պահանջի մասը կամ ասպեկտը, որը այսպես թե այնպես ենթադրում է ագրեսիվություն օբյեկտի հանդեպ, ինչպես օրինակ՝ ընդգրկումը կամ ներթափանցումը: Առաջին դեպքում թշնամանքը փորձարկվում է նրանց դեմ, ովքեր սպառնում են մեր կյանքին կամ մեր էգո-ի ամբիջիաներին (1ա), կամ նրանց հանդեպ, ովքեր մեզ հետ մրցակցում են սիրո միևնույն օբյեկտի համար (1բ): Երկրորդ դեպքում աճող օրգանիզմի կողմից նորմալ փորձը՝ տիրել արտաքին աշխարհին, ենթադրում է ապակառուցողական միջոց, երբ ի նկատի են առնվում անկենդան օբյեկտները, և ագրեսիայի միջոց՝ մարդու կամ կենդանու հանդեպ (2ա): Կամ դա կարող է արտահայտվել որպես մեր մարմնի նկատմամբ աստիճանաբար ավելի շատ պահանջվող վերահսկողության կողմնակի արդյունք, կամ որպես մեր մտքի վրա հսկողություն ձեռք բերելու մեր պայքարի կողմնակի արդյունք (2բ), որը կապված է Այն-ի ուժից պարտված լինելու վախի հետ: Եվ, վերջապես, դա կարող է լինել լիբիդինալ

մղման անբաժանելի մասը, որը ծագում է բերանով կծելու միջոցով օրալ ընդգրկման, անալ սաղիզմի, ֆալիկ ներթափանցման կամ վագինիզմի (3) դեպքում: Բոլոր այդ դեպքերում ի հայտ է գալիս ագրեսիա և երբեմն՝ շատ վտանգավոր: Բայց չկա հրատապ անհրաժեշտություն նախապայման դարձնել ավիրման բնածին մղումը» (Ուելդեր, 1960, էջ 139–140):

Ուելդերի դասակարգման մեջ այժմ առկա է այն սկզբունքի երկու հայեցակերպը, որին հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել: Այդ վարքը կարելի է դիտարկել ինքնաբերականության և հակազդման տեսակետից: Մարդկային վարքի և զգացմունքների ինքնաբերական և հակազդող բաղկացուցիչները միահյուսված են ամենասկզբից: Սովոր հագեցնելու գործունեությունը, օրալ ակտիվությունը, սեռական ակտիվությունը՝ յուրաքանչյուրն օժտված է ինքնաբերականության համեմատաբար բարձր մակարդակով: Ռիթմիկ մարմնական և ներհոգեկան գործընթացների ազդեցության գերիշխումը արտաքին խթանների ազդեցության նկատմամբ բնագդային վարքի բնորոշ գծերից մեկն է: Ուելդերն ընդգծում է ագրեսիվության հակազդող բնույթը: Իհարկե, ագրեսիվությունը անհնար կլիներ առանց ինքնաբերական ակտիվության, որը բնորոշ է մարդուն ձիշտ այնպես, ինչպես այլ կենդանի էակներին: Այդ իմաստով Կունցը (Kunz, 1946 b, էջ 23) ասել էր. «Ինքնաբերականությունը կազմում է այն հիմքը, որը հնարավոր է դարձնում հակազդեցությունը»:

Քանի որ Ֆրոյդը մարդկանց մոտ ինքնաբերականության զարգացումը նկարագրել է լիբիդոյի տեսության հիման վրա (իսկ սովոր և սեռականությունն իրոք ունեն մղում համարվելու համար անհրաժեշտ բոլոր գծերը), բնական կլիներ այդքան ամենահաս ագրեսիվությանը վերաբերել որպես առաջնային մղման: Գործոնը, որը մինչև օրս հավանաբար նպաստել և նպաստում է դրան, այն պատկերացումն է, որ մենք պետք է արժանին մատուցենք ագրեսիվության սոցիալական նշանակությանը, եթե ընդունում ենք նրա սեռականության կողքին դրա զբաղեցրած առաջնային դիրքը:

Ծագմամբ հակազդեցական լինելու մասին ենթադրության պատճառով ագրեսիվությունը վերածվում է երկրորդական երևույթի, անգամ դրա կարևորությունն է անտեսվում: Դա ոչ մի կերպ չի մոտում մեր մտադրությունների մեջ: Մենք կուզենայինք մատնանշել, որ ագրեսիվության չար բնույթը կայանում է դրա ոչ բնագդային ծագման մեջ (ստորև մանրամասն կհիմնավորենք այդ ենթադրությունը): Փաստարկման այդ գիծը ներմուծելու համար ամենից հարմար է տարբերություն անցկացնել ագրեսիվ և ապակառուցողական գործողությունների և դրանց անգիտակցաբար կամ գիտակցաբար նախորդածների միջև: Հաշվի առնելով ագրեսիայից ապակառուցողականությանն անցնելու աստիճանականությունը՝ անհնար է ապակառուցողականությունն ուղղակի սահմանել՝ հղում անելով քայքայմանը և ոչնչացմանը և, ի վերջո, եղբայրակցին սպանելուն: Ընդհակառակը, պարտադիր չէ, որ էքսպանսիվ և ագրեսիվ վարքը ցավ պատճառի, և որոշ իրավիճակներում այն կարող է կապված լինել նույնիսկ հաճույքի հետ:

Վերադառնալով Ուելդերի ցանկին՝ կարելի է տեսնել, որ նա ագրեսիվության դրսևորում է համարում ֆրուստրացիայի կամ վտանգի նկատմամբ հակազդումը, ինքնապահպանման կողմնակի արդյունքը կամ երևույթը, որն ուղեկցում է սեռական մղումը: Այդ դեպքում, ըստ Ուելդերի, մնում է միայն հատկապես չարորակ «էական ապակառուցողականությունը», որը սպրդում է մեր հասկացողությունից: Նա ասում է.

«...ագրեսիվության դրսևորումները չի կարելի դիտարկել որպես գրգռող պատճառի հանդեպ հակազդում, որովհետև նրանք ուժգնությամբ և տևողությամբ այնքան տարբեր են, որ հնարավոր չէ դրանք տեղակայել որևէ խթան-հակազդում սխեմայի մեջ: Դրանք չի կարելի դիտարկել որպես էգո-ի ակտիվության կողմնակի արդյունք, որովհետև դրանք չեն ուղեկցում էգո-ի այժմյան ակտիվությունը և հնարավոր չէ դրանք բացատրել որպես էգո-ի ակտիվության նախկին կողմնակի արդյունքներից ածանցյալներ, և վերջապես, դրանք չի կարելի դիտել որպես սեռական մղումների մի մաս, քանի որ դրանց հետ որևէ սեռական հաճույքի առնչությունը հավանական չէ» (Waelder, 1960, էջ 142):

Որպես էական ապակառուցողականության օրինակ Ուելդերը բերում է պատմության մեջ ամենահիբեշավոր դեպքը՝ Հիտլերի անհագուրդ ատելությունը հրեաների նկատմամբ: Նա ավելացնում էր. «Ժժվար է հասկանալ՝ դա ինչպես կարելի է բացատրել հակազդեցության հիման վրա. այն չափից ավելի անսահման է և անհագուրդ» (Waelder, 1960, էջ 144):

Մենք լիովին համաձայն ենք Ուելդերի հետ այն բանում, որ այդ ատելության և ապակառուցողականության նման ձևերի անսահմանությունը և անհագուրդությունը հնարավոր չէ պատշաճ կերպով բացատրել խթան-հակազդում սխեմայի օգնությամբ: Իհարկե, Ֆրոյդի կողմից արձագանքելու անգիտակցական պատրաստականության հայտնաբերումը թույլ տվեց հասկանալ հենց չըմբռնված գործողությունները, այսինքն՝ այն գործողությունները, որոնց պատճառը ճանաչված չէ կամ որոնք միանգամայն անհամադրելի են պատճառների հետ: Պատճառի և հակազդման միջև այս անհամամասնությունը բնորոշում է հատկապես ցնորային մտքերի և գործողությունների անգիտակցական շարանները: Ավիրման անհագուրդ կամքը, որը Հիտլերի օրոք տիրել էր գերմանական ժողովրդի մեծ մասին, շատ ավելին էր, քան այն, ինչը մենք սովորաբար բնորոշում ենք որպես բնագդային երևույթներ:

Այստեղ հիշատակում ենք ապակառուցողականության դեպքերից այս առավել հիբեշավորը, քանի որ համարում ենք, որ հոլոքոստը դարձավ այն ծայրահեղ փորձառությունը, որը նպաստեց ագրեսիայի հոգեվերլուծական տեսության վերանայմանը: Սակայն նորագույն պատմության իրադարձությունները նաև վերակենդանացրին մահվան մղման հավատը: 1970-ական թվականներին սկսվեցին լայնածավալ վերանայումները, ինչը մեծ հաշվով մնաց աննկատ: Հետապնդման որ օրինակները, հոգեվերլուծությունում հնչեցված որ ապոկալիպտիկ սպառնալիքները, որ անկախ ուղղություններն էլ եղած լինեն վերջին տարիներին հոգեվերլուծության մղումների

տեսության արմատական վերանայման պատճառը, կարելի է ասել, որ վերանայման ընթացքը գրեթե նկատելի չի եղել:

Ագրեսիվ և ապակառուցողական երևույթների հանգամանալի հոգե-վերլուծական և երևութաբանական վերլուծության հիման վրա շատ հանրաձանաչ հեղինակներ (Stone, 1971, A. Freud, 1972, Gillespie, 1971, Rochlin, 1973, Basch, 1984), մեկը մյուսից անկախ, եկան այն եզրակացության, որ չարամիտ մարդկային ապակառուցողականությունը չունի այն գծերը, որոնք ավանդաբար բնորոշում են մղումները, օրինակ՝ սովը և սեռականությունը, ինչպես հոգեվերլուծության մեջ, այնպես էլ նրանից դուրս: Ճիշտ է, Աննա Ֆրոյդը, վկայակոչելով Էյսլերին (Eissler, 1971), փորձ արեց փրկել մահվան մղման տեսությունը: Բայց փաստարկման նրա հստակ գիծը, որ մղման որոշ հատկանիշներ (օրինակ՝ աղբյուրը և հատուկ էներգիան) բացակայում են ագրեսիայում, մահվան մղմանը համար այլևս տեղ չի թողնում: Այն, որ ծնունդը և մահը համարվում են մարդու կյանքում ամենանշանակալից իրադարձությունները, և որ իր անվանն արժանի ցանկացած հոգեբանություն պետք է կարևոր տեղ հատկացնի մահվանը իր համակարգում, ինչպես ընդգծում է Ա. Ֆրոյդը՝ մեջ բերելով Շոպենհաուերին, Ֆրոյդին և Էյսլերին, դեռևս չի վկայում մահվան մղման գոյության մասին, այլ միայն խոսում է մահվան հոգեբանության մասին (Richter, 1984):

Երեխաների և մեծերի կլինիկական դիտումները վերլուծության մեջ, ինչպես նաև երեխաների՝ Ա. Ֆրոյդի կողմից հիշատակված անմիջական դիտումները դուրս չեն գալիս Ուելդերի կողմից ուրվագծված շրջանակներից: Այն, որ ագրեսիայի մղումների տեսության քննադատությունը մինչև հիմա չի ունեցել մեծ ազդեցություն, իհարկե կախված է այն բանից, որ մենք դեռ օգտվում ենք մեր սովորական բառապաշարից: Ա. Ֆրոյդը շարունակում էր հիմնավորել կլինիկական դիտումների իր նկարագրությունները մղումների տեսությամբ անգամ այն բանից հետո, երբ ագրեսիայի բնագ-դային բնույթը հերքվել էր.

«Վերլուծություն անցնող երեխաները կարող են լինել բարկացած, ապակառուցողական, վիրավորող, ժխտող, ամենատարբեր պատճառներով հարձակվող, և միայն դրանցից մեկն է *իսկական ագրեսիվ ֆանտազիաների կամ մղումների անմիջական լիցքաթափումը*: Մնացածը Էգո-ին ծառայող, այսինքն պաշտպանության նպատակներով ագրեսիվ վարքն է, այսինքն՝ հակազդումը տագնապին և արդյունավետ պաշտպանությունը դրանից, դիմադրությունն ընդդեմ անգիտակցական և նախագիտակցական նյութի խոսքային իրացման, Գեր-Էգո-ի հակազդումն ընդդեմ Այն-ի սեռական կամ ագրեսիվ ածանցյալների գիտակցված ընդունման, վերլուծողի հետ ցանկացած դրական լիբիդինալ կապի ժխտում, պաշտպանություն պասիվ-կանացի ձգտումներից («Իմպոտենտ զայրույթ», A. Freud, 1972, էջ169)»:

Սակայն ինչպիսի՞ն է իրավիճակը իսկական ագրեսիվ ֆանտազիաների լիցքաթափման պատճառների առումով: Ա. Ֆրոյդի կողմից ագրեսիայի՝ սեփական էներգիայի ժխտումից հետո, հասկանալի է, այլևս անհնար էր

այնդել, որ այդ էներգիան կարող է լիցքաթափվել: Նրա կողմից օգտագործված «իսկական ագրեսիվ ֆանտազիաներ և իմպուլսներ» խտացած արտահայտությունը նույնպես պահանջում է մեկնաբանություն: Միանգամայն հնարավոր է, որ խառը, չուղղորդված բռնկումները կամ օբյեկտին միանգամայն պատահաբար ներկայում ներառող բռնկումները (հայտնի օրինակը՝ ձանձր պատի վրա) տեղի են ունենում հակազդեցաբար՝ նախորդող տրավմաների արդյունքում իրեն պաշտպանելու անկարողության հետ մեկտեղ, որը կարող է ունենալ ներքին կամ արտաքին պատճառներ: Ագրեսիայից հաճույքը անհամեմատելի է սովը հագեցնելու կամ օրգազմի հաճույքի հետ: Լեզվակռվից հետո ծագում է զգացում. «Վերջապես ես նրան ասացի, թե ինչ եմ իր մասին մտածում»: Այսպիսով, ագրեսիվ-ապակառուցողական մղումների բավարարումը ծառայում է ոտնահարված սեփական արժանապատվության զգացման վերականգնմանը: Այն փաստը, որ մարդը իրեն ավելի լավ է զգում էմոցիոնալ լիցքաթափումից հետո, քան մինչ այդ, ակնհայտորեն կապված է լարվածությունից ազատման հետ: Բայց այդ լարվածությունը նույնպես առաջանում է հակազդեցաբար և հիմնված է ֆանտազիաների վրա, բառի ամենալայն իմաստով: Պատկերացումներն այն մասին, որ մարդկային ագրեսիվության և ապակառուցողականության մեջ բացակայում են մղման հատկանիշները, ոչ մի դեպքում չի նվազեցնում դրանց կարևորությունը. ընդհակառակը, հենց այդ հատկապես չարորակ հարատև և անհագուրդ ատելության ձևը, որը ժայթքում է անկանխատեսելիորեն և առանց ակնհայտ պատճառի, ներկայումս հասանելի է դառնում հոգեվերլուծական բացատրության համար:

Քննադատելով ագրեսիվ մղման հասկացությունը՝ Ա. Ֆրոյդը գալիս է նույն եզրակացության, ինչ Կունցը, որը քննադատում է հոգեվերլուծությունը կառուցողական դիրքերից և նույնիսկ դրանով իր նկատմամբ համակրանք է ներշնչում: Մենք կդիմենք նրա հետազոտությունների արդյունքներին: Այն փաստը, որ Կունցի երևութաբանական վերլուծությունը մոռացված է, իմիջիայլոց, հարակից գիտակարգերի միջև անբավարար հաղորդակցության բազմաթիվ նշաններից մեկն է: Քառասուն տարի առաջ Կունցը գրել է.

«Գոյություն չունի ագրեսիվ «բնագդ» այն իմաստով, որով մենք հասկանում ենք սեռականության և սովի բնագդային բնույթը: Այդ պատճառով մենք չենք վիճում բուն «բնագդ» բառի շուրջ, որովհետև, իհարկե, մենք կարող էինք «բնագդ» կամ «բնագդներ» վերագրել բոլոր կենդանի արարածներին բնորոշ վարքին և նույնիսկ տիեզերական իրադարձություններին: Ավելի շուտ հարցը այլ է. հաշվի առնելով, որ մենք, օրինակ, որոշել ենք բնագդային կոչել այն գործողությունները, որոնք ծառայում են սեռական մղման բավարարմանը և սովի հագեցմանը, և ենթադրելով, որ դրանք ծայրահեղ դեպքում մասնակիորեն են բնորոշվում մեր կողմից «բնագդ» եզրով անվանվող դինամիկական մեխանիզմներով, արժե՞ արդյոք ագրեսիայի և ապակառուցողական գործողությունները նույնպես նկարագրել որպես «բնագդային», իսկ դրանց վերագրվող շարժիչ գործոնն

անվանել «ագրեսիվ մղում»: Կամ էլ՝ արդյոք երևույթների այդ երկու խմբերի միջև տարբերություններն այնքան ցայտուն են, որ երկուսի համար էլ նույն տերմինաբանության կիրառումն անխուսափելիորեն կհանգեցնի շփոթության և արգելք կհանդիսանա ճանաչողության համար: Այսպիսին է մեր տեսակետը: Ագրեսիվ, ապակառուցողական գործողությունները իրենց էությամբ տարբերվում են այն գործողություններից, որոնք իրենց ծագմամբ պարտական են սեռական գրգռմանը և սովին՝ չնայած նմանության ցայտուն գծերին» (Kunz, 1946b, էջ 33-34, 41-42):

Ա. Ֆրոյդը եզրակացնում է, որ մարդկային ագրեսիվության մեջ բացակայում է յուրահատուկ ինչ-որ բան՝ օրգանը, էներգիան և օբյեկտը: Կունցը ընդգծում է, որ ագրեսիան.

«... *ընդհանուր առմամբ չունի յուրահատկություն թե՛ որպես զգացողություն, թե՛ որպես դրսևորում*: Ագրեսիայի բնույթի ոչ յուրահատուկ լինելու մասին հիպոթեզը հաստատվում է մի կողմից օրգանի կամ արտահայտման դաշտի բացակայությամբ, որոնք առաջնայնորեն ագրեսիային են սպասարկում: Մեզ հաջողվել է որոշել, որ գոյություն ունի մարմնի առանձին գոտիների նախապատվություն, որը փոփոխվում է կյանքի ընթացքում, և մենք ստիպված ենք հնարավոր համարել, որ այդպիսի կապերը կարող են ձևավորվել և ամրապնդվել երկրորդական ձևով: Բայց չկա սկզբնական, ագրեսիային ծառայող բացառիկ օրգան, ինչպես օրինակ՝ մարսողական տրակտը՝ սովը հագեցնելու կամ գեներտալ գոտին սեռականության մղման համար (Kunz, 1946b, էջ 32)»:

Կունցը շարունակում է պաշտպանել ագրեսիայի ոչ յուրահատուկ լինելու մասին իր ենթադրությունը նրանով, որ մատնանշում է նրա հետ կապված օբյեկտների բացակայությունը:

«Ինքնաբերական գործողությունը», որպես օբյեկտային հարաբերությունների հիմք, համարվում է հակազդման նախադրյալ,՝ գրում է Կունցը: Հետևաբար, մենք համաձայն ենք Կունցի հետ, երբ նա ընդգծում է, որ ագրեսիայի և ապակառուցողականության *հզոր ազդեցությունը* և *մշտական պայքարասրականությունը* կարելի է ճիշտ հասկանալ միայն այն դեպքում, եթե ենթադրենք, որ դրանք իրենց բնույթով հակազդող են.

«Եթե ագրեսիան հիմնված լիներ յուրահատուկ ագրեսիվ բնագոյի վրա, այդ դեպքում այն, բնագոյի վրա հիմնված մյուս պահանջմունքների նման, ենթադրաբար կհամապատասխաներ լարվածության և թուլացման, գրգռման և հանգստի, գրկման և իրացման շատ թե քիչ արտահայտված և ոչ մի անգամ լիովին չբացակայող ռիթմին: Իհարկե, դրանից բացի գոյություն ունի նաև ագրեսիվ իմպուլսներով գերհագեցվածություն, երբ իմպուլսին անմիջապես հետևում է բավարարումը, ինչպես նաև՝ ուժեղ հետաձգված լիցքաթափումից հետո: Բայց ամեն դեպքում նա չի ենթարկվում ավտոնոմ փուլային փոփոխության օրինաչափությանը, այլ կապված է այն միտումների ի հայտ գալու և նվազեցման հետ, որոնց չբավարարելը ուղեկցվում է ագրեսիայի իրացմամբ: Սրանից բացահայտ բացառություն է կուտակված ագրեսիվությունը, որը բխում է նախկինում բազմաքանակ իմպուլսների կուտակումից, դառնում է բնորոշ գիծ և ժամանակ առ ժամանակ լիցքաթափվում է առանց ակնհայտ պատճառի (Kunz, 1946, էջ 48-49)»:

Այս քննադատության տեսական և գործնական հետևանքներին անդրադառնալով՝ մարդկային իբր բնագղային ագրեսիվության ոչ յուրահատուկ բնույթը հանգեցնում է նրա տարատեսակ դրսևորումների տարբերակված դիտարկման անհրաժեշտությանը: Այսպիսի դիտարկումը հանգեցրել է այս բարդ բնագավառի մասնատմանը և մասնակի տեսությունների ձևավորմանը: Համապատասխանաբար՝ դրանց էմպիրիկ վավերականությունը սահմանափակ է: Պարզապես մասնակի հայեցակերպը բացատրվում է ժամանակի փորձությունն անցած տեսություններով. օրինակ՝ ֆրոյստրացիա-ագրեսիայի տեսությամբ, որի հիման վրա Դոլարդը համահեղինակների հետ միասին (Dollard et al. 1967[1937]) ստուգում էր դրական փոխանցումը հանկարծակի ատելությամբ փոխարինելու մասին հոգեվերլուծական ենթադրության էմպիրիկ հիմնավորումները (տե՛ս Angst, 1980): Հոգեբանական տեսակետից հարկ է ընդգծել, որ նույնիսկ ագրեսիայի փորձի վրա հիմնված հետազոտություններում անհատի վարքի ագրեսիվության վրա վճռական ազդեցություն ունի այն, թե որքանով է անհատի վրա ազդում իրադարձությունը, որը նախկինում նկարագրվում էր այնպիսի առանձին հասկացություններով, ինչպիսիք են ֆրոյստրացիան, հարձակումը և քմահաճույքը (Michaelis, 1976, էջ 34):

Հետաքրքիր է, որ Միքայելիսը հանգում է ագրեսիայի գործընթացային մոդելին: Նա պնդում է. «Վճռական գործոնները ֆրոյստրացիայի, հարձակման կամ քմահաճույքի գործողություններ չեն, դրանք ավելի շուտ իրադարձությունների ուղղվածությունը և հետևաբար անհատի վրա ազդեցության աստիճանն են» (Michaelis, 1976, էջ 31): Համարում ենք, որ ագրեսիվ իմպուլսներ, ֆանտազիաներ և գործողություններ առաջ բերող գործոնների հայտնաբերման հնարավորություն տվող տեխնիկական գիտելիքներն ուղղված են այն պահին, երբ ինչ-որ մեկն իր վրա ազդեցություն է կրում կամ վիրավորվում է: Բուժման տեխնիկայում, որը գտնվում է մոլումների առասպելաբանության սահմաններից դուրս, ստիպված ենք ձեռնարկել ագրեսիվ մոլումների և ֆանտազիաների իրավիճակային առաջացման տարբերակված երևութաբանական և հոգեվերլուծական վերլուծություն, ինչպես և խորհուրդ էր տալիս Ուելդերը:

Մղման և օբյեկտի միջև կապակցվածության թուլությունը, Ֆրոյդի նկարագրությամբ, էապես տարբերում է մարդկային մղումը կենդանական բնագոյներից, իսկ այդ մղումների կարգավորումները՝ բնածին խթանման մեխանիզմներից: Այդ տարբերությունն ընկած է մարդու օբյեկտային ընտրության ձկոնության հիմքում: Կարելի է վստահաբար ասել, որ այդ կապի թուլությունը մարդու զարգացման էվոյուցիոն թռիչքի արտացոլումն է: Սրա նկարագրման համար Լորենցը (Lorenz, 1973) կիրառում է «շանթարձակում» եզրը: Կայծակի լուսարձակման ժամանակ անսպասելի լուսավորության հետ փոխաբերությունը ճշգրիտ կերպով նկարագրում է անգիտակցական կյանքից գիտակցական փուլին անցումը: «Եղիցի՛ լույս».

աշխարհի արարման աստվածաշնչյան այս պատմությունը վկայակոչելով՝

կարելի է ասել, որ ստվերներ առաջացնող լույսը կայծակնային արագությամբ է ստեղծվել: Այն հնարավորություն է տալիս տարբերել լույսը և մութը, բարին և չարը: Բայց չէ՞ որ կայծակին սովորաբար հաջորդում է ամպրոպը: Նրա խիստ ուժգնացված արձագանքը այսօր մեզ է հասել որպես գիտելիք այն մասին, որ կայծակի լուսարձակումը՝ որպես էվոլյուցիոն թռիչք, հանգեցնում է խորհրդանիշների ստեղծման ունակությանը և, հետևաբար, տպավորիչ ֆանտազիաներին ծառայելու համար՝ ապակառուցողականության կիրառման ներուժին:

Մարդկային ագրեսիայի ապակառուցողական նպատակները, օրինակ՝ ցեղակիցներին կամ նույնիսկ մարդկային ամբողջ խմբերի ոչնչացնելը, ինչպիսին հրեա ժողովրդի հոլոքոստի փորձը, դուրս է գալիս կենսաբանական բացատրության սահմաններից: Ոչ մեկի մտքով չի անցնի ագրեսիայի այդ ձևերը արդարացնել նրանով, որ դա, այսպես կոչված «չարի» դրսևորումն է: Խորհրդանշական է, որ կենսաբան Ֆոն Բերտալանֆին (Bertalanffy, 1958) նրանցից մեկն էր, ով հոգեվերլուծողներին հիշեցրեց մարդկային ագրեսիայի տեսության համար խորհրդանիշների ձևավորման անհրաժեշտության մասին:

Խորհրդանիշներ օգտագործելու ընդունակությունը ոչ միայն հնարավոր է դարձնում մարդու մշակութային էվոլյուցիան, այլև անհատին թույլ է տալիս իրեն տարբերել ուրիշներից և օգնում է արգելապատնեշներ կառուցել, որոնք խանգարում են խմբերի միջև հաղորդակցմանը: Այս գործընթացները կարող են նպաստել կոնֆլիկտների ուռճացմանը այն աստիճան, որ «կարծես դրանք *դարբեր տեսակների միջև* բախումներ լինեն, որոնց նպատակը նույնիսկ կենդանիների թագավորությունում, սովորաբար, հակառակորդին ոչնչացնելն է» (Eibl-Eibesfeldt, 1980, էջ 28): Այստեղ անհրաժեշտ է տարբերել ներ- և միջտեսակային ագրեսիաները: Ցեղակիցներին ուղղված ապակառուցողականության տիպիկ հատկանիշն այն է, որ թիրախները խտրականության են ենթարկվում և հայտարարվում երկրորդ կարգի մարդիկ: Միջխմբային ագրեսիայում միշտ էական դեր են խաղացել փոխադարձ նսեմացման հարաբերությունները: Զանգվածային լրատվության միջոցների զարգացման շնորհիվ մեր ժամանակներում թե բարու, թե չարի պրոպագանդայի ազդեցությունն անցել է բոլոր սահմանները: Էյնշտեյնին ուղղված իր նշանավոր նամակում Ֆրոյդն առանձնապես հակադրեց մարդու ագրեսիվությունը և նրա հատկապես զգացմունքային կապվածության համար ապակառուցողական-կազմաքանդիչ ձևը նույնացման միջոցով. «Մարդկանց համար ընդհանուր շահերին նպաստող գործոնն է, որ հանգեցնում է ընդհանուրին բնորոշ զգացումները, նույնացումը: Իսկ մարդկային հասարակության կառուցվածքը մեծամասամբ հիմնված է դրանց վրա» (Freud, 1933 b, էջ 212): Նույնացման այդպիսի գործընթացները համարվում են թերապևտիկ հարաբերությունների հիմք և, այսպիսով, բացասական ագրեսիվ փոխանցումը փոփոխական է՝ կախված շատ գործոններից:

Ի հակադրություն հենց նոր նկարագրված գործընթացների՝ կենդանիների ագրեսիվ վարքը էնդոգեն կերպով հսկվում է ռիթմիկ գործընթացներով: Հետազոտելով վարքը՝ Լորենցը նկարագրել է օբյեկտային լիցքաթափումները, որոնք նվազեցնում են մղումը, և որոնք կարելի է ագրեսիվ անվանել: Թվում է՝ համանմանություն կա փոխարինող գործողությունների և օբյեկտի վրա լիցքաթափվող ագրեսիայի միջև, «վակուումային» ակտիվության և «կույր», թվացյալորեն օբյեկտներ չունեցող գործողությունների միջև (Thomas, 1961): Լորենցի «Այսպես կոչված՝ չար դրդում» (Lorenz, 1963) հայտնի գրքում բերված թերապևտիկ խորհուրդները տրվում են ժամանակի փորձությունն անցած կատարսիսի և աֆեկտիվ հակազդման մակարդակի վրա: Ըստ էության՝ Լորենցը համարում է, որ ագրեսիայի կուտակված ներուժը կարիք ունի հոգեհիգիենիկ ռեդուկցիայի, ինչը կնշանակեր մարդկության վերջը, և խորհուրդ է տալիս դրան հասնել լիցքաթափման ավելի անվտանգ եղանակներով, օրինակ՝ սպորտի միջոցով: Այս խորհուրդների ձևակերպման վրա ազդել են լիցքաթափման և կատարսիսի տեսությունները: Այսպիսով՝ հասկանալի են դառնում անվնաս բացասական տրանսֆերի որոշ ձևեր: Ֆրուստրացիայի դեպքում հակազդեցության միջոցով առաջացող ագրեսիվությունը բացասական տրանսֆերի մի մասն է:

Մինչդեռ եթե հետևենք Ա. Ֆրոյդի փաստարկներին, բոլոր պարզ բացատրությունները և համանմանությունները դառնում են կասկածելի, քանի որ մարդկային ագրեսիան չունի էներգետիկ պաշար կամ սեփական օբյեկտ: Այն դեպքում, երբ կենդանիների մոտ միջտեսակային ագրեսիան կայանում է միայն որսի հայտնաբերման և սպանության մեջ, մարդկային ապակառուցողականությունն անհազ է: Ֆանտազիաների առաջացումը կապված չէ տարածության և ժամանակի շրջանակների հետ, և դա հավանաբար հանգեցրել է նրան, որ հուսալի սահմանները չեն որոշվում և պաշտպանվում ծիսականորեն, այնպես, ինչպես դա տեղի է ունենում կենդանիների աշխարհում (Wisdom, 1984): Ագրեսիվ վարքը կենդանիների միևնույն խմբի անդամների միջև կամ սեռական հակառակորդների միջև, կամ ավագության և տարածքի համար պայքարում ավարտվում է, երբ ավելի թույլ կենդանին ցույց է տալիս իր պարտությունը խոնարհությամբ կամ փախուստով (Eibl-Eibesfeldt, 1970): Կենդանիների աշխարհում հեռավորությունը կարող է վերջ դնել մրցակցությանը: Ընդհակառակը, հեռավորությունը մարդկային ապակառուցողականության նախադրյալն է. թշնամու կերպարը աղավաղվում է և անհնար է այն այլևս ճանաչել:

Ինչպես արդեն ասվել է, ֆոն Բերտալանֆին մարդու մոտ ապակառուցողականության առաջացումը կապում է մարդու կողմից խորհրդանիշներ ստեղծելու ընդունակության հետ և տարբերում է այն կենդանիների վարքում դրսևորվող ագրեսիվ ապակառուցողականությունից: Մարդու ագրեսիվությունը չարության որակներ հաղորդող և նրան այդքան անհազ դարձնող գործոնն է, նրա կապն է ֆանտազիաների գիտակցական և անգիտակցական համակարգի հետ, որոնք, թվում է, առաջանում են ոչնչից և

դեգեներացվում են դեպի չարիք: Մարդու՝ խորհրդանիշներ ձևավորելու ունակությունն ինքն իրենով գտնվում է բարու և չարի սահմաններից անդին:

Իհարկե, վերլուծողին չի կարող բավարարել այն տեսակետը, որ ամենակարողության մասին ֆանտազիաները և ապակառուցողական նպատակները առաջանում են ոչնչից: Մենք գիտենք, որ առաջին հայացքից միանգամայն տափակ վիրավորանքները զգայուն մարդկանց մոտ կարող են առաջացնել չափազանցված ագրեսիվ հակազդումներ, հատկապես՝ հոգեախտաբանական սահմանային դեպքերում: Ապակառուցողական գործընթացները ի հայտ են գալիս, քանզի անգիտակցական ֆանտազիաները լուրջ վտանգի տեսք են հաղորդում անվնաս արտաքին խթաններին: Այդ կապի հոգեվերլուծական հետազոտությունները նորից հաստատում են, որ դրսից հասցված վիրավորանքի աստիճանը ուղիղ համեմատական է ագրեսիայի այն քանակությանը, որից սուբյեկտն իրեն ազատում է պրոյեկցիայի միջոցով: Կլայնին է պատկանում (Klein, 1946) այս գործընթացն իբրև պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման տեսության շրջանակներում օբյեկտային հարաբերություններ նկարագրելու պատիվը:

Ամեն դեպքում այդպես էլ չի տրվել այն հարցի պատասխանը, թե ինչպիսի մանկական ապրումների է համապատասխանում հզոր և ապակառուցողական ֆանտազիաների ձևավորումը (և դրանց պրոյեկցիան՝ օբյեկտի հետագա հսկողությանը): Յուրաքանչյուր մայր իր փորձից գիտե, որ փոքրիկ երեխաների ուժգին ագրեսիվ հակազդումներն ի հայտ են գալիս հատկապես ֆրուստրացիայի դեպքում, և բոլորին է հայտնի, որ ֆրուստրացիային դիմակայելու ունակությունը նվազում է, եթե երեխային մշտապես երես են տվել: Այդ պատճառով ինչպես չափից դուրս խստությունը, այնպես էլ երեխային երես տալը Ֆրոյդը համարում էր անցանկալի:

Եթե ետ գնանք՝ տեսնելու, թե որտեղ է սկսվում մեծամոլական մտքեր պարունակող ֆանտազիաների համակարգի զարգացման պատմությունը, վերջիվերջո կարելի է հանգել այն հարցին, թե արդյոք լավ է հիմնավորված ամենակարողության և անկարողության արխայիկ անգիտակցական գաղափարների ենթադրությունը: Այս հարցերին հստակ պատասխան է տալիս նարցիսիզմի տեսությունը. բնածին գերագույն Ես-ը, ըստ Կոհութի, յուրաքանչյուր վիրավորանքին հակազդում է նարցիսիստական զայրույթով: Վիրավորանքի հանդեպ բարձր զգայունությունը և նարցիսիստական զայրույթի երևութաբանության գիտակցումը (այստեղ մենք գերադասում ենք խոսել ապակառուցողականության մասին) ակնհայտորեն հոգեվերլուծության ամենահին և նվազ հակասական փաստերից է: Հաշվի առնելով մետահոգեբանությանն ուղղված քննադատությունը՝ ներկայումս կարևոր է առանց նախապաշարման դիտարկել այն դերը, որը խաղացել է խորհրդանիշներ ձևավորելու մարդու ունակությունը մարդկային ապակառուցողականության առաջացման գործում:

Եթե ինքնապահպանումը դիտենք որպես կենսահոգեբանական կարգավորող սկզբունք, որը կարող է խաթարվել ինչպես ներսից, այնպես էլ

դրսից, ապա այդ տեսակետից ինքնապահպանմանը կարելի է վերագրել հետևյալ գործառնությունը՝ ոչ միայն օբյեկտին ռեակտիվ, օրալ տիրելուն, այլ նաև զարգացնել ավիրման լավ մշակված ցնորային համակարգ, որը ծառայում է սեփական հզորության մասին գաղափարներին: Խորհրդանշանակություն հետ զուգորդվող ֆանտազիաները, այս հասկացության ամենալայն իմաստով, մշտապես ներկա են: Քանի որ ֆանտազիան կապված է ներքին գաղափարական ձևավորման ունակության հետ, հազիվ թե ինֆանտիլ ագրեսիան կարողանա ունենալ այն արխայիկ նշանակությունը, որը նրան վերագրում է մղումների տեսության այն դրույթը, թե նարցիսիստական լիբիդոն արտահայտվում է ինֆանտիլ ամենակարողության մեջ: Մեծամտական ֆանտազիաները մեզ բերում են գիտակցական և անգիտակցական ցանկություններին, որոնք չեն նվազում իրենց թույլ փոխկապակցության և ճկունության պատճառով:

Հատկանշական է, որ օրալ և սեռական ցանկությունները բավարարվում են այն դեպքում, երբ գործիքավորված ագրեսիվությունն ամենագո է: Ագրեսիվությունը ծառայում է ինքնապահպանմանը: Այդ պատճառով մենք հետևում ենք Ֆրոյդի հին դասակարգմանը և օժտում ենք այն հոգեհասարակական իմաստով: Սկզբում Ֆրոյդը ագրեսիան վերագրում էր ինքնապահպանման բնագծին, որը նա նաև անվանում էր էգո-ի մղում, և հակադրում էր այդ մղումը տեսակի պահպանման համար պատասխանատու սեռական մղմանը: Այդ դասակարգման համաձայն՝ էգո-ի բնագոյներում է ներառվում նաև օբյեկտի՝ ինքնապահպանման նպատակներով տիրապետումը: Եթե «ինքնապահպանում» եզրի ֆրոյդյան ընկալումը շատ ընդլայնենք, ապա մարդկային ապակառուցողականությունը կարելի է դիտել որպես ինքնապահպանման հետ համահարաբերական: Հետևաբար, ո՛չ մարդկային ապակառուցողականությունը, ո՛չ տեսակի պահպանումը չի կարելի դիտել որպես զուտ կենսաբանորեն կարգավորող սկզբունքներ: Այնուհանդերձ, դրանք մնում են միմյանց հետ փոխկապակցված, քանի որ ապակառուցողականության ուժգնությունը և ընդգրկման շրջանակը փոխկապակցված են մեծամոլական ֆանտազիաների և դրանց իրականացման հետ:

Այդ դրույթն իր մեջ պարունակում է հակադրեցության տարր, քանի որ որքան շատ է մեծամոլական ֆանտազիան, այնքան մեծ է երևակայական թշնամիներից եկող վտանգը: Այդ ժամանակ առաջանում է *circulus vitiosus* (արատավոր շրջան), որը ավելի ու ավելի իրական առիթներ է գտնում, որպեսզի երևակայելի թշնամիներին վերածի գոյատևման համար պայքարող իրական հակառակորդների: Այդպիսի ինքնապահպանումն արդեն կենսաբանության միջոցով բացատրվել չի կարող: Այդ դեպքում դա գոյատևման համար կենդանիների կողմից մղվող պայքար չէ. այն միանգամայն կարող է և, որպես կանոն, երաշխավորված է: Կարելի է նույնիսկ ասել, որ *Homo symbolicus*-ը (խորհրդանշական մարդ) ընդունակ չէ լիովին զարգացնել և ագրեսիայի տրամադրության տակ դնել իր բացահայտումները, մինչև չգտնվի անվտանգության բավարար միջակայք, այսինքն՝ քանի դեռ

հագեցման մղման և օբյեկտի միջև թույլ կապակցվածությունը չի կայունանում այն աստիճան, որ հանապազօրյա հացի համար պայքարը այլևս չլինի մարդու միակ և գլխավոր զբաղմունքը (Freud, 1933a, էջ 177): Հանուն ինչի՞ են պայքարում այնպիսի սոցիալական հեղափոխականները, ինչպիսին է, օրինակ, Մայքլ Կոլհասսը, եթե հիշատակելու լինենք գերմանական պատմությունից վերցված և Հ. Քլայսթի կողմից իր վեպում անմահացված կերպարին: Գլխավոր նպատակը ազնվականի կողմից Կոլհասսի ձեռքի առևանգման արդյունքում նրան հասցված նյութական անարդարության դիմաց փոխհատուցումը չէ:

Քանի որ ինքնապահպանումը նեղ և լայն իմաստներով կապված է կենսական կարևոր պահանջմունքների բավարարման հետ, առաջվա պես հսկայական գործնական կարևորություն ունի զրկման և նախանձի, ագահության, վրեժխնդրության կամ իշխանության հասնելու ֆանտազիայի կոմպենսատոր աճի փոխադարձ կախվածության հիմնահարցը: Սակայն Ֆրոյդը մանկական երեսառածության հետևանքի օրինակի հիման վրա ցույց տվեց, որ ագրեսիվությունն իր ծագմամբ միայն կոմպենսատոր չէ: Երես տալը չափահասի մոտ ստեղծում է ագրեսիվ ներուժ, քանի որ չափավոր պահանջարկը սկսում է ընկալվել որպես անտանելի. ագրեսիվ միջոցները կիրառվում են ինքնապահպանման նպատակով, որպեսզի պահպանվի status quo երեսառածության վիճակը:

Ագրեսիայի տեսության վերանայման հետևանքները բուժման տեխնիկայի վրա ազդում են ինչպես Գեր-Էզո-ի դիմադրության, այսինքն՝ բացասական թերապևտիկ հակազդման, այնպես էլ բացասական տրանսֆերը: Որքան ուժեղ է անվտանգության բացակայության զգացողությունը վերլուծական շրջանակում, այսինքն՝ որքան ուժեղ է ինքնապահպանման առաջադրված սպառնալիքը, այնքան ուժեղ պետք է լինի ագրեսիվ տրանսֆերը: Մոզերը հետևյալ կերպ է նկարագրել այն հետևանքները, որոնք կարող են տեղի ունենալ վերլուծական շրջանակում, հատկապես երբ ագրեսիվ ազդանշանները չեն նկատվել ավելի վաղ փուլում.

«Եթե ուշադրություն չի դարձվում ագրեսիվ ազդանշաններին (չարությանը, զայրույթին), եթե դրանք չեն հանգեցնում վարքագծային այնպիսի գործողությունների, որոնք կփոխեն ստեղծված դարանակալ իրավիճակը, ապա խորանում է էմոցիոնալ գրգռումը (դա համապատասխանում է Ֆրոյդի՝ ազդանշանների գումարման վարկածին): Ի վերջո, գերգրգռումը դրսևորվում է չարության կամ զայրույթի վիճակով, որում հնարավոր է միայն ուղղակիորեն անհսկելի ագրեսիվ վարք... Վերլուծական շրջանակը կանխարգելում է շարժողական ագրեսիան՝ պարբերաբար ստեղծելով այնպիսի պայմաններ, որոնց դեպքում ներհայեցման հետ միակցվելով՝ ամրապնդում է անգործունեությունը: Այդ պատճառով գոյություն ունի աֆեկտիվ բռնկումները սոմատիզացնելու միտումը, եթե դրան չի կարելի փոխազդեցաբար խոչընդոտել վերլուծողի մեկնաբանության միջոցով» (Moser, 1978, էջ 236):

Բացասական տրանսֆերի վաղաժամ մեկնաբանության հնարավոր թերությունը մատնանշել է Բալինսը.

«Այդ վերջին դեպքում հիվանդի մոտ կարելի է կանխել լիաթոք ատելության կամ թշնամության զգացումը, որովհետև հետևողական մեկնաբանությունները նրան առաջարկում են այնպիսի փոքր չափաբաժիններով զգացմունքային լիցքաթափման միջոցներ, որոնք կարող են որոշ վրդովմունքի և գրգռվածության զգացումից ավելի չգարգանալ: Վերլուծողը, որը մշտապես ավելի վաղ է մեկնաբանում բացասական տրանսֆերը, ինչպես նաև նրա հիվանդը, ստիպված են լինում պայքարի մեջ մտնել բարձր ինտենսիվության հույզերի հետ: Ամբողջ վերլուծական աշխատանքը կարելի է կատարել ատելության, թշնամանքի և «այլնի խորհրդանշների ներքո» (Balint, 1964, էջ 160):

Կոհուրը բացասական տրանսֆերը հասկանում է որպես հիվանդի կողմից հակազդեցություն հոգեվերլուծողի գործողություններին: Դա նրան հանգեցրեց Ես-ի տեսության շրջանակներում ապակառուցողականության մեկնաբանությանը և այն պատկերացումների քննադատությանը, թե իբր մարդկային ագրեսիվության արմատներն ընկած են մարդու բնագդային էության հիմքում:

Մարդկային ապակառուցողականության՝ առաջնային մղում լինելու տեսակետի չհիմնավորվածության հիման վրա Կոհուրը կատարում է եզրահանգում, որը խորացնում է ագրեսիվ փոխանցման մեր ընկալումը: Ճիշտ է, մենք չենք կիսում նրա կարծիքը, որ ապակառուցողականությունը կազմաքայքայման պարզ արդյունքն է (Kohut, 1977, էջ 119, 1985, էջ 137). անկասկած, նարցիսիստական զայրույթն այն գործընթացներից է, որոնք սնում են ցնորային Ես-ի և մեր կողմից այստեղ քննարկվող ինքնության համակարգերը: Այդպիսի համակարգերի օրինակներ կարելի է հայտնաբերել անձնական և կոլեկտիվ գաղափարախոսության մեջ: Ագրեսիայի և ապակառուցողականության միջև տարբերությունը նշանակալի է: Զուտ ագրեսիան՝ ուղղված բավարարության ճանապարհին կանգնած մարդկանց և օբյեկտներին, արագ չքանում է նպատակին հասնելուց հետո: Ընդհակառակը, նարցիսիստական կատաղությունն անհագուրդ է: Գիտակցական և անգիտակցական ֆանտազիաները այս դեպքում դառնում են ագրեսիվ մրցակցություն հրահրող իրադարձություններից անկախ և գործում են որպես սառնարյուն ապակառուցողականության անհագուրդ ուժեր:

Բուժման տեխնիկայի համար կարևոր է հատկորոշել բազմաթիվ վիրավորանքները, որոնք *իրոք* ապրում է հիվանդը վերլուծական շրջանակում, այլ ոչ թե ընկալում է խոշորացույցի միջով՝ չափազանցված կերպով: Մանկական անկարողությունը, որն աշխուժանում է վերլուծական շրջանակում ռեգրեսիայի հետևանքով, հակազդեցաբար բերում է ամենակարողության մասին պատկերացումների, որոնք կարող են գրավել ուղղակի ընդհարումների տեղը, եթե լուրջ չեն ընդունվում իսկապես հրահրող «*այսպետեղ և հիմա*» գործոնները: Նարցիսիստական հիվանդները հրաժարվում են մասնակցել ամենօրյա ագրեսիվ կոնֆլիկտներին, որովհետև դա նրանց համար անմիջապես կվերածվի «*ամեն ինչ կամ ոչինչ*» հարցի: Շուտ վիրավորվելու հատկության հետևանքով այդ հիվանդները գտնվում են վրեժի

անգիտակցական ֆանտազիաների արատավոր շրջանակի ներսում: Անհատական կամ կոլեկտիվ գաղափարախոսության շրջանակներում ստեղծվում է թշնամի, որին բնորոշ գծերը նպաստում են պրոյեկցիայի իրականացմանը: Կարելի է հաճախ տեսնել, որ նարցիսիստական զայրույթը ձևափոխվում է ամենօրյա համեմատաբար անվնաս ագրեսիվ մրցակցության, եթե վերլուծական շրջանակում հաջողվում է բացահայտել այդ վիրավորանքների առաջացման պատճառները:

Մենք մեջբերեցինք Ֆրոյդի նամակը՝ ուղղված Էյնշտեյնին, մասնակիորեն՝ տեխնիկական պատճառներով: Բացասական ագրեսիվ փոխանցումները հարկավոր է դիտարկել զգալի ընդհանրությունների ստեղծման հնարավորության համատեքստում՝ Շտերբայի «*մենք-կապի*» իմաստով (Sterba, 1934, 1940, տե՛ս գլուխ 2): Բացասական ագրեսիվ փոխանցումը նաև ունի հեռավորության կարգավորման գործառույթ, քանի որ նույնացումներն առաջանում են կրկնօրինակման և յուրացման շնորհիվ, և այդ միջանձնային փոխունակությունն անխուսափելիորեն կապված է վիրավորանքների հետ: Օպտիմալ հեռավորություն գտնելն ամենակարևոր հարցն է հատկապես ռիսկի խմբի հիվանդների համար, որոնք առաջին հայացքից ունեն առանձնահատուկ աջակցություն և ապրումակցում պահանջողի տեսք: Մասնագիտական չեզոքության ճիշտ ընկալումը, որը ոչ մի կապ չունի անանությունության հետ, նպաստում է դրան (T. Shapiro, 1984):

Այս դատողություններից բխող տեխնիկական եզրահանգումները որոշ չափով համապատասխանում են Կոհութի առաջադրած խորհուրդներին: Շատ կարևոր է կապել իրական «*այսպրեդ և հիմա*» գոյություն ունեցող խթանը նրա իրական իմաստի հետ: Հնարավոր է, որ խթանն առկա է նույնիսկ հիվանդի վերլուծողին օգնության դիմելու համար: Ի՞նչ արագությամբ վերլուծողը կարող է «*այսպրեդ և հիմա*» առկա իրական վիրավորանքից անցնել ավելի զգայունության պատճառ հանդիսացող «*այն պահին և այնպրեդ*» շրջանակին. այս հարցը կդիտարկենք երկրորդ հատորում կլինիկական դեպքերի օրինակների վրա:

4.5 Հիվանդությունից ստացվող երկրորդային օգուտը

Դիմադրության հինգ ձևերից մեկը, ըստ Ֆրոյդի, Էգո-ի դիմադրությունն էր, որը առաջանում է «հիվանդության օգուտից» և հիմնված է ախտանիշների՝ Էգո-ի ներսում յուրացման վրա (1926 ժ., էջ 160): Գնահատելով արտաքին ուժերը, որոնք համատեղ որոշում և սնում են հոգեկան հիվանդությունը, անհրաժեշտ է ի նկատի ունենալ հիվանդությունից առաջնային և երկրորդական օգուտների միջև տարբերությունը, որը ուրվագծել է Ֆրոյդը 1923 թվականին Դորայի դեպքի նկարագրության մեջ արված տողատակի մեկնաբանությունում (1905 թ): 1905–1923 թվականներին Էգո-ին տեսությունում և բուժման տեխնիկայում բավականին մեծ նշանակություն

էր վերագրվում ախտանիշների առաջացման տեսակետից, հատկապես պաշտպանական գործընթացների վերաբերությամբ: 1923 թվականին արված տողատակի մեկնաբանությանը համապատասխան՝ «չի կարելի պնդել, որ հիվանդության դրդապատճառներն առկա չեն հիվանդության սկզբում, այլ միայն հայտնվում են որպես երկրորդային արգասիք» (Freud, 1905e., էջ 43): Իսկ «Արգելակում, ախտանիշներ և վախ» աշխատության մեջ Ֆրոյդը գրել է. «Սակայն սովորաբար արդյունքները լինում են տարբեր: Արտամղման առաջնային ակտին հետևում է ձանձրալի և անվերջանալի շարունակություն, որում պայքարը բնագդային իմպուլսի դեմ վերածվում է ախտանիշների հետ պայքարի» (1926d., էջ 98):

Հենց այն դեպքերի համար, որոնք ցույց են տալիս ախտանիշների կայուն կառուցվածքը, բնորոշ է ընթացքը, որի առաջնային պայմանները այնքան են խառնված երկրորդային մոտիվների հետ, որ դրանք անհնար է տարբերել.

«Կաչուն ներոգի և պարանոյայի դեպքում ախտանիշների դրսևորումները շատ արժեքավոր են դառնում Էգո-ի համար, որովհետև դրանք տալիս են ոչ թե ինչ-որ առավելություններ, այլ նարցիսիստական բավարարվածություն, այնինչ այլ դեպքերում Էգո-ն կմասը առանց դրա: Համակարգերը, որ ստեղծում է կաչուն մտքեր ունեցող ներոտիկը, շղույն են նրա ինքնասիրությունը, որովհետև նա հատկապես մաքուր է և բարեխիղճ: Պարանոյիկի զառանցական կոնստրուկցիաները նրա սրված ընկալմաներին և երևակայությանն առաջարկում են գործունեության դաշտ, որը նա չէր կարող հեշտությամբ գտնել մեկ այլ տեղում:

Այս բոլորի արդյունքը մեզ հայտնի ներոգիկն զուգընթաց «(երկրորդային) հիվանդությունից ստացված օգուտն է: Այդ օգուտը Էգո-ին անջակցում է ախտանիշ ներառելու նրա փորձերի ժամանակ և նպաստում է ախտանիշի ամրապնդմանը: Երբ վերլուծողը փորձում է օգնել Էգո-ին՝ ախտանիշների դեմ նրա պայքարում, նա պարզում է, որ Էգո-ի և ախտանիշի միջև այդ հաշտարար կապերը գործում են դիմադրությունների կողմից: Բացի այդ, պարզվում է, որ դրանք թուլացնելը հեշտ չէ» (Freud, 1926d., էջ 99-100):

Ֆրոյդն այդ թեմային անդրադառնում է նաև իր «Հոգեվերլուծության ներածության դասախոսություններ»-ում.

«Այդ դրդապատճառը («Էգո-ի կողմից իր նկատմամբ հետաքրքրության դրդապատճառը, որը ձգտում է պաշտպանության և առավելության») փորձում է պաշտպանել Էգո-ն վտանգից, որի սպառնալիքը հրահրել է հիվանդությունը և հնարավորություն չի տալիս առողջացման, մինչև այդ վտանգի կրկնությունն այլևս անհնարին չթվա... Ես արդեն ցույց եմ տվել, որ ախտանիշներին նպաստում է նաև Էգո-ն, քանի որ այդ ախտանիշներն ունեն Էգո-ի՝ արտամղող նպատակը բավարարելու հատկանիշ... Դուք հեշտությամբ կհասկանաք, որ այն ամենը, ինչը նպաստում է հիվանդությունից ստացվող օգուտին, կուժեղացնի դիմադրությունն արտամղման շնորհիվ և կխորացնի թերապևտիկ դժվարությունները... Երբ այնպիսի հոգեկան կազմավորում, ինչպիսին հիվանդությունն է, շարունակվում է ինչ-որ ժամանակ, այն վերջիվերջո սկսում է իրեն դրսևորել որպես անկախ օրգանիզմ...» (Freud, 1916/17, էջ 382, 384):

Հիվանդությունից ստացվող երկրորդային օգուտը խորացնում է արատավոր շրջանը: Այդ պատճառով վերլուծողը պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնի վերլուծական շրջանակից դուրս և ներս ընկած ախտահիշների պահպանմանը ծառայող իրավիճակային գործոններին: Կարծում ենք, որ հիվանդությունից ստացվող երկրորդային օգուտը լայն իմաստով շատ մեծ նշանակություն ունի, և այն դիտարկում ենք ութերորդ գլխի՝ մշակմանը և վերակառուցմանը նվիրված բաժիններում:

4.6 Նույնացման դիմադրությունը և անվտանգության սկզբունքը

Ընթերցողի աչքից վստահաբար չի վրիպել այն, որ դիմադրության կլինիկական դրսևորումների բազմազանության կողքին հաճախ հիշատակվում է նաև մեկ միասնական գործառութային սկզբունք, ինչը և կուզենալինք այժմ առանձին քննարկել: Բազմաթիվ տարածայնությունների կողքին, ինչը զարմանալի չէ դրսևորումների այսաստիճան բարդության դեպքում, առկա է նաև ցայտուն գուգամիտություն: Տարբեր դպրոցների պատկանող վերլուծողներ՝ միմյանցից անկախ, դիմադրության և պաշտպանության գործընթացներին վերագրում են ինքնակառավարմանը և անվտանգությանն ուղղված գործառութ: Կոհուիթ՝ Ես-ի հոգեբանությունում բնագդի բավարարումը ստորադասվում է ինքնագգայության դեկավարմանը: Սանդերը (1960) բավարարվածություն-անբավարարվածություն սկզբունքը ենթարկում էր անվտանգության սկզբունքին: Էրիկսոնի *ինքնության դիմադրության* դեպքում ամենաագդեցիկ կարգավորողը նույնացումն է, որը, երևութաբանական տեսանկյունից դիտարկվելով, Ես-ի հետ համատեղ սիամական երկվորյակների տեսք է ստանում: Էրիկսոնը տալիս է ինքնության դիմադրության հետևյալ նկարագրությունը.

Մենք այստեղ տեսնում ենք վարքագծի չափագանցված մի ձև, որը կարելի է անվանել ինքնության դիմադրություն, որպես այդպիսին, ամենին էլ չի սահմանափակվում միայն այստեղ նկարագրված հիվանդություններով: Այն դիմադրության համընդհանուր ձևն է, որը որոշ վերլուծությունների ընթացքում հաճախ է հանդիպում, սակայն հագվադեպ է ճանաչվում: Ինքնության դիմադրության ամենագուսպ, սակայն հաճախակի հանդիպող ձևն արտահայտվում է հիվանդի այն տագնապով, թե իբր վերլուծողն իր յուրահատուկ անհատականության, կենսագրության կամ աշխարհայացքի հիման վրա կարող է անգգուշորեն կամ դիտավորյալ ոչնչացնել հիվանդի ինքնության ամենանուրբ նախապայմանը և այն փոխարինել իր անձնակա-նով: Ես չեմ վարանի պնդել, որ հիվանդի և ուսուցում անցնող հոգեվերլուծողների տրանսֆերի մի շարք և շատ անգամներ քննարկված, սակայն անլուծելի ներոգներն այն իրողության ուղղակի արդյունքներն են, որ ինքնության դիմադրությունը կա՛մ ընդհանրապես չի վերլուծվում, կա՛մ,

լավագույն դեպքում, վերլուծվում է, սակայն ոչ հետևողականորեն: Այդպիսի դեպքերում վերլուծվողը կարող է վերլուծության ողջ ընթացքում վերլուծողի՝ սեփական ինքնության արժեքների յուրաքանչյուր հնարավոր չափաչափմանը դիմադրել՝ միաժամանակ պարտվելով մյուս բոլոր առումներով, կամ նա կարող է դադարեցնել վերլուծությունը՝ ամբողջ կյանքի ընթացքում ունենալով այն զգացումը, որ վերլուծողից ոչ մի էական բան չի ստացել:

Ինքնության շփոթության սուր դեպքերում վերջինիս դիմադրությունը դառնում է թերապևտիկ հանդիպումների առանցքային հիմնահարցը: Հոգեվերլուծական տեխնիկայի բոլոր տեսակներն ունեն միևնույն խնդիրը. գերիշխող դիմադրությունը պետք է ընկալվի որպես տեխնիկայի կիրառման հիմնական ցուցում, իսկ մեկնաբանությունը պետք է հաշվի առնի հիվանդի՝ տեխնիկայից օգուտ քաղելու ունակությունը: Այդ դեպքերում հիվանդը սաբոտաժի է ենթարկում հաղորդակցությունը այնքան ժամանակ, քանի դեռ չի լուծել որոշ հավանաբար վիճելի հիմնահարցեր: Նա պնդում է, որ թերապևտն իր բացասական ինքնությունն ընդունի որպես իրական և անհրաժեշտ, ինչպես այն իրականում կա կամ եղել է՝ առանց եզրակացնելու, որ բացասական ինքնությունն այն ամենն է, ինչ նա ունի: Եթե թերապևտը համբերատարորեն, բազմաթիվ լուրջ ձգնաժամեր հաղթահարելով, ապացուցում է, որ ինքը դեռևս հասկանում է հիվանդին և լավ է տրամադրված նրա հանդեպ՝ առանց նրան կուլ տալու կամ «իրեն որպես տոտեմային կերակուր մատուցելու», միայն այդ ժամանակ կարող են գարգանալ տրանսֆերի հայտնի ձևերը (Erikson, 1958, էջ 214-215):

Մենք այս ընկալումների տարբերությունները չենք անտեսում: Կոհուրն ինքնազգայությունը և նրա կարգավորումը ածանցում էր նարցիսիստական Ես-օբյեկտներից, մինչդեռ Էրիկսոնի՝ ինքնազգայությունը և դրա հետ կապված ինքնության դիմադրությունը հիմնավորված էր միայն հոգեհասարակական տեսանկյունից: Չնայած ինքնազգայությունը և ինքնությունը երևութաբանական տեսանկյունից գրեթե չեն տարբերակվում, Էրիկսոնի և Կոհուրի տարբեր մոտեցումներն, այնուամենայնիվ, նշանակալից են բուժման տեխնիկայի համար: Նույնը կարելի է ասել նաև անվտանգության սկզբունքի մասին, որը Հենզելերը (1974) նարցիսիզմի տեսության հետ սերտ կապի մեջ է դնում: Ներդրվ հիվանդի *Կենսաառձի ինքնապաշտպանական կողմը* մեծ տեղ է գրավում Ադլերի տեսությունում: Ֆրոյդը (1914թ.) Ադլերի «անվտանգություն միջոցներ» եզրն ավելի ճիշտ համարեց, քան իր «պաշտպանության միջոց» եզրը:

Մենք կարող ենք կրկին վկայակոչել Ֆրոյդի ինքնապաշտպանության հասկացությունը «որպես բարձրագույն բարիք» և գտնել դիմադրության ու պաշտպանության համար ընդհանուր հայտարարը: Ո՞վ կկասկածի, որ ինքնապահպանումը կարգավորողների շարքում շատ բարձր, եթե ոչ ամենաբարձր աստիճանն ունի, ինչպես վերջերս փաստերով ապացուցեց Կվինտը (1984): Հոգեբանական իմաստով ինքնապահպանումն արդյունավետ է

որպես անհատի ինքնությունը ձևավորող և նրա կյանքին ինտեգրվող անգիտակցական և գիտակցական միջոցներով կարգավորող գործոն: Միջանձնային հարաբերություններում ձևավորվող սեփական ինքնագգայությունը, ինքնաապահովությունը, ինքնավստահությունը և այլն իրենց հերթին կախված են որոշակի ներքին և արտաքին պայմանների ապահովումից:

Այս փոխադարձ կապերից շատերը տեսականորեն ընդգրկված են հոգեվերլուծական կառուցվածքային տեսության մեջ: Բավական է դիտարկել «Գեր-Էգո» և «Էգո-իդեալ» հասկացությունները կլինիկական տեսանկյունից, և մենք փաստորեն ներքին օբյեկտների ենք վերածում դրանք, չնայած որ դրանք ունեն սեփական դրդիչ ուժ: Այս ձևակերպումը հիմնվում է Ֆրոյդի այն բացահայտման վրա, ըստ որի դեպրեսիվ ինքնամեղադրման ժամանակ «օբյեկտի ստվերն ընկնում է Էգո-ի վրա» (1917):

Ֆրոյդի՝ ներքին օբյեկտների նկարագրության համար օգտագործած այս խիստ արտահայտիչ փոխաբերության շնորհիվ կարելի է հեշտությամբ անտեսել այն հանգամանքը, որ այդ օբյեկտները գոյություն ունեն գործունեության համատեքստում. մարդը նույնացվում է ոչ թե մեկուսացված օբյեկտի, այլ փոխգործողության հետ (Loewald, 1980, էջ 48): Այն փաստը, որ այդպիսի նույնացումներից կրկին կարող են ծագել ներհոգեկան կոնֆլիկտներ պատկերացումների և աֆեկտների անհամատեղելիության պատճառով, հոգեվերլուծության ամենավաղ ձեռքբերումներից է: Երբ Ֆրոյդը (1895) խոսում էր անհամատեղելի ընկալումների մասին, որոնցից պաշտպանվում է Էգո-ն, «Էգո» բառը դեռևս խոսակցական կիրառություն ուներ և նույնարժեք էր անձի և ինքնության (Selbst) հետ: Ապա ընթերցողը կհարցնի, թե ինչու է այսօր այդքան շատ խոսվում ինքնագգայության կարգավորման կամ անվտանգության սկզբունքի մասին, երբ դրանք միշտ իրենց ուրույն տեղն են գրավել տեսություններում և տեխնիկայում, իսկ դիմադրության և պաշտպանության ընկալումն ուղղված է դեպի դրանց ապահովման միջոցները, ինչը նույնպես ընկած է կառուցվածքային տեսության հիմքում: Էգո հոգեբանության սահմանափակումը ներհոգեկան կոնֆլիկտներով և դրանց բավարարման սկզբունքից որպես բնագդային լիցքաթափման մոդել ածանցումը, հանդես եկան որպես «պրոկրուստյան մահիճ», ինչը չափազանց նեղ էր ներանձնային էդիպյան կոնֆլիկտների հասունացման համար, համենայնդեպս՝ այն ժամանակ, երբ խոսքը դրանց համակողմանի ըմբռնման մասին էր: Երկու անձի հոգեբանության մեջ այնպիսի ամբողջական հղման կետերի և կարգավորման սկզբունքների վերաբացահայտումը, ինչպիսիք են ապահովվածությունը, ինքնագգայությունը, օբյեկտի հաստատունությունը, անուղղակիորեն պարզորոշ դարձրեց այն, ինչը կորսվել էր մասնատման և ապակողմնորոշման արդյունքում: Նարցիսիստական բավարարվածությունը չէր մոռացվել հոգեբանությունում, սակայն ինքնաիրականացումից բավարարվածությունը դարձնելով սկզբունք՝ Կոհուլթը ոչ միայն բացահայտեց ինչ-որ քաջածանոթ մի բան, այլ նարցիսիզմին նոր իմաստ հաղորդեց:

Մյուս կողմից՝ ինքնազգայության բազմաթիվ փոխադարձ կապերը կարող են անտեսվել, եթե այն վերածվի կարգավորման առաջնային սկզբունքի: Ուստի հիվանդի դիմադրությունը որպես վիրավորանքների և վերջապես Ես-ի կազմալուծման վտանգի դեմ պաշտպանության միջոց ընկալվելը շատ տրամաբանական կլինի: Կոհուրը ոչ միայն հրաժարվեց բնագդային լիցքաթափման մոդելից, այլև անտեսեց ինքնավստահության կախվածությունը հոգեւեղական բավարարումից: Սակայն միակողմանի մոտեցումները շատ դեպքերում բարենպաստ ազդեցություն ունեցան թերապևտիկ տեսանկյունից: Ընթերցողին այս պարզաբանումը չի զարմացնի, եթե նա հաշվի առնի, որ Ես-ի հոգեբանությունից ածանցված բուժման տեխնիկան ենթադրում է արդյունքների հաստատում և ձանաչում: Բացի դրանից, վերլուծողը, քննարկելով ապրումակցման բացակայությունից առաջացած վիրավորանքները և խոստովանելով նման իրավիճակների առկայությունը, ստեղծում է թերապիայի համար նպաստավոր մթնոլորտ, որում խրախուսվում է ինքնահաստատումը, և անուղղակիորեն մեղմացվում են շատ տագնապներ:

Խնդիրն այն է, որ հիվանդի դիմադրությունն ընկալվում է որպես վիրավորանքներից և Ես-ի կազմալուծման վտանգից պաշտպանվելու միջոց, ասես Ես-ի կազմալուծումը ինքնաբերաբար ենթադրվում է: Ես-ի կազմալուծումը գոյաբանական է դառնում և հոգեվերլուծության տեսանկյունից այլևս չի հետազոտում, թե, օրինակ, անգիտակցական ագրեսիան ինչպես է գործում կառուցվածքի փլուզման դեպքում (ինչպես աշխարհի կործանումը կամ սեփական անձի կործանումը): Հետևյալ փաստարկներում սոցիոլոգ Կարվետը (1984) ուշադրություն է դարձնում ֆանտազիաների գոյաբանականացման հետևանքներին. «Տպավորություն է ստեղծվում, որ հոգեվերլուծությունում (ինչպես սոցիոհոգեբանությունում) հարատև վտանգ կա՝ շփոթել երևութաբանությունը (կամ հոգեբանությունը) գոյաբանության հետ, այսինքն՝ շփոթել մարդկանց պատկերացրածի նկարագրությունը իրականության նկարագրական ձևակերպումների հետ» (Carveth, 1984, էջ 79): Կարվետը, նկարագրելով Ֆրոյդի՝ կանանց մոտ առնանդամի բացակայության ընկալումը, նման շփոթմունքի մի օրինակ բերեց.

«Նույն կերպ Կոհուրը (1971, 1977) դիտարկում էր, որ նարցիսիզմով տառապող շատ վերլուծվողներ համարում են, որ իրենց Ես-երը հակված են մասնատման, կազմալուծման կամ դյուրաբեկության որոշակի հանգամանքների ազդեցության ներքո: Մի բան է նկարագրել այդպիսի անկումային ֆանտազիաները, մեկ այլ բան՝ զարգացնել Ես-ի հոգեբանությունը, որտեղ Ես-ն ընկալվում է որպես միավորող կամ մասնատող մի «բան» (Carveth, 1984, էջ 79):

Կարվետն իր քննադատության մեջ վկայակոչում է նույն տեսակետն ունեցող Մնապիին և Լևինեին (1978), ինչպես նաև Շաֆերիին (1981):

Կոհուրը հատկապես շեշտում է Ես-օբյեկտների տրանսֆերների հարաբերություններ կարգավորող գործառույթը և այն ամենն, ինչ հիվանդը փնտրում է վերլուծողի մեջ՝ լինի դա իդեալականացված Ես-օբյեկտի,

երկվորյակների կամ հայելային տրանսֆեր: Ըստ Կոհութի՝ հիվանդից եկող այս ազդանշանները ծառայում են ամպրումակցման պակասության փոխհատուցմանը: Հիվանդն անգիտակցորեն փնտրում է թերությունների փոխհատուցում, իսկ դիմադրությունը նոր վիրավորանքներից պաշտպանող գործառույթ ունի: Իդեալականացնող կամ չափազանցնող փոխանցման տարբերակները վերլուծողի կողմից ըմբռնվում են որպես վաղաժամ վնասվածքների ազդանշաններ: Այս խանգարումները ոչ թե մղման բավարարման խափանված փորձերի արդյունք են, այլ ավելի շուտ խրախուսման սակավություն արդյունք, որից և կախված է երեխայի ինքնազգայությունը:

Չնայած նրան, որ մենք քննադատում ենք Կոհութի տեսությունը, մենք բարձր ենք գնահատում դրա տեխնիկական նորարարությունները: Առաջին հայացքից զարմանալի է, որ որոշ դեպքերում կառուցվածքի փլուզման հետ կապված տագնապը կարող է նվազել նույնիսկ տրանսֆերենտ հարաբերություններում վերոհիշյալ անգիտակցական ագրեսիայի թույլ վերամշակման դեպքում: Երևի թե դա կախված է նրանից, որ Կոհութի տեխնիկայում ինքնահաստատման պահանջը մի կողմից ակտիվացնում է անհատականության ագրեսիվ գծերը, մյուս կողմից՝ նվազեցնում «ֆրուստրացիայի ագրեսիան»:

Մեր կարծիքով՝ հարցը, թե Կոհութի տրանսֆերենտ մեկնաբանությունները որքան ժամանակ հատուկ ազդեցություն կունենան, պետք է անպատասխան մնա: Ինքնազգայության կարգավորումը և վերլուծողի թերապևտիկ աջակցությունը մեծ նշանակություն ունեն՝ անկախ մեկնաբանության առանձին հայեցակերպերի վավերականությունից: Մենք կցանկանալինք Կոհութի մտքերի շնորհիվ բուժման տեխնիկայի ունեցած առաջընթացը ներկայացնել Աբրահամի (1919) կողմից նկարագրված Ես-հոգեբանության մեկնաբանման և այն ժամանակ անհաղթահարելի համարվող նարցիսիստական դիմադրության օրինակով:

Աբրահամը նկարագրում էր դիմադրության մի տեսակ, որը նկատվել էր նարցիսիզմով տառապող, ուստիև հեշտությամբ վիրավորվող և անկայուն ինքնազգայությամբ հիվանդների մոտ, որոնք իրենց նույնացնում էին վերլուծողի հետ և իրենց պահում էին որպես գերվերլուծող՝ փոխանակ տրանսֆերի գործընթացում վերլուծողին անձնապես մերձենալու: Աբրահամի հիվանդն ինքն իրեն նայում էր իր վերլուծողի աչքերով և մեկնաբանություններ էր անում՝ գտնելով, որ դրանք համապատասխանում են իրեն: Հեղինակը չէր նկատաել, որ այդ նույնացումները կարող են հենց մերձեցման անուղղակի փորձեր լինել: Դա առավել զարմանալի է, քանի որ մենք օրալ ներմարմնավորման և դրա հետ կապված նույնացման նկարագրման համար պարտական ենք հենց Աբրահամին: Չի բացառվում, որ Աբրահամն այն ժամանակ դեռևս չէր կարող արդյունավետ կերպով կիրառել այն գիտելիքը, որ առաջնային նույնացումները կարող են օբյեկտի հետ հուզական կապվածության ամենավաղ ձևերը լինել (Freud, 1921, 1923): Հետագայում Ստրեչին (Strachey, 1934) վերլուծողի հետ նույնացումը նկարագրեց որպես

օբյեկտային հարաբերություն: Մեր օրերում արդեն Կոհույթը մեզ համար ավելի հասկանալի դարձրեց առաջնային նույնացումները և դրանց տեխնիկական գործածությունը Ես-օբյեկտի տրանսֆերի տարբեր տեսակներում: Սակայն, թվում է, Կոհույթը նույնպես անտեսեց այն հանգամանքը, որ նույնացումները պաշտպանական գործառույթ ունեն և դրանով իսկ կարող են ծառայել ինքնությունության դեմ ուղղված դիմադրությանը:

5. ԵՐԱԶՆԵՐԻ ՄԵԿՆՈՒԹՅՈՒՆ

5.1 Երազներ և քուն

Երազի մեկնությունն ըստ Ֆրոյդի համանուն գրքի հոգեվերլուծության տեսության և տեխնիկայի ամենասիրված մասն է: Վերլուծողի կողմից երազների մեկնությունը հավասարապես կախված է երազների գործառույթի նրա ընկալումից, երազի ծագման մասին նրա որդեգրած տեսությունից և երազի պատմելու պահի դրությամբ դրա կրած ձևափոխություններից: Ի՞նչ երազներ է հիշում հիվանդը, ինչպե՞ս է հիվանդը վերաբերում իր երազներին, ինչպե՞ս է խոսում երազների մասին, և ե՞րբ են առհասարակ խոսում երազների մասին այցի ընթացքում. վերլուծության ընդհանուր շրջանակում սրանք են մեկնաբանությունների հիմքում ընկած գործոնները: Ոչ պակաս կարևոր են հետաքրքրությունը դեպի երազները և դրանց հետ քիչ թե շատ արդյունավետ աշխատանքը բուժման ընթացքում: Այս ամենն առանձնապես էական է՝ ինչպես երազները մեկնաբանելու, այնպես էլ բուժումն իրականացնելու համար:

Այս ներածական հատվածում մենք համառոտ կուրվագծենք երազների էմպիրիկ հետազոտությունների ամենակարևոր բացահայտումները, թեև այդպիսով երազների մեկնությունը դառնում է ավելի խնդրահարույց, քան երբևէ: Ֆրոյդի տեսակետը, թե երազը քնի պահապանն է, պետք է այսօր հերքվի. քունն է երազի պահապանը և ոչ թե հակառակը (Wolmann 1979, էջ VII): Այս պնդումն այն հիմնարար հետևություններից է, որոնք պետք է արվեն երազի և քնի վերաբերյալ կատարված բազմաթիվ հոգեկենսաբանական հետազոտություններից: Բայցևայնպես REM փուլի (“Rapid Eye Movement” – աչքերի արագ շարժում) բնույթը, ինչպես նաև նրանց հատուկ կենսաբանական և հոգեբանական գործառույթներն առաջվա նման վիճարկվում են գիտական քննարկումների ժամանակ: Հ. Գիլի (H.Gill, 1982) կողմից REM փուլերի բնորոշումը որպես հոգեկան գոյության երրորդ ձև ընդգծում է Ֆրոյդի հիմնական մոտեցման նշանակությունը՝ դիտարկել երազը որպես *via regia* («արքայական ճանապարհ») դեպի մարդկային գոյության գաղտնի ոլորտները:

Երազի ներկայիս էմպիրիկ հետազոտություններն ընդգրկում են 2 հիմնական հարց. առաջինը վերաբերում է երազների հոգեբանական գործառույթին, երկրորդն ուղղված է երազի ծագման ճանաչողական և աֆեկտիվ գործընթացին (Strauch, 1981): REM քնի հայտնաբերումից ի վեր երազների շուրջ կատարվող հետազոտությունները ձգտում են պարզել քնի և ֆիզիոլոգիական գործընթացների միջև առկա հարաբերությունը (C.Fisher, 1965): Ներկայումս, այնուհանդերձ, կատարվում է հարաբերակցական հետազոտությունից հեռացում: Այսպես, Շտրաուխը (Strauch, 1981) պահանջում է վերադառնալ իսկապես հոգեբանական հարցադրումներին: Խոսքն այն

մասին է, որ երազին պետք է վերադարձնել նրա՝ որպես հոգեբանական երևույթի նշանակությունը: Նման ճանապարհ է անցել նաև Ֆրոյդը իր «Երազների մեկնությանը» հասնելու համար: Ֆրոյդի տեսության ձևավորման վերաբերյալ մի համեմատական ուսումնասիրության մեջ Շոտը (Schott, 1981) ընդօրինակում է այսպիսի զարգացումը: Թեև մենք միևնույն ելակետին չենք հասնում (քանի որ Ֆրոյդի երազի տեսության մի շարք կարևոր, սակայն ոչ մեկնաբանության համար, կանխադրությունները հերքվեցին), այնուամենայնիվ, հարկ է պնդել, որ մի կողմից՝ ֆիզիոլոգիական պայմանները, մյուս կողմից՝ հոգեբանական նշանակությունները տարբեր ոլորտների են պատկանում:

«Այագայում էլ հազիվ թե կարելի լինի ակնկալել, որ տարբեր հոգեթերապևտիկ դպրոցների կողմից իրենց պրակտիկայում կիրառվող երազների մեկնաբանության հաստատված մեթոդները կկրեն երազների վերաբերյալ հետազոտության արդյունքների ազդեցությունը: Թերապևտիկ գործընթացում երազի հետ աշխատանքն իր սեփական արժեքը ունի, նույնիսկ այն դեպքերում, երբ դրա հիմքում ընկած երազի մասին տեսությունները պետք է ձևափոխման ենթարկվեն» (Strauch 1981, էջ 43):

Քնի և երազի հետազոտումը անցած երեսուն տարիների ընթացքում երազների մասին մեր պատկերացումների ձևավորման համար շատ բան է փոփոխել: Ժամանակը ցույց կտա՝ արդյոք դրանք ազդեցություն կունենան երազի մեկնաբանության պրակտիկայի վրա, և ինչպիսի՞ն կլինի այդ ազդեցությունը:

5.2 Մտածողությունը երազում

Երազանքների և երազների տեսականորեն դժվար լուծվող խնդիրներից մեկը պատկերի ու մտքի հարաբերության պատշաճ հասկացությունն է, որը Ֆրոյդը 1925թ. «Երազների մեկնություն»-ում ավելացրած տողատակի ծանոթագրություններից մեկում մանրամասնում է.

«Առաջ ինձ շատ դժվար էր թվում ընթերցողների մոտ առաջ բերել սովորություն՝ տարբերել երազի ակներև բովանդակությունը և երազում քողարկված մտքերը: Միշտ «կողմ» և «դեմ» փաստարկներ կբերվեն, որոնք հիմնված են հիշողության մեջ պահպանված որևէ չմեկնաբանված երազի վրա, և կանտեսվի այն մեկնաբանելու անհրաժեշտությունը: Այժմ, քանի որ վերլուծողներն արդեն առնվազն հաշտվել են այն մտքի հետ, որ երազների ակներև բովանդակության փոխարեն առաջարկվում է մեկնաբանության շնորհիվ բացահայտված իմաստը, նրանցից շատերը մեղավոր են մեկ այլ մոլորության մեջ ընկնելու համար, որից, իմիջիայլոց, կառչում են նույն համառությամբ: Նրանք փնտրում են էությունը երազի թաքնված բովանդակության մեջ և միևնույն ժամանակ չեն տարբերում նրանում թաքնված մտքերը և երազի աշխատանքը: Երազը ոչ այլ ինչ է, քան մտածողության յուրահատուկ մի ձև, որը հնարավոր է դառնում քնած վիճակում: Երազի աշխատանքն է ստեղծում այդ ձևը, և դա է երազի միակ էությունը՝ երազի յուրօրինակ բնույթի բացատրությունը: Ես դա ասում եմ

երագի տխրահռչակ «առաջիկա նպատակը» գնահատելը հնարավոր դարձնելու համար: Այն, որ երագները փորձում են լուծել այն խնդիրները, որոնց հետ բախվում է մեր հոգեկան կյանքը, ավելի արտասովոր չէ, քան այն, որ այդ նույն խնդիրներով պետք է զբաղվի մեր գիտակցված կյանքն արթմնի: Բացի դրանից, խոսքը միայն այն մասին է, որ այս գործողությունը նաև ենթագիտակցությունում կարող է կատարվել, ինչը մեզ արդեն հայտնի է (Freud, 1900a , էջ 510):

Երագի ֆենոմենալ յուրահատկությունը Ֆրոյդը ըմբռնում էր որպես պատրաստի ֆիլոգենետիկորեն ավելի հին հոգեկան աշխատանքի դրսևորումներ, որոնք կարող են հանդես գալ քնի վիճակի ռեգրեսիայի շնորհիվ (Freud, 1933a, էջ 19): Ըստ այդմ էլ՝ երագի լեզուն աչքի է ընկնում արխայիկ գծերով, որոնք Ֆրոյդը նկարագրել է 13-րդ դասախոսությունում (Freud, 1916–17): Երագի լեզուն, որը գոյություն է ունեցել մեր մտածողության լեզվի զարգացումից առաջ, խորհրդանշային հարաբերություններով հարուստ պատկերավոր լեզու է: Ըստ այդմ էլ՝ մարդու կողմից խորհրդանշանների օգտագործումը դուրս է գալիս որևէ լեզվական հանրույթի շրջանակից և չի սահմանափակվում դրանով (Freud, 1923a, էջ 218): Փոխադրումը, խտացումը, ինչպես նաև ձկուն պատկերացումն այն գործընթացներն են, որոնք սահմանում են ձևը: Ի տարբերություն արթուն մտածողության, որը աստիճանավորված է և կողմնորոշված է տարածքում և ժամանակում տրամաբանական տարբերակումների ուղղությամբ, քնի մեջ տեղի է ունենում ռեգրեսիա, որի ժամանակ սահմանները աղավաղվում են: Սահմանների այդ աղավաղումը զգացվում է քուն մոտենլու ժամանակ: Քնելու ցանկությունը Ֆրոյդը բնորոշում է որպես այդ ռեգրեսիան առաջացնող շարժառիթ:

Երագի լեզվի ձևական տարրերը բնորոշվում են որպես «երագի աշխատանք», որի էությունը հետևյալ կերպ է ամփոփվում. «Թվարկած ձեռքբերումներով սպառվում է նրա (երագի աշխատանքի) գործունեությունը, այն կարող է միայն խթանել, տեղափոխել, նրբորեն ներկայացնել և ընդհանուր առմամբ ամեն ինչը երկրորդական վերաքննման ենթարկել» (Freud, 1916–17, էջ 185): Այսպիսով, երագ տեսնողին աշխարհը, ներառյալ նաև իր Ես-ը, այլ կերպ եռ ներկայանում, քան նրա արթուն մտածողությունում և նրա առօրյա լեզվում: Այդ պատճառով խոսքը ոչ միայն երագի լեզվի ձևական առանձնահատկությունների նկարագրության, այլև նրանց փոխակերպման խնդրի մասին է: Մտքերը փոխակերպվում են պատկերների, իսկ վերջիններս էլ նկարագրվում են բառերով (Spence, 1982a): Ոչ մի դեպքում միևնույն չէ, թե որ ուղղությամբ է տարվում փոխատեղումը, այսինքն՝ արդյոք փոխատեղումը կատարվում է երագի լեզվից մտածողության լեզու, թե՞ հակառակը: Ընդհակառակը, այս տեսակետը քննելիս հասկանալի են դառնում մի քանի հակասություններ, որոնք ազդում են պատկերների և երագում քողարկված մտքերի հարաբերության վրա, և որոնք վճռորոշ են եղել դրա հոգեվերլուծական մեկնաբանման նշանակալի փոխատեղման օրենքների համար: Նույնիսկ քնած վիճակում հնարավոր ներքին ընկալումները պետք է մեկնաբանվեն որպես տեսողական փոխաբերություններ, իսկ այդ գործընթացի դետերմինանտը ազդակների բաշխումն է ուղեղում:

Փոխատեղման այս օրենքները վերաբերում են նաև երազի տարրերի և նրանց կողմից ներկայացված, քողարկված իմաստի փոխհարաբերություններին, որը Ֆրոյդն արտասովոր անորոշությամբ բնորոշում է որպես «խկություն» (Freud, 1916-17, էջ 152): Ի սկզբանե «Հոգեվերլուծության ներածություն. դասախոսություններ» աշխատությունում Ֆրոյդը տարբերում էր «նման հարաբերությունների երեք ձև. ամբողջի և մասերի հարաբերությունը, հղումը և ձկուն պատկերումը»: Չորրորդ տեսակը խորհրդանշային հարաբերությունն է (1916-17, էջ 151, 171): Խորհրդանշանի և երազի տարրերի միջև կա կայուն հարաբերություն, ինչը հեշտացնում է փոխատեղումը.

«Խորհրդանշանները, լինելով կայուն փոխատեղումներ, կոնկրետ չափով իրականացնում են երազի ինչպես անտիկ, այնպես էլ հանրամատչելի մեկնաբանման իդեալական սցենարը, որից մենք հեռացել ենք մեր տեխնիկայի օգնությամբ: Ելնելով հանգամանքներից՝ նրանք մեզ թույլ են տալիս երազը մեկնաբանել՝ չհարցնելով երազ տեսնողին, որը իրականում խորհրդանշանի մասին մեզ այսպես թե այնպես ոչինչ ասել չէր կարող: Եթե մենք ծանոթ ենք երազի սովորական խորհրդանշաններին և, բացի այդ, երազ տեսնողի անձին, այն հանգամանքներին, որոնցում նա ապրում է, այն տպավորություններին, որոնք նախորդել են երազին, ապա մենք շատ հաճախ ի վիճակի ենք լինում երազը մեկնաբանել առաջին իսկ հայացքից» (Freud, 1916-17, էջ 152):

Այս տեսակետի հիմքում ընկած է այն ենթադրությունը, որ երազ տեսնողը ի վիճակի չէ այնպիսի գուգորություններ անել, որոնք խորհրդանշանին իմաստ կհաղորդեն, որովհետև թերապևտիկ շրջանակներում հիվանդի ռեգրեսիան բավական չէ դեպի պատկերների լեզու ուղիղ մուտք բացելու համար:

Այս պահին մեզ հետաքրքրում են երազի ակնհայտ և քողարկված տարրերի միջև առկա փոխհարաբերությունների բնույթը կամ, ըստ Ֆրոյդի, երազի տարրերի և դրանց «խկության» միջև հարաբերությունները: Այս հարաբերությունները հասկանալու դժվարությունները մեծ են: Ինչպես պարզաբանում էր Ֆրոյդը, երազի ակնհայտ տարրերը ոչ այնքան քողարկված խեղաթյուրում են, որքան այդ տարրերի որոշակի ներկայացումը, կոնկրետ, ձկուն պատկերը, որը սկիզբ է առնում խոսքային ձևավորման մեջ: Սակայն հենց այդ պատճառով էլ դա մեկ այլ տիպի խեղաթյուրում է, քանի որ մենք արդեն վաղուց մոռացել ենք, թե բառը որ կոնկրետ պատկերից է առաջացել, և հետևաբար մենք չենք կարողանում ճանաչել այդ բառը, երբ այն փոխարինվում է պատկերով (Freud, 1916-17, էջ 119): Մենք ուշադրություն ենք դարձնում խոսքի և պատկերի հարաբերության հիմնական խնդրին: Երազի լեզուն գերակշռորեն պատկերային է, և թերապևտիկ փոխատեղման խնդիրը պատկերները խոսքերով ու մտքերով փոխարկելու մեջ է: Թեև մտքերը կարող են որպես երկրորդային ընկալվել առաջնային ներկայացման համեմատ, սակայն թերապիայում այն առաջնային դիրք է գրավում, քանի որ խոսքերով արտահայտված մտքերի շնորհիվ է հնարավոր դառնում թերապևտիկ երկխոսությունը: Այժմ մենք հուսով

ենք, որ կկարողանանք հասկանալի դարձնել, թե ինչու «երազում քողարկված միտքը» Ֆրոյդի աշխատություններում իմաստի արմատական փոփոխության է ենթարկվել. ի սկզբանե նույնացվելով օրվա նստվածքի հետ՝ այն ի վերջո վերածվում է երազի «իսկական տարրի», որը երազի աշխատանքի միջոցով վերածվում է դրա ակնհայտ բովանդակության, ապա ետ է փոխատեղվում այսպես կոչված մեկնության աշխատանքի միջոցով – *երազի աշխատանքը վերափոխակերպվում է մեկնման աշխատանքի կողմից*: Պատկերների լեզվին որոշ չափով հակասելով՝ «երազում քողարկված միտքը» ինչ-որ իմաստով գրավում է իր տեղը ամենախոր շերտում, որտեղ այն կրկին ձուլվում է փոխատեղում պահանջող ցանկության հետ:

Այժմ մենք կարող ենք պարզաբանել այդ դրույթը՝ նկարագրելով «երազում քողարկված մտքի» փոխակերպումը: Սկզբնական շրջանում Ֆրոյդը որպես ելակետ ընդունում էր մեկնաբանությանն ուղղված աշխատանքի հասկացությունը և բնական էր համարում օրվա նստվածքների (որպես երազի շարժառիթ) և քողարկված երազի մտքերի նույնացումը (1916–17, էջ 199): Երազի աշխատանքի, այսինքն երազի ծագման տեսության մեջ երազների գրաքննության աշխատանքի շնորհիվ «երազում քողարկված մտքերն» արտահայտվում են այլ կերպ՝ մղվելով ետ դեպի վաղուց վանված ինտելեկտուալ զարգացման վիճակները՝ պատկերների լեզվին և խորհրդանշական կապերին, որոնք թերևս գոյություն են ունեցել մեր մտածողության լեզվի զարգացումից առաջ: Այդ պատճառով երազի աշխատանքի արտահայտման ձևն անվանել ենք «արխայիկ» կամ «ռեգրեսիվ» (1916–17, էջ 203): Այսօր մենք ավելի շուտ կասենք, որ երազի մշակումը տեղի է ունենում ռեգրեսիվ մեթոդներով: «Այն ամենը, ինչը մենք իմանում ենք երազի մեկնության արդյունքում, որոշակի իմաստով, բնութագրվում է որպես երազում քողարկված մտքեր ...» (1916–17, էջ 232): Մեկնաբանման աշխատանքի վիթխարի ազդեցությունը երազի ծագման տեսության վրա ավելի պարզ է դառնում, երբ երազների գրաքննությունը նույնացվում է երազում քողարկված մտքերի բացահայտման դիմադրության հետ: «Երազում քողարկված մտքերն» իրենց հերթին դիտվում են որպես արտամղված ցանկություններ: Այն, որ երազում քողարկված մտքերը մեծամասամբ ցանկություններն են ենթադրում, կապված է առաջին հերթին մարդկանց համար ցանկությունների աշխարհի ընդհանրական նշանակության հետ, մյուս կողմից՝ նաև այն հատուկ ուշադրության հետ, որը հոգեվերլուծության մեջ հենց սկզբից հատկացվեց երազի այն կողմերին, որոնք առնչվում են ցանկությունների իրականացման հետ: Ֆրոյդի այն միտքը, թե երազները, ըստ էության, ոչ այլ ինչ են, քան մեր մտածողության հատուկ ձևը, ժխտվում էր մինչև Էրիկսոնի «Երազների նմուշները հոգեվերլուծության մեջ» գրքի հրատարակումը (1954):

Հիմնվելով սիստեմատիկ ուսումնասիրությունների վրա՝ այսօր կարելի է պարզաբանել՝ արդյոք երազում մտածելը լրացնո՞ւմ է արթուն ժամանակ մտածելուն, թե՞ երկուսն անընդհատ ձուլվում են: Որոշ բացահայտումներ

մատնանշում են օրվա ընթացքում ունեցած երազանքների և գիշերվա երազների միջև առկա համապատասխանությունը, և կարելի է ցույց տալ, որ խեղաթյուրումների և հույզերի արտահայտման առումով աճ է գրանցվում օրվա երազանքներից և ֆանտազիաներից դեպի գիշերվա երազները անցման ժամանակ: Կարելի է հատկորոշել նաև տարբերություններ տարբեր ցանկությունների համար՝ սեռի հիման վրա (Strauch, 1981, էջ 27): Այսօր գերակշռում է այն պատկերացումը, որ երազի բովանդակության ձևավորումը համապատասխանում է անձնավորության բնավորության հիմնական գծերին (Cohen, 1976, էջ 334):

Այս տեսակետը հիմնավորում են նաև Ֆոլկսի կողմից զարգացման հոգեբանության ոլորտում կատարված լայնածավալ ուսումնասիրությունների արդյունքները (1977, 1979, 1982): Ֆոլկսը ներկայացնում է նաև ճանաչողական և հուզական զարգացման գուգահեռությունը արթուն վիճակում և երազների մասին հաղորդման ժամանակ (Foulkes, 1977, 1978, 1982): Ջիորան (Giora, 1981) ընդգծում է վտանգը՝ հենվելով միայն կլինիկական նյութի վրա և ուշադրությունից դուրս թողնելով ու տեսության կազմավորման մեջ անտեսելով երազի այլ տիպերի գոյությունը, օրինակ՝ տրամաբանական և խնդիրներ լուծող երազները (էջ 305): Ընթացքում հայտնի է դառնում, որ REM քնի մեջ ավելի շուտ ոչ բանական երազներն են կազմավորվում, REM քնից դուրս կազմավորվում են բանական երազները, ինչը ենթադրում է, որ երազի աշխատանքի առաջնային գործընթացային մեխանիզմները կապված են որոշակի ֆիզիոլոգիական վիճակների հետ: Նմանօրինակ մի մտքի մենք հանդիպում ենք Ֆերենցիի մոտ (Ferenzi, 1964 [1912]), որը գրում է «կառավարելի երազների» մասին: Այդ երազները նպատակաուղղված կերպով ձևավորվում են երազը տեսնողի կողմից, որը հերքում է իրեն չբավարարող տարբերակները: Ամփոփելով՝ կարելի է պնդել, որ բազմաթիվ ժամանակակից հեղինակներ փորձում են դասակարգել երազի ժամանակ մտածողությունը հոգեկան գործառույթների ընդհանուր սկզբունքների շարքին և մերժում են այն տեսությունները, որոնք երազի ժամանակ մտածողությունը բնորոշում են որպես առանձնահատուկ կարգավիճակ ունեցող:

Կոուկոուն, Լեհմանը (Koukkou, Lehmann, 1980, 1983) էլեկտրական էնֆեցալոգրաֆիկ հետազոտությունների, դեղագիտական փորձերի և տեսական կշռադատումների հիման վրա սահմանել են «վիճակների փոփոխման տիպարը»: Դրա էությունն այն է, որ ուղեղը կարող է գտնվել տարբեր գործառական վիճակներում, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի սեփական, ընտրողաբար մատչելի հիշողության պաշարներ: Ըստ այս մոդելի՝ երազների ձևական բնութագրումները (այսինքն՝ առաջնային գործընթացի և երազի աշխատանքի արդյունքները) գումարվում են որպես հետևյալ գործոնների արդյունք.

ա) հիշողության նյութի (իրական իրադարձություններ, մտածողության ռազմավարություններ, խորհրդանշաններ և ֆանտազիաներ) վերարտադրումը քնի մեջ: Այն նյութի, որը կուտակվել էր զարգացման

ընթացքում, և հասունացած մարդու արթուն վիճակում չի կարող լիովին ընթերցվել, կամ արթմնի մտածողության ռազմավարության կողմից այնպես է հարմարեցվում «այսպեղ և հիմա» շրջանակին, որ այն այլևս անձանաչելի է դառնում: Բացի այդ, դա քնի մեջ հիշողության նոր նյութի վերարտադրությունն է և քնի ընթացքում գործառական վիճակների մտածողության ռազմավարության համապատասխան կրկնակի վերամեկնաբանումը:

- բ) գործառական վիճակի տատանումները քնի տարբեր փուլերում (այստեղ՝ ավելի նեղ սահմանմամբ և ավելի կարճ տևող, քան քնի՝ էլեկտրական էնցեֆալոգրամմայով բացահայտվող 4 դասական փուլերը), որոնք ինքնաբերաբար են հանդես գալիս կամ քնի ընթացքում, կամ ազդանշանային խթանների շնորհիվ են առաջանում: Սա հանգեցնում է իմաստների ձևափոխմանը հիշողության այլ պաշարներին (գործառական վիճակներին) անցման փուլերում և այդպիսով.
- գ) բերում է նոր ասոցիացիաների ձևավորմանը, որոնք գործառական վիճակի փոփոխության բացակայության պատճառով չեն կարող հարմարվել այժմյան իրականությանը, քանի որ քնած անձը կիրառում է մտածական այնպիսի ռազմավարություններ, որոնք համապատասխանում են առկա գործառական վիճակին [զարգացման աստիճանին] (Koukkou, Lehmann, 1980, էջ 340):

5.3 Օրվա նստվածքները և ինֆանտիլ ցանկությունը

Ֆրոյդի՝ երազների տեսությունում հազիվ թե լինի ավելի համարձակ մեկ այլ քայլ, քան այն, որը ցանկության իրագործման փորձերը կապում է այն կանխադրույթի հետ, թե այդ ցանկությունը պետք է լինի ինֆանտիլ: Այսինքն՝ «հայտնաբերվել է, որ *բոլոր* երազները, ըստ էության, մանկական երազներ են, այսինքն՝ երազներում օգտագործվում է նույնատիպ ինֆանտիլ նյութը, հոգու հուզումները և մանուկներին բնորոշ մեխանիզմները» (1916–17, էջ 219): Ի հակադրություն անգիտակցական ցանկության՝ «Երազների մեկնությունում» Ֆրոյդը բերում է բազմաթիվ ազդեցիկ ապացույցներ ներկայում ծագող ցանկությունների գործառական արդյունավետության և շարժառիթների օգտին, որոնք Կանցերը (Kanner, 1955) բնորոշում է որպես երազի «հաղորդակցական գործառույթ»: Բացի այդ, հարկ է նկատի ունենալ Ֆրոյդի կողմից երազի աղբյուրի և երազի շարժառիթի միջև անցկացվող տարբերությունը, քանի որ «կյանքի ցանկացած ժամանակաշրջանից» (Freud, 1900a, էջ 174) վերցված նյութի օգտագործումը և այդ նյութի ներածումը որպես երազի առաջացման պատճառ երկու տարբեր հասկացություններ են:

Մենք կարծում ենք, որ Ֆրոյդը, ելնելով մեկնաբանության տեխնիկական հիմքերից, պնդում էր անգիտակցական ցանկության առաջնայնությունը: Ընդ որում՝ մենք մի կողմ ենք թողնում այն հարցը, թե քանի

անգամ է հաջողվել համոզիչ մեկնաբանությամբ երազի ծագումնաբանությունը օրվա նստվածքից հետադարձմամբ տանել դեպի ինֆանտիլ ցանկություն և ցույց տալ, որ ինֆանտիլ ցանկությունները ավելի էական նախադրյալներ են: Անգիտակցական (ինֆանտիլ) ցանկությունների և օրվա նստվածքի միջև փոխհարաբերությունները Ֆրոյդը պարզաբանեց՝ դրանք համեմատելով առևտրային նախաձեռնության հետ, որին անհրաժեշտ են կապիտալը ներդրողը՝ ծախսերը ծածկելու համար, և ձեռնարկատերը, որն ունի գաղափար և ունակ է այն իրականացնել: Պատասխանն ակնհայտ է. կապիտալ ներդրողը անգիտակցական ցանկությունն է, որը հոգեկան էներգիա է տալիս երազի պատկերին, իսկ ձեռնարկատերը օրվա նստվածքն է: Սակայն կապիտալ ներդրողն ինքն էլ կարող է ունենալ գաղափար, կամ ձեռնարկատերն ինքը կարող է ունենալ կապիտալ: Այսպիսով, փոխաբերությունը բաց է մնում. դա գործնականում հեշտացնում է դրությունը, սակայն դժվարացնում է հարցի տեսական ընկալումը (1916-17, էջ 232):

Ավելի ուշ Ֆրոյդը (Freud, 1933a) այդ փոխաբերությունը փոխակերպում է երազի ծագման տեսության վերևից (օրվա թողած նստվածքից) և ներքևից (անգիտակցական ցանկությունից): Այն, որ նշված համեմատության մեջ կապիտալ ներդրողը «հոգեկան էներգիայի» հետ է հավասարեցվում, մատնանշում է Ֆրոյդի տնտեսական էներգետիկ ենթադրությունը. հոգեկան էներգիան դրվում է գրգիռի հիմքում որպես ուժ, որն առաջ է բերում ցանկություն և մղում է դրա իրականացմանը, նույնիսկ եթե դա իրականացվում է ցնորային բավարարման արտագործման ձևով: Կիրառելով էթոլոգիայի տերմինաբանությունը՝ մղումը բավարարող օբյեկտի բացակայության պայմաններում նման արտագործումները կարելի է անվանել «ունայն գործողություն» (vacuum activities):

Այդ տեսական ենթադրության հետևանքն, ակնհայտորեն, այն է, որ մեկնաբանության միջոցով անգիտակցական ցանկության հայտնաբերումը ենթադրում է վերահայտնաբերում և առաջնային շրջանակի վերարտադրում, որի ժամանակ ի հայտ է գալիս, սակայն չի բավարարվում ցանկությունը (պահանջը կամ մղումը), և այդ իսկ պատճառով չի կարելի խոսել օբյեկտի նկատմամբ իրական արտագործման մասին: Հիմք ընդունելով վերոնշյալը՝ Ֆրոյդը ենթադրում էր, որ հիշողություն-պատկերներ (screen memory) ներխուժելով կարելի է հայտնաբերել ցանկությունների և ֆրոստրացիայի առաջնային շրջանակը («առաջնային տեսարանը»): Գայլ-Մարդու դեպքում Ֆրոյդի սպասումները չարդարացան, քանի որ հիշողություն-պատկերներն անհնարին դարձրեցին ներխուժումը, իսկ Գայլ-Մարդը չվերհիշեց առաջնային տեսարանը: Գայլ-Մարդու հետագա կյանքի և հիվանդության պատմությունը, որին մասին մենք քաջատեղյակ ենք (Gardiner, 1971), թույլ է տալիս եզրակացնել, որ նրա հիվանդության ռեցեդիվները (կրկնությունները) կարելի է բացատրել ոչ այդքան նրա ինֆանտիլ ինցեստուոզ գայթակղության և ֆրոստրացիոն վիճակի ոչ ադեկվատ լուսաբանմամբ,

որքան այն փաստով, որ նա, իբրև բացասական տրանսֆերից պաշտպանություն, իդեալականացնում էր Ֆրոյդին ու հոգեվերլուծությունը:

Ինֆանտիլ ցանկության՝ որպես երազի շարժիչ ուժի ենթադրություն, ներառում է նաև հիշողության հետքերի պահպանման տեսությունը: Այն Ֆրոյդի կողմից ուրվագծվում է «Երազների մեկնությունում» (1900a, գլուխ 7) և զգալի ազդեցություն է ունեցել հոգեվերլուծական թերապիայի կազմավորման վրա՝ կողմնորոշումը ուղղելով հիշելուն ու գրգիռի լիցքաթափմանը: Չնայած երազում ներկայացված ինֆանտիլ ցանկությունը ու նրան հարակից հանգամանքները միայն հազվադեպ է հնարավոր վերակառուցվել և միայն մասնակի վստահությամբ ճանաչողական տեսանկյունից վերակենդանացվել, մանկության ամենգիայի լուսաբանումը հանդես է գալիս որպես առանձնապես խորքային շերտերին հասնող հոգեվերլուծության իդեալական նպատակ (հատկապես օրթոդոքսալ հոգեվերլուծողների համար): Վերոնշյալը հատկապես ճշմարիտ է երեխայի զարգացման այն փուլի համար, որի նկատմամբ, ըստ հոգեկենսաբանական սկզբունքների, հնարավոր են միայն զգայաշարժողական վերհիշումները: Այդպիսի վերակառուցումների հավանականությունը մի բան է, նրա թերապևտիկ ազդեցությունը՝ մեկ այլ, որի վրա էլ Ֆրոյդը կենտրոնացնում է ուշադրությունը, երբ ասում է. «Բավականին հաճախ չի հաջողվում հիվանդին վերադարձնել արտամղվածի հիշողությունը: Դրա փոխարեն վերլուծության ձիշտ կատարման միջոցով հասնում ենք հիվանդի մոտ իրենց կառուցածի իրականության մասին համոզման, որը թերապևտիկ տեսանկյունից նույն արդյունքն ունի, ինչ վերականգված հիշողությունը»: (1937 d, էջ 265-266): Երբեմն վերակառուցումների հավանականությունը հնարավոր է հաստատել հիվանդի մոտ հետազա հարցումների միջոցով՝ այս կերպ փորձելով վերջնականապես հաստատել այն իրադարձությունների եղելությունը, որոնց մասին ի սկզբանե ենթադրություններ եղել են և որոնք հետագայում հաստատվել են արդեն վերլուծության ընթացքում (տե՛ս օր.՝ Segal, 1982): Թե ինչպիսի արժեք ունեն այդպիսի տվյալները՝ կապված ֆանտազիաների սուբյեկտիվ ճշմարտության և թերապիայի ազդեցության արդյունքում նրա փոփոխման հետ, յուրահատուկ խնդիր է, որով մենք այստեղ չենք կարող զբաղվել (Spence, 1982a):

Երազում անգիտակցական, ինֆանտիլ ցանկության առկայության փաստը, ինչպես տեսանք, ունի շատ կողմեր, ընդ որում՝ մենք կարող ենք միայն անդրադառնալ դրա կլինիկական կարևորությանը: Կարող ենք ամփոփել՝ ասելով, որ ցանկության իրագործման տեսությունում անգիտակցական ցանկության տարրի դրսևորման առումներով բացթողումներ կան, ինչը հանգեցնում է այլ խնդիրների, օրինակ՝ ինչպես բացատրել կարծրատիպային տագնապալից երազներն այս տեսության միջոցով:

Օրվա նստվածքը հանդես է գալիս որպես հուզական կամուրջ (affective bridge) արթմնի մտածողության և երազի մեջ մտածողության միջև: Զուգորդությունների միջոցով օրվա նստվածքի հայտնաբերումը հաճախ

հանգեցնում է երազի անմիջական ըմբռնմանը: Կամրջի այս գործառնությունը կարող է առանձնապես տպավորիչ դիտվել երազի փորձնական հետազոտությունների ժամանակ, երբ հիվանդներին գիշերը արթնացնում են և հարցաքննում իրենց երազների մասին: Գրինբերգը և Պեռլմանը (Greenberg, Pearlman, 1975, էջ 447) միաժամանակ դիտարկել էին այս գործընթացը հոգեվերլուծական շրջանակի տեսանկյունից և երազների բովանդակության մեջ առանձնացնում էին համեմատաբար չաղավաղված հույզերով լիցքավորված իրադարձությունների ներառումներ:

Սակայն, նկատի ունենալով Շուրի (Schur, 1966) լրացուցիչ մեկնաբանությունները Ֆրոյդի՝ Իրմայի երազի վերաբերյալ, մենք ընդգծում ենք, որ «օրվա թողած նստվածք» հասկացության ներառումը խափանում է մի փոքր ավելի հեռավոր անցյալում տեղի ունեցած իրադարձությունների՝ երազի բովանդակության հետ կապակցումը: Ֆրոյդի սեփական զուգորդություններն Իրմայի երազի վերաբերյալ նրան վերադարձրին իր ընկերոջ՝ Օտտոյի կողմից արված քողարկված քննադատությանը, որը նախորդ օրվա երեկոյան տեղեկացրել էր Ֆրոյդին Իրմայի ընդհանուր առմամբ անբավարար վիճակի մասին: «Երազների մեկնություն»-ում Ֆրոյդը չէր հիշատակել հիվանդ Էմմայի կրիտիկական վիճակի մասին, որն ի հայտ էր եկել Ֆրոյդի ընկերներից մեկի՝ Ֆլիսի կողմից, վիրահատվելուց հետո քանի ամիս անց: Ֆրոյդի համար օրվա թողած նստվածքն ընկած է երկու զուգորդելի գծերի խաչմերուկում, որոնցից մեկը տանում է անգիտակցական (ինֆանտիլ), մյուսը՝ այժմյան ցանկությանը: «Այնտեղ չես կարող գտնել երազի իմաստի տարր, որից դուրս եկող զուգորդության թելերը չեն հեռանում իրարից երկու կամ ավելի ուղղություններով» (1900a, էջ 661): Եթե մենք հրաժարվենք ցանկության ընթացիկ և անգիտակցական (ինֆանտիլ) աղբյուրների երկվությունից և դրա փոխարեն ընդունենք զուգորդությունների ցանցի հասկացությունը, ըստ որի՝ անցյալը և ներկան միավորվում են ժամանակի բազմաձև շերտերում (Palombo, 1973), ապա կարող ենք առաջ քաշել այն թեզը, որ երազի հիմնական գործառնությունը հոգեկան գործընթացների, կառուցվածքների և կազմավորման զարգացումը, պահպանումը (կարգավորումը) և, անհրաժեշտության դեպքում, նաև վերականգնումն է (Fosshage, 1983, էջ 657):

Մենք շատ քիչ բան գիտենք այն բանի մասին, թե արդյո՞ք հոգեկան գործընթացների *ներքին միջավայրի* (milieu interne) ընտելացման և հարմարեցման գործընթացների կարգավորումը միշտ և ամեն դեպքում պահանջում է դիմել անգիտակցական, արտամղված ցանկություններին, թե՞ սա միայն բացառիկ դեպքերում է անհրաժեշտ, այսինքն՝ այն ժամանակ, երբ նոր կոնֆլիկտը չլուծված, ինֆանտիլ (անգիտակցական) կոնֆլիկտային իրավիճակի հետ համահունչ է դառնում: Այս կապակցությամբ շահարկելի, սակայն շատ հետաքրքիր է Կուկկուի և Լեհմանի (Koukkou, Lehmann, 1980, 1983) ներդրողականական թեզը. REM փուլերում էլեկտրական էնցեֆալոգրամմայի տարբեր սխեմաների օրինակները առաջ են քաշում այն ենթադրությունը, որ դեպի վաղ հիշողությունները տանող ուղին կարող է բացվել

մի գիշերվա ընթացքում մի քանի անգամ, ուստի ներկայի և անցյալի միջև փոխանակման գործընթացները միանգամայն հնարավոր են:

Ֆրոյդի այն գաղափարը, որ անգիտակցական ցանկությունները երազի կազմավորման շարժիչն են, չի հաստատվել, և ավելի շուտ պետք է մերժվի որպես անտեղի գաղափար ժամանակակից հետազոտությունների արդյունքների լույսի տակ: Նա այս վարկածը ձևակերպեց մի ժամանակաշրջանում, երբ դեռ հայտնի չէր երազների՝ կենսաբանորեն հիմնավորված և ներքին մի ժամացույցի կողմից կարգավորվող ակտիվություն լինելը, որի համար չի պահանջվում հոգեկան տնտեսության տեսանկյունից որևէ հիմնավորում: Մենք պետք է հարց տանք, թե երազի վերաբերյալ հետազոտություններում REM տեխնիկայի շնորհիվ վերհիշված և գրանցված երազներից որո՞նք կվերհիշվեին հոգեվերլուծության ժամանակ և որո՞նք կատարած կլինեին իրենց հոգեկան գործառույթը հենց այն բանի հաշվին, որ մարդը դրանք երազում է տեսել, բայց չի հիշել: Այնուամենայնիվ, կլինիկապես կարևոր է, թե որ երազներն են հիշվում և ում են պատմվում այդ երազները: Երազի հաղորդակցական գործառույթը (Kanner, 1955) մնում է ամբողջովին հոգեբանական-հոգեվերլուծական հարց, որը տարբեր առնչություններ ունի երազի գործառույթի համար կարևոր 3 ոլորտներում՝ խնդրի լուծում, տեղեկատվության վերամշակում և Էգո-ի ամրապնդում: Ինչպես Դասլետն է (Daslet, 1973) իրավացիորեն հաստատում, սրանք փոխաբացառող տեսակետներ չեն, և այս տիպի տեսակետների էմպիրիկ հիմնավորումը շատ տարբեր է: Ինչպես մենք երազում մտածողության մասին գլխում (5.2) համոզվեցինք, երազի գործառույթի մասին տեսակետների պատմական զարգացման մեջ այն ենթադրությունը, որ երազն ունի առավելապես իրականության հաղթահարման գործառույթ, կորցնում է իր կշիռը՝ ներքին հոգեկան հավասարակշռություն և հոգեկան գործառույթների իրականացման ապահովման գործում երազի նշանակության նկատմամբ: Հաջորդ գլխում մենք կներկայացնենք երազների մասին տեսության զարգացման ընթացքում ի հայտ եկած մի շարք կարևոր տեսակետներ:

5.3.1 Ցանկության իրականացման տեսությունը որպես բացատրության միասնական սկզբունք

Ֆրոյդն ակնհայտորեն կարևորել է բացատրության մեկ միասնական սկզբունք ունենալը և, չնայած իր ունեցած բոլոր տեսական և գործնական դժվարություններին, անշեղորեն այդ սկզբունքին հետևելը: Մենք ստորև մանրամասնորեն կներկայացնենք դրանք: Ֆրոյդը փորձում էր լուծել դժվարությունները՝ որպես երազների ծագման դրդող ուժ հանդես եկող ցանկությունը տեսականորեն զինելով տարբեր աղբյուրներից ստացվող բազմատեսակ տարրերով: Նման միասնականությունը Ֆրոյդը նախընտրեց դեպի միասնականություն այս անցումը դեռևս 1905 թ.-ին, չնայած որ այս նախապատվությունը համոզիչ չի հիմնավորվել:

«Ես իմ «Երազների մեկնություն» (1900) գրքում պնդել եմ, որ յուրաքանչյուր երազը մի ցանկություն է, որը ներկայացվում է որպես կատարված, որ պատկերումը գործում է որպես քողարկում, եթե ցանկությունն արտամղված է և պատկանում է անգիտակցականին, և որ միայն անգիտակցականին պատկանող ցանկությունը բավականաչափ ուժեղ է երազը ձևավորելու համար (մանկական երազները բացառություն են կազմում): Ես կարծում եմ, որ այդ տեսությունը առավել ընդունելի կլիներ, եթե ես բավարարվեի հաստատելով, որ յուրաքանչյուր երազ ունի իմաստ, որը կարելի է բացահայտել մեկնաբանման որոշակի աշխատանքի միջոցով: Ըստ կատարվող մեկնաբանության երազը կարելի է փոխարինել մտքերով, որոնք հեշտությամբ ճանաչվող տեղում հարում են արթնության հոգեկան կյանքին: Ես կկարողանայի ավելի հեռուն գնալ՝ պնդելով, որ երազի իմաստը նույնքան բազմակողմանի է, որքան արթնության մտքերի ընթացքը: Մի անգամ դա իրականացված ցանկություն կլիներ, մեկ այլ անգամ՝ գիտակցված վախ կամ համառորեն երազ ներխուժող մտորում, կամ մտադրություն (ինչպես Դորայի երազում), կամ ստեղծագործական մտքի մի հատված և այլն: Այս պատկերումը անշուշտ կգայթակղեր իր ըմբռնելիությամբ և կհենվեր լավ մեկնաբանված օրինակների վրա:

Դրա փոխարեն ես առաջ եմ քաշել մի ընդհանրացում, որը սահմանափակում է երազների իմաստը ցանկությունների ներկայացմամբ և այս կերպ առաջ եմ բերել համընդհանուր հակվածություն դեպի անհամաձայնություն: Սակայն պետք է նկատեմ, որ ես չեի հավակնում իրավունքին կամ պարտականությանը՝ հեշտացնել հոգեբանական գործընթացն ընթերցողի համար այն ավելի ընդունելի դարձնելուն ձգտելով, երբ իմ հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ այդ գործընթացը կապված է այնպիսի բարդության հետ, որը չի կարելի հանգեցնել միաբանությանը, քանի դեռ հետազոտություններ չեն կատարվել մեկ այլ ասպարեզում: Այդ պատճառով ես ցանկանում եմ առանձնահատուկ շեշտել, որ թվացյալ բացառությունները, ինչպես Դորայի երազը, որը ներկայանում է որպես օրվա ընթացքում ձևավորված մտադրության շարունակությունը քնի մեջ, այնուամենայնիվ, նորից հաստատում են այստեղ ներկայացված կանոնները» (Freud, 1905 e, էջ 229):

Բացատրության միասնական սկզբունքով առաջնորդվելու համար Ֆրոյդը ստիպված էր ձեռնարկել հսկայական տեսական և հասկացական ջանքեր, որոնք համառոտ ամփոփվում են այստեղ: Երազի ծագման, էության և գործառնության հիմքում ընկած է հոգեկան գրգիռի վերացման փորձը ցնորային բավարարման ճանապարհով (Freud, 1916–17, էջ 136): Այս գործառնական թելեոլոգիական տեսության դրույթներից մեկն այն է, որ երազը կամ երազի փոխգիշումը քնի պահապանն է, որը քնի վիճակի պահպանման ցանկության իրականացմանն է ծառայում (Freud, 1933a, էջ 19):

Ցանկության և դրա բավարարման հասկացությունների ընդլայնումը թույլ է տալիս ընդգրկել այնպիսի երազներ, որոնք կարծես թույլ չեն տալիս, որ ցանկությունների իրագործման տեսությունները, օրինակ՝ այսպես կոչված պատժող երազները, ներգրավվեն դրանցում: Երազի ընկալումը որպես տարբեր միտումների միջև հավանական փոխգիշում, հնարավոր է դարձնում երազի կազմավորման համար կարևոր շարժառիթային

ուժը վերագրել մի դեպքում քնելու ցանկությանը, մեկ այլ դեպքում՝ ինքնապատժի անհրաժեշտությանը, որը մեկնաբանվում է ինչպես ցանկություն և տեղակայվում է Գեր-Էգո-յում:

Նաև հնարավոր դարձավ ավանդական գործառնական աստվածաբանական տեսության մեջ ներմուծել այն փաստը, որ տագնապալից երազների ժամանակ մարդիկ երբեմն հանկարծակի արթնանում են: Ըստ այդ մեկնաբանության՝ մղձավանջային երազների ժամանակ քնի պահապանը, փոխելով իր դերը, վերածվում է զարթուցիչի և ընդհատում է քունը, որպեսզի կանխարգելի ավելի վատը, քան արդեն տեսածն է: Այս դեպքում կարելի է տագնապը նվազեցնելու բազմաթիվ փորձեր տեսականորեն կապել այն պահպանելու գործառնության հետ, օրինակ՝ երազ տեսնողի կողմից այն փաստի համաժամակյա գիտակցմամբ, որ «դա ընդամենը երազ է»: Տագնապալից երազների այդ մեկնաբանության հիմքում ընկած են գրգիռներից պաշտպանման ենթադրությունը և, ավելի լայն իմաստով, Ֆրոյդի տնտեսական էներգետիկ վարկածը, ըստ որի երազը դիտվում է որպես ցնորային բավարարման միջոցով հոգեկան գրգիռի վերացման փորձ:

Չի կարելի պարզապես արհամարհել այն տարածայնությունները և անհետևողականությունը, որոնք ի հայտ են գալիս ցանկությունների իրագործման դիրքերից երազների գործընթացը բացատրելու դեպքում: Այն փաստը, որ Ֆրոյդը ցանկությունները երազների շարժիչ ուժ է համարել, թերևս՝ հոգեվերլուծական էվրիստիկայի արդյունք է: 3.1 բաժնում մենք շեշտել ենք, որ միշտ ծանրակշիռ պատճառներ են եղել հոգեվերլուծական էվրիստիկայի դեպի բավարարության սկզբունք, այսինքն՝ անգիտակցական մղումների դինամիկա կողմնորոշման համար (տե՛ս 8.2 և 10.2 բաժինները): Սակայն անհրաժեշտ է տարբերել անգիտակցական ցանկությունների՝ հոգեվերլուծական մեթոդի շնորհիվ *բացահայտումը* երազների և երազների աշխատանքի՝ որպես ցանկությունների արտահայտման մի ձև բացատրություններից (տե՛ս 10.2 բաժինը): Ցանկությունները և մղումները կապահպանեն մարդու կյանքի վրա իրենց ազդեցությունը օր ու գիշեր, անգամ մետահոգեբանության և նրա հիմնարար սկզբունքի՝ մղումների տեսության մահից հետո, այսինքն՝ այն բանից հետո, երբ վերջիններս այլևս չեն դիտվի որպես ցանկությունների իրագործման հիմք:

5.3.2 Ես-ի պատկերում և խնդրի լուծում

Այժմ քննարկենք այն պատճառները, թե ինչու Էգո-ի ձևավորման խնդրի հետ կապված, ցանկության տեսությանը ավելի մեծ նշանակություն է հատկացվում, քան նույնացման կարևորությանը, որը նույնպես տեսանելի է շատ երազներում: Արդեն Ֆրոյդի «Գիտական հոգեբանության նախագծում» գտնում ենք մի հիշարժան արտահայտություն՝ «մտածողության բոլոր գործընթացների նպատակը և ավարտը *ինքնության վիճակի* առաջացումն է» (1950a, էջ 332): Որոշ իմաստներով տվյալ համատեքստում այս գաղափարն

առաջին անգամ առնչվում է մի խնդրի հետ, որը դուրս է գալիս երագի լեզվի շրջանակներից, և որը հետո քննարկվել է Ռոմեն Ռոլանի՝ մարդու և տիեզերքի միասնության «օվկիանոսային զգացման» հետ առնչությամբ (տե՛ս Freud, 1930, էջ 64–66):

«Ենթադրենք, որ ընկալվող օբյեկտը սուբյեկտին նման մի մարդ է: Սրա նկատմամբ տեսական հետաքրքրությունը բացատրվում է նրանով, որ *այսպիսի* օբյեկտը միաժամանակ սուբյեկտին առաջինը բավարարող օբյեկտն էր, ինչպես նաև՝ նրա առաջին թշնամական օբյեկտն ու միակ օգնող ուժը: Այդ պատճառով մարդը առաջին հերթին հենց իր ցեղակցին՝ մարդուն է սովորում ճանաչել: Այդ դեպքում ընկալման բարդությունը, որոնք բխում են այդ ցեղակից մարդուց, ինչ-որ չափով կլինեն նոր և անհամեմատելի (օրինակ՝ դիմագծերը տեսողական ընկալման ոլորտում), սակայն այլ տեսողական ընկալումներ, օրինակ՝ ձեռքերի շարժումները, կիսմընկնեն իր (սուբյեկտի) և իր սեփական մարմնի հետ կապված նմանատիպ տեսողական տպավորությունների հետ, ինչը կգուգորդվի շարժումների հետ, որոնք ինքն է (սուբյեկտը) կատարել: Օբյեկտի այլ ընկալումները, օրինակ՝ ձչալիս, նույնպես կարթնացնեն հիշողություններ սեփական ձչոցի և իր ապրած ցավի մասին» (Freud, 1950a, էջ 475):

Մենք մեջքերում ենք «Գիտական հոգեբանության նախագծի» այս հատվածը, որովհետև այստեղ սեփականի և օտարի տեսողական ու շարժողական ընկալումները օբյեկտի միջոցով կապված են բավարարման հետ: Երագի՝ ցանկությունների իրագործման վրա հիմնված տեսությունում բավարարումը առանձնացված է տեսողական-ձանաչողական գործընթացներից: Քանի որ մենք կցանկանայինք շեշտել այդ գործընթացների երկար ժամանակ անգիտակցական մեծ նշանակությունը էմպիրիկ եղանակով հիմնավորված Ես-ի հոգեբանության համար, մեզ շատ տեղին է թվում մեջքերված հատվածը, որը Ֆրոյդը տեղ է հատկացնում խորհրդանշական փոխհարաբերության ծագումնաբանության շրջանակում: Այստեղ վերիիշում ենք Կուլեի բանաստեղծության գեղեցիկ տողերը (Cooley, 1964 [1902], էջ 184). «Մենք բոլորս հայելի ենք միմյանց համար. ահա անցավ ինքը, ահա դու անցար»: Թե ինչ հետևանք ունի այդ գործընթացի ներառումը երագի մեկնաբանության տեսությունում և պրակտիկայում, կներկայացվի ստորև համեմատական քննարկման ընթացքում, սակայն կարելի է ասել, որ դա հարաբերականություն է հաղորդում ցանկության իրագործման տեսությանը՝ չզրկելով այն թերապևտիկ և էվրիստիկական նշանակությունից: Մենք ստիպված ենք ցանկության իրագործման տեսությանը լրացնել այն բազմաթիվ լրացուցիչ վարկածներով, որոնք ավելի շուտ նվազեցնում, քան բարձրացնում են ցանկության, այսինքն՝ բնագիտական ցանկության նշանակությունը: Բացի այդ, կար խնդիր տեսության՝ երագների բազմակերպ երևութաբանության վերաբերյալ բացատրություններ առաջադրելու կարողության առումով (Siebenthal, 1953, Snyder, 1970):

Ֆրոյդը բազմակողմանի ընդլայնումների և ձշտումների հաշվին էր լուծում ցանկության իրագործման տեսության ներքին հակասությունները, բայց ինքը երբևիցե ստիպված չէր վերանայել իր պնդումն այն մասին, թե

«իմ փորձը, որից ես ոչ մի բացառություն չեմ գտել, ցույց է տալիս, որ յուրաքանչյուր երազը երազ տեսնողի անձին է վերաբերում» (Freud, 1900, էջ 327): Մենք կցանկանայինք ամբողջապես մեջբերել այդ պնդման հետագա հիմնավորման հատվածը, քանի որ այն գրեթե բառացիորեն կրկնվում է Ֆրոյդի ավելի ուշ գրված աշխատությունում:

«Երազները լիովին եասիրական են: Երբ երազում ոչ թե իմ Էգո-ն, այլ միայն մեկ այլ անձանոթ անձ է երևան գալիս, ես կարող եմ հանգիստ ենթադրել, որ իմ Էգո-ն նույնացման միջոցով թաքնված է այդ անձի հետևում: Ես կարող եմ իմ Էգո-ն լրացնել: Այլ դեպքերում, երբ իմ Էգո-ն հանդես է գալիս երազներում, երազում եղած իրավիճակը ցույց է տալիս ինձ, որ Էգո-ի հետևում նույնացման միջոցով թաքնված է մի ուրիշ անձ: Այդ դեպքում երազը պետք է հուշի ինձ, որ մեկնման ժամանակ հարկ է ինքս ինձ վերագրել այդ այլ անձի հետ ունեցած ընդհանուր տարրը: Կան դեպքեր, երբ իմ Էգո-ն հայտնվում է այլ անձանց հետ մեկտեղ, որոնք, նույնացման բացահայտման դեպքում, նորից ի հայտ են գալիս որպես իմ սեփական Էգո-ն: Այդ նույնացումներն իմ Էգո-ին իմ գրաքննիչի կողմից արգելված որոշակի մտքերի հետ շփման մեջ մտնելու հնարավորություն են տալիս: Այսպիսով, իմ Էգո-ն կարող է բազմաթիվ անգամներ ներկայանալ երազում՝ մի դեպքում անմիջականորեն, մեկ այլ դեպքում՝ անձանոթ անձի հետ նույնացման միջոցով: Այսպիսի բազմաթիվ նույնացումների միջոցով հնարավոր է դառնում աննախադեպ մտքերի խտացումը: Այն, որ սեփական Էգո-ն մի երազում բազմաթիվ անգամներ հայտնվում է կամ հանդես է գալիս տարբեր ձևերով, ավելի զարմանալի չէ, քան այն, որ Էգո-ն բազմաթիվ անգամներ և տարբեր տեղերում, պարունակվում է մի գիտակցված մտքում կամ տարբեր տեղերում, կամ հարաբերություններում, օրինակ՝ «Երբ ես մտածում եմ այն մասին, թե ինչ առողջ երեխա էի ես» նախադասության մեջ (1900a, էջ 322–323):

Ծանոթագրությունում Ֆրոյդը տալիս է մի տեխնիկական խորհուրդ, որը վերաբերում է այն կասկածին, թե երազում հանդես եկող ո՞ր անձի ետևում պետք է փնտրել Էգո-ն. «Անձը, որը երազում ապրում է նույն զգացմունքը, որը ապրում եմ ես, որպես քնած մարդ, թաքցնում է իմ Էգո-ն»:

Ավելի ուշ գրված աշխատություններում Ֆրոյդի այն դիտարկումը, որ երազում գլխավոր հերոս հանդիսացող անձը միշտ Ես-ն է (երազ տեսնողը) (1916–17, էջ 143, և 1917d, էջ 413), կրկին վերագրվում է քնի վիճակի նարցիսիզմին և արտաքին աշխարհի նկատմամբ հետաքրքրությունների կորստին: Այս դեպքում նարցիսիզմը եասիրությանն է հավասարեցվում: Ընդհանրապես, այդպես կարելի է նաև կապ ստեղծել դեպի ցանկության իրագործման տեսություն, քանի որ Ես-ի պատկերման ժամանակ ցանկությունները երբեք չեն բացակայում: Այսպիսով՝ երազ տեսնողի մոտ միշտ կան նաև չիրագործված ցանկություններ՝ լինեն դրանք չբավարարված բնագոյային կարիքներ կամ մարդուն բնորոշ ստեղծագործական երևակայության արգասիք:

Քնի վիճակի նարցիսիզմը և երազում մտածողության ռեգրեսիվ ձևը կարող են ուղեկցվել արտաքին աշխարհի նկատմամբ հետաքրքրության կորստով, երբ «հետաքրքրությունը» և «արտաքին աշխարհն» ընկալվում են

սուրբեկտ-օրբեկտ տարանջատման արդյունքում: Ամեն դեպքում մենք պատկերացնում ենք, որ հետաքրքրությունը կապված է արտաքին աշխարհի հետ լայն իմաստով, այսպիսով՝ վերացվում է սուրբեկտ-օրբեկտ, ես-դու տարանջատումը, որպեսզի նույնացման միջոցով հասնի ինքնության: Դրանից հետո, մեկ անգամ ևս առանձնահատուկ ուշադրությամբ ընթերցելով մեջբերված հատվածը, այլևս ուշադրությունից չի վրիպի այն, որ Ֆրոյդը խոսում է *նույնացման* միջոցով *Ես-ի պատկերման* մասին, այսինքն՝ ընդհանրությունների հաստատման մասին: Ամեն դեպքում երազ տեսնողը այնքանով է էգոիստ, որքանով կարող է սանձարձակել իր մտքերն ու ցանկությունները՝ առանց ուշադրություն դարձնելու ներգրավված կենդանի կամ անկենդան օբյեկտի վրա (նույնը վերաբերում է նաև արթուն վիճակում երազանքներին): Այն փաստը, որ երազում Ես-ի պատկերումն օգտագործում է այլ մարդկանց, ինչպես նաև կենդանիներին կամ անկենդան օբյեկտներ, պատմական զարգացման տեսակետից պետք է վերագրել անբավարար սկզբնական բաժանվածությանը: Այստեղից է ի հայտ գալիս մտքերի, ինչպես նաև ժեստերի և գործողությունների խորհուրդը:

Մինչև օրս հոգեվերլուծությունում ավելի մեծ թերապևտիկ և տեսական կարևորություն է վերագրվել ցանկությունների իրագործմանը օբյեկտի միջոցով կամ երազներում օբյեկտային հարաբերության դերակատարությանը, քան Ֆրոյդի հիմնարար վարկածին առ այն, որ երազ տեսնողը միշտ երազ է տեսնում ինքն իր մասին՝ հաճախ ներկայանալով որպես մեկ այլ անձ: Ի լրումն վերոնշյալի, գտնում ենք, որ հոգեվերլուծության պատմության մեջ սրա համար կարելի է նաև այլ պատճառներ գտնել: Ցանկության իրագործման տեսությունը, այն հիմնավորող մղումների տեսության հետ մեկտեղ, տարբերում է հոգեվերլուծությունը Յունգի երազների տեսությունից: Յունգն իր ներկայացման մեջ ներածում է Ես-ը որպես սուրբեկտիվ տարր, ընդ որում՝ դրա «կառուցվածքային» ըմբռնումը հակադրում է վերլուծական-վերականգնողականին: Այս «կառուցվածքային մեթոդը» 1912թ. զգալիորեն ընդլայնվեց, որի հետ մեկտեղ փոփոխվեց նաև տերմինաբանությունը:

«Յուրաքանչյուր մեկնաբանություն, որը երազում ի հայտ եկած պատկերները հավասարեցնում է իրական օբյեկտների հետ, ես անվանում եմ մեկնաբանություն օբյեկտիվ մակարդակում: Սրան հակադրվում է այնպիսի մեկնաբանությունը, որը երազի բոլոր տարրերը և գործող անձանց վերագրում է երազը տեսնողին: Այս գործողությունը ես բնորոշում եմ որպես մեկնաբանություն սուրբեկտիվ մակարդակում: Օբյեկտիվ մակարդակում կատարվող մեկնաբանությունը վերլուծական է, քանի որ տրոհում է երազի բովանդակությունը ըստ արտաքին իրավիճակներին վերաբերող հիշողության համալիրների: Սուրբեկտիվ մակարդակում կատարվող մեկնաբանությունը սինթետիկ է, քանի որ այն ենթադրյալ հիշողության համալիրները զատում է արտաքին պատճառներից և, դիտարկելով դրանք որպես սուրբեկտի միտումներ կամ բաղադրիչներ, կրկին միավորում է դրանք սուրբեկտի հետ (ցանկացած փորձառության մեջ ես ճանաչում եմ ոչ այնքան օբյեկտը, որքան առաջին հերթին հենց ինքս ինձ, ինչը ենթադրում է, որ ես ինձ հաշիվ եմ տալիս իմ փորձառության մասին): Այս

դեպքում երազի ողջ բովանդակությունը դիտվում է որպես սուբյեկտիվ բովանդակության խորհրդանիշ:

Այսպիսով՝ մեկնաբանության սինթետիկ կամ կառուցվածքային գործընթացը սուբյեկտիվ մակարդակում կատարված մեկնաբանությունն է» (Jung, 1964 [1912], էջ 92):

Սուբյեկտիվ մակարդակի կիրառումը դառնում է Յունգի ամենակարևոր էվրիստիկ սկզբունքը: Նա պնդում էր, որ հարկ է այս աստիճանի վրա բարձրացնել նաև օբյեկտիվ մակարդակում գտնվող հարաբերությունները (Jung, 1972 [1912], էջ 96 և 98): Միևնույն ժամանակ սուբյեկտիվ մակարդակը անտեսում է ոչ միայն անձնական էգո-ն և սեփական հատկությունների պատկերումը երազում երևացող պատկերների միջոցով, այլ անտեսում է նաև նման պատկերումների կենսագրական նախապատմությունը: Քանի որ նախատիպերը մարմնավորում են ամեն անձնականը, ապա նախատիպերի մեկնաբանումը օբյեկտներին առավել խորը իմաստ է հաղորդում: Երազում այլ անձինք չեն դիտվում որպես սեփական Ես-ի պատկերումներ, այլ դիտվում են որպես նախատիպօրինակների ներկայացուցիչներ, որոնք, որպես սխեմաներ, իշխում են կյանքի վրա և սահմանում են ներանձնային հուզական և ճանաչողական հարաբերությունները, ինչպես նաև միջանձնային փորձառությունը և գործողությունը: Յունգի՝ մարդու պատկերում, կյանքի շրջափուլն ընկալվում է որպես նախատիպային պատկերների անգիտակցական յուրացում: Այդ յուրացման կենտրոնում ընկած է Ես-ը:

«Մեր ողջ հոգեկան կյանքի աղբյուրը, թվում է, այդ կետից [Ես-ից] (der Selbst) է բխում է և, թվում է, թե բոլոր բարձրագույն և վերջնական նպատակները ընթանում են դեպի այն... Ես հուսով եմ, որ ուշադիր ընթերցողին պարզ դարձավ, որ Ես-ը էգո-ին այնքանով է առնչվում, ինչքան արևը Երկրի հետ» (Jung, 1964 [1928], էջ 267):

Յունգի նախատիպերի ուսմունքը և Ֆրոյդի խորհրդանշանների ուսմունքը խաչամիտվում են այնտեղ, որտեղ Ֆրոյդն ընդունում է իմաստալից ընդհանուր գերանհատական կառուցվածքների գոյությունը: Քանի որ այդ կառուցվածքների ձևավորումը անհատական և սոցիալ-մշակութային փոխանցվող փորձից է բխում, ուստի Ֆրոյդյան հոգեվերլուծական երազի մեկնությունը չի կարող Ես-ի պատկերումները դիտել որպես նախատիպային իմաստներ: Ամեն դեպքում հոգեվերլուծողների մի մասը հանգում է այն տեսակետին, որ Ես-ի պատկերները (Selbstdarstellungen) իրոք արխայիկ բովանդակություն ունեն: Դա երևում է Կոհութի՝ ինքնավիճակի մասին երազների ըմբռնման մեջ:

Ի լրացում այն երազների, որոնց քողարկված իմաստը (ինչպես մոլիչ ցանկությունները, կոնֆլիկտները և խնդրի լուծման փորձերը) սկզբունքորեն կարող է խոսքայնացվել, Կոհութը գտնում է, որ բացահայտեց երազի 2-րդ տիպը՝ այն անվանելով «Ես-ի վիճակն արտացոլող երազներ»: Այս երազների ժամանակ ազատ զուգորդությունները տանում են ոչ թե դեպի առավել խորը հասկացում, այլ լավագույն դեպքում դեպի պատկերներ,

որոնք մնում են երազի ակնհայտ իմաստի հետ միևնույն մակարդակի վրա: Ակնհայտ իմաստի և զուգորդությունների միջոցով դրա հարստացման հետագոտումը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ հիվանդի հոգեբանության առողջ տարրերը տազնապով են արձագանքում Ես-ի վիճակի տազնապահարույց փոփոխություններին, օրինակ՝ դրա կազմալուծման սպառնալիքի դեպքում: Այսպիսով, 2-րդ տիպի երազները հարկ է ընկալել որպես Ես-ին սպառնացող կազմալուծման պատկերավոր ներկայացում, որը Կոհութը լուսաբանում է թոփչք պարունակող երազների օրինակով:

Մասնավորապես, կցանկանայինք ընթերցողի ուշադրությունը հրավիրել այն երեք երազների վրա, որոնք Կոհութը հիշատակել է 1971թ.-ին (Kohut, 1971, էջ 149, 1973, էջ 21, 173), ապա կրկին դրանց վրա ուշադրություն հրավիրեց 1977-ին (Kohut, 1977, էջ 109, 1979 b. էջ 103): Կարճ ասած՝ թոփչք պարունակող երազներում Կոհութը տեսնում է մեծագույն Ես-ի (the grandiose self) խիստ սպառնալից պատկերումներ, ընդ որում՝ վտանգը կայանում է կազմալուծման մեջ, որը ինքը՝ Կոհութը, հավասարեցնում է պսիխոզի դրսևորումներին: Սա է մեկնաբանության աղբյուրը, ըստ որի հիվանդի կյանքի տարբեր իրադարձությունները, ներառյալ վերլուծության ընդհատումը, հին մեծամոլ պատրանքներ են վերակենդանացնում: Հիվանդը վախենում է, որ դրանք կրկին ի հայտ կգան, սակայն նույնիսկ նրա երազները ցույց են տալիս, որ ինքը կարող է խնդիրը հումորով հաղթահարել (1977, էջ 109, 1979 էջ 109): Հումորի մեջ Կոհութը յուրահատուկ սուբլիմացիայի նշաններ է տեսնում, ինչպես նաև մեծամոլության նարցիսիստական պատրանքների նկատմամբ հաղթանակ, այսինքն՝ հաղթահարման մի տարբերակ (տե՛ս նաև «դեանիմացիան» (dianimation) որպես պաշտպանություն և խնդրի լուծման ու թեթևացման տարբերակ Ֆրենչի և Ֆրոմմի մոտ [French, Fromm, 1964]):

Ոչինչ ավելի բնական չէ, քան թոփչք պարունակող երազները որպես Ես-ի պատկերում ու ցանկության իրագործում մեկնաբանելը: Ի տարբերություն Իկարուսի՝ ժամանակակից մարդու համար թռչելը իրատեսական փորձառություն է: Մենք կարծում ենք, որ անգիտակցական սխեմաների վրա տեխնոլոգիաների զարգացման ազդեցությունը հարկ է ավելի մանրազնին ուսումնասիրել, նախքան Կոհութի կողմից առաջադրված այնպիսի որոշակի պնդման ընդունումը, թե թոփչքներ պարունակող երազները Մեծն Ես-ի առանձնապես տազնապահարույց ներկայացուցիչներն են: Բուժման տեխնիկայի գործնական հարցերից դուրս այսպիսի մեկնաբանությունները երևան են հանում այն հետևանքները, որոնք կարող են ունենալ տեսական ենթադրությունները, եթե նրանք ընդունվում են որպես արդեն իսկ ապացուցված: Կոհութը այդ երազների մեկնաբանման համար զուգորդությունների կարիք չունի, որովհետև դրանք, իբրև թե, գտնվում են գործառնության արխայիկ մակարդակի վրա: Սակայն մենք այդ հարցը (ինչպես և ընդհանրապես խորհրդանշանների մեկնաբանման հարցը) համարում ենք երազի մեկնաբանման հոգեվերլուծական տեսության չլուծված խնդիրներից մեկը:

Լյուդերսը տարբերում է (Lüders, 1982) Ես-ի մասին և օբյեկտային հարաբերության մասին երազները, սակայն թվում է, թե նա ենթադրում է, որ երազները, որոնցում հանդես են գալիս փոխհամագործող անձինք, նույնպես կարելի է մեկնաբանել Ես-ի տեսակետից: Նա նշում է, որ երազները մեկնաբանություններ են, սակայն առանց ղեկավարման և վերահսկողության, ինչն արթուն գիտակցության մեջ արտացոլում է Էգո-ի գործունեությունը: Կա հակասություն սեփական Ես-ի ընկալման և իրական Ես-ի, ֆանտազիաներում և իրականում գործելու ունակության միջև, ինչը պայմանավորում է երազի ձևը: Կամ Ես-ի ընկալումն է ձևափոխվում, չնայած որ ձևափոխումը դեռ չի հասել իրական Ես-ին, կամ էլ գործողության կատարման իրական ունակությունը ենթարկվում է ոչ խորհրդանշական ձևափոխման: Փոփոխությունները կարող են լինել դրական կամ բացասական, ունենալ գործողության ընդարձակ կամ սահմանափակ կարողություն. ամեն դեպքում երազ տեսնողը մեկնաբանության միջոցով տեղեկանում է, թե ինչպիսին է նրա իրական Ես-ը, երազի ժամանակ նրա ճանաչման և գործողության հնարավորությունը, ինչպես է նա իրեն զգում և ինչ տրամադրություն ունի: Լինեն դրանք թռիչք կամ անկում պարունակող երազներ, մահվան կամ ծնվելու մասին երազներ, երազ տեսնողի մորը կամ վերլուծողին վերաբերվող երազներ՝ բոլոր դեպքերում անհատապես երազը փոխանցում է երազը տեսնողի գործելու ունակության չընկալված փոփոխությունը, իսկ երազի յուրաքանչյուր մեկնաբանություն պարզաբանում և տարբերակում է Ես-ի այն պատկերը, որը երազ տեսնողը ինքն է կառուցել:

Երազների մեջ Ես-ի դիրքի այսպիսի ընկալմամբ Լյուդերսն ընդգծում է խնդիրներ լուծելու դրանց գործառնությունը և սահմանում է երազի ակնհայտ բովանդակությունը որպես երազ տեսնողի անգիտակցական հոգեկան իրականության մեկնաբանում՝ առանձնապես կարևորելով վերլուծողի մեկնաբանությունների միավորող գործառնություն այնպես, ինչպես դա արեց Ֆրենչը (French, 1952. էջ 71, տե՛ս նաև French, Fromm, 1964): Մենք մասնավորապես համամիտ ենք Լյուդերսի հետ, երբ նա պնդում է, որ «յուրաքանչյուր տեսարան և անձ մի փոխաբերություն է, որը պետք է տեսանելի դարձնի անտեսանելի և անհոգաբաշխ դինամիկան, և որի նշանակությունը միջնորդավորվում է երազը տեսնողի հիշողություններով ու զուգորդություններով: Երազի լեզուն ոչ թե ընդհանրական լեզու է, այլ անհատական» (Lüders, 1982, էջ 828):

Երազի մեկնաբանության մեջ, Ֆրոյդից սկսած, երազին վերագրվում էր շարունակ ընդլայնվող գործառնությունների մի ցանկ. դա նշանակում է, որ ցանկության իրագործման տեսությունը համալրվում է: Ֆրոյդի տեսակետներից մեկի կարևոր ընդլայնումն է Ֆրենչի այն առաջարկը (French, 1952), թե կարելի է դիտել երազը որպես խնդրի լուծման փորձ և ցանկության հետ մեկտեղ ուշադրություն դարձնել նաև այն խոչընդոտներին, որոնք հակադրվում են ցանկության գիտակցմանը: Մշակելով այդ գաղափարը՝ Ֆրենչը և Ֆրոմը (French, Fromm, 1964) իրենց և Ֆրոյդի երազի

տեսությունների մեջ տեսնում են երկու կարևոր տարբերություն. մի տարբերությունը Ֆրոյդի միակողմանի տեսական հետաքրքրությունն է դեպի ինֆանտիլ ցանկությունը, որը նա դիտարկում է որպես երազի աշխատանքի կարևոր շարժիչ: Երկրորդ տարբերությունն այն է, որ Ֆրոյդի՝ երազի աշխատանքի վերականգնման տեխնիկան սահմանափակվում է հիմնականում զուգորդությունների շղթաներով: Ֆրենչը և Ֆրոմը, ի տարբերություն, մտածողության գործընթացները չեն համարում առանձին բաղադրիչների շղթայակերպ շարակցում, այլ մտածողությունը դիտարկում են որպես «ձևավորման» մեջ գտնվող՝ գեշտալտ երևույթ (էջ 89): Ֆրենչի և Ֆրոմի (French, Fromm, 1964) կողմից առաջին պլանում դրված «խնդրի լուծումը» չի մնում որպես հիմնահարց, քանի որ այն անհատական, համապարփակ և յուրաքանչյուր անհատի համար երբեք չվերջացող խնդիր է: Ֆրենչի և Ֆրոմի աշխատության տարբեր հատվածներում այդ եզրը սահմանափակվում է հասարակական ադապտացիայով, և դրանով խնդրի լուծումը ստանում է առավել յուրահատուկ նշանակություն՝ շեշտելով փոխհարաբերություններում առկա կոնֆլիկտները:

Երազի և խնդրի լուծման փորձի միջև հարաբերությունը ներկայացված է 1905-ից հետո լույս տեսած Ֆրոյդի աշխատություններում, որտեղ նա գրում է.

«Շատ ձիշտ կլինի ասել, որ երազը կարող է ներկայացնել և փոխարինել այն ամենը, ինչը մենք թվարկել ենք վերը՝ մտադրություն, զգուշացում, կշռադատում, նախապատրաստում, խնդրի լուծման փորձ և այլն: Բայց եթե Դուք այն ձիշտ դիտարկեք, կտեսնեք, որ այդ բոլորը վերաբերում է երազում պարունակվող քողարկված (լատենտ) մտքերին, որոնք և վերածվել են երազի: Երազի մեկնաբանություններից Դուք տեղեկանում եք, որ մարդու անգիտակցական մտածողությունը զբաղվում է այնպիսի մտադրություններով, նախապատրաստումներով, կշռադատումներով և այլն, որոնք հետագայում երազի են վերածվում երազի աշխատանքի շնորհիվ» (1913-17, էջ 228):

Ֆրոյդը շարունակում է պարզաբանել որոշ հասկացություններ, ապա առաջ է անցնում հետևյալ հարցադրմամբ (էջ 229). «Երազում պարունակվող քողարկված մտքերը այն նյութն են, որոնք երազի աշխատանքը արտահայտված երազի են վերափոխում: Ինչո՞ւ եք Դուք ցանկանում նյութը շփոթել աշխատանքի հետ, որը ձևավորում է այն»: Իր կշռադատումներում Ֆրոյդը ևս մեկ անգամ շեշտում է երազի՝ որպես ցանկության իրագործման գործառույթը:

Երազի տեսության համար նշանակալի ազդեցություն ուներ սևեռուն կրկնությունների մասին փիլիսոփայական մտահայեցողությունը: Մի կողմ էր դրվել Ֆրոյդի՝ կրկնվող տագնապալից երազներին վերաբերող այլընտրանքային և առավել ճշմարտանման բացատրությունը, որից, ի տարբերություն մահվան մղման վարկածի, կարելի է դուրս բերել օգտակար թերապևտիկ միջոցառումներ: Սա մեզ ստիպում է մեկ անգամ ևս շեշտել այն հանգամանքը, որ տագնապալից երազների դրդապատճառային

մեկնաբանությունը հարկ է դիտարկել որպես բարդ տրավմատիկ իրավիճակներին տիրապետելու մի փորձ:

Գործնականում մահվան մղման հասկացության ներածումը որոշակի ազդեցություն է ունեցել միայն այն հոգեվերլուծողների վրա, որոնք ներառում են այն հոգեվերլուծության կլինիկական տեսության մեջ՝ որպես քողարկված, լատենտ աշխարհի կամ մարդու պատկեր: Վերլուծողների մեծամասնությունը հետևում էր Ֆրոյդի թերապևտիկ տեսանկյունից չափազանց բեղմնավոր և տեսականորեն ճշմարտանման, կրկնվող տագնապալից երազների այլընտրանքային մեկնաբանություններին, ըստ որոնց տագնապալից երազները դիտարկվում են որպես խնդրին տիրապետելու և, առավել լայն իմաստով, նաև լուծելու հետաձգած մի ձև: Այս իմաստով Կաֆկան ևս (1979) իր «քննության երազների» մասին ակնարկի մեջ խոսում է այդ երազների ինքնահաստատող գործառույթի (reassuring function) մասին՝ նշելով, որ այդ երևույթն անցումային ձև է տրավմատիկ և տագնապալից երազների միջև:

Ինչպես պատժվելու մասին երազները ներամիտվել են ցանկությունների իրականացման տեսությունում ցանկությունների գաղափարի ընդլայնման և ցանկության՝ Գեր-Էգո-յում տեղադրման շնորհիվ, այդպես էլ կրկնվող սարսափելի երազները կարելի է ընդգրկել այդ ընդլայնված տեսության մեջ՝ Էգո-ին վերագրելով դժվարություններ հաղթահարելու՝ ցանկությանը նմանվող պահանջը (Weiss J. Sampson H, 1985): Այս այլընտրանքը չնայած նախատեսված էր Ֆրոյդի կողմից, սակայն տեսականորեն չի կատարելագործվել, ինչը զարմանալի է, քանի որ այն ներըմբռնողաբար գործածվում էր վերլուծողների կողմից և կլինիկական տեսանկյունից կարող է հեշտությամբ բարձր գնահատվել: Փորձը ցույց է տալիս, որ եթե մշակված են տագնապի հին դետերմինանտները, մինչ աճում է ինքնավատահոսությունը, այսինքն՝ Էգո-ի զգայությունը, ապա տրավմատիկ իրավիճակներին վերաբերող, միօրինակ, կրկնվող սարսափելի երազները նահանջում են: Ախտաբանական երևույթները նույն կերպ կարող են բարելավվել այնքանով, որքանով դրանք արմատավորված են երազներում և կարող են դիտարկվել որպես այդ յուրօրինակ անգիտակցական դետերմինանտների դրսևորում (տե՛ս Kafka, 1979):

Չնայած Ֆրոյդը պատիժ-երազների հոգեբանական մեկնաբանության ենթատեքստում առանց տատանվելու ցանկության և նրա բավարարման ծագումը դիտարկում էր ոչ թե բնագղային կյանքում, այլ հոգեկան կյանքի այլ ոլորտներում, նա հետագայում խուսափում էր ցանկության բավարարման տեսության որևէ ընդլայնումից: Ֆրոյդը կարողացավ, առանց իր համակարգից հրաժարվելու, պատիժ-երազները Գեր-Էգո-ին հարմարեցնել: Սակայն հետագա ընդլայնումը՝ խնդրի լուծումը բնութագրել որպես ցանկություն, կխորտակեր համակարգը: Դրանով խնդրի լուծումը կդառնար գերադաս սկզբունք, որին բնագղային ցանկությունը պետք է աստիճանակարգորեն ստորադասվեր՝ որպես ամբողջական Ես-ի պատկերման մի մաս:

Ի՞նչը կարող էր ստիպել Ֆրոյդին չդիտարկել տագնապալից երազները իբրև դժվարությունների հաղթահարման ցանկության իրագործման փորձ, այսինքն՝ որպես Էգո-ից բխող, այն դեպքում, երբ նա չէր տատանվում՝ պատիժ-երազները Գեր-Էգո-ի շարժառիթներին վերագրելով: Մենք ենթադրում ենք, որ այդքան շատ խնդիրներ են ի հայտ եկել դուալիստական տեսության վերակազմման և առաջին տեղագրական մոդելի երկրորդ կառուցվածքային տեղագրությամբ փոխարինման շնորհիվ, և որ երազի տեսությունը լիովին չի ընդգրկվել կառուցվածքային տեսության մեջ (Rapaport, 1967)՝ չնայած տեղ գտած որոշ փորձերի (Arlow, Brenner, 1964): Ելնելով կառուցվածքային տեսությունից՝ շատ բնական կլիներ վախի հաղթահարման գործառնություն վերագրել Էգո-ին նաև երազում, իսկ կրկնվող երազները դիտարկել որպես խնդրի լուծման փորձեր: Ֆրոյդը երազի մեջ խնդրի լուծման մի համոզիչ օրինակ արդեն բերել էր «Դրվագ հիստերիայի դեպքի վերլուծությունից» (1905e) գործում և շատ դրականորեն էր նկարագրել խնդիրների լուծումը երազում՝ որպես նախագիտակցական մակարդակում արթուն մտածողության շարունակություն («Երազների մեկնության» 1914թ. և 1925թ. հրատարակությունների ծանոթագրություններում [1900a, էջ 579 և էջ 506 համապատասխանաբար] և «Հոգեվերլուծության ներածության դասախոսություններում» (1916/17, էջ 236):

Այնուամենայնիվ, Ֆրոյդը թերահավատորեն էր վերաբերում երազի աշխատանքին ստեղծագործական բնույթ վերագրելու փորձերին (Freud, 1923a, էջ 218): Այն հանգամանքը, որ նա պնդում էր երազների իմաստը հանգեցնել մտածողության եզակի ձևին, այսինքն՝ ցանկության իրագործման փորձին, որը բխում է Ֆրոյդի՝ լատենտ անտրոպոլոգիական ծագմամբ մարդու և աշխարհի պատկերացումներից: Մենք ի նկատի ունենք իր փորձը, հոգեկան երևույթները և դրանով նաև երազի ծագումը, իմաստը և էությունը հանգեցնել ֆիզիոլոգիական գործընթացներին: Անկասկած, կարիքները և ցանկությունները առանձնապես կապված են հակումներին որպես հոգեկանի և ֆիզիկականի միջև սահմանային հասկացողության, որի պատճառով երազն ըմբռնվում էր Ֆրոյդի կողմից որպես ներքին խթանների լիցքաթափում: Պրակտիկայում, այսինքն՝ երազների մեկնությունում Ֆրոյդի՝ մարդու լատենտ պատկերի հաստատումը, այնուամենայնիվ, չի կարելի անտեսել, ինչպես իր իսկ պահած և հետո գտած Սուրբ Զատիկի ձվերը կամ, այլ կերպ ասած, որպես կանխակալության և կանխանթադրությունների հաստատում: Նույնիսկ եթե չի կարելի պաշտպանել ցանկության իրագործման տեսությունը մղումների լիցքաթափման տեսանկյունից, այն բոլոր դեպքերում պահպանում է իր նշանակությունը որպես էվրիստիկական սկզբունք, ըստ որի բոլոր հոգեկան երևույթները, ներառյալ երազները, պետք է դիտարկվեն որպես ցանկությունների և կարիքների դրսևորումներ: Ամենուր, որտեղ անտեսվում է այդ կարգավորող սկզբունքը, ինչ-որ մի կարևոր բան է կորչում:

5.4 Ես-ի պատկերման տեսությունը և նրա հետևանքները

Այժմ ամփոփենք Ֆրոյդի դրույթը, ըստ որի՝ յուրաքանչյուր երազ սեփական անձն է ներկայացնում, և փորձենք տվյալ վարկածն ընդլայնող եզրահանգումներ կատարել: Երազի հոգեվերլուծական տեսության հակասությունները առաջանում են այն պատճառով, որ երազի ակնհայտ բովանդակության սահմաններից դուրս մնացող իմաստը չի ենթարկվում թերապևտիկ փոխակերպման (մեկնաբանման՝ աշխատանքի ժամանակ) առանց երազը տեսնողի դիմադրության: Մեկնաբանության ժամանակ առաջացող խնդիրներից մեկը մեկնաբանություններով չբացահայտված երազի քողարկված մտքերի և երազի ակնհայտ բովանդակության (այսինքն՝ լատենտ և ակնհայտ երազի) միջև հարաբերությունների սահմանումն էր:

Մեկնաբանություններ անելու փորձերի ժամանակ անհամապատասխանություններ ի հայտ էին գալիս այն պատճառով, որ Ֆրոյդը ենթադրում էր գենետիկ կապ, որի ժամանակ միտքը՝ որպես հոգեբանական զարգացման տեսակետից ավելի ուշ առաջացած երևույթ, ստորադասվում էր արխայիկ խորհրդանշական արտահայտչամիջոցի վրա միաժամանակ ազդող քողարկված ցանկության ձևով: Բնորոշ է հետևյալ արտահայտությունը. «Դուք նույնպես տեսնում եք, որ այս կերպ հնարավոր է դառնում բազմաթիվ վերացական մտքերի համար երազում ստեղծել փոխարինող պատկերներ, որոնք միննույն ժամանակ ծառայում են քողարկման նպատակին» (Freud, 1916–17, էջ 120):

Լիովին ակնհայտ է, որ այստեղ Ֆրոյդին (ինչպես ընդհանրապես իր աշխատանքներում) հետաքրքրում է նախնական փուլերի և վերջնական կերպարի հարաբերությունը, այսինքն՝ փոխակերպման թեման և հոգեկան կազմավորումների տարատեսակների ու զարգացման խնդիրը: Հիշատակված հակասությունները վերջապես կապված են նաև այն բանի հետ, որ շատ դժվար է փոխակերպման կանոններն ու պահանջները ըմբռնել, երբ տեսականորեն տարանջատվում են ցանկությունը, պատկերը և մտքերը կամ գրգիռը և ընկալումը, որոնք իրականում որպես միասնական միավոր են հանդես գալիս: Պատկերացրեք, օրինակ, ցանկության փոխակերպում դեպի «ցնորային ցանկության իրագործում»: Քանի որ տեսականորեն ենթադրված շղթայում ինֆանտիլ ցանկությունը ստորադրված է քողարկված մտքին, ապա այստեղ ևս կարելի է դիտարկել փոխակերպման (տրանֆորմացիայի) խնդրի տարատեսակը, ինչը կարող է պարզաբանել «ակնհայտի» և «քողարկվածի» վերաբերյալ հակասական պնդումները: Եթե «ակնհայտ երազի» նկարագրության համար ընդունվում է մեկնաբանությամբ հայտնաբերված «քողարկված երազի» կրճատված եզրը, ապա կարիք չկա մտահոգվելու խնդիրների լուծման տեսականորեն ոչ ադեկվատ հասկացությունների առումով: Այսպիսով, ձեռք է բերվում մի անկեղծ դիրքորոշում, որը երազում մտածողության մի առանձնահատուկ ձև է ենթադրում:

Մենք արդեն նշել ենք, թե որ հոգեբանական զարգացման գործընթացներն են նախադրյալներ ստեղծում երազ տեսնողի անձի՝ յուրաքանչյուր երազում հայտնվելու համար: Եթե ընտրում ենք այն ձևակերպումը, որ երազը Ես-ի պատկերումն է, որում երազ տեսնողը ամենաքիչը այնքանով է ներառված, որ պատկերների լեզվով արտահայտում է իր սեփական աշխարհի հատվածի սուբյեկտիվ տեսակետը, ապա մանրամասնություններին վերաբերող հարցերն, այնուամենայնիվ, բաց են մնում: Նրա սուբյեկտիվ տեսակետը իր և երազում ներկայացված կյանքի հատվածի վերաբերյալ Էգո-ին է կողմնորոշված (նույնիսկ ռեգրեսիայից անկախ): Մյուս դրամատիկ կերպարները, նրանց խոսքերն ու գործողություններն առաջ են քաշվում և ազատ հորինվում են թատերագրի կողմից առնվազն այնքանով, որքանով նրանք փաստորեն չեն կարող հակասել երազի հեղինակի բնորոշումներին և նրա կողմից ստեղծված բեմականացումներին:

Սակայն հեղինակը նյութի ընտրության և ներկայացման միջոցների հարցում ազատ չէ, ինչն առանձնապես խիստ կանխորոշված է հետևյալ սահմանափակումներով. քանի դեռ արթուն վիճակում, ներոտիկ կամ պսիխոտիկ հիվանդությունների ժամանակ մեզ չեն պարտադրվում անհաղթահարելի մտքեր, մենք մեզ տեր ենք զգում մեր սեփական տանը և զգում ենք մեզ բավականին ազատ՝ տարբեր հնարավորությունների միջև ընտրություն կատարելու առումով: Նույնիսկ երբ որոշում ընդունելու ասպարեզը սահմանափակվում է արտաքին կամ ներքին գործոնների շնորհիվ, իսկ շարժառիթային տեսակետից մեր կամքի ազատությունը կախվածության մեջ է գտնվում, մենք, այնուամենայնիվ, առնվազն սուբյեկտիվորեն շարունակում ենք պնդել ընտրության հնարավորությունը՝ այս կամ այն բանը անելու կամ չանելու իմաստով: Այլապես մենք հնարավորություն չէինք ունենա հասնել հոգեվերլուծության իդեալական նպատակին, այն է՝ մտածողության և գործունեությունների նախադրյալները ներխուժելով ընդլայնել անհատի ազատությունը և սեփական անձի, ինչպես նաև շրջապատող անձանց համար պատասխանատվություն կրելու ունակությունը, այլ կերպ ասած՝ ազատել նրանց անգիտակցական գործընթացների հետևանքների անխուսափելիությունից: Սեփական տանը տեր լինելու և ներունակորեն ազատ լինելու սուբյեկտիվ զգացողությունը երազում կորչում է: Այս կորուստը մենք հատկապես սաստիկ ենք զգում այն ժամանակ, երբ, դժվարությամբ արթնանալով, «դուրս ենք պրծնում» սարսափելի երազներից և կրկին վերահաստատում ենք մեր Էգո-ի գերիշխանությունը: Արտամղման ընդդիմության նվազումը, Ֆրոյդի կողմից նկարագրված՝ երազը ձևավորող (երազի աշխատանքը) գործընթացների հետ միասին, թույլ է տալիս ի հայտ գալ կյանքի այն անգիտակցական ոլորտներին, որոնց դեմ խոչընդոտներ են կառուցվում, և որոնք Էգո-ն կնախընտրեր չգիտակցել: Այն, որ այդ անգիտակցական ձգտումները ախտանիշներ են ստեղծում, քանի որ դրանք հետնամուտքով կրկին վերադառնում են և տանտիրոջը զրկում են թե՛ իշխանությունից, թե՛ ազատությունից, անկասկած, հոգեվերլուծության

հանրահայտ գանձերին է պատկանում: Մարդկային կյանքի համար այդ ընդհանուր սկզբունքի կարևորությունը վիճելի է, քանի որ խոսքը հատուկ կապակցությունների մասին է՝ լինի դա անհատական հոգեախտաբանության կամ հասարակության պատմության մեջ:

Դինամիկայի տեսակետից բնական կլիներ հատկապես ուշադիր ուսումնասիրել, թե քնի ընթացքում արտամղման դիմադրության նվազումը ինչպես է ազդում երազ տեսնողի ցանկությունների աշխարհի վրա: Քանի որ ցանկություններն իրենց բնույթով ուղղված են օբյեկտներին և ձգտում են բավարարման, իսկ մարդկային երևակայությունն անսահմանափակ է (այսինքն՝ խոսքը միայն կենսական կարիքների անմիջական բավարարման մասին չէ), անխուսափելիորեն առաջանում են ֆրուստրացիաներ: Հաշվի առնելով ցանկությունների հիմնական նշանակությունը, ինչպես նաև այն, որ ենթադրաբար, նույնիսկ դրախտը չի կարողանա բավարարել մարդկային երևակայությունը, և մի կողմ թողնելով իրական անհաջողությունները և ինքնատի տաբուն, որը թերևս բոլոր սոցիալ-մշակութային սահմանները հաղթահարող և համընդհանուր վավերականություն ունեցող միակ տաբուն է (Hall&Lindzey, 1968), զարմանալի չի թվում, որ Ֆրոյդը երազների իմաստի գործնական թերապևտիկ դիտարկման ընթացքում սահմանափակվեց միայն ցանկությունների ներկայացման գաղափարով: Ցանկությունների աշխարհը մի կողմից անսպառ է, մյուս կողմից՝ միշտ գոյություն ունեն ցանկությունների իրագործման սահմանափակումներ, արգելքներ և տաբուներ, որոնք խոչընդոտում են ցանկությունների իրագործմանը: Այսպիսով, ցանկությունները այնքան երևակայական կամ իրական ցավոտ հուսախաբությունների են բախվում (որոնք նորից ու նորից կարող են սնուցվել մարդու հարուստ երևակայությունից), որ դրանց ձանաչման ու գիտակցման դեմ կառուցվում է մի առանձնապես ինտենսիվ դիմադրություն: Այդ պատճառով երազի տեսությունում Ֆրոյդի կողմից երազի գրաքննիչին վերագրվեց մի քողարկող, ծածկագրող գործառնություն, որը թույլ է տալիս ընդամենը *փորձել* ցանկությունն իրագործել:

Սուբյեկտից անջատ ցանկություն կամ մղում չեն կարող լինել, և նույնիսկ այնտեղ, ուր սուբյեկտը չի փորձարկել էգո-ի զգայության կամ ինքնության զգացումը, այսինքն՝ որպես նորածին նրան վերաբերում են որպես սոված էակի և այն իր անունով են կոչում: Ինչ-որ իմաստով ձիչը՝ որպես սովի արտահայտում, տարիքին համապատասխան Ես-ի պատկերում է, թեև մանկիկը այդ չի հասկանում, սակայն շրջապատի կողմից ընդունվում է որպես այդպիսին: Թեև մեծահասակը սեփական ներհայեցման միջոցով կարող է ըմբռնել, թե երեխան ինչպես է աշխարհը զգում, սակայն երեխաների կողմից աշխարհի ընկալման մասին մեր տեսակետները միշտ չափահասների մտածելակերպի արդյունքն են: Երեխայի ներաշխարհի կառույցներն ու վերակառուցումները չեն կարող հենվել ներդիտմամբ ձեռք բերած լեզվական տեղեկության վրա, քանի որ նրանք նախալեզվական զարգացման փուլին են վերաբերում: Այդ պատճառով

գիտական ճշգրտման առանձնահատուկ խնդիրներ են առաջացնում, որոնց մենք այստեղ չենք անդրադառնա:

Մենք հիշատակում ենք «Հափահասների և երեխաների լեզուների» այս հավանական և հաճախակի «շփոթմունքի» մասին (Ferenczi, 1933), որովհետև մենք այժմ կլուսաբանենք երեխաների կողմից աշխարհի ընկալման և հափահասների մտածողության միջև հարաբերությունը՝ հենվելով մանկական երազի լեզվից արթուն մտածողության լեզու թարգմանության վրա: Խոսքը մի լեզվից մյուսը թարգմանության թեմայի մասին է նաև այն ժամանակ, երբ երազը, որպես մտածողության առանձնահատուկ ձև, չի բնորոշվում ինֆանտիլիզմով և ինքնատիպ գունավորված հիշողության տարրերով, ինչպես դա ենթադրում էր Ֆրոյդը: Այն, որ մարդն ապրում է երկու աշխարհներում՝ նորմալ լեզվով արթմնի աշխարհում և գիշերվա երազի աշխարհում, դժվարությունների տեղիք է տվել: Երազ մեկնողի արվեստը չի կայանում օտար լեզվի և երազի աշխարհըմբռնման միջնորդավորման մեջ, նրա արվեստը յուրօրինակ երազի լեզուն այնպես մեկնաբանելն է, որ երազների բովանդակությունը երազ տեսնողի գիտակցված ցանկությունների և մտադրությունների հետ ներդաշնակ համապատասխանության մեջ հայտնվի: Տյուրոսի պաշարման ժամանակ Ալեքսանդր Մեծը երազում տեսել է մի պարող սատիրի, որը երազների մեկնաբան Արիստանդրոտը մեկնաբանում է որպես «Sa Tyros», «քոնը կլինի Տիրոսը» (Freud 1916-17, էջ 243): Անվիճելի է, որ այդ անտիկ մեկնաբանը թափանցել էր Ալեքսանդր Մեծի ցանկությունների աշխարհը և հավանաբար ներըմբռնմամբ ինչ-որ բան գիտեր կանխագուշակումների իրականացման մասին: Գուցե այդ կանխագուշակումն իրականացավ, որովհետև այն Ալեքսանդր Մեծին ավելի վճռական էր դարձրել:

Մտածողության գիշերային կողմին մոտենալը կարող է դժվարություններ առաջացնել հիվանդի մոտ, երբ նրա գուգորդությունները պտտվում են երազի ակնհայտ բովանդակության շուրջը, և նա լիովին ազատ է իմաստի որոնումների մեջ, իսկ նրա մեկնաբանմանը ոչինչ չի հակադրվում: Անգամ հետաքրքրասիրությունից դրդված հիվանդները, որոնք, սեփական անցյալից ելնելով, հակված են երազներին ստեղծագործական գործառնություն վերագրելուն, անհանգստանում են որոշ երազների չարագուշակ բնույթի պատճառով: Հաճախ հնարավոր է հասկանալ այդպիսի անհանգստությունը այս կամ այն դիմադրության ձևի համատեքստում և, հետևաբար, օժանդակ միջոցներ առաջարկել այդ դիմադրությունը հաղթահարելու համար: Անհանգստության կանոնավորապես և հաճախակի, բուժման միայն սկզբնական փուլով չսահմանափակվող դրսևորման պատճառով այստեղ կցանկանայինք ավելի ընդհանուր հասկացություն կիրառել և խոսել «ինքնության դիմադրության» (գլուխ 4) մասին, այսինքն՝ ասել, որ դիմադրությունը արմատավորված է հիվանդի կողմից գիտակցված սեփական ինքնապատկերի և աշխարհապատկերի, այսինքն՝ իր մինչայժմյան ինքնությանը հարելու մեջ:

Ինքնության դիմադրությունն ուղղվում է ոչ միայն դեպի դուրս՝ այլոց ազդեցության ու կարծիքների, հատկապես հոգեվերլուծողի դեմ, այլ նաև դեպի ներս և հատկապես երազում այլակերպ ինքնաներկայացման և աշխարհաներկայացման դեմ: Էրիքսոնը նկատի ունի հենց այս ներքին կողմը, երբ խոսում է ինքնության դիմադրության և ինքնության զգացողության փոփոխությունների նկատմամբ վախի մասին (1970a, էջ 222): Նա ինքնության դիմադրությունը նկարագրում է՝ հատկապես կապված սեռական հասունության և վաղ չափահասության տարիքի ինքնության շփոթման երևութաբանության հետ: Այն վերլուծվողների մոտ, ովքեր անզիջողաբար պնդում են իրենց գիտակից տեսակետը, որի պատճառով էլ նրանք մեծ սահմանափակումներ ունեն երազում Ես-ի պատկերման հանդեպ, ինքնության դիմադրությունը կարող է միանգամայն այլ շարժառիթներ ունենալ: Ակներև է, որ թե՛ տարիքի, թե՛ հիվանդության պատկերի տեսակետից այդ երկու խիստ տարբեր հոգեախտաբանական խմբերը պահանջում են բուժման տարբեր մոտեցումներ: Առողջ մարդկային դատողությունը հուշում է, որ պետք է այլ կերպ վերաբերել, երբ մենք ուզում ենք կայունացնել խառնաշփոթի ու անհստակության մեջ ընկղմված ինքնությունը և վերացնել անսասան ու գրեթե անհաղթահարելի դարձած արգելապատնեշը: Բուժման այս տարբերակումը կարելի է տեսականորեն հիմնավորել:

Անկասկած, օբյեկտի և օբյեկտային հարաբերությունների միջոցով ցանկության իրագործումը երազում ձեռք է բերել ավելի մեծ թերապևտիկ և տեսական նշանակություն, քան Ֆրոյդի հիմնարար վարկածը, որ երազ տեսնողը միշտ ինքն է իրեն ներկայացնում՝ հաճախ այլոց կողմից միջնորդությամբ:

Վերոհիշյալ մտքերը ինքնության և ինքնության դիմադրության վերաբերյալ պահանջում են ինքնության հասկացության դիտարկումը «ձիշտ այնպես, ինչպես» իմաստով: Ֆրոյդը (1900a, էջ 325) մատնանշում է, որ երազում անձը կարող է բաղկացած լինել տարբեր անձերին բնորոշ բաղադրամասերից (նա խոսում է «բաղադրյալ անձի կազմության» մասին [էջ 326]), որին հնարավոր չէ միանշանակ գատել ինքնությունից: Երբ բաղադրյալ անձի ձևավորումը լիովին չի հաջողվում, երազում հանդես է գալիս մեկ այլ պատկեր:

Մենք Ֆրոյդի այն ենթադրության արմատները (1923c, էջ 314), որ երազ տեսնողի Էգո-ն կարող է երազում հանդես գալ մեկից ավելի անգամ՝ ներկայանալով սեփական անձով կամ թաքնվելով այլ անձանց ետևում, գտանք նրա այն դրույթում, թե ընդհանուր հատկանիշները կամ նմանությունները երազի լեզվի ուղղակի փոխարկումն են տեսողական պատկերների: Մտքերի խոսքային ձևակերպման փոխարեն, ինչպես օրինակ՝ «Ես նման եմ ...» կամ «Ես կուզենայի նման լինել ...», երազ տեսնողի մոտ ի հայտ է գալիս մի անձի պատկեր, որի գեղեցկությանը, ուժին, ազդեցիկությանը, սեքսուալ ունակությանը, խելացիությանը, խորամանկությանը նա կցանկանար նմանվել: Այս բազմակերպ ընթացքը հնարավոր է դարձնում

մարդկային զարգացումը և ուսուցումն ըստ ձևանմուշների: Կարելի է ասել, որ եթե բնագոյային բավարարումը ապահովում է կենդանական գոյատևումը, ապա նույնացումն անհրաժեշտ է՝ երաշխավորելու մարդու օնտոգենեզը տվյալ սոցիալ-մշակութային համատեքստում (Աստծո մարմնացումը Քրիստոսի մեջ): Մենք պաշտպանում ենք Ֆրոյդի այն տեսակետը, որ առաջնային նույնացումը ունի զգացմունքներն օբյեկտի հետ կապող անմիջական կամ նախասկզբնական միջոց, որն ի հայտ է գալիս ավելի վաղ, քան ցանկացած օբյեկտային հարաբերություն, և, հետևաբար, ունի մարդկային զարգացումը ձևավորող նշանակություն (Freud, 1921c, էջ 118, 1923b, էջ 259):

Այն, որ երազում սեփական տեսակետները, նպատակները և գործողությունները այդպես հեշտությամբ բաշխվում են տարբեր անձերի միջև, հավանաբար կապված է այդ առանձնահատուկ լեզվի անհաղթահարելի ֆորմալ կառուցվածքի հետ, որը հիշեցնում է պատկերներից կազմված հանելուկ: Իմիջիայլոց, նման հանելուկները ժողովրդականություն էին վայելում XIX դարի Վիեննայում, ինչը կարող է որպես բացատրություն հանդես գալ, թե ինչու է Ֆրոյդը նախընտրել այն որպես երազի կառուցվածքը նկարագրող փոխաբերություն: Այդ փոխաբերությունը բարձր գնահատական ստացավ նույնիսկ Վիտգենշտեյնի կողմից հոգեվերլուծության նկատմամբ նրա ունեցած թշնամական վերաբերմունքով հանդերձ:

Հասկանալի է, թե ինչու են այլ անձի միջոցով պատկերումը բնորոշում որպես պրոյեկցիա: Սակայն ուրիշի միջոցով Ես-ի պատկերման խորությունը կսահմանափակվեր, եթե այդ ընթացքը բացատրվեր միայն պրոյեկցիայով և, ընդհանրապես, պաշտպանությամբ: Ամեն դեպքում հազվադեպ չէ, երբ երազ տեսնողները դժվարանում են ուրիշի մեջ ճանաչել իրենք իրենց և տեսնում են ուրիշի աչքի չփը՝ չտեսնելով սեփական աչքի գերանը: Հոգեբանական զարգացման պարզունակ մակարդակը, որն ի հայտ է գալիս երազ տեսնողի ռեգրեսիայի շնորհիվ, հնարավոր է դարձնում սուբյեկտի և օբյեկտի փոխադարձ փոխարինելությունը: Այդ փուլում Էգո-ի և ոչ Էգո-ի, սուբյեկտի և օբյեկտի միջև սահմանազատումը դեռևս ոչ լիակատար է (բարեբախտաբար, այն մնում է ոչ լիակատար նույնիսկ առողջ չափահասի մոտ, այլապես գոյություն չէր ունենա փոխադարձ և ընդհանուր երջանկություն, էլ չասենք «օվկիանոսաչափ զգացմունքի» մասին (տե՛ս Thomä 1981, էջ 99-100):

Այս համատեքստում մենք կհիշենք Ֆուլքեսի (Foulkes, 1982) հիմնավոր հետազոտությունները, որոնք ցույց են տալիս, որ 3-4 տարեկան երեխաների երազներն ընթանում են այլ անձանց կողմից կատարվող գործողություններով: Այսպիսով, այդ տարիքում երազի մակարդակում երեխաները ապրում են նույնացմամբ և ոչ թե պրոյեկցիայով:

Ֆրոյդը միշտ հավատարիմ էր այն դրույթին, որ երազի իմաստը ցանկությունների պատկերումն է, սակայն հետագայում (1923c, էջ 314) նա հրաժարվեց այն մտահայեցողությունից, որ երազում առաջացող բոլոր պատկերները երազը տեսնողի սեփական Էգո-ի պատկերումները կամ

բեկորներն են: Սակայն ո՞վ էր այդ դրույթին կողմնակից: Մեր կարծիքով՝ Ֆրոյդի քննադատությունը կարող էր ուղղված լինել Յունգի սուբյեկտիվ մակարդակում մեկնաբանության դեմ: Հնարավոր է, որ այդ կարծիքը ներկայացվել է նաև այլ հոգեթերապևտների կողմից, կամ որ այն կարող էր ծագել հոգեվերլուծության ներսում: Վերջապես՝ հնարավոր է նաև, որ Ֆրոյդը նախապես ցանկանում էր հանդես գալ հոգեվերլուծության մեջ այդպիսի տեսակետի արմատականացման և բացարձականացման դեմ: Իր աշխատանքում նա անընդհատ պնդում է, որ երազ տեսնողը կարող է բազմաթիվ անգամներ հանդես գալ երազում և կարող է թաքնվել այլ անձանց հետևում: Այս բացարձականացումը երազները պատճառաբանող ցանկությունների ինֆանտիլ արմատների հայտնաբերման համապարփակ էվրիստիկական սկզբունքին հարված կհասցնե:

Այսպիսով, բացարձականացված ինքնաներկայացման վարկածը, որպես հոգեվերլուծական երազի մեկնաբանության առաջատար գաղափար, կմրցակցեր ցանկության իրագործման թեզի հետ: 20-րդ դարի սկզբներին թերապևտիկ պրակտիկայում երազի մեկնաբանությունը նույնքան հեռու էր այդ գաղափարից, որքան այն ժամանակ, երբ Ֆրոյդը գրում էր իր «Երազների մեկնություն» աշխատությունը, որում այդ բոլոր գործոնները ուշադրության էին առնվում, քանի որ օգտակար էին Դորայի երազները հասկանալու համար: Այլ խոսքերով՝ քողարկված և երազի ինֆանտիլ ցանկությունները փնտրելու ընթացքում հայտնաբերվում էին նաև երազի այլ կողմերը և դրանց նշանակությունը՝ խնդրի լուծման կամ կոնֆլիկտները հաղթահարելու գործառույթը ներառյալ: Բուժման պրակտիկայում երազի մեկնաբանության մեջ միշտ եղել է մեծ բազմազանություն, բայց երբեք չի եղել միտում՝ փոխարինել ցանկության իրագործման տեսությունը նույնչափ ընդգրկուն ինքնաներկայացման տեսությամբ:

Կարևոր է նաև մեկ անգամ ևս մատնանշել, որ Ֆրոյդը պնդում էր, որ ռեգրեսիան քնի մեջ հնարավոր է դարձնում ինքնաներկայացումն այլ անձանց մեջ: Դա հեշտացնում է «Ես»-ի ու «Դու»-ի սահմանների փոխադարձ հատումը սուբյեկտի ու օբյեկտի միջև և դարձնում է նրանց փոխարդարաբար փոխարինելի՝ երազի դրամատուրգիայում փոխադարձ նույնացման իմաստով: Մոգական ցանկությունների ծագումը երազներում թույլ է տալիս օբյեկտներին փոխակերպվել ad libitum (ցանկությամբ) այնպես, ինչպես հեքիաթներում: Լինելը և ունենալը, նույնացումը և ցանկությունը այլևս հակադիր կողմեր չեն, այլ, ըստ էության, երազի գործընթացի երկու ասպեկտները:

Հաշվի առնելով այս ամենը՝ բնական է փնտրել քննադատության նշանակետը ֆրոյդյան հոգեվերլուծական դպրոցից դուրս և այդ նշանակետը համարել սուբյեկտիվ մակարդակում Յունգի երազի մեկնաբանությունը: Եթե նույնիսկ մենք սխալվեինք այս ենթադրությունում, ապա հուսով ենք, որ մեր սխալը ծայրահեղ դեպքում արդյունավետորեն թույլ է տալիս շարունակել այս թեման: Պատմական և փաստացի հիմքերից ելնելով՝ երազում ինքնաներկայացման քննարկման ժամանակ անհրաժեշտ է ներգրավել սուբյեկտիվ

մակարդակի մեկնաբանությունը, որը սերտորեն կապված է Յունգի Ես-ի հասկացության, ինչպես նաև Կոհուրի նարցիսիստական հոգեբանական Ես-ի մեկնաբանության հետ:

5.5 Երազի մեկնության տեխնիկան

Երազի՝ որպես Ես-ի պատկերման միջոցի ընկալումը պետք է նպաստի երազի գործընթացի ընդլայնված հասկացմանը, որը մեզ դուրս կրերեր ցանկության տեսության անլուծելի հակասությունից: Երազի մեջ ի հայտ եկող բոլորակված մտքերում ու ցանկություններում մենք տեսնում ենք Ես-ի (der Selbst) անգիտակցական տարրեր, որոնք մասնակցում են կոնֆլիկտին և պարունակում են խնդրի նկարագրությունը, միգուցե նաև երազում խնդրի լուծման փորձը, ինչպես նաև երազ տեսնողի պատկերացումները իր, իր մարմնի, իր վարվելակերպի մասին և այլն: Ներկայում և անցյալում խնդրի լուծումների միջև հարաբերությունը հայտնաբերում է ոչ միայն արտամղված ցանկություններն ու կոնֆլիկտները, այլև ապագա գործողությունների փորձը: Երբ երազը հասկացվում է որպես Ես-ի պատկերում՝ իր բոլոր հնարավոր կողմերով, վերլուծողը դյուրընկալ կլինի այն բոլորի նկատմամբ, ինչը կարևոր է երազ տեսնողի համար, և իր մեկնաբանության արդյունավետությունը կգնահատի ոչ միայն նրանով, թե որքանով են նրանք նպաստում տվյալ պահին հիվանդի գործունեության ըմբռնմանը, այլ նաև, ամենից առաջ, թե դրանք՝ մեկնաբանությունները, որքանով են նպաստում նոր և ավելի լավ վարքագծին և աշխարհընկալմանը: Չնայած երազը տեսնողի անցյալը իր զարգացման բոլոր դժվարություններով ու խոչընդոտներով հանդերձ շատ անհրաժեշտ ու կարևոր է, նրա կյանքը տեղի է ունենում *«այսպեղ և հիմա»*, և կողմնորոշում կա դեպի ապագան: Երազի մեկնությունը կարող է զգալի կերպով օժանդակել անձի ներկայի և ապագայի փոփոխմանը:

Նախքան մենք կանցնենք նեղ իմաստով երազի մեկնությանը, կցանկանայինք անդրադառնալ մի քանի հարցերի, որոնք վերաբերում են երազը հիշելուն և հիվանդի կողմից երազը հաղորդելուն: Երազների թերապևտիկ օգտագործումը չի սահմանափակվում միայն գուգորդությունների օգնությամբ նրա մեկնաբանությամբ, այսինքն՝ երազի մեջ պարունակվող բոլորակված մտքի բացահայտմամբ: Մոնշոն (Monchaux, 1978) երազ տեսնելու գործառնությունը և երազի մասին հաղորդումը (անգիտակցական ցանկության և տրանսֆերենտ հարաբերություններում պաշտպանվելու իմաստով) նույնքան կարևոր էր համարում երազը տեսնողի համար, որքան երազը որպես այդպիսին:

Սկսենք մի գործնական հարցից. պե՞տք է արդյոք քաջալերել հիվանդին՝ արձանագրել երազները, օրինակ՝ արթնանալուց հետո: Ֆրոյդը (1911) պարզորոշ կերպով դեմ էր հանդես եկել այդ առաջարկությանը այն

վատահույժամբ, որ երազները չեն մոռացվում, երբ հիմքում ընկած անգիտակից միտքը պատրաստ է վերամշակման: Աբրահամը (Abraham, 1913) միացել է այս տեսակետին և հիմնավորել այն կլինիկական դեպքով: Սլափը (Slap, 1976) մի փոքրիկ հաղորդագրության մեջ նկարագրում է, որ նա մի հիվանդի խնդրել է բանավոր դժվար նկարագրելի երազի մի մասը արձանագրել, և ենթադրում է, որ նման գործողությունը օգնեց հասկանալ երազը:

Փաստը, որ հիվանդի երազի հաղորդումները (այդ մասին երբեմն քննադատորեն են նշում) պարզորոշ նմանվում են կամ ընթացքում նմանություն են ձեռք բերում վերլուծողի տեսական կողմնորոշման հետ, դեռևս ապացույց չէ վերլուծողի տեսության օգտին, այլ խոսում է այն փաստի օգտին, որ հիվանդի և թերապևտի միջև փոխազդեցություն կա: Պետք չէ զարմանալ, եթե երկու մասնակիցները ավելի են մտերմանում երազը պատմելու, ընդհանուր ուսումնասիրության և վերջնական ըմբռնման ընթացքում: Հիվանդի արդյունավետությունը երազի հաղորդման իմաստով, իհարկե, էապես կորոշվի նրանով, թե ինչպես է վերլուծողը արձագանքում պատմածին, և արդյո՞ք հիվանդը զգում է, որ դրանք՝ պատմած երազները, հետաքրքիր են վերլուծողին: Այն, որ հիշատակված մոտեցումը թերապևտիկ ներշնչման արդյունք չէ, մանրամասն ներկայացրել է Թոմեն (Thomä, 1977b): Որպեսզի հիվանդը կարողանա հաղորդել երազը, նա պետք է իրեն թերապևտիկ հարաբերության ժամանակ բավականին ապահով զգա: Հոհագեն և Թոմեն (Hohage, Thomä, 1982) համառոտ ներկայացնում են փոխանցման միասնության և հիվանդի՝ երազով հետաքրքրվելու ներուժի միջև փոխազդեցությունը:

Գրուներտը (Grunert, 1982) դեմ է հանդես գալիս Ֆրոյդի այն սահմանափակմանը, որ երազի ակնհայտ բովանդակությունն ինքնին, առանց երազը տեսնողի զուգորդությունների ընդգրկման, կարող է անօգուտ լինել մեկնաբանության համար: Նա գրում է (1982, էջ 206). «Ի տարբերություն Ֆրոյդի պրակտիկայի՝ վերլուծողը չպետք է վախենա լուրջ իմաստ հաղորդել երազներում տեղ գտած կերպարներին և իրադարձություններին և դրանց ուղեկցող կամ խորհրդանշող հուզմունքներին և աֆեկտներին»: Դրանից հետևում է, որ նա պետք է նաև համապատասխան մեկնաբանություններ անի:

5.5.1 Ֆրոյդի խորհուրդները և հետագա ընդլայնումները

«Երազների մեկնությունում» (1900a) մեկնաբանության տեխնիկայի վերաբերյալ ցիրուցան եղած բազմազան խորհուրդների ձևակերպումից հետո Ֆրոյդը տարբեր հրապարակումներում ամփոփում է այդ խորհուրդները: Այստեղ մենք մեջբերում ենք նրա նշումները երազի մեկնության տեսության և պրակտիկայի մասին (Freud, 1923c, էջ 301).

«Վերլուծությունում երազի մեկնության ժամանակ կա ընտրություն տարբեր տեխնիկական մեթոդների միջև:

Կարելի է՝

ա) ժամանակագրորեն առաջ շարժվել և խթանել երազը տեսնողին՝ առաջ քաշելով նրա իսկ գուգորդությունները երազի տարրերի առնչությամբ նույն հաջորդականությամբ, ինչ այդ տարրերն ի հայտ են եկել հիվանդի կողմից երազը պատմելու ժամանակ: Դա նախնական դասական մեթոդն է, որը ես համարում եմ ամենալավը, երբ մարդ վերլուծում է սեփական երազները:

բ) սկսել երազի մեկնաբանությունը երազի ինչ-որ մի առանձին տարրից, որը վերցվում է երազի մեջտեղից, օրինակ՝ նրա ամենաակնառու հատվածից կամ այնտեղից, որը պարունակում է ամենամեծ պարզությունը կամ զգայական ինտենսիվությունը, կամ էլ սկսել երազում պարունակվող խոսքերից, որոնք, ակնկալվում է, կստիպեն վերհիշել արթմնի կյանքում արտասանված խոսքեր:

գ) ընդհանրապես, սկզբից անտեսել ակնհայտ իմաստը և դրա փոխարեն երազը տեսնողին հարցնել, թե վերջին օրվա որ իրադարձություններն են գուգորդվում պատմված երազի հետ:

դ) եթե երազ տեսնողը արդեն ծանոթ է մեկնաբանության տեխնիկային, հրաժարվել որևէ ցուցումից և թողնել նրա հայեցողությանը, թե երազի վերաբերյալ որ մտքերից կցանկանա սկսել:

Ես չեմ կարող հաստատել, որ այդ տեխնիկաներից մեկը կամ մյուսը գերադասելի է և, ընդհանուր առմամբ, առավել արդյունավետ» (1923, էջ 109):

Այս խորհուրդները պարունակում են երազի մեկնության բոլոր կարևոր տարրերը, ընդ որում՝ վերլուծողն ազատ է հերթականությունն ընտրելու մեջ: Նման են նաև տասը տարի անց (1933a) տրված խորհուրդները, որոնք, այնուամենայնիվ, օրվա նստվածքին նոր կշիռ են հաղորդում:

Այժմ կա նյութը, որի հետ վերլուծողը կարող է աշխատել: Բայց ինչպե՞ս: Թեև այս ընթացքում երազի վերաբերյալ գրականությունն այնչափ է հարստացել, որ հասել է գրեթե անտիրապետելի ծավալների, երազի մեկնության վերաբերյալ մանրամասն տեխնիկական խորհուրդներ հազվադեպ են հանդիպում:

Երազատեսությունը որպես խնդրի լուծում դիտարկելով՝ Ֆրենչն ու Ֆրոմը երազի մեկնության համար 3 պայման են դնում.

1. Երազի տարբեր նշանակությունները պետք է համապատասխանեն միմյանց:
2. Դրանք պետք է համապատասխանեն երազ տեսնելու պահին երազը տեսնողի հուզական իրավիճակին:
3. Պետք է հնարավոր լինի մտածողության գործընթացի վերակառուցումը ոչ հակասական եղանակով:

Ֆրենչն ու Ֆրոմը (French & Fromm, 1964, էջ 66) բնութագրում են այդ գործոնները որպես «երազի ձանաչողական կառույց», դրանք փորձաքար են վերակառուցման վստահության և, հետևաբար, երազի մեկնության համար: Հեղինակներն ընդգծում են, որ Էգո-ն երազում ոչ միայն խնդիրը լուծելու նպատակ ունի, այլև պետք է խուսափի կոնֆլիկտի մեջ ավելի շատ խձձվելուց, որի դեպքում ավելի շատ կոժվարացնել կոնֆլիկտի լուծումը:

Այդ խուսափումը իրականում պետք է անվանվի «հեռացում» (distancing). կոնֆլիկտը այլ անձանց հետ զրկվում է հույզերից կամ տեխնիկականացվում է՝ խնդրի լուծման ճանապարհներն ավելի հեշտորեն գտնելու համար, որը (խնդիրը) այժմ հանդես է գալիս միայն որպես տեխնիկական խոչընդոտ: «Միմյանց հետ ամուր կապված խնդիրների համաստեղության» նկարագրության համար Ֆրենչն ու Ֆրոմը (էջ 94) օգտագործում են երազի «ճանաչողական կառույց» արտահայտությունը, որի տակ նրանք նկատի ունեն երազ տեսնողի իրավիճակային հարաբերությունները առօրյա կյանքում, նրա հարաբերությունները վերլուծողի հետ և այդ երկու հարաբերությունների փոխկապակցվածությունը:

Երազի մեկնաբանությունը, ինչպես նաև մյուս լիարժեք մեկնաբանությունները պետք է ունենան 3 բաղադրիչ.

1. տրանսֆերենտ հարաբերություն,
2. այժմեական արտաքին հարաբերություններ,
3. պատմական չափում:

Սա անհրաժեշտ է, որովհետև խնդիրը, որը ներդրում է, հավանաբար չի կարող լուծվել հիվանդի կողմից բոլոր երեք բնագավառներում էլ: Հեղինակներն անգիջում կերպով փորձում են գտնել ճանաչելի իմաստալից վկայություններ նույն (և նախորդ) սեանսի նյութերում: Բացթողումներն ու հակասությունները դրա ժամանակ օգտակար են, քանի որ դրդում են այլ, թերևս ավելի լավ վարկածները ստուգելու: Չնայած ոչ մի դեպքում ներըմբռնման դեմ չեն արտահայտվում՝ այդ հեղինակները չեն վստահում երազի ներըմբռնողական մեկնաբանությանը, քանի որ այդպիսի մեկնաբանությունը հաճախ ընդգրկում է երազի ասպեկտի մի մասը միայն և դեպի պրոկրուստյան մահիձ է տանում, այսինքն՝ վերլուծողն ընկնում է գայթակղության մեջ՝ նյութը հարմարեցնելով վարկածին և ոչ թե հակառակը (էջ 24): Առանձնացված ասպեկտների դիտարկումը, նրանց կարծիքով, երազի մեկնաբանության ժամանակ տարակարծության ամենից հաճախ հանդիպող պատճառն է: Հետաքրքիր է Ֆրենչի ու Ֆրոմի (էջ 195) ձգտումը՝ վերլուծել շատ երազներ, որոնք թույլ են տալիս հասնել պատմական մեկնությունների: Նույն ձգտումը տեսանելի է նաև այլ հեղինակների մոտ (օր. Greenberg, Peurlmann, 1975, Cohen, 1976, Greene, 1979, Geist, Kaechele, 1979):

Հստակություն մտցնելու նպատակով կցանկանայինք նորից թվարկել այն պահանջները, որոնք Ֆրենչն ու Ֆրոմն անհրաժեշտ են համարում երազի մեկնության համար.

1. Երազի տարբեր նշանակությունները պետք է համընկնեն:
2. Դրանք պետք է համապատասխանեն երազը տեսնողի հուզական վիճակին երազը տեսնելու պահին:
3. Չպետք է ընդունել մասը որպես ամբողջություն:
4. Չպետք է կիրառել պրոկրուստյան մահիձը:
5. Երկու փուլ.

ա) ընթացիկ խնդիր

բ) նմանատիպ պատմական խնդիր (չմոռանալ փոխանցման ասպեկտը):

6. Ստուգելիությունը՝ երազի ճանաչողական կառույցի վերակառուցում: Հակասությունները որպես նոր գաղափարների համար կարևոր աղբյուր (համանմանություն. ռեբուսներ):

7. Պատմական մեկնությունների համար անհրաժեշտ են մի քանի երազներ:

Լոուին (1967) ուշադրություն է հրավիրում մեկնաբանման գործունեության սահմանափակման վրա. նա չի մեկնաբանում այն ասպեկտները, որոնք կօգնեին և կպաշտպանեին երազը տեսնողին: Դա համապատասխանում է մեղմ դրական տրանսֆերը չմեկնաբանելուն, քանի դեռ այն չի վերածվել դիմադրության: Նա զգուշացնում է՝ չանել հապճեպ մեկնություն, քանի որ «լավ չնտածված մեկնության սահմանափակող ազդեցությունն իրական է և կարող է հանգեցնել նրան, որ երազ տեսնողը զրկվի իր կողմից ստեղծված պատկերները և տեսարաններն անկեղծորեն վերապրելու անհրաժեշտ հնարավորությունից» (Lowy, 1967, էջ 524):

Հաճախակի քննարկվում է խորհրդանշանների վրա հիմնված մեկնությունը, որը խորհրդանշանների համընդհանուր վավերականության շնորհիվ առանձնահատուկ տեղ է գրավում: Սակայն այս դիրքորոշումը կասկածի տակ է դրվում Հոլթի կողմից (Holt, 1967b, էջ 358), որը դիտարկում է խորհրդանշանները որպես փոխադրման (displacement) հատուկ դեպք: Նա գրում է.

«Այդ իսկ պատճառով ես առաջարկում եմ դիտարկել երազները որպես փոխադրման հատուկ դեպք՝ հետևյալ բնորոշմամբ. խորհրդանշանը հասարակայնորեն ընդունված և կառուցվածքայնացված փոխադրում-փոխարինում է: Առաջին բնորոշումը գործածվում է մարդկանց մեծ մասի կողմից, ներառում է երկրորդը և օգնում է բացատրել այն. եթե ցանկացած փոխադրում-փոխարինում լիներ պարզապես ժամանակավոր կամ անցողիկ երևույթ, ապա հարկ կլիներ ենթադրել «մարդուն բնորոշ ռասայական անգիտակցականի» գոյությունը կամ նախապես հաստատված ներդաշնակության մեկ այլ տիպ, որպեսզի բացատրենք այն փաստը, որ շատերը միևնույն փոխադրմանն են ի վերջո հանգում (Holt, 1967, էջ 358):

Զուգորդությունները նախապայման և հիմք են վերլուծողի մեկնաբանությունների համար: Դրանք այն հիմնաքարերն են, որոնցից նա կառուցում է երազի ու խնդրի իր ընկալումը և նախագծում է խնդրի այլընտրանքային լուծումները երազը տեսնողի համար: Դրանք կարևոր մասն են նրա, ինչն անվանվում է երազի «համատեքստ»: Սանդը (Sand R., 1984) «Ազատ գուգորդությունների օգտագործման ընթացքում՝ սիստեմատիկ սխալ» չիրատարակված ձեռագրում ուսումնասիրում է «համատեքստի» նշանակությունը գիտական տեսանկյունից: Ռայսը (1970) ուսումնասիրել է երազի վերաբերյալ ազատ գուգորդությունների ձևերը և իրական դեպքի օրինակի վրա ցույց է տալիս հնարավոր յուրահատուկ խնդիրը՝ մատնանշելով, որ

հիվանդները երբեմն չեն կարող առաջարկել գուգորդություններ, մասնավորապես՝ երազների վերաբերյալ:

Ֆրոյդը (1916-17, էջ 115) որակական հարաբերություններ է սահմանում դիմադրության և գուգորդությունների հանդեպ այն պահանջների միջև, որոնք անհրաժեշտ են երազի տարրերը հասկանալու համար: Նա գրում է.

«Երբեմն պահանջվում է միայն մեկ կամ մի քանի աննշան հիշողություն, որպեսզի մեզ երազի տարրերից տանեն դեպի անգիտակցական նյութ այն ժամանակ, երբ այլ դեպքերում դրա համար կպահանջվեին գուգորդությունների երկար շղթաներ և շատ քննադատական ընդդիմախոսությունների հաղթահարում: Մենք կարող են եզրակացնել, որ այս տարրերը կախված են դիմադրության փոփոխական մեծություններից, և հավանաբար ձիշտ կլինենք՝ այդպես եզրակացնելով: Երբ դիմադրությունը փոքր է, ապա փոխադրումը հեռու չէ անգիտակցական նյութից, սակայն մեծ դիմադրությունը խոսում է այն բանի օգտին, որ անգիտակցական նյութն առավելապես աղավաղված է, և հետևաբար փոխադրումից դեպի անգիտակցական նյութ հետընթաց ճանապարհը նույնպես երկար կլինի» (1916/17, էջ 116-117):

Ազատ գուգորդությունների տեխնիկան առանձնապես կատարելագործվում և սրվում էր երազի մեկնության ժամանակ (տե՛ս 7.2. բաժինը): Միաժամանակ այն իր հիմնավորումը գտավ երազի աշխատանքի և ազատ գուգորդությունների ծագման միջև հետադարձ զուգաչափության միջոցով: Այսպիսով՝ ազատ գուգորդությունները սահմանվում են որպես «ակամա մտքեր» (Freud, 1900a, էջ 107): Մենք կարող ենք պնդել, որ երազն ընկալվում է որպես ռեգրեսիայի գործընթացի արդյունք, որի միջոցով երազի մտքերը փոխակերպվում են տեսողական պատկերների:

Ֆրոյդը ենթադրում էր, որ սեանսի ընթացքում ազատ գուգորդություններին տրվող հիվանդը գտնվում է նույնպիսի ռեգրեսիայում, ինչպիսին երազ տեսնողը: Այդ պատճառով հիվանդը գտնվում է բարենպաստ պայմաններում՝ երազի պատկերները նկարագրելու և դրանք մեկնաբանելու համար: Զուգորդությունների գործընթացի միջոցով արթուն վիճակում մաս առ մաս երազի բաղադրիչները մատչելի են դառնում գիտակցության համար: Դա նշանակում է, որ հիվանդը ի վիճակի է իրարից տարանջատել այն, ինչը միավորել է երազի աշխատանքը (Freud, 1901a, էջ 636-642):

Քանի որ ազատ գուգորդությունների մեթոդը այսօր այլևս չի կարելի դիտարկել որպես երազի աշխատանքի պարզ շրջադասություն, խորհուրդ է տրվում ազատ գուգորդությունների նկատմամբ գրավել գործաբանական դիրքորոշում և չանտեսել, թե ինչ կարևոր դեր է խաղում վերլուծողն իր ակտիվ ունկնդրությամբ՝ իր կողմից մեկնաբանվող կապերի ստեղծման գործընթացում: Թե ինչ ուժով են ազդում տեսական ենթադրությունները, մենք պարզ ցույց տվեցինք Կոհուֆի կողմից երազի մեկնությունների ժամանակ:

Մենք օգտագործում ենք թեմայի վրա կենտրոնացված գուգորդություններ՝ վերլուծողի կողմից խթանվող, երազի առանձին տարրերի վերաբերյալ

երազ տեսնողի գուգորդությունները նկարագրելու համար: Չնայած թեմայի վրա կենտրոնացված գուգորդությունները դեռևս ժամանակ առ ժամանակ օգտագործվում են հոգուտ մեկնաբանական աշխատանքի, գրականությունում քիչ նյութ կա երազի վերլուծության մասին: Այս առումով մենք անհարմար ենք զգում այսքան հնաոճ լինելու համար և չենք կարծում, որ երազի մեկնաբանությունը, որը հիմնվում է թեմայի հետ կապված գուգորդությունների վրա, սահմանափակում է հիվանդի ազատությունը: Նաև թեմայի վրա կենտրոնացված գուգորդությունների ժամանակ հարց է ծագում, թե հիվանդի որ գուգորդություններն են, որ ինչ-որ չափով գործ ունեն արտահայտված երազի հետ և, որ կարևոր է, նրա քողարկված մտքերի և յուրահատուկ անգիտակցական ցանկությունների հետ: Սակայն գուգորդությունների դեմ դիմադրությունը տալիս է կոնկրետ ուղի, որով կարելի է առաջ ընթանալ երազի համատեքստում:

Այստեղ կցանկանայինք վերջապես ևս մեկ փաստ հիշատակել՝ այն, որ երազի մեկնության տեխնիկան, որը Ֆրոյդը (Freud, 1923C, էջ 301) բնորոշել է որպես «դասական», գրեթե մոռացության է մատնվել:

Իր մենախոսության մեջ Քրիսը (1982) չի տալիս երազի դասական մեկնաբանության ոչ մի օրինակ: «Ազատ գուգորդությունների մեթոդը և գործընթացները կընկալվեն համակողմանիորեն. դա մի ընդհանուր գործընթաց է, որի ժամանակ հիվանդը փորձում է բոլոր մտքերն ու զգացմունքներն ընդգրկել խոսքերի մեջ, իսկ վերլուծողը, որն առաջնորդվում է սեփական գուգորդություններով, օգնում է հիվանդին այդ գործում» (Kris, 1982, էջ 3 և 22):

Ազատ կամ ավելի ազատ գուգորդություններ առաջադրել կարողանալը դիտարկվում է որպես ներքին ազատության արտահայտություն և, հետևաբար, բուժման ցանկալի նպատակ: Սակայն դրանք ոչ թե վերլուծողի սեփական գուգորդությունները կամ հավասարապես բաշխված ուշադրությունն են որպես այդպիսիք, որ օգնում են հիվանդին: Կարևոր է, թե ինչպես է վերլուծողը հասնում օգտակար մեկնաբանությունների և թե ինչպես են դրանք ազդում հիվանդի վրա: Անմիջապես ամեն մի միջամտությունից հետո (հիվանդի խոսքի ընդհատումից հետո) սեանսը սկսում է կենտրոնանալ այս միևնույն թեմայի վրա: Նույնիսկ մեկնաբանությանը տրվող արձագանքի լիարժեք բացակայությունը այնպիսի հակազդում է, որը վերլուծողը ուշադրության է առնում: Այս դեպքում վերլուծողի՝ հավասարապես բաշխվող ուշադրությունը կենտրոնանում է թեմայի վրա այնքանով, որքանով այդ նույն թեմայի վրա կենտրոնանում է հիվանդը՝ արձագանքելով վերլուծողի միջամտությանը և ոչ թե անտեսելով այն: Թե ինչպես է վերլուծողը հիվանդի գուգորդություններից հասնում իր մեկնաբանություններին, ինչպես է գտնում ճիշտ խոսքերը, այս գլխի քննարկման թեման չէ (տե՛ս գլուխ 8): Որքան բազմակերպ և մանրամասն են հիվանդի գուգորդությունները, այնքան դժվար է վերլուծողի համար ընտրություն կատարել և հիմնավորել այն՝ նկատի ունենալով ձևանմուշները և նյութի

ուրվագիծը: Այդ պատճառով նպատակահարմար է մի կողմից դիտարկել այն, ինչ ասում է հիվանդը՝ շարունակականության ապահովման տեսանկյունից այն կարևորելով, այսինքն՝ նախորդ սեանսի թեմաներից ո՞րն է շարունակվում այսօր, իսկ մյուս կողմից էլ դիտարկել յուրաքանչյուր սեանսը առանձին՝ փորձելով հասկանալ, թե որ խնդիրն է փորձում հիվանդը լուծել:

Սպենսը (1981) խորհուրդ է տալիս բաժանել զուգորդությունները երկու մասի՝ առաջնային և երկրորդական՝ հասնելու այնքան ցանկալի «փոխակերպման կանոններին»: Զուգորդությունների կիրառման համար հիմք է հանդիսանում արդեն հիշատակված «համապատասխանեցման նախադրյալը» (Spence 1981, էջ 387). զուգորդությունները համապատասխանեցվում են երազի մտքի հետ, որովհետև զուգորդություններ առաջադրելու վիճակի ռեգրեսիան համապատասխանում է քնի կամ սիրահարվածության ժամանակ «բարորակ ռեգրեսիային»: Առաջնային զուգորդությունները նրանք են, որոնք պատճառականորեն կապված են երազի հետ, նրանք տանում են դեպի երազի մանրամասները: Երկրորդական զուգորդությունները նրանք են, որոնք հուշում է հենց երազը. նրանք շեղում և հեռացնում են երազից: Այդ տարբերության ավելի մեծ կարևորության պատճառով մենք կցանկանայինք մեջբերել Սպենսին (1981, էջ 391).

1. Մենք պետք է ենթաբաժանենք երազ տեսնողի զուգորդությունները առաջնային (երազի ենթադրված պատճառ) և երկրորդական (առաջացած երազի կողմից, ինչպես այն տեսնվել է առանց երազի պատճառի նկատմամբ նշանակալի հարաբերության): Բոլոր առաջնային զուգորդությունները պետք է որ ծագեն հիվանդի կյանքի նույն ժամանակահատվածից. որպես աշխատանքի կանխավարկած կարող ենք վերցնել երազին նախորդող 24-ժամյա ժամանակահատված: Որքան սահմանափակ լինի այդ ժամանակահատվածը, այնքան վստահ կլինենք, որ մենք հատկորոշել ենք ճշմարիտ առաջնային զուգորդությունները: Մյուս կողմից, երբ ժամանակահատվածը, որում մենք փնտրում ենք, նշանակալի կերպով ընդլայնվում է (երբ, օրինակ՝ հիվանդի ողջ կյանքն է ընդգրկվում), դրանով մենք նվազեցնում ենք հնարավորությունը՝ գտնել ինչ-որ բան, որ կարևոր առնչություն ունի երազի պատճառի հետ, և մեծացնում ենք հնարավորությունը՝ ըմբռնել միայն երկրորդական զուգորդությունները:

2. Առաջնային զուգորդությունները պետք է ներկայացվեն որպես դատողությունների նվազագույն հավաքակազմ: Այս քայլի նպատակն այն է, որ յուրաքանչյուր զուգորդություն ներկայացվի ստանդարտ ձևով՝ ողջ կազմի ընդհանուր հատկանիշները գտնելը հեշտացնելու և փոխակերպման օրենքների ծանաչման համար ծանապարհ բացելու նպատակով:

3. Մենք ստիպված կլինենք նվազեցնել պատճառաբանված դատողությունների քանակը մինչև սահմանափակ կազմ՝ բաղկացած փոխակերպման մեկ կամ ավելի կանոններից: Յուրաքանչյուր կանոն (կամ կանոններ), որ կիրառվում է կանոնիկ դատողության նկատմամբ, պետք է առաջ բերի հենց երազի մեկ կամ մի քանի մանրամասնություններ: Կանոնների ամբողջական կազմը դատողությունների ողջ կազմի հետ միասին պետք է հաշվի առնի բոլոր մանրամասնությունները երազում:

Այսպիսով, ընթացակարգի վերջում մենք արտահայտված երազը կհանգեցնենք ա) հիմնավորված դատողությունների շարքի մակարդակի, բ) մեկ կամ մի քանի փոխակերպման կանոնների կազմի մակարդակի: Փոխակերպման կանոնները կարող են ընդհանրություն ունենալ առաջ-նային գործընթացի մեխանիզմի հետ (Spence, 1981, էջ 391):

Այստեղ Սպենսը նախ և առաջ ձգտում է սահմանափակել իմաստների բազմազանությունը, որը Շպեյստին (1981) բերեց այն հարցադրմանը, թե ինչով է տարբերվում երազի մեկնաբանությունը աստղագիտությունից և պատգամախոսական մեկնաբանությունից, ինչպես նաև խորհրդանիշների սխեմատիկ մեկնաբանություններից, որոնց վրա հիմնված են երազի մեկնումների մասին հանրամատչելի գրքերը: Սկզբից անդրադառնանք կամայականության քննադատության հարցին, որը պաշտպանվում է նույնիսկ մեր շարքերում: Իր «Բազմակողմ գործառույթի սկզբունքը» աշխատությունում Ուելդերը ներդգների մասին գրում է.

«Եթե վեր հանվեին ներդգների հնարավոր տեսությունները, որոնք ներդրող որպես միաժամանակ երեք կամ ավելի խնդիրների լուծում են դիտարկում, և նկատի առնվեր մեկ խնդիրը մյուսին ստորադասելու հնարավորությունը, ներդգի նման տեսությունների քանակը կհասներ տասնյակ հազարների» (Ուելդեր, 1930, էջ 55):

Մեկ այլ տեղում (էջ 297) նա շարունակում է.

«Ի վերջո մենք կարող ենք փնտրել այդ սկզբունքի ազդեցությունը նույնիսկ երազի ոլորտում. երազն այն ոլորտն է, որում հենց սկզբից հայտնաբերվել է գերդետերմինացիա: Այնուամենայնիվ, երազի ընդհանուր բնույթը մնում է հոգեկան ապրումների սահմանափակումը ինչպես դրանց իմաստային կողմի (Գեր-Էգո-ի արժեզրկում, Էգո-ի ակտիվ խնդիրների թուլացում), այնպես էլ աշխատանքի ձևի նկատմամբ (լուծման փորձերի ժամանակ գիտակից աշխատաձևի փոխարինումը անգիտակից աշխատաձևով), և վերջապես՝ ժամանակային առումով (ներկայի թուլացումը հոգուտ անցյալի): Բոլոր այս սահմանափակումները կամ ռեգրեսիաները դիտարկելու ժամանակ, որը նշանակում է փոփոխություններ խնդիրների մեջ և գիտակից աշխատաձևից անգիտակցի շրջադարձային լուծման յուրահատուկ մեթոդներում, երազի երևույթները նույնպես կարող են ներկայացվել բազմակերպ գործառույթի սկզբունքի միջոցով: Երազում յուրաքանչյուր պատահարը հետագայում հանդես է գալիս ութակողմ գործառույթում կամ իմաստների ութ խմբերում: Երազի տարբերությունը բացատրվում է միայն խնդիրների փոփոխմամբ կամ խնդիրների տեղաշարժմամբ և աշխատաձևի վերադասարկությամբ» (1936, էջ 58-59):

Այստեղ նկատի է առնվում այն, որ, հաշվի առնելով մի քանի գործոններ, երազի մեկնաբանության հնարավորությունը հասնում է հազարների: Հետևաբար երազը, ըստ հնարավորությունների, պարունակում է մտքի անվերջ պոտենցիալ՝ որպես բազմաթիվ ձգտումների խտացում: Սակայն, ըստ Շպեյստի (1986), երազի հնարավոր փորձնական մեկնաբանությունները չպետք է սահմանափակել: Իր աշխատանքում նա ներկայացնում է երազի մեկնաբանության մշակումն ու վերստուգումը, որի ժամանակ նա նշում է (էջ 776), որ հոգեվերլուծական հասկացությունները, և մեկնաբանության

կանոնները ունեն և ստանում են «ոչ խստության հորիզոն» և նման գիտատեսական խնդիրների հետ համապատասխանեցման մեջ առաջարկում է (էջ 783) «նաև երազի մեկնաբանությունը ըմբռնել որպես առաջարկվող մեկնաբանություն և ոչ թե որպես նկարագրող հաստատումներ»: Նա խորհուրդ է տալիս հասկանալ երազի ենթադրյալ ցանկությունը, նաև՝ երբ երազ տեսնողը չի գիտակցում այդ ցանկությունը: Որպես ցանկություն Շպեխտը հասկանում է «նախորդող կոնստելյացիա» (S. 768) հասկացության հետ, որի տակ նա ենթադրում է «երազին նախորդող հոգեկան իրավիճակ»: Հետևելով Ռոլանդին (Roland, 1971)՝ նա շեշտում է (ինչպես նաև Սանդը, սակայն Սանդից անկախ) «ռելեվանտ կոնտեքստի» որոշիչ կարևորությունը: Երկու հասկացություններն էլ (ըստ մեզ՝ ճիշտ) բաց են թողնում ժամանակային չափը, ընդ որում՝ թույլ են տալիս ընդգրկել ինչպես օրվա մնացորդներ, այնպես էլ տասնամյակներ առաջ ստացած տրավմաներ: Շպեխտը հանգում է այն եզրակացության, որ հնարավորությունները երազը մեկնաբանելու համար սահմանափակվում են՝ 1) մեկնաբանության կանոններով, 2) երազ տեսնողի ազատ զուգորդություններով, 3) նախորդող կոնստելյացիայում ընկած ցանկությունների թվով, որոնց գիտակից դառնալու համար կան խոչընդոտներ (որոնք ստեղծվում են հակադիր շարժառիթներով): Եթե երազների մեծամասնության մեջ անհնար կլինի համապատասխանություն ստեղծել երազի մեկնաբանության հնարավոր նախագծերի և նախորդող համաստեղություններում ընկած ցանկությունների միջև, ապա Շպեխտը այն կհամարի սխալ: «Հետևաբար երազի տեսությունը սկզբունքորեն հերքելի է՝ ի տարբերություն պատգամախոսական մեկնաբանությունների» (S. 775): Նա առաջարկում է երազի գիտական մեկնաբանության հետևյալ չափանիշները.

1. նախորդող կոնստելյացիաների նկարագրում,
2. մեկնաբանության կանոնների օգտագործում,
3. հաղորդում հիվանդի ազատ զուգորդությունների մասին,
4. հակադիր շարժառիթների նկարագրում (պսիխոգենեզ),
5. երազի տարբեր ցանկությունների դիտարկում,
6. «ձիշտ» մեկնաբանությունների ընտրության հիմնավորում,
7. մեկնաբանությունների վերամշակում,
8. դրանց ազդեցությունը (ուշադրություն դարձնելով «ձիշտ մեկնաբանության» չափանիշներին, դրանց շարքում նոր նյութի առաջացում):

Գիտատեսական բացահայտումների ժամանակ մենք չպետք է մոռանանք, որ երազի մեկնաբանությունը գործնականորեն ծագում է հիվանդի ցանկությունից՝ ունենալ այդպիսի մեկնաբանություն (Bartels 1979): «Իր ինքնությունը պահպանելու համար նա կցանկանար վերացնել խզումը երազի և իր գիտակցական կյանքի միջև», - նշում էր Էրիքսոնը (Erikson, 1954)՝ մեկնաբանելով «հոգեվերլուծությունում երազի նմուշը»՝ ֆրոյդյան Իրմայի երազները:

6. ԱՌԱՋԻՆ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԸ ԵՎ ԵՐՐՈՐԴ ԿՈՂՄԻ ԳԱՂՏՆԻ ՆԵՐԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ

6.1 Խնդրի էությունը

Հիվանդի և վերլուծողի առաջին հանդիպումը սովորաբար տեղի է ունենում ընդունարանում, սակայն նրանցից յուրաքանչյուրը մինչ այդ պահը արդեն մտովի ստեղծած է լինում մյուսի պատկերը: Պատկերացնենք հիվանդի, ով հեռախոսազանգով կամ նամակագրությամբ ընդունելության է գրանցվել: Խորհրդատվության հրատապ անհրաժեշտությունն ընդգծելու նպատակով նա հակիրճ նկարագրել է իր ունեցած խնդիրները կամ էլ իր կյանքի և ներկա դրության վերաբերյալ գրավոր շարադրել է հիմնական մանրամասները: Հիվանդը, հավանաբար, հայտնել է նաև իր կասկածներն ու հույսերը, որ տվյալ վերլուծողը, որի մասին ընդամենը լսել է, կընդունի իրեն, ինչպես նաև հույս է հայտնել, որ հոգեվերլուծության կուրս անցնելու՝ երկար ժամանակ հետաձգված որոշումը, վերջապես կհանգեցնի խրոնիկական ախտանշանների հաջող բուժմանը: Վերլուծողն էլ, իր հերթին, ենթադրություններ է արել հիվանդի կյանքի և ներկա դրության վերաբերյալ՝ ելնելով նրա այցից, նամակի բովանդակությունից և ձևից կամ հեռախոսազանգից: Այսպիսով, անգամ մինչ առաջին հանդիպումը տրանսֆերի, հակատրանսֆերի և դիմադրության գործընթացներն արդեն սկսված են:

Ենթադրյալ հիվանդը կարող է նույնիսկ երազում տեսնել մի տուն և, միայն արթնանալով, հասկանալ, որ այդ տունը նման է այն շենքին, որտեղ գտնվում է վերլուծողի աշխատասենյակը: Իր հերթին, վերլուծողն իր մեջ կարող է նկատել դրական հակատրանսֆերի նշաններ՝ հասկացության ամենալայն իմաստով: Հիվանդի ներկայացրած աշխատանքային ժամանակացույցից ելնելով՝ վերլուծողը ենթադրում է, որ վերջինս կարող է բավականաչափ հարմարվողական լինել հանդիպումների նշանակման հարցում և նայում է սեփական ժամանակացույցին՝ տեսնելու, թե ինչ կարող է առաջարկել:

Նմանատիպ երևակայական իրավիճակի հակիրճ զննությունից հետո կարելի է անել երկու եզրակացություն. Նախ՝ հիվանդի և վերլուծողի միջև տրանսֆերի, հակատրանսֆերի և դիմադրության գործընթացները սկսվում են մինչև առաջին հանդիպումը, և երկրորդ՝ նախքան առաջին հարցազրույցը հիվանդի հույսերը սկսում են ազդել վերջինիս մտածական գործունեության վրա երազներում:

Ահա թե ինչու է այս գլուխը հաջորդում հոգեվերլուծության այդ ասպեկտներին նվիրված գլուխներին: Տրանսֆերի, հակատրանսֆերի և դիմադրության գործընթացների հետ կապված՝ ցանկանում ենք ընդգծել վերլուծողի վերաբերմունքի կարևորությունը առաջին և բոլոր հետագա

հանդիպումների ժամանակ: Սա կարևորում ենք հատկապես նրանց համար, ովքեր որոշել են սկսել այս գլխից, որովհետև այն համարվում է հոգեվերլուծական պրակտիկայի ներածությունը: Մեր ներածական դրույթներից փորձառու ընթերցողը կարող է եզրակացնել, որ նմանատիպ երևակայական հիվանդի հետ առաջին հարցազրույցի արդյունքները կարող են որոշակի հստակությամբ կանխատեսվել՝ հիմնվելով անգամ այսպիսի սակավ տեղեկատվության վրա: Նման դեպքերում չկա խիստ կոնկրետ ախտորոշման անհրաժեշտություն, և վերլուծություն իրականացնելու որոշումն էլ ընդունվել է նախքան վերլուծողի՝ ավելի կոնկրետ նշանակումների շուրջ մտածելը: Որոշ դեպքերում կարելի է խուսափել առաջին հարցազրույցից կամ հստակեցումների երկարատև փուլից: Երկու կողմերի՝ թե՛ վերլուծողի, թե՛ հիվանդի համար էլ պարզ է, որ առաջին հարցազրույցը նշանակում է բուժման սկիզբ: Յուրաքանչյուր վերլուծող ծանոթ է նման արագ որոշում կայացնելու գործընթացին, որը բոլորովին կապված չէ փոխադարձ համակրանքի և հիացմունքի հետ: Ընդհակառակը, վերլուծողը հեշտությամբ շաբաթը 4 կամ 5 սեանս է նշանակում, քանի որ երկու կողմերի ակնկալիքներն էլ համընկնում են: Այլ կերպ ասած՝ ամեն ինչ համապատասխանում է. տարիքը, կրթությունը, ախտանշանների բարդությունը, մասնագիտական հաջող կարիերան, որը հիվանդին տալիս է ֆինանսական անկախություն և ապահովում հանդիպումների նշանակման մեջ նրա հարմարվողականությունը:

Զարմանալի չէ, որ հոգեվերլուծության վերաբերյալ գրականության մեջ բուժման ներածական փուլը ավելի մանրամասն է քննարկված, քան առաջին հարցազրույցը: Մենք նույնպես կնախընտրեինք շրջանցել առաջին հարցազրույցի քննարկումը և անմիջապես անցնել բուժման կանոններին և առհասարակ բուժման սկզբին: Այնուամենայնիվ, չենք կարող խոսել միայն իդեալական հիվանդների մասին, ովքեր վերլուծողին են դիմում դրական մոտիվացիայով և գիտակցում են իրենց ախտանշանների, կյանքի խնդիրների ու կոնֆլիկտների միջև կապը, այսինքն՝ հիվանդի, որը հոգեվերլուծության տեսակետից արդեն իսկ ցանկալի պատկերացում ունի սեփական հիվանդության վերաբերյալ: Նման հիվանդներ, իհարկե, գոյություն ունեն, բայց նրանք շատ քիչ են. իրականում ամեն ինչ այլ կերպ է: Եթե հիվանդն ունի հոգեկան և ֆիզիկական մի շարք խնդիրներ (հիվանդությունների մի ամբողջ ցանկ) և այնքան էլ ֆինանսապես ապահովված և լավ կրթված չէ, առաջին հարցազրույցը վճռական կարևորություն է ստանում: Երբ առաջին հարցազրույցին չի վերագրվում կասկածելի ալիբիի գործառույթը, այն է՝ ընտրել հոգեվերլուծության համար հարմար հիվանդի, կարելի է գործել ֆրոյդին հատուկ տրամադրվածությամբ և փորձերում ցուցաբերած նրա ոգևորությամբ:

Առաջին հարցազրույցը մենք դիտում ենք որպես հոգեվերլուծական մեթոդների՝ առանձին հիվանդի հատուկ կարիքներին հարմարեցնելու առաջին հնարավորություն: Առաջին հանդիպումների վրա ընկնում է մեծ

պատասխանատվություն: Միայն մի քանի հանդիպումների ընթացքում հավաքած տեղեկատվությունը թերի է և անհուսալի: Սկզբունքորեն՝ միայն բացարձակ հստակ դեպքերում կարելի է վստահաբար պնդել, որ տվյալ հիվանդին հոգեվերլուծությունը օգնել չի կարող, քանի որ հոգեվերլուծական մեթոդը հիմնվում է հիվանդի՝ որպես անհատի հետ վերլուծողի որոշակի միջանձնային փոխհարաբերությունների հաստատման վրա, ինչը հնարավորություն է տալիս արդյունավետ թերապևտիկ ազդեցություն գործել մասամբ կամ ամբողջությամբ հոգեկան ծագում ունեցող խանգարումների, ախտանիշների և հիվանդությունների վրա: Այդ իսկ պատճառով օգտագործում ենք փոքր-ինչ հավակնոտ բառ՝ խոսելով հանդիպման մասին, որտեղ կիրառվում են բոլոր տեխնիկական կանոններն ու նեղ մասնագիտական եզրերը:

Պարզապես անհրաժեշտ է սոսկ ընդհանրացումներից առաջ անցնել: Որքան լավ են ձևավորված և մշակված թերապևտիկ մեթոդները և տեխնիկաները, այնքան ավելի հստակ են դրանք կապված տվյալ հիվանդության ծագման տեսության հետ, և այնքան ավելի ստույգ կարելի է կանխագուշակել դրանց արդյունավետությունը: Եվ որքան ավելի լավ են հայտնի հիվանդության ծագման հանգամանքներն ու որքան ավելի հստակ են ուրվագծված բուժման հեռանկարները, այնքան ավելի ճշգրիտ են կանխատեսումները: Այսպիսով, բժշկության մեջ տեխնիկայի ստանդարտացումն ու ընդհանրացումը, դրանց կիրառումը կոնկրետ դեպքի համար՝ հիվանդի անհատական կարիքներին հարմարեցնելու հնարավորությամբ, գիտական տեսանկյունից և պրակտիկայի առումով իդեալական են: Այդպիսի մոտեցման դեպքում բուժական տեխնիկայի մեջ թույլ տրված սխալները համարվում են սահմանված նորմայից շեղումներ: Սա առավել ակնհայտ է դառնում դիրքի չարաշահման դեպքերի բացահայտման ժամանակ:

Կարելի՞ է արդյոք այդ իդեալը կիրառել հոգեվերլուծության մեջ, և կարո՞ղ ենք արդյոք ակնկալել, որ առաջին հարցազրույցից բավականաչափ տեղեկատվություն կստանանք բուժման գործընթացի վերաբերյալ դրական կանխատեսումներ անելու համար: Այսինքն՝ ախտորոշումը և արդյունքների կանխատեսումը փոխկապակցված են: Դա ակնհայտ է դառնում յուրաքանչյուր հիվանդի տված հարցերից. «Վիճակս բարելավվելու, բուժվելու ի՞նչ հնարավորություններ ունեմ, եթե սկսեմ հոգեվերլուծությունը», «Հաջողության հեռանկարները կնվազե՞ն, եթե ես ձեզ այցելեմ շաբաթական երկու անգամ»: Նման հարցերը վերլուծողին անհարմար դրության մեջ կարող են գցել, այդ պատճառով էլ ընդունում ենք, որ մենք նույնպես կնախընտրեինք ստանդարտացված պայմաններում աշխատել՝ այն նախապայմանով, որ ախտորոշումը պարզաբանի հիվանդության առաջացումը՝ հիմնավորելով ախտանշաններն ու կանխատեսումները:

Եթե ստանդարտ հոգեվերլուծական մեթոդի համար համապատասխան հիվանդների ընտրությունն առաջին հարցազրույցի միակ կարևոր խնդիրը լիներ, ապա մենք հնարավորություն կունենայինք անմիջապես թերապիայի,

այսինքն՝ հոգեվերլուծական գործընթացին անցնել, որի ընթացքում կտրվեին կանխատեսումները: Սակայն էության արտաքին կողմը խաբուսիկ է. այսպես կոչված համապատասխան դեպքի համար մշակված տեխնիկական չափանիշները ձևական չափանիշներ են և, որպես այդպիսիք, կապված չեն էության ու բովանդակության հետ և նույնիսկ հակասում են դրանց: Այդ իսկ պատճառով, առաջին հարցազրույցի մասին խոսելիս, հարկ է հաշվի առնել բազմաթիվ գործոններ, իսկ այդ բազմազանությունն անհրաժեշտ է դիտարկել լուծում պահանջող խնդիրների համատեքստում: Մի քանի դիտարկումներից հետո կցանկանայինք ընդլայնել հեռանկարը և առաջին հարցազրույցի վրա լույս սփռել տարբեր կողմերից: Հատուկ կարևորություն ենք տալիս հոգեվերլուծողի դիրքորոշմանը, օրինակ՝ տրանսֆերի, հակատրանսֆերի և դիմադրության գործընթացներին նրա հատկացրած ուշադրությանը: Հոգեվերլուծության գործիքները, բուն իմաստով, հաճախ չեն կարող կիրառվել, որի պատճառով էլ մեծ նշանակություն են ստանում հոգեվերլուծողի վերաբերմունքը և հիվանդի հետ նրա հաղորդակցումը: Այսպիսով՝ հատուկ հոգեվերլուծական հարցազրույցի մեթոդի մշակումը փոքր-ինչ ուշացած էր, չնայած որ հոգեվերլուծությունը շուտով իր ազդեցությունն ունեցավ ԱՄՆ-ում անցկացվող հոգեբուժական հարցազրույցներում, ինչպես նաև Գերմանիայում ընդունված հոգեմարմնական հիվանդությունների բուժման մեջ:

Այս գլխում մեր նպատակն է արժանին մատուցել ինչպես հարցազրույցի ընդհանուր պահանջներին, այնպես էլ հոգեվերլուծական հարցազրույցի առանձնահատկություններին: Այդ նպատակով ընթերցողին պետք է ծանոթացնենք մի շարք տեսակետների հետ, քանի որ, չնայած դրական կանխատեսումներ անելու բժշկական մոդելը հարմարեցվել է հոգեվերլուծության ստանդարտ մեթոդին, դժվար թե գտնվի մի վերլուծող (բացառությամբ վերոնշյալ հազվադեպ հանդիպող դեպքերի), որը հիվանդի հետ միայն մի քանի հանդիպումների հիման վրա կկարողանա հստակ կարծիք կազմել:

Զարմանալի չէ, որ այն դեպքերում, երբ վերլուծողը կարծում է, թե առաջին հանդիպումը կարող է անցկացվել մոտավորապես ըստ հիմքային տիպարի մեթոդի, հիվանդները, պարզվում է, ենթակա են վերլուծության ըստ ստանդարտ պայմանների: Իսկապես կարևոր է, թե ինչպես է, օրինակ, հիվանդն արձագանքում փորձնական մեկնաբանություններին, քանի որ հասկանալի պատճառներով դա կարող է արտացոլել վերջինիս կողմից կոնֆլիկտների ընկալման և գիտակցման ունակությունը: Առավել կարևոր է այն, որ հիվանդի՝ փորձնական մեկնաբանություններին և հոգեվերլուծական մեթոդի այլ գործիքներին արձագանքները կախված են մի շարք որոշիչ գործոններից, ինչպես օրինակ՝ ժամանակի սահմանումից:

Բազմաթիվ գործոններից է կախված այն, թե հիվանդին որքան ժամանակ է հարկավոր՝ ընտելանալու տվյալ վերլուծողի կողմից անցկացվող հոգեվերլուծական երկխոսությանը, և հավանականությունը, որ նա կարող

է ընկալել փորձնական մեկնաբանությունների իմաստը, տարբեր է: Սա վերաբերում է նաև մյուս չափորոշիչներին:

Վերջապես մեր նկարագրության վրա ազդում է նաև այն համոզմունքը, որ առաջին հարցազրույցի ժամանակ կիրառված մեթոդը պետք է համապատասխանեցվի առանձին հիվանդների հատուկ կարիքներին և հանգամանքներին:

6.2 Ախտորոշում

Ֆրոյդի ախտորոշիչ հետազոտությունները բացառում էին ֆիզիկական հիվանդությունները և հոգեկան խանգարումները: Հոգեվերլուծության մեթոդի սահմանափակումները կարծես ավելի շատ կապված էին ամբուլատոր և ոչ ստացիոնար բուժման սահմանափակումների, քան թե բուն մեթոդի սահմանափակումների հետ: Ֆրոյդը, որը երբեք չէր տատանվում ընդունել ծանր վիճակում գտնվող հիվանդներին, ժամանակավոր ստացիոնար բուժումը համարում էր հոգեվերլուծության մեթոդի կիրառելիությունն ընդլայնելու միջոց (Freud, 1905a): Հենց որ ապահովվում էին տարրական նախապայմանները, և լուծվում էր վճարման և հանդիպումների նշանակման հարցը, հիվանդին անմիջապես բացատրվում էր հիմնական սկզբունքը, և վերլուծությունը սկսվում էր: Այն ժամանակ, ինչպես այսօր, հոգեհասարակական գործոնները, ինչպիսիք են կրթությունը, տարիքը և մոտիվացիան, կարևոր նշանակություն ունեին: Նախքան բուժման առաջին փուլը սկսելը, Ֆրոյդը չէր հավաքում մանրակրկիտ տեղեկություններ հիվանդներից. նրա նախնական հարցազրույցը, ինչպես օրինակ՝ մարդառնետի դեպքում (Freud, 1909d, էջ 158), շատ հակիրճ էր:

Ֆրոյդի մոտ բոլոր հիվանդները «վերլուծության մեջ» էին: Այն բանից հետո, երբ Ֆրոյդը դադարեց կիրառել հիպնոսը, նա այլևս չէր տարբերակում հոգեվերլուծության թերապիայի տարբեր ձևերը. պարզապես գոյություն ուներ հոգեվերլուծության մեթոդը: Ֆրոյդը հիմնականում բուժում էր ծանր վիճակում գտնվող հիվանդներին՝ նրանց, ովքեր ի վիճակի չէին հաղթահարելու կյանքի դժվարությունները, և որոնց համար էլ հենց մշակվել էր հոգեվերլուծական թերապիան (Freud, 1905, էջ 263):

Ինչպես Ֆենիխելն էր հայտնում Բեռլինյան ինստիտուտի կլինիկայի վերաբերյալ, հոգեվերլուծության համար հիվանդների ընտրության խնդիրը ի հայտ եկավ այն ժամանակ, երբ պահանջարկը գերազանցեց առաջարկը:

Քանի որ խորհրդատվության համար գրանցվողների քանակը գերազանցում էր հնարավոր վերլուծությունների քանակը, անհրաժեշտություն առաջացավ դիմել հիվանդների միջև ընտրություն կատարելու տիպիկ գործընթացին: Անշուշտ, ընտրության հիմնական չափանիշը վերլուծության համար համապատասխան ախտանշանների առկայությունն էր, սակայն ինստիտուտը առաջ էր քաշել ևս երկու պայման. դեպքը պետք է արժեքավոր լիներ գիտական հետազոտության և ուսուցման համար (Fenichel, 1930, էջ 13):

Խորհրդատվությունների և նախաձեռնված բուժումների քանակը 2,5:1 հարաբերակցությամբ էին: Բեռլինի ինստիտուտում հոգեվերլուծական բուժման իրականացումը մեկնարկեց փորձարարության հնարավորություն ձեռք բերելու ջերմագին եռանդի պայմաններում, ինչն արտացոլվում է վերլուծությունների վաղաժամ ընդհատման դեպքերի բարձր քանակությամբ (241 դեպք՝ 721-ից):

Վաղաժամ ընդհատված վերլուծությունների հարաբերականորեն մեծ թիվը կարելի է բացատրել: Դեպքերի մեծամասնության պարագայում սկզբիցնեթե կասկածելի էր՝ արդյոք հիվանդների տվյալները պետք է ներգրավվեին բուժման ծրագրում, բայց նրանք այնուամենայնիվ, ենթարկվեցին «փորձնական վերլուծության», որի ավարտին վերլուծողը ստիպված էր լինում առաջարկել ընդհատել վերլուծությունը (Fenichel, 1930, էջ 14):

Փորձնական վերլուծությունը թույլ էր տալիս ավելի կոնկրետ կանխատեսումներ անել և հենց սկզբից ուղեկցվում էր հիվանդի հետևյալ հարցով. «Եթե փորձնական վերլուծությունից հետո պարզվի, որ իմ դեպքը ենթակա չէ հոգեվերլուծության, ապա ինչպիսի՞ բուժում պետք է նշանակվի ինձ համար»: Նման հարցադրումը սասանում էր հիվանդի՝ որպես այդպիսին գոյության հիմքերը: Թվում է, թե այս խնդրից հնարավոր կլինեին խուսափել, եթե հիվանդն անտեղյակ լինեի փորձնական վերլուծությունից, այսինքն՝ վերլուծողը կարող էր իրականացնել փորձնական վերլուծությունը առանց հիվանդին այդ մասին տեղեկացնելու, բայց սա էլ անթույլատրելի կլինեի հոգեվերլուծական մեթոդում:

Ավելին, փորձնական վերլուծությունը միայն ստանդարտացված մեթոդի համատեքստում համապատասխանության թեստ է, որը նույն վերլուծողը հետագայում նորից կիրառելու է: Ուստի, հիվանդի վարքագիծը փորձնական վերլուծության ժամանակ, անհրաժեշտ է դիտարկել կանոնի ընկալման մեկ կոնկրետ տեսանկյունից: Այսօր ամբողջատոր հոգեվերլուծական կլինիկաներում խորհրդատվության համար դիմող հիվանդների միայն մի մասը կարող է անցնել փորձնական վերլուծությունը հիմնական մեթոդի համաձայն: Հասկանալի էր փորձնական վերլուծության մեթոդից հրաժարվելը, քանի որ մերժումը կարող էր ցավալի ազդեցություն ունենալ հիվանդի վրա, հատկապես եթե վերջինս որակվեր որպես «վերլուծության համար անհամապատասխան», և նրան չառաջարկվեին բուժման այլընտրանքային տարբերակներ:

Իհարկե, փորձնական վերլուծությունից հրաժարվելը չլուծեց խնդիրը, այլ պարզապես տեղափոխեց այն՝ բերելով առաջին հարցազրույցին: Հետագայում կտեսնեք, որ այս բեռը շարունակելու է անտանելի մնալ երկու մասնակիցների համար էլ, և այդպես էլ այս խնդիրը դեռևս չի ստացել իր լուծումը, քանի դեռ ցուցումների հարմարեցումը կոնկրետ հիվանդի կարիքներին չի դարձել ախտորոշման և թերապիայի հիմնական սկզբունքներից մեկը: Նախ, այնուամենայնիվ, կցանկանայինք նշել, որ խնդիրները, որոնք պետք է լուծվեին Բեռլինի հին հոգեվերլուծական

ինստիտուտին պատկանող կլինիկայում, առաջին հարցազրույցի ժամանակ դեռևս ծագում են բոլոր մեծ կլինիկաներում: Այս պատճառով առաջին հարցազրույցի թեմայով հրապարակումները հիմնվում են վերլուծողների՝ ինստիտուտներում ձեռք բերված փորձի վրա, քանի որ մասնավոր պրակտիկայում այդ խնդիրը ոչ այդքան հաճախ է ի հայտ գալիս: Մինևույն ժամանակ շատ քիչ հոգեվերլուծական կրթական կենտրոններում է միայն հարցազրույցի մեթոդը առանձին ուսուցանվում: Կարելի է առանձնացնել զարգացման հետևյալ հիմնական ուղղությունները. ընդհանուր ախտորոշման մեջ հոգեվերլուծությունը տարիների ընթացքում հոգեբուժությունից վերցրել է հիվանդությունների դասակարգման համակարգը: Հոգեմարմնական բժշկության ախտորոշիչ մոդելները եղել են և մնում են ֆիզիկական ախտանշանագիտությանը կողմնորոշված: Հոգեվերլուծական առաջին հարցազրույցը համեմատաբար ավելի ուշ է ի հայտ եկել և մշակվել է ամբուլատոր կլինիկաներում:

Հոգեվերլուծական մոտեցումը և հոգեվերլուծական մտածողությունը մեծ ազդեցություն են գործել հոգեբուժական հետազոտության մեթոդի վրա: Այստեղ ևս, ինչպես պատմության ողջ ընթացքում, կարող են լինել տասնամյակներ տևող տարաժամանակյա փուլեր, իսկ միջգիտական ազդեցությունը երկար ժամանակ կարող է աննկատ մնալ: Բայց հոգեբուժական ախտորոշումը, անկասկած, փոփոխության է ենթարկվել Բլոյլերի (Bleuler, 1910) հոգեվերլուծական մտածողության յուրացմամբ: Բլոյլերի Բարգհոլզիի դպրոցի շնորհիվ հոգեբույժները (օրինակ՝ Բրիլը, Փաթենը) ծանոթացել են հոգեվերլուծական մեթոդին և նպաստել դրա տարածմանը ԱՄՆ-ում, որտեղ այն արդեն մուտք էր գործել Մեյերի սոցիալ-հիգիենիկ և հոգեթերապևտիկ գաղափարների շնորհիվ: Հոգեդինամիկ մտածողության ազդեցությունները շոշափելի էին արդեն 1930-ականներին: Առանձին քայլերը ներկայացվել են Գիլի կողմից (Gill, 1954), որը կարևոր ներդրում ունեցավ՝ տալով հոգեդինամիկ հարցազրույցի մեթոդի սահմանումը: Նրանք հակադրում են ավանդական հոգեբուժական հետազոտությունը «դինամիկ հարցազրույցին», որը երեք նպատակ ունի.

Առաջին նպատակը երկու օտար անձանց միջև փոխադարձ կապի հաստատումն է: Նրանցից մեկը մասնագետն է, իսկ մյուսն՝ այն մեկը, ով հոգեպես տանջվում է և հաճախ տառապանք է պատճառում նաև ուրիշներին: Անկախ նրանից, թե ովքեր են վերլուծողը և հիվանդը, պետք է փորձ արվի՝ հասկանալ հիվանդին, հասնել մարդկային ջերմ փոխհարաբերության և որոշակի փոխադարձ հարգանքի: Հարցազրույցի մասին գրող բոլոր հեղինակներն ընդգծել են սա, և մենք լիովին համաձայն ենք նրանց հետ այդ հարցում: Երկրորդ նպատակը հիվանդների հոգեհասարակական վիճակի գնահատումն է: Երրորդ նպատակը հիվանդի մոտ բուժումը շարունակելու ցանկության ուժգնացումն է և նրա հետ միասին այս ուղղությամբ հետագա քայլերը ծրագրելը (Gill, 1954, էջ 87-88):

Հոգեբուժական ախտորոշման հիմքում ամբողջ իրավիճակի գնահատումն է, և այն համապատասխանում է Բալինթի առաջարկած ամբողջական

ախտորոշման հասկացությանը: Գիլի և մյուսների կողմից հիվանդի զարգացումն ու նրան տրվող աջակցությունը առաջին հարցազրույցի խնդիրների շարքում ընդգրկելը, մեր կարծիքով, կարևոր քայլ է պարզապես ախտորոշիչ հարցազրույցից դեպի թերապևտիկ գործողություններ ձանապարհին:

Սալիվանն իր «Հոգեբուժության միջանձնային տեսություն»-ում (1953) մեծ կարևորություն է հատկացրել փոխհարաբերությունների հայեցակետին: Անհայտ է մնում այն հարցի պատասխանը, թե արդյոք Սալիվանն իրոք հիմնել է միջանձնային հոգեթերապիա (Interpersonal Psychotherapy), ինչպես պնդում են Գրինբերգը և Միտչելը (1983), թե՞ վերադարձել է առավելապես ներհոգեկան մոտեցմանը (Wachtel, 1982): Տվյալ հարցի պարզաբանումը կախված է նրանից, թե ինչպես է գործնականում իրականացվում վերլուծողի՝ որպես մասնակից-դիտորդի դերը:

1950-ականներին դինամիկ հոգեբուժության ոլորտում աշխատող հոգեվերլուծողների կողմից մշակվեցին հոգեդինամիկ կողմնորոշում ունեցող հարցազրույցի մի շարք տարբեր ռազմավարություններ: Հենց այս ժամանակաշրջանում Դոչն «ասոցիատիվ հիշողությունը» բնութագրեց իր դասավանդման համատեքստում:

«Ասոցիատիվ հիշողության» այս մեթոդը ենթադրում է ոչ միայն հիվանդի հաղորդած տեղեկատվության արձանագրումը, այլ նաև այդ տեղեկատվությունը հաղորդելու ձևի արձանագրումը: Կարևոր է ոչ միայն այն, թե ինչ է հիվանդը պատմում իր գանգատների մասին, այլև այն, թե հարցազրույցի որ փուլում և ինչ առումով է նա ներկայացնում իր մտքերը, գանգատները և սեփական ֆիզիկական ու զգացական խանգարումների մասին հիշողությունները (Deutsch, Myrphy, 1955, 1-ին հատոր, էջ 19):

Հոգեկան ախտաբանության հետազոտությանը և բնութագրմանն ուղղված մոտեցումը փոխարինվեց իրավիճակի դինամիկայի դիտարկմանն ուղղությամբ՝ առանց հատուկ շեշտադրելու փոխհարաբերության բաղադրիչը, այլ այն օգտագործելով հետազոտության ենթակա իրավիճակ ստեղծելու նպատակով: Բավականին արդյունավետ է դիտարկել հոգեբուժության և հոգեվերլուծության այս միակցումը, որին ձգտում էին, օրինակ, Ռեդլիխը և Ֆրիդմանը (Redlich, Freedman, 1966) նկարագրական հոգեկան ախտաբանության բազմազան համակցությունների և ստեղծվող փոխհարաբերությունների ձանաչման տեսակետից:

Քերնբերգի «Կառուցվածքային հարցազրույցը» (Kernberg, 1977, 1981) հոգեվերլուծական ուղղվածություն ունեցող հոգեբուժական առաջին հարցազրույցի երկրորդ սերնդի լավ օրինակ է: Քերնբերգը փորձում է հիվանդի անձնական հիվանդության պատմությունը և նրա ընդհանուր հոգեկան վիճակը կապել հիվանդի և ախտորոշողի փոխազդեցության հետ: Քերնբերգի տեխնիկական ցուցումները ենթադրում են շրջաբերական գործընթաց: Մի կողմից՝ անընդհատ հիվանդի խնդիրներին և ախտանիշներին վերադառնալը թույլ է տալիս սահմանել հոգեախտաբանական կարգավիճակը, մյուս

կողմից էլ՝ ուշադրությունը կենտրոնացվում է հիվանդի և թերապևտի հոգեվերլուծական փոխազդեցության վրա, և «այստեղ և հիմա» իրավիճակում տրվում են մեկնաբանությունները, այդ թվում՝ հակատրանսֆերի մեկնաբանությունները: Հիմնական նպատակն է պարզաբանել էգո-ինքնության ինտեգրումը կամ ինքնության տարածումը, պաշտպանական մեխանիզմների որակը և իրականությունը ստուգելու հնարավորության առկայությունը կամ բացակայությունը: Սա թույլ է տալիս տարբերակել ներդրումների, անձի սահմանային խանգարումների, ֆունկցիոնալ (էնդոգեն) պսիխոզների և օրգանական պատճառներով պայմանավորված փսիխոզների միջև: Հարցազրույց վարողը անում է պարզաբանումներ, մեկնաբանություններ, ստեղծում է առձակատումներ՝ փորձելով ստանալ թերապևտիկ և կանխատեսումների համար արժեքավոր տեղեկություններ: Նա մասնավորապես ցանկանում է գնահատել հիվանդի մոտիվացիան, նրա ներհայեցողական կարողությունը, թերապևտի հետ աշխատելու կարողությունը, գործելու կարողությունը և հոգեկան անհամակշռության վտանգը:

Երբեմն որպես մեկնաբանություններ հիվանդին տրվում են անգիտակցական կապակցություններ, իսկ անձի սահմանային խանգարումներով տառապող հիվանդին տեղեկացնում են իր տարբեր ինքնադրսևորումների մասին: Հիվանդի հակազդեցությունից թերապևտը կարող է անհրաժեշտ եզրակացություններ անել հետագա ախտորոշման և թերապևտիկ բուժման գործընթացների վերաբերյալ:

Տարբերակիչ ախտորոշման կառուցվածքային դասակարգումը հետևում է հոգեբուժության նոզոլոգիական համակարգին՝ բաժանվելով հետևյալ երեք հիմնական դասակարգերի՝ էնդոգեն, էկզոգեն պսիխոզներ և ներդրում: Քերնբերգը, որպես չորրորդ կատեգորիա, ավելացնում է նաև անձի սահմանային խանգարումները: Չնայած երկխոսության շրջաբերական բնույթին՝ Քերնբերգի հարցազրույցի հիմնական թեման, որը նա ավելի է կոնկրետացնում հարցազրույցի սկզբում, ընթացքում և վերջում տրվող հարցերի միջոցով, համապատասխանում է հոգեբուժության երևութաբանական ընկալմանը, այն է՝ գտնել նաև ցերեքրալ խանգարումներով պայմանավորված խանգարումներ, ապա ֆունկցիոնալ և հետո միայն՝ անձի սահմանային խանգարումներ և ներդրումներ:

Կիրառելով «ախտորոշում», «հետազոտություն» և «հիմնական ախտանշաններ» եզրերը՝ Քերնբերգը ցույց է տալիս, որ մի ոտքով ամուր կանգնած է նկարագրական հոգեբուժության ոլորտում: Հարցազրույց վարողի կառուցվածքային գործողությունները, բնականաբար, ազդում են հիվանդի հետ փոխազդեցության վրա: Տարբերակիչ ախտորոշման համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստանալու համար անհրաժեշտ է, որպեսզի հիվանդի և թերապևտի ազատ փոխհարաբերությունները սահմանափակ լինեն: Այնուամենայնիվ, կառուցվածքային հարցազրույցն իրենից ներկայացնում է հոգեախտաբանական նկարագրման և փոխհարաբերությունների վերլուծության հավասարակշռված զուգակցում, որը համապատասխանում

է առաջին խորհրդատվության ժամանակ ներկայացված ախտորոշիչ, թերապևտիկ և կանխորոշիչ պահանջներին: Այն նաև ընդգրկում է հիվանդությունների մի լայն բազմազանություն, որոնք թե՛ մասնավոր պրակտիկայում, թե՛ ինստիտուտներում հանդիպում են միայն սահմանափակող նախնական ընտրության գործընթացների բացակայության դեպքում՝ հաստատելով այն փաստը, որ վերլուծողը բուժում է գրեթե բացառապես ներոգներ: Մեր կարծիքով, Քերնբերգին հաջողվել է հասնել առաջին հանդիպման զանազան գործառնությունների սինթեզին: Հաշվի առնելով, որ ամերիկացի գրեթե բոլոր հոգեվերլուծողները հոգեբուժության դասընթացներ են անցել, հասկանալի է դառնում ամերիկյան հոգեբուժական ինստիտուտներում նախատեսված առաջին հարցազրույցների հատուկ կարևորությունը (Redlich, Freedman, 1966):

Հստակեցնելով՝ կարելի է ասել, որ հոգեդինամիկ հարցազրույցի մեթոդի վրա ազդել են հոգեվերլուծական մոտեցումը և հոգեվերլուծական մտածողությունը, իսկ հարցազրույցի մեթոդն էլ, իր հերթին, ազդեցություն է թողել հոգեվերլուծական պրակտիկայի վրա: Այս երկկողմանի փոխազդեցությունների շրջանակում գոյություն ունեն հատուկ հանգուցային կետեր, որոնք բնորոշում են առաջին հարցազրույցի հիմնական խնդիրները: Մենք լիովին գիտակցում ենք, որ հետևյալ նկարագրության մեջ որոշ հայեցակետերի վրա մեր հատուկ շեշտադրությունը փոքր-ինչ չափազանցում է տարբերությունները:

Նախ կխոսենք «կենսագրական հիշողության» մասին, քանի որ հիվանդի կենսագրության և նրա ներկա ախտանշանների միջև կապի հարցը ծագում է յուրաքանչյուր առաջին հարցազրույցի ժամանակ: Եթե անհրաժեշտ է ծագող իրավիճակից (հոգեվերլուծական եզրերով՝ գայթակղման և ֆրուստրացիայի իրավիճակից) հասնել հոգեկան հիվանդությունների առաջացման բացատրությանը Ֆրոյդի համալրացնող շարքի տեսանկյունից, ապա անհրաժեշտ է հիվանդի մանկությունից ինչ-որ բան իմանալ: Մյուս կողմից՝ այս տեղեկատվության հնարավոր զգացմունքային էությունը բացահայտելու համար անհրաժեշտ է այն ընդգրկել հակամարտության հոգեկան ախտաբանության, իսկ ավելի լայն իմաստով՝ անձի տեսության մեջ: Այստեղ պետք է նշել, որ հոգեվերլուծական առաջին հարցազրույցի հիմքերը մասամբ տրվել են 1920-ական և 1930-ական թվականների ընթացքում ձեռնարկված՝ թերապիայի տեսության համակարգման փորձերում: Վերջապես հասնում ենք Տավիստոկի կլինիկայում փոխներգործուն հարցազրույցի՝ Բալինթի մշակած մոդելին, որի ձևավորման վրա ազդել են օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանությունը և «այստեղ ու հիմա» իրավիճակում բժշկի և հիվանդի միջև ներգործության կարևորությունը:

Պատերազմից հետո Հայդելբերգում հոգեմարմնական բժշկության հիմքերի ձևավորման վրա մեծ ազդեցություն է ունեցել ֆոն Վայցգակերի (1943) հետևյալ հարցը. «Ինչո՞ւ է հիվանդությունն ի հայտ եկել հիմա, և ինչո՞ւ է այն հայտնվում հենց այստեղ՝ տվյալ օրգանում կամ համակարգում»:

Թումեն նկարագրել է հարցազրույցի «կենսագրական հիշողության» մեթոդի մշակումն ու դրա զարգացումը «համակարգված հիշողության»:

«Կենսագրական հիշողության» հիմնական նպատակը (տե՛ս Reffler, 1957) հարցերի միջոցով, ախտանշանների հայտնվելու պահին հիվանդի կյանքի իրավիճակի բացահայտումն ու, այնուհետ, այդ իրավիճակի ձգբիտ նկարագրումն է: Նախնական շրջանում «կենսագրական հիշողությունը» չի հետապնդել թերապևտիկ նպատակ, այսինքն՝ փոփոխության հասնելու նպատակ, այլ ուղղված է եղել հիվանդի անցյալի ախտորոշմանը: Հիվանդ-բժիշկ հարաբերությունները կամ տրանսֆերի և հակատրանսֆերի գործընթացում դրանց արտահայտումը քննարկման առարկա չի հանդիսացել (Thomä, 1978, էջ 254):

Հիվանդի ներկայիս վիճակի, կյանքի նախկին իրադարձությունների, ախտանիշների ծագման և դրանց բարդության տարբեր մակարդակների ժամանակավոր կապը բազմաթիվ, քիչ թե շատ համակարգված հարցազրույցների մեթոդի հենակետն է: Մի շարք տարբեր հիվանդությունների դեպքում «օբյեկտի կորստի, հուսահատության և անօգնականության» երրորդությունը (Engel, Schmale, 1967), էնգելի (Engel, 1962) առաջարկած երկխոսության մոդելի տեսական հիմքն է: Ադլերը (Adler, 1979, էջ 329) էնգելի մեթոդը համարում է հիվանդի պատմության բացահայտման տեխնիկա, որը հնարավորություն է տալիս բժշկին, զարգացող հոգեբանության և ներոզների տեսության իր գիտելիքների հիման վրա, ներառել հոգեկան, հասարակական և մարմնական տվյալները և տեսնել դրանց կարևորությունը:

Ընդհանուր առմամբ ճշմարիտ է այն, որ այս տեղեկատվության որոնման և հարցազրույցները պլանավորելու տեխնիկաների թերապևտիկ նպատակահարմարությունը հիմնականում պայմանավորված է նրանով, թե ինչպես են դրանք կիրառվում: Եթե հոգեվերլուծողին հաջողվում է հիվանդի կյանքից նմանատիպ կոնֆլիկտներն օգտագործել վերջինիս ակնառու կերպով գաղտնի դինամիկայից և կապերից ինչ-որ բան ցույց տալու համար, ապա այս մեթոդը կհեշտացնի հատկապես այն հիվանդների հետ փոխհարաբերության հաստատումը, ովքեր այլ կերպ չէին կարող անարգել հասկանալ հոգեկան խանգարումների սեփական ախտանշանների առաջացման պատճառները:

Տվյալ տեխնիկայում ախտորոշումը հիմնվում էր ներոզների՝ քիչ թե շատ համակողմանի տեսության վրա, իսկ պրակտիկայի ժամանակ երկխոսության վարումը հիմնվում էր հոգեվերլուծական բուժման՝ 1920-1930-ական թվականներին համակարգված տեխնիկայի վրա: Այս տեսանկյունից վճռական էր ամբուլատոր հոգեվերլուծական կլինիկաներում ձեռք բերված փորձը: Ախտորոշման կարողության վրա հատկապես մեծ շեշտադրում էր արված Բեռլինի հոգեվերլուծական հին ինստիտուտում, և անհրաժեշտություն էր առաջացել համեմատելու ստացված տվյալները: Ուսուցանումն ու հետազոտությունները այսպիսով նպաստում էին համակարգմանը: Այս

ամենի գերազանց օրինակ է Ալեքսանդերի վաղ շրջանում գրված աշխատությունը. նրա՝ հոգեմարմնական բժշկության առանձնահատկություններին նվիրված՝ Չիկագոյի հոգեվերլուծական ինստիտուտում արված հետազա հետազոտությունները անհնարին կլինեին առանց ախտորոշիչ հարցազրույցի մոդելի (Alexander, 1950):

Շուլց-Հենկեի «Նպատակաուղղված անամնեզը» (Schultz-Hencke, 1951), որն ուղղված էր ախտանիշներ առաջ բերող գայթակղման և ֆրուստրացիայի իրավիճակների ախտորոշմանը, ժխտում էր առաջին հարցազրույցի ժամանակ փոխհարաբերությունների հաստատման և տրանսֆերի գործընթացի հայեցակետերը: Այս իրավիճակները, որոնք Ֆրոյդը ներմուծել է հոգեվերլուծական տերմինաբանության և պրակտիկայի մեջ, Շուլց-Հենկեն կապում էր հակամարտության և կառուցվածքի իր սեփական տեսության հետ: Հարցազրույցի մեթոդը, հետազայում տարածում գտնելով, կոչվեց «կենսագրական հիշողություն» և մանրամասնորեն դիտարկվեց Դուիսենի կողմից (Duhrsen, 1972, 1981):

Վերջին տարիներին նվազել է հավանականությունը, որ երբևէ կկարողանանք հայտնաբերել հակամարտությունների տիպիկ, առավելապես բնորոշ խմբեր, որոնց մասին, որպես հատուկ վարկած, խոսում են Ալեքսանդերն ու Ֆրենչը: (Alexander, French, 1946): Հոգեդինամիկ հակամարտությունների կաղապարների բազմազանությունը և կլինիկական պատկերի հետ դրանց թույլ կապը, այսինքն՝ «անորոշությունը» (Thomä 1980), առաջին հարցազրույցի ախտորոշիչ բաղադրիչին հարաբերական բնույթ են հաղորդել:

Բալինթի աշխատության հետ սերտորեն առնչվող Տավիստոկի մոդելը ընդգծում է «այստեղ և հիմա» իրավիճակում թերապևտիկ փոխհարաբերությունը, այսինքն՝ տրանսֆերի և հակատրանսֆերի գործառական միավորը: 1950-ական թվականների վերջին Միտչերլիխը ներկայացրեց այս մոդելը Հայդելբերգի համալսարանի հոգեմարմնական ուսումնասիրությունների կլինիկայում, որտեղ այն համարվեց բավականին արդյունավետ, քանի որ երկխոսության հենց սկզբից վերլուծողի ուշադրությունը հրավիրում է իր և հիվանդի միջև փոխներգործության ընթացիկ գործընթացների վրա (Kunzler, Zimmermann, 1965): Երկխոսության գրավոր ամփոփագիրը կազմելիս հատուկ ուշադրության են արժանանում մի քանի կարևոր կետեր: Դրանք են.

Բժիշկ-հիվանդ փոխհարաբերության զարգացումը

1. Ինչպե՞ս է հիվանդը վերաբերում բժշկին: Արդյոք այդ հարաբերություններում նկատվո՞ւմ են փոփոխություններ: Կապված են փոփոխությունները առօրյա վարքի՞, թե՞ հիվանդության հետ:
2. Ինչպե՞ս է բժիշկը վերաբերում հիվանդին: Արդյոք հարցազրույցի ընթացքում վերաբերմունքի մեջ տեղի՞ են ունենում փոփոխություններ:

- ա) արդյոք բժիշկը հետաքրքրված էր հիվանդի խնդիրներով:
- բ) բժշկի մոտ առաջացավ այնպիսի զգացում, որ ինչ-որ մի բանով կարող է օգնել հիվանդին:
- գ) արդյոք բժիշկը հիվանդի մոտ նկատե՞ց մարդկային արժանիքներ՝ չնայած նրա բոլոր թերություններին:

Հարցազրույցի կարևոր պահերը

Այստեղ ուշադրության կենտրոնում հարցազրույցի ընթացքում իրադարձությունների զարգացումն է, այսինքն՝ տրանսֆերի և հակատրանսֆերի արդյունքները:

- 1. Հիվանդի կողմից անսպասելի հայտարարություններ կամ զգացմունքների դրսևորումներ, սխալ պարապրակսիան և այլն, կյանքի որոշակի ժամանակաշրջանների կամ իրեն շրջապատող որոշ մարդկանց ակնհայտ բացառում:
- 2. Ի՞նչ մեկնաբանություններ են տրվել հարցազրույցի ընթացքում, և ինչպիսի՞ն են եղել հիվանդի հակազդումները:

Ստացած տվյալները և դրանց գնահատումը

- 1. Ինչպե՞ս են արտահայտվում խանգարումները հիվանդի կյանքում (հարցազրույցի ընթացքում բացահայտված ախտանիշների թվարկում, այդ թվում՝ նաև այն ախտանիշները, որոնց վերաբերյալ վերլուծողը միայն աղոտ կասկածներ ունի):
- 2. Հոգեդինամիկ եզրերով արտահայտված խանգարման ենթադրյալ բարդությունը:
- 3. Թերապիայի ընտրությունը.
 - ա) կարճատև թերապիայի (կիզակետային հոգեթերապիա) համապատասխանությունը, պատճառները,
 - բ) հավանական հակափաստարկները,
 - գ) հոգեվերլուծության համար հիվանդի «համապատասխանությունը», հիմնավորումները,
 - դ) թերապիայի ցանկացած ձևից հրաժարվելը, պատճառները,
 - ե) բուժման այլ հարմար ձևեր:
- 4. Հաջորդ փուլի նպատակները

Ո՞րն է բժշկի կարծիքով ամենակարևոր ախտանիշը, որից նա կցանկանար սկսել: Ինչպե՞ս կարող է այդ ախտանիշի բուժումը ազդել այլ ախտանշանների վրա: Բուժման հաճախականության և տևողության վերաբերյալ մտորումներ:

Հաջորդ գլխում ավելի պարզորոշ կերպով կներկայացվի, թե ինչպես է Բալինթի մոդելը ազդել առաջին հարցազրույցի թերապևտիկ հայեցակետերի ընկալման վրա: Չնայած որ շատերն են անտեղյակ տվյալ մոդելի մշակումից, այն թե՛ իր նախնական (Balint M. Balint A., 1961, էջ 69–70, Balint et

al., 1972 էջ 19–20), թե՛ փոփոխված ձևերով շատ վայրերում դարձել է առաջին հարցազրույցի թերապևտիկ ընկալման ուղեցույց:

6.3 Թերապևտիկ հայեցակետեր

Տավիստոկի մոդելի մշակումը փոխեց առաջին հարցազրույցի ընկալումը. հոգեվերլուծությունը ներառվեց հարցազրույցի մեջ՝ որպես թերապևտիկ մեթոդ, իսկ ախտորոշումն էլ ստորադասվեց թերապիային: Կամ գուցե ավելի զգուշաբար արտահայտվելով՝ կարելի է ասել, որ առաջին խորհրդատվության ախտորոշիչ և թերապևտիկ գործառնություններն այժմ հավասարաչափ կարևորություն էին վայելում: Այս որակական փոփոխության վերաբերյալ մեր դիտարկումների հիմքում Բալինթի աշխատությունն է: Թեև պետք է նշել, որ մի շարք այլ վերլուծողներ նույնպես մեծապես նպաստել են բժշկի և հիվանդի առաջին հանդիպման ժամանակ առաջին հարցազրույցի թերապևտիկ գործառնության կարևորության բացահայտմանը, մենք Բալինթի աշխատության վրա հիմնվելու ծանրակշիռ պատճառներ ունենք, քանի որ գերմանական հոգեվերլուծության մեջ նրա հիմնական ներդրումները կապված են հենց առաջին հարցազրույցի կառուցվածքի հետ: Թերապևտիկ խնդրի վրա դրվող շեշտադրումը ստեղծում է հենց այն ճկունությունը, որը մենք չափազանց կարևոր ենք համարում, եթե ցանկանում ենք հասնել կանխորոշումների հարմարվողական (կոնկրետ հիվանդի կարիքներին ուղղված) գնահատմանը: Այն փաստը, որ հարցազրույցի տվյալ ոճը նախապես մշակվել է թերապիայի հատուկ ձևի՝ կիզակետային (focal) թերապիայի համար, չի նվազեցնում դրա կիրառելիությունը ընդհանուր հոգեվերլուծության համար: Մյուս կողմից՝ այսպիսի կարճ ժամանակահատվածում խնդիրներին իրական լուծումներ տալը թույլ է տալիս կանխորոշել, որ ավելի երկարատև վերլուծությունը թույլ կտա թերապևտիկ տեսանկյունից ավելի արդյունավետորեն լուծել առավել լուրջ և խորը կոնֆլիկտները:

Եվ իրոք, հազիվ թե գտնվի մի գործոն, որն ավելի մեծ ազդեցություն է ունեցել վերլուծական երկխոսության անցկացման ձևի վրա, քան կիզակետային թերապիայի շրջանակներում մշակված հարցազրույցի մեթոդը: Բալինթի դիտարկումները հաճախ կիրառելի են ինչպես բժիշկի, այնպես էլ հոգեվերլուծողի համար: Սա ավելի խիստ է ընդգծում հարցազրույցի փոխներգործուն բնույթը, այսինքն՝ շատ տարբեր իրավիճակներում դրա կիրառելիությունը: Կենտրոնում, այնուամենայնիվ, երկանձնային գործընթացի դիտարկումն է, որը, Բալինթի բնորոշմամբ, էական է հիվանդի կյանքի պատմության ընկալման համար: Երկանձնային հոգեբանության գաղափարը ենթադրում է վերլուծողի կողմից հաստատվող այն հարաբերակցությունը, որն առկա է հիվանդի ասածի և վերլուծական իրավիճակում նրա ինքնադրսևորման եղանակի միջև: Հոգեվերլուծողը այնուհետ այս

հարաբերակցությունն օգտագործում է ախտորոշիչ և թերապևտիկ նպատակներով: Հետազոտության արդյունքը, հետևաբար, կախված է նրանից, թե ինչպես է իրեն պահում վերլուծողը տվյալ մասնագիտական փոխհարաբերության մեջ և ինչ է ձեռք բերում դրանից:

Ի վերջո, միայն հիվանդի տրամադրած տեղեկատվությունը կարելի է օգտագործել ախտորոշման մեջ, սակայն նրա կողմից ներմուծված տեղեկությունները պետք է ընկալել որպես «հիվանդի հակազդումների ընդհանուր քանակը կոնկրետ բժշկի նկատմամբ, կոնկրետ պահին և կոնկրետ իրադրության մեջ» (Balint M., Balint A., 1961, էջ 167): Սա բժշկի և հոգեվերլուծողի համար ստեղծում է տեսականորեն հետաքրքիր, սակայն գործնականում խնդրահարույց մի իրավիճակ: Գործառույթների և խնդիրների տարբերակումը հանգեցնում է փոխհարաբերության այս միակողմանի տարբերակին: Ինչ վերաբերում է բուժման մեթոդին, այստեղ զարգացող օբյեկտային փոխհարաբերությունները դիտարկվում են առավելապես որպես հիվանդի ներքին պահանջով պայմանավորված փոխհարաբերություններ (տե՛ս Beckmann, 1974):

Բժիշկների համար նախատեսված Բալինթի աշխատություններից հոգեվերլուծողները նաև տեղեկանում են, որ «հիվանդի՝ մարդկային փոխհարաբերություններ զարգացնելու և պահպանելու կարողությունը» (Balint M., Balint A., էջ 183) հարկ է կիրառել որպես որոշումներ ընդունելու չափանիշ: Բալինթի գաղափարների ընդունումը հանգեցրեց հոգեվերլուծության մեջ առաջին հարցազրույցի բնույթի բազմազանությանը և տարբեր ոլորտներում դրա կիրառմանը (Junker, Waßner, 1984): Հարցազրույցի պարամետրերի վերանայումը, որն անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր անհատական դեպքում, միաժամանակ նորամուծությունների հնարավորություն տվեց, որոնք կարևոր դեր խաղացին առաջին հանդիպման տարբեր տեսակների և ձևերի մշակման գործընթացում (տնային կանչ, խորհրդատվություն ընտանեկան բժիշկի հետ, հոգեվերլուծական խորհրդատվություն և այլն): Զ. Ֆրոյդի ինստիտուտում նախապես բացառապես գործնական նպատակներով ներմուծված, առանց նախնական պայմանավորվածության հարցազրույցները հանդես են գալիս որպես չտեսնված նոր ձևեր և ցույց են տալիս, թե հարցազրույցի բովանդակության վրա որքան մեծ ազդեցություն ունեն այն պայմանները, որոնցում այն տեղի է ունենում (Algelander, 1973): Այս տիպի հարցազրույցը արդարացնում է խորը դեպրեսիայի մեջ գտնվող հիվանդի ակնկալիքները: Վերլուծողն իր հերթին հիվանդին ձգնաժամային իրավիճակում է տեսնում, որում թերապևտիկ հնարավորությունները խիստ սահմանափակ են: Վերլուծողի՝ որպես ընդհանուր պրոֆիլի բժշկի համար գուցե անսովոր, բայց կարևոր հնարավորություն է անհապաղ, կարճատև թերապևտիկ աջակցություն ցուցաբերել և այդպիսով այնպիսի վստահության մթնոլորտ ստեղծել, որը կնպաստի հետագա վերլուծությանը: Ամեն անգամ, երբ մասնավոր պրակտիկայում կամ առավել հաճախ ինստիտուտներում վերլուծողները ժամանակ են գտնում շտապ խորհրդատվություն-

ների համար, ստեղծվում են բուժման նոր լայն հեռանկարներ: Հիվանդները, որոնց հետ անցկացվում են նմանատիպ հարցազրույցներ, մեծ մասամբ չեն ընդգրկվում վերլուծական պրակտիկայի այդ խիստ շրջանակների մեջ, և նրանց շնորհիվ վերլուծողները հավելյալ փորձառություն են ձեռք բերում:

Որքան երկար են հիվանդները հարկադրված լինում սպասել հոգեվերլուծության առաջին հարցազրույցին, այնքան հիվանդների ավելի մեծ ընտրության հնարավորություն է ստանում վերլուծողը: Այստեղ գործում են երկու հոգեդինամիկ գործոններ: Մի կողմից՝ հիվանդը, որը հանդիպում նշանակելու քայլ է ձեռնարկել, արդեն իսկ գտնվում է թերապևտիկ իրավիճակում: Իր գիտակցված և անգիտակից ֆանտազիաներում նա վերլուծողի հետ դեռ գոյություն չունեցող տրանսֆերենտ կաղապարներ է փորձարկում: Մյուս կողմից՝ նրա անգիտակցական դիմադրության վրա անխուսափելիորեն ազդում է սպասման արդյունքում առաջացած ֆրուստրացիան:

Առաջին հարցազրույցից առաջ հիվանդին առաջարկված հարցաթերթերն ու թեստերը նրան սթրեսային վիճակի մեջ են գցում, ինչպես նաև հասկանալի կերպով նրա մեջ ինչ-որ ակնկալիքներ են արթնացնում: Հետագայում հարցազրույցի ժամանակ նա բավականին լարված է լինում և հաճախ շատ ավելի մեծ սպասումներ է ունենում վերլուծողից, քան վերջինս ի վիճակի է նրան տալու: Ինստիտուտներում և վերլուծողների մասնավոր գրասենյակներում հիվանդների ակնկալիքները պետք է քննարկման առարկա դառնան հնարավորինս վաղ փուլում:

Առաջին հարցազրույցից հիվանդների տարբեր ակնկալիքները պայմանավորված են նաև բուժման հասանելի տեսակների առկայությամբ, որը տարբեր է տարբեր վայրերում, և որին հիվանդները սովորաբար ամբողջովին ծանոթ չեն: Հիասթափություններից խուսափելու համար ներածական փուլում կարևոր քայլ է հիվանդին հարցազրույցի նպատակներին պատշաճ կերպով ծանոթացնելը (*Հանձնարարական* 1): Հարցազրույցը հիվանդի համար անսովոր իրավիճակ է, և նրա վարքի հիմնական թերությունները պայմանավորված են հենց պատշաճ պատրաստվածության բացակայությամբ: Կրեմերիուսը ներկայացնում է նմանատիպ իրավիճակի մի վառ օրինակ Ֆրանսիայի հոգեմարմնական-հոգեվերլուծական դպրոցի կողմից կիրառված հարցազրույցի մեթոդի իրավիճակային կառուցվածքի իր քննադատության մեջ (Cremerius, 1977):

Կրթված և ոչ կրթված հիվանդների նախնական պատկերացումները հոգեվերլուծության վերաբերյալ այնքան տարբեր են (Cremerius, 1977), որ անհրաժեշտ է համապատասխանաբար հարմարեցնել երկխոսության անցկացման եղանակը: Հիվանդի ընկալման և վերլուծողի սխալ մեկնաբանության մի ցնցող օրինակ է ներկայացնում Շրութերը (1980)՝ հավանաբար ինքն էլ չգիտակցելով դա, բուժման գործընթացի նկատմամբ հատուկ հակազդեցությունների և թերապևտի հետ սոցիալական հեռավորության վերաբերյալ իր էսսեում. «Այնուամենայնիվ, թվում է, թե ստորին խավին

պատկանող հիվանդների ֆրուստրացիան հոգեվերլուծական երկխոսության կոնկրետ առանձնահատկությունների նկատմամբ ավելի մեծ է, քան այլ հիվանդների մոտ» (Schröter, 1980, էջ 60):

Մեզ բարկացնում է այն փաստը, որ սոցիոլոգիական կրթություն ունեցող հեղինակը ներկայացնում է հոգեվերլուծական երկխոսության ինչ-որ մի ձև, որը, կարծես, բացառում է այն իրավիճակների զանազանությունը, որոնցում տեղի են ունենում հիվանդի առօրյա հաղորդակցումները: Չենք կարող թույլ տալ, որպեսզի այս կարծրատիպը (կարծես հոգեվերլուծական գործընթացը ուղղված էր միայն միջին խավի վերին շերտին), առանց քննադատության հանդես գա, հատկապես երբ մենք ունենք հարցազրույց վարելու՝ հիվանդի ներուժին համապատասխան լավ կադապարներ (Deutsch, Murphy, 1955):

Շատ ավելի կարևոր է ուսումնասիրել Բալինթի՝ հաջող հարցազրույցի համար անհրաժեշտ նախապայմանների ստեղծման վերաբերյալ հանձնարարականները (Balint M., Balint A., էջ 187-188), որոնց կցանկանայինք ամփոփ անդրադառնալ: *Առաջին հանձնարարականը* (տե՛ս վերևում) ընդգծում է հանդիպումը պատշաճ կերպով սկսելու կարևորությունը՝ հատկապես հաշվի առնելով հիվանդի տարբեր ակնկալիքների սոցիալական բաղադրիչը: *Երկրորդ հանձնարարականը* վերաբերում է համապատասխան մթնոլորտի ստեղծմանն ու պահպանմանը, որտեղ հիվանդը կկարողանա ազատ արտահայտվել՝ այդպիսով հնարավորություն տալով թերապևտին իրեն ամբողջովին հասկանալու: Սա ստուգում է հարցազրույցը վարողի՝ կարեկցանք արտահայտելու և յուրաքանչյուր նոր հիվանդին հարմարվելու կարողությունը: Դժվարություններն այստեղ անխուսափելի են: Պահանջվում է վերլուծողի՝ երկխոսության մեջ ներդրումներ անելու կարողության նկատմամբ շարունակական հսկողություն: Անհրաժեշտ է անընդմեջ հսկել այն, ինչ վերլուծողը ներմուծում է երկխոսության մեջ: Բալինթներն ընդգծում են սրա կարևորությունը՝ նշելով, որ բժիշկը, որն ամեն անգամ փորձում է խրախուսել հիվանդին՝ նկատելով նրա սթրեսային իրավիճակը, ավելի մեծ հնարավորություն ունի նրա վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու, քան այն բժիշկը, որը միայն պասիվ լսողի դերում է, իսկ հարցազրույցը վարողի դերում հենց ինքը՝ հիվանդն է:

Այդպիսով, անհրաժեշտ է, որպեսզի հիվանդի վիճակի վերաբերյալ պնդումները տեղեկատվություն պարունակեն վերլուծողի սահմանած իրավիճակային այն պարամետրերի վերաբերյալ, որոնք հիվանդի վրա, Բալինթի տեսանկյունից, խթանիչ ազդեցություն են ունեցել (*Հանձնարարական 3*):

Շատ կարևոր է, որպեսզի վերլուծողը պատկերացում ունենա հիվանդի հետ փոխհարաբերությունների հետագա զարգացումների վերաբերյալ՝ նախքան հարցազրույցի ժամանակ դրանց ձևավորումը: Հարցազրույցի կոնկրետ պլանը (*Հանձնարարական 4*) կախված է նրանից, թե արդյոք վերլուծողը կարո՞ղ է կանխատեսել, որ հարցազրույցի ընթացքում ձևավորված փոխհարաբերությունները կվերածվեն թերապևտիկ հարաբերությունների,

թե՛ ի սկզբանե պարզ է, որ հարաբերությունները կընդհատվեն, միգուցե ժամանակավորապես, առաջին հանդիպումից հետո, քանի որ հիվանդը կա՛մ կգրանցվի սպասողների ցուցակում, կա՛մ կուղարկվի վերլուծողի գործընկերոջ մոտ:

Թե՛ արտաքին գործնական նկատառումներով, թե՛ փոխազդեցության բարդություններով պայմանավորված մեկ այլ պարամետր հարցազրույցի տևողությունն է: Մի կողմից՝ թերապևտը զգացական և գիտական հետաքրքրություն է ցուցաբերում, մյուս կողմից էլ նրա անվտանգության պահանջն ազդում է հարցազրույցի անցկացման ընթացքի վրա:

Մեկ այլ գործնական խնդիր, որը հաճախ անտեսվում է, հարցազրույցի տևողության վերաբերյալ հիվանդի անտեղյակությունն է: Վերջիվերջո, առաջին հարցազրույցին հաճախ հաջորդում է բժիշկների հետ կարճ և հիասթափեցնող խորհրդատվությունների մի ամբողջ շարք: Ինչպե՞ս կարող է հիվանդը վստահ լինել հարցազրույցի անվտանգության վրա և համոզված լինել, որ դրա նվազագույն տևողությունը մոտավորապես 45 րոպե է լինելու: Մեկ այլ խնդիր, որը նույնպես անհրաժեշտ է հաշվի առնել, այն է, թե արդյոք հարցազրույցի հենց ամենասկզբում հիվանդին անհրաժեշտ է տեղեկացնել երկրորդ հանդիպման հավանականության վերաբերյալ, թե՛ սա պետք է որոշել հարցազրույցի վերջում՝ կախված դրա արդյունքներից:

Ընդհակառակը, մենք կարծում ենք, որ սկսնակ վերլուծողները պետք է սահմանեն առաջին հարցազրույցի կազմաձևման հստակ շրջանակ և ապահովության նկատառումներից ելնելով՝ խուսափեն իրենց կողմից անսահմանափակ քանակությամբ հանդիպումներ նշանակելուց (*Հանձնարարական 5*):

Հարցազրույցի անցկացման բոլոր այս վիճելի մանրամասները Բալինթները ձգտում են ընդգրկել *հարցազրույցի առաձգական փեխնիկայի* հասկացության շրջանակներում: Վերլուծողը պետք է տարբեր կերպ փոխազդի տարբեր հիվանդների հետ և զերծ մնա կարծրատիպերից, օրինակ՝ հակատրանսֆերի ավանդական ընկալումից (*Հանձնարարական 6*): Հակատրանսֆերի կարողության մասին կարելի է խոսել այն ժամանակ, երբ վերլուծողը ընկալում է հակատրանսֆերը, և այն կարող է օգտագործել դրական ախտորոշիչ ազդեցություն ստանալու նպատակով (տե՛ս, Dantigraber, 1982): Վճռական հարցն այն է, թե նման ձկունությունը հատկապես որ տեսանկյունից է արժեքավոր: Այստեղ Բալինթները քննարկում են այն խնդիրները, որոնք չունեն համընդհանուր լուծումներ, այլ անհատական մոտեցում են պահանջում: «Արդյո՞ք նպատակահարմար կամ ցանկալի է, որ խորհրդատվությունը սահմանափակվի միայն ախտորոշիչ հետազոտությամբ, թե՛ այն պետք է նաև ներառի ինչ-որ տեսակի թերապիա, օրինակ՝ թեթև հոգեվերլուծություն (Balint M., Balint A., էջ. 195): Մեր կարծիքով՝ հենց առաջին հարցազրույցի ժամանակ հիվանդը պետք է հասկանա, թե ինչ նշանակություն կարող է իր համար ունենալ բուժումը: Դա արդեն իսկ

հոգեթերապիա է: Սակայն առաջին հարցազրույցի՝ որպես թերապիայի մոդելի ընկալումն առաջ է քաշում անիրագործելի պահանջներ:

Հարցազրույցը պետք է վարել այնպես, որ այն հիմք ծառայի հիվանդի համար՝ որոշելու, թե արդյոք ցանկություն ունի՞ հոգեթերապևտիկ բուժման ենթարկվելու և թե արդյո՞ք ունակ է հաղթահարելու դրա իրականացման հետ անխուսափելիորեն կապված խնդիրները: Այս մոտեցումը դուրս է բերում հիվանդին իր պասիվ դերից: Թեև կարևոր նշանակություն ունի որոշակի հետազոտական փաստորոշիչ աշխատանքը, որից պետք չէ ֆորիկ կերպով խուսափել, հոգեվերլուծական հարցազրույցի նպատակն է պարզել, թե ինչ է կատարվում կամ կատարվել հիվանդի հետ, և թե ինչպես է վերջինս ինքը ազդել իր ճակատագրի վրա: Այս նպատակին կարելի է հասնել համապատասխան տեխնիկայի կիրառման միջոցով, որը պարզորոշ կերպով նկարագրվում է Ռոզենկյոտտերի կողմից:

Երբ հիվանդը դիմում է հոգեթերապևտին ներոտիկ փաստանշաններով կամ հոգեկան ծագում ունեցող այլ խնդիրներով, ապա նրանց միջև առաջին շփումը սկզբունքորեն չի տարբերվում այլ բժշկական խորհրդատվությունների ընթացքում հիվանդի և բժշկի միջև տեղի ունեցող շփումից: Հիվանդը հայտնում է իր խնդիրների մասին, իսկ թերապևտն էլ փորձում է հնարավորինս շատ բան իմանալ դրանց ծագման ու պատմության և, ընդհանրապես, հիվանդի կյանքի պատմության մասին՝ ստացված տեղեկատվության հիման վրա կանխատեսումներ և եզրակացություններ անելու նպատակով: Այստեղ կարևոր դեր են խաղում թերապևտի փորձառությունն ու կարեկցանքի դրսևորման նրա կարողությունը: Թերապևտը պետք է բավականաչափ ժամանակ տրամադրի, որպեսզի հիվանդը ինքնաբերաբար և կամովին ներգրավվի երկխոսության մեջ: Ցանկացած հարց, որ թերապևտը ցանկանում է ուղղել հիվանդին, պետք է զգուշությամբ ուղեկցի և լրացնի հիվանդի հաղորդած տեղեկատվությունը: Բժիշկը պետք է նաև ցուցաբերի չեզոք և զուսպ մոտեցում, խուսափի հատուկ հարցերից, պնդումներից և հրահանգներից, որոնք սովորաբար հիվանդներին պասիվ և թերապևտից կախյալ վիճակի մեջ են զգում (Rosenkötter, 1973, էջ 989):

Ինչպես վերլուծողի, այնպես էլ բժշկական պրակտիկայում հոգեթերապիայի համար էական նշանակություն ունեցող Բալինթների դատողությունները առաջին հարցազրույցի վերաբերյալ հետագայում զարգացվել են Արգելանդերի կողմից (Argelander, 1966, 1967, 1970, Argelander et al, 1973), ով իր մի շարք հրապարակումները նվիրել է հիվանդի և հետազոտողի միջև փոխհամագործակցությանը:

Ըստ Բալինթի տեսության՝ փորձառու հոգեթերապևտի կողմից յուրաքանչյուր հարցազրույց ընկալվում է նաև որպես վերլուծական իրավիճակ, և կոնկրետ վերլուծողի համար, կոնկրետ պայմաններում ու կոնկրետ ժամանակահատվածում, հանդես է բերում տրանսֆերի գործընթացի հատուկ պահեր: Հիվանդի հաղորդած ամենազանազան տեղեկությունները, վարքը, հարցազրույցը վարողի մոտ ծագած մտքերն ու մի շարք այլ գործոններ համախմբվում, իսկ ավելի ձիշտ՝ կենտրոնացվում են միջանձնային այս փոխհարաբերությունների շուրջ, ինչը Բալինթի հետազոտության

հանգուցակետն է: Դրանք հանգեցնում են հետազոտողի աչքերում հիվանդի խնդիրների բացահայտմանը (Argelander, 1966, էջ 40):

Հաջորդ հրապարակումներում Արգելանդերը մշակում և զարգացնում է այս թեմաները: Բալինթի թեզերից եզրակացություններ անելով՝ նա հարցազրույցը նկարագրում է որպես «վերլուծական շրջանակ, որտեղ մենք օգտագործում ենք մեր հոգեվերլուծական գործիքները նաև ախտորոշիչ նպատակներով» (Argelander, 1966, էջ 42): Չնայած բնական է համարվում այն, որ վերլուծողը հարմարեցնում է հոգեվերլուծական գործիքները այս՝ ի սկզբանե սահմանափակ վերլուծական շրջանակի հատուկ արտաքին կառուցվածքին, քանի որ այն պետք է համապատասխանի ներկա իրավիճակի և հիվանդի ես-ին ուղղված գործընթացին, հարցազրույցի այս մեթոդը հաճախ վերլուծողից և հիվանդից պահանջում է շատ ավելին, քան նրանք ի վիճակի են տալու: Արգելանդերը (Argelander, 1966, 1967) առանձնացնում է փորձառության երկու ոլորտ, որոնք փորձում է իրար կապել հարցազրույցի մեջ: Դրանք են՝ օբյեկտիվ փաստերի գրանցումը և սուբյեկտիվ ապրումների զարգացումը:

Փորձի այս երկու կողմերի համակցումը (օբյեկտիվը՝ ստորադասված սուբյեկտիվին) հոգեվերլուծական հատուկ մոտեցում է: Այս մոտեցման երեք հիմնական քայլերն են հիվանդի վարքի զննությունը, օբյեկտիվ տեղեկատվության որոնումը և օբյեկտային անգիտակցված փոխհարաբերության՝ կարեկցանքի դրսևորմամբ ընկալումը:

Երրորդ գործառնությունը երկարատև վերլուծությունների գործընթացների ընկալումն է.

Հոգեվերլուծության փորձից մենք գիտենք, որ օբյեկտային փոխհարաբերություններում ներքին հոգեկան գործընթացները նախագծվում են տեսանելիորեն և կարող են ընկալվել ու վերապրվել սուբյեկտիվորեն: Այդ իսկ պատճառով մենք հիվանդին հնարավորություն ենք տալիս առաջին հարցազրույցի ժամանակ հաստատել օբյեկտային փոխհարաբերություն՝ թույլ տալով, որպեսզի հարաբերության ձևը, բովանդակությունն ու դինամիկան սահմանվեն նրա սեփական անհատականությանը համապատասխան: Նրա անմիջականությունը լիովին պահպանվում է: Մեր արտաքին տեսքը, տարիքը, սեռը, բնավորությունը, խառնվածքը և այլ առանձնահատկությունները կոնկրետ իրավիճակային գործոններ են, որոնք օգնում են հետազոտողին՝ վերլուծողին հայտնել իր ներքին զգացմունքների, սպասումների, հակամարտությունների, մտքերի ու ֆանտազիաների մասին (Argelander, 1967, էջ 431):

Առաջին հարցազրույցում այս «տրանսֆերի տեսության» անվիճելի արժեքայնությունը պայմանավորված է այն փաստով, որ հոգեվերլուծական գործընթացներում փոխըմբռնման և փոխազդեցության այս տանջալից և երկարատև գործընթացները բացահայտվում են առաջին իսկ փորձի ժամանակ, առաջին իսկ հարցազրույցի ընթացքում:

Այս տեսակետի իր հետագա մշակման մեջ Արգելանդերն առանձնացրել է տեղեկատվության երեք աղբյուր, որոնք նա անվանել է «օբյեկտիվ»,

«սուրբեկտիվ» և «բեմականացված»: Այս դասակարգումը, ինչպես հենց ինքն է պնդում, փոքր-ինչ կամայական է: «Բեմականացված տեղեկատվության» մեջ գերակշռում է իրավիճակի վերապրումը՝ իր բոլոր հուզական խթաններով և գործընթացներով (Argelander, 1970, էջ 14):

Բեմականացված ճանաչման միջոցով հատուկ ընկալումը մշակվել է Բալինթի խմբային աշխատանքի և առանձին դեպքերի քննարկումների արդյունքում (Argelander et al., 1973): Արգելանդերի և նրա գործընկերների կուտակած փորձը վկայում է այն փաստի մասին, որ հարցազրույցում նյութը հավաքվում է հարաբերականորեն արագ՝ «վերլուծական ընկալումը և մտածողությունը գործնական հիմքերի վրա տեղափոխելու» նպատակով (Argelander, 1973, էջ 1004): Բալինթի խմբային փորձը, որը չնայած տարբեր էր, բայց հարցազրույցների հակիրճության հաշվին կրում էր միևնույն կառուցվածքը, հաստատվեց հենց այս համատեքստում: Չնայած Արգելանդերի՝ առաջին հարցազրույցի կադապարի նկատմամբ գերմանախոս վերլուծողների դրական կողմնորոշմանը, նրա սեփական դիտողություններն ու ինքնաքննադատական մեկնաբանությունները այդպես էլ չեն արժանացել համապատասխան ուշադրության: Բեմականացված տեղեկատվության ընկալման վարժությունները պետք է այդպիսով ավելի ուժեղ շեշտադրեն նախագիտակցական ընկալման և մտածողության գործընթացները՝ այդ կերպ մոբիլիզացնելով վերլուծողի բնական ստեղծագործական ներուժը (Argelander, 1973, էջ 1009): Նախագիտակցական գործընթացների ընկալման ունակությունը կարելի է զարգացնել ուսուցման և վարժվելու միջոցով.

Առանց այսպիսի ուսուցման, անտրամաբանական ֆանտազիաներից և անիմաստ մտորումներից բացի, այլ բան ակնկալելը գրեթե անհնար է... Այս փաստի մասին հնարավոր չէ անընդհատ հիշատակել, քանի որ դրա անտեսման մեջ մեղավոր է հենց մեր մասնագիտությունը: Ձախողումներն այս պարագայում հեշտությամբ բարդվում են հուսահատությամբ շահարկվող սուրբեկտիվ գործոնի վրա, և ի վերջո վարկաբեկվում է ամբողջ մեթոդը (Argelander, 1973, էջ 1010):

Հարցազրույցի տվյալ ոճի մեր գնահատումները կապված են հենց Արգելանդերի կողմից նշված սահմանափակումների հետ: Մի բան է, երբ առանձնակիորեն տաղանդավոր վերլուծողի կողմից ղեկավարվող խումբը մշակում է հարցազրույցի բոլորովին առանձնակի ոճ, մեկ այլ բան՝ գնահատել այդպիսի գործընթացի ուսուցանման արդյունավետությունը: Բացի այդ, մենք կասկածում ենք, որ տվյալ մեթոդը, կիրառվելով ծայրահեղ պուրիստական մոտեցմամբ, կարող է իրոք հասնել այն նպատակներին, որոնց հասնելու համար էլ հենց մշակվել է, այն է՝ հնարավորություն տալ ընտրելու հատուկ թերապևտիկ գործընթաց, որը «ուղղված է հիվանդի ներկա կոնֆլիկտային իրավիճակին (օրինակ՝ կարճատև թերապիա) կամ տրանսֆերի գործընթացի նրա ներկայիս իրավիճակին, ինչպես նաև կարիքներին, հակամարտություններին և արտահայտման ձևերին (օրինակ՝ խմբային թերապիա)» (Argelander, 1973, էջ 41): Բուժման կոնկրետ

գործընթացների համար նշանակումները չեն կարող լիովին հիմնվել անգիտակից կոնֆլիկտների աստղաբույլերի ախտորոշման վրա, ինչպես ցույց կտա նշանակումների հետ կապված խնդիրների հետագա քննարկումը:

Վերջին տարիների ընթացքում ավելի և ավելի պարզ է դառնում, որ թեև առաջին հարցազրույցը լիովին հարմար է սուբյեկտիվ գնահատման համար (Dantlgraber, 1982), ավելի տարբերակված նշանակումների համար պահանջվում է հավելյալ գործոնների դիտարկում: Վերլուծության համար հիվանդի համապատասխանության բացառապես սուբյեկտիվ գնահատումը բավարար չէ:

6.4 Որոշումը կայացնելու գործընթացը

Մինչ այս պահը մենք կենտրոնացել ենք առաջին հարցազրույցի՝ որպես միաժամանակ ախտորոշիչ և թերապևտիկ իրադարձության, հին և նոր պատկերացումների քննադատական վերլուծության վրա: Նախորդ բաժնում մեր առջև ծառացել էր այն հարցը, թե ցանկացած մեթոդից բուժման նշանակումների հետ կապված ինչ եզրակացություններ կարելի է անել: Ինչպես մենք այժմ ցույց կտանք, վերոնշյալ մտավախությունները պայմանավորված են կլինիկական հսկայական գրականության մեջ արդյունքների միջոցով ցուցադրվող համոզիչ ապացույցների բացակայությամբ:

Ֆրոյդի առաջարկած կանխորոշման չափանիշները, ըստ էության, բացառման չափանիշներ են եղել, այսինքն՝ բացառվում էին նրանք, ովքեր չունեին կրթության համապատասխան մակարդակ կամ բավականին հուսալի բնավորություն, ինչպես նաև նրանք, ովքեր ինքնուրույն չէին զգում բուժման անհրաժեշտությունը և այդ անում էին միայն ընտանիքի ճնշման ներքո: Ապահովության համար անհրաժեշտ է ընտրել այն հիվանդներին, ովքեր ցուցաբերում են նորմալ մտավոր ունակություններ, քանի որ հոգեվերլուծական մեթոդում սա հանդես է գալիս որպես հիվանդագին դրսևորումների նկատմամբ վերահսկողության հաստատման երաշխիք (Freud, 1905a, էջ 264): Ֆրոյդի կողմից կիրառված ընտրության սահմանափակման մյուս չափանիշները կապված էին տարիքային սահմանափակումների, ինչպես նաև ախտանշանների վերացման հրատապ անհրաժեշտության հետ, օրինակ՝ նյարդային անորեքսիայի դեպքում: Մենք հատկապես կարևորում ենք Ֆրոյդի կանխորոշման մեկ այլ չափանիշ, որը այնքան էլ հայտնի չէ. «Հոգեվերլուծական թերապիան ստեղծվել է կենսական վտանգ ներկայացնող խնդիրներ ունեցող հիվանդների բուժման գործընթացի արդյունքում և այդ գործընթացի *համար* (1905a, էջ 263, շեղատառերը՝ մեր կողմից):

Վերոնշյալ նորմալ մտավոր կարողությունների դեպքում Ֆրոյդը չի անում սահմանափակումներ՝ կապված հիվանդության բարդության մակարդակի հետ: Այս տեսակետը արմատապես տարբերվում է վերլուծելիության

խնդրին նվիրված բազմաթիվ «կլոր սեղանների» քննարկումների ժամանակ արված եզրակացություններից (օրինակ՝ Waldhorn, 1960): Վերլուծության համար համապատասխան հիվանդի բնութագրումը կարելի է ամփոփել հետևյալ կերպ. «Հիվանդի վիճակը բավականին լուրջ է՝ բուժման կարիք ունենալու համար, սակայն նա բավականին առողջ է՝ դրան դիմանալու համար»: Այստեղից երևում է, թե բուժման մեթոդի նեոդասական ոճը որքան է հեռացել Ֆրոյդի առաջադրած հայեցակերպից:

Այսօր մենք դեռ պետք է ելնենք այն ենթադրությունից, որ հոգեվերլուծության համար համապատասխանությունը միայն շատ հազվադեպ է կապված հիվանդության բնույթի հետ: Չնայած բուժելի համարվող տրանսֆերենտ ներոզների և նարցիսիստական ներոզների միջև արդեն վաղուց սահմանված տարբերակմանը՝ չենք կարող քողարկել այն փաստը, որ տրանսֆերենտ ներոզի ավստորոշումն իրականում շատ քիչ բան է ասում բուժման հնարավորությունների մասին: Մինչ կշարունակենք հիվանդի բուժման համար համապատասխանության չափանիշների՝ տասնամյակների ընթացքում զանազան եզրերով (համապատասխանություն, պիտանելիություն, վերլուծելիություն և այլն) բնորոշված խրթին պատմությունը, կուզենայինք նշել, որ այս դատողությունները վերցրած չեն Ֆրոյդի պրակտիկայից:

Մենք համարում ենք, որ Թայսոնի և Սանդլերի տեսանկյունից (Tyson, Sandler, 1971) այս համալիր խնդիրների (այսինքն խնդիրներ՝ կապված վերլուծության համար համապատասխան հիվանդների ընտրության հետ) մասին խոսելը նշանակում է սկսել սխալ քայլից, որը, թեև հիմնված կենտրոնական ճշմարիտ գաղափարի վրա, միևնույն է, վերածվել է հիմքային տիպարի մեթոդի ոսկե հորթուկի շուրջը պարի (տե՛ս գլուխ 1)

Հոգեվերլուծական բուժման համար հիվանդների ընտրության վերաբերյալ զանազան քննարկումների հիմքում անձնական նվիրվածության, գումարի և ժամանակի առկայության մեծ պահանջներն են, որոնց ինտենսիվ վերլուծությունը ներկայացնում է թե՛ հիվանդին և թե՛ վերլուծողին:

Զուր չէ, որ հոգեվերլուծությունը համեմատել են արշավի հետ, որի մասնակիցներին հարկ է զգուշությամբ ընտրել: Այդպիսով, տպավորություն է ստեղծվում, որ մեթոդը կարող է հաջողությամբ չպսակվել բոլոր՝ այսպես կոչված «կենսական նշանակության խնդիրներ ունեցող հիվանդների» դեպքում, որոնց համար էլ հենց, ինչպես Ֆրոյդն ի սկզբանե հայտարարել է, ստեղծվել է հոգեվերլուծությունը: Այդպիսով, ինչպես բժշկի, այնպես էլ հիվանդի շահերից է բխում ցանկացած առանձին դեպքում դրա կիրառելիության գնահատումը նախօրոք: Սա անհրաժեշտ է հաշվի առնել հետագա քննարկման շրջանակներում. այն նվիրված է ստանդարտ մեթոդով հոգեվերլուծության համար ցուցումների խնդրահարույց բնույթին և վերջինիս համար անհրաժեշտ սեանսների մեծ հաճախականությանը:

Ծանր և լուրջ ներոզների տարբեր տեսակներ ունեցող հիվանդներին, ովքեր չէին կարող ստանալ ավելի հարմար մեթոդներով բուժում, Ֆրոյդը

մեծ խանդավառությամբ համարել է իր նոր մեթոդի կիրառման հավանական թեկնածուներ (Freud, 1905, էջ 262): Զոնսը (Jones, 1920), այնուամենայնիվ, ներկայացրել է ախտորոշման և կանխատեսումների միջև առկա կապը: Նրա կողմից վերլուծության համար ցուցված հիվանդությունների ցանկը ներառում է հետևյալ ախտորոշումները.

1. հիստերիա,
2. տագնապի հիստերիա,
3. կաշուն մտքերի ներքո,
4. մելամաղձություն,
5. սևեռուն գաղափարների հիստերիա:

Չորրորդ և հինգերորդ խմբերը ենթադրում են ամենավատ կանխատեսումները:

Ֆենիխսելն առաջադրել է կանխատեսումները ներքոյի բարդության աստիճանի հետ կապելու գաղափարը:

Վերլուծության բարդությունն, ընդհանուր առմամբ, կապված է ախտաբանական ռեգրեսիայի խորության հետ: Այսպիսով, օգտագործելով համապատասխան ներոզների դեպքում սևեռուն գաղափարների խորության վերաբերյալ վերլուծական գիտելիքները, կարելի է ներոզները դասակարգել ըստ վերլուծության համար դրանց համապատասխանության... (Fenichel, 1945, էջ 574):

Այդ ժամանակ արդեն հաստատված այս մեթոդը արտացոլվում է «վերլուծության համապատասխանություն» արտահայտության միջոցով: Այնուամենայնիվ, Ֆենիխսելը ընգծում է, որ.

Կանխատեսումներ անելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել մի շարք այլ գործոններ՝ դիմադրությունների միջև հիմնական դինամիկ փոխհարաբերությունը, առողջանալու ցանկությունը, երկրորդային ձեռքբերումները, անձի ընդհանուր հարմարվողականությունը (էջ 575):

Գլովերն ուսումնասիրում է հիվանդի արձագանքի հայեցակարգը և ախտորոշման համար առանձնացնում է հետևյալ երեք կատեգորիաները՝ «համապատասխան», «մասամբ համապատասխան» և «անհամապատասխան» (Glover, 1955):

Ըստ Թայսոնի ու Սանդլերի (Tyson, Sandler, 1971)՝ «Հոգեվերլուծության հորիզոնների ընդլայնում» գիտաժողովն ախտորոշման չափանիշներից շեշտադրումն ուղղեց բուժման համար հիվանդի համապատասխանության չափանիշներին: Ինչպես նշել է Ա.Ֆրոյդը (Freud, 1954b), չկա ոչ մի երաշխիք, որ միատեսակ ախտանշաններով երկու մարդ նույն կերպ կարձագանքեն միևնույն տեխնիկական միջամտությանը: Այս փաստը խարխուլում է ցուցումների վերաբերյալ նոգոլոգիական ուղղվածություն ունեցող քննարկման հիմքերը: Թերևս բավականին ժամանակ է պահանջվել, որպեսզի տվյալ հիվանդի համար բուժման արդյունքների կանխատեսման անհնարինության գաղափարը հանգեցնի այն եզրակացության, որ վերլուծողը պետք է փնտրի գործոններ, որոնք դրական ազդեցություն ունեն վերլուծական

գործընթացի զարգացման վրա: Խնդիրը շարունակում էր հանգել հայտնի բանաձևին, այն է՝ «ներհայտնի ներդրումների կառուցվածքի մեջ»: Ֆրոյդի (Freud, 1913c) փորձնական վերլուծության գաղափարը զարգացրել է Ֆենիխելը (Fenichel, 1945), սակայն իրականում այն երբեք էլ համընդհանուր ճանաչում չի ստացել: Դրա փոխարեն առաջին հարցազրույցն ավելի ու ավելի հաճախ է ընդգրկում փորձնական վերլուծության տարրեր, որի նպատակն է փորձել հիվանդի՝ մեկնաբանություններից գլուխ հանելու կարողությունը (Alexander, French, 1946, էջ 98): Թեև արդյունքները երբեմն տպավորիչ են, այնուամենայնիվ, կա մտավախություն, որ նմանատիպ իրավիճակը կարող է ստեղծել չափազանց ուժեղ լարվածություն՝ բացասաբար ազդելով ցուցումների որոշումների վրա:

Միտչերլիխը ձևակերպեց այն նվազագույն պահանջը, որը շատ հիվանդների համար հասանելի դարձրեց հոգեվերլուծական բուժումը: Փոխըմբռնման առաջարկին հիվանդի գերզգայուն արձագանքը թույլ է տալիս ճշգրիտ կերպով կանխատեսել, որ հիվանդի մոտ առկա ախտանշանների դեպքում հնարավոր չէ հասնել ամենացանկալի արդյունքին (Mitscherlich, 1967, էջ 149): Այստեղ նաև ենթադրվում է թերապևտի՝ «փոխըմբռնման առաջարկ անելու» ունակությունը: Առաջին հարցազրույցի խնդրի և բուժման ցուցումներին հարակից խնդիրների բարդությունը կապված է հիվանդին հարցազրույցի ընթացքում համագործակցություն ցուցաբերելու մեջ համոզելու տեխնիկայի խնդրի հետ (Mitscherlich, 1967, էջ 141): Այնուամենայնիվ, քանի որ մենք չենք ցանկանում, որպեսզի խնդիրների մեր պատկերն ի վերջո առաջնորդվի ստանդարտ մեթոդի և վերլուծական ուղղվածություն ունեցող թերապևտների միջև երկատմամբ, ապա բավարար չէ այն պարզ պնդումը, որ առաջին հարցազրույցի ժամանակ հիվանդի համագործակցությունը կարելի է ձեռք բերել «փոխըմբռնման առաջարկի» միջոցով: Իսկ ի՞նչ նպատակներով է անհրաժեշտ խթանել հիվանդի համագործակցությունը: Այս տեսանկյունից կարող ենք ավելի մանրամասն ուսումնասիրել Թայսոնի և Սանդլերի առաջ քաշած համապատասխանության չափանիշները, որոնք, մեր կարծիքով, կարող են ապահովել դրված նպատակների միջև համահունչությունը (Tyson, Sandler, 1971)

Առաջարկում ենք քննարկումն անցկացնել բուժման մի շարք նպատակների տեսանկյունից: Հոգեվերլուծությունը միայն այն դեպքում կարող է համարվել ավելի դրական ինքնաձանաչման ուղի, ինչպես պնդում է դրա վերաբերյալ տեսությունը, երբ ձեռք բերված ինքնաձանաչումը հանգեցնի հիվանդի մոտ տագնապի նվազման, ինչպես նաև տեսակետների և վարքի փոփոխության՝ դեպի նպատակների առավել ազատ ընտրություն: Ֆրոյդի (1909b, էջ 121) այն պնդումը, որ «թերապևտիկ հաջողությունը, այնուամենայնիվ, մեր առաջնային նպատակը չէ, այլ ավելի ճիշտ մենք փորձում ենք հիվանդին օգնել՝ ձեռք բերելու սեփական անգիտակից ցանկությունների գիտակից ընկալում», ենթադրում է փոփոխությունների մի պոստուլատ, որը միայն արհեստականորեն կարող է տարբերակվել հաջողության նեղ

իմաստով բժշկական չափանիշներից: Հոգեվերլուծության տեսությունը պնդում է, որ ճնշման վերացումը և մինչ այդ անգիտակցական ցանկությունների գիտակցական ընկալումը հանգեցնում են հոգեկան գործընթացների փոփոխությունների: Այսպիսով, հոգեվերլուծական բուժման տարբեր ձևերի համար հիվանդների համապատասխանության քննարկումն ըստ էության բուժման տարբեր նպատակների քննարկումն է: Հիվանդի համար շաբաթական մի քանի սեանս նշանակելու որոշումը ենթադրում է, որ վերջինիս մոտ, ամենայն հավանականությամբ, կարող են գրանցվել հոգեկան գործընթացների այնպիսի բարելավումներ, որոնք ազդեցություն կունենան նրա կյանքի ամենատարբեր ոլորտների վրա: Նպատակները սահմանելիս պետք է որոշել փոփոխությունների նմանօրինակ գործընթացի՝ քննադատական քննարկման առարկայի անհրաժեշտ նախապայմանները: Հիվանդի մոտիվացիան, նրա անձնական կողմնորոշումը, հոգեվերլուծության հանդեպ նրա հետաքրքրությունը և օբյեկտային հարաբերությունները կիրառելու նրա կարողությունները այն գործոններից են, որոնք վճռական դեր են խաղում դասական հոգեվերլուծության համար ցուցված դեպքերի քննարկման մեջ:

Քույփերը (Kuiper, 1968) կողմ է ցուցումների որոշման ժամանակ սահմանափակող մոտեցման կիրառմանը և չի սխալվում՝ պնդելով, որ երիտասարդ վերլուծողների խանդավառությունը ստանդարտ մեթոդի շուրջ ստիպում է նրանց այն կիրառել անքննողաբար: Հետևանքները կարող են բավականին անբարենպաստ լինել, եթե վերլուծողը լուրջությամբ և կարծրատիպ դարձած անպատասխան մնացած հարցերը դիտարկում է որպես ստանդարտ մեթոդի կարևորագույն բաղադրիչներ և դրանք կիրառում է այն հիվանդների համար, որոնց դեպքում այս մեթոդն անհամապատասխան է: Այդպիսով՝ մենք համաձայնում ենք Քույփերի հետ, որ ստանդարտ մեթոդի կիրառման հնարավորությունները բավականին սահմանափակ են՝ միաժամանակ ընդգծելով դրա ձևափոխության և յուրաքանչյուր հիվանդի առանձին կարիքներին հարմարեցնելու անհրաժեշտությունը:

Քույփերը նույնիսկ առաջ է քաշում ստանդարտ մեթոդի չափից ավելի լայն կիրառության միտման շարժառիթը. հոգեվերլուծողները շատ էներգիա, ժամանակ և գումար են ներդրել սովորելու գործընթացում և այժմ ցանկանում են դրանք կիրառել հնարավորինս շատ հիվանդների բուժման համար: Այդ դեպքում, հակազդեցության միջոցով, անխուսափելի հիասթափությունները հանգեցնում են այլ՝ «ոչ վերլուծական» հնարներից գերծմալուն» (Kuiper, 1968, էջ 261): Միաժամանակ, ստանդարտ մեթոդի իդեալականացումը ցրում է հենց վերլուծողի կասկածները վերջինիս վերաբերյալ: Իր մեթոդը ձևափոխելու մասին մտածելու փոխարեն նա մեղադրում է հիվանդին վերլուծության համար անհամապատասխան լինելու մեջ:

Պարզվում է, որ չափազանց հաճախ դասական հոգեվերլուծական բուժման համար համապատասխան հիվանդի ընդունման չափանիշները

միաժամանակ հանդես են գալիս որպես բուժման գործընթացի նպատակներ:

Հիվանդը պետք է ունենա մտավոր կարողությունների բավարար մակարդակ, ցավոտ ազդեցություններին դիմադրելու կարողություն, ինչպես նաև ունակ լինի սուբլիմացիայի: Նրա օբյեկտային հարաբերությունները հարաբերականորեն հասուն կլինեն, իսկ իրականության գիտակցման նրա ունակությունը կլինի քիչ թե շատ հաստատուն: Հիվանդի կյանքը կենտրոնացված չի լինի բացառապես վերլուծության շուրջ՝ այդպիսով նրան կախման մեջ գցելով, իսկ նրա բարոյական կերպարն ու կրթական նվաճումները վերջինիս համար հանդես կգան որպես կյանքում լավ դիրքի հասնելու և պարզևատրվելու երաշխիք: Այսպես մենք կարող ենք հայտնվել մի պարադոքսալ իրավիճակում, որտեղ վերլուծության համար կատարելապես համապատասխանող հիվանդը իրականում չունի դրա կարիքը (Tyson, Sandler, 1971, էջ 225):

Այս իդեալից աննշան շեղումների ընդունելի լինելու վերաբերյալ եզրակացություններ անելու փոխարեն մենք նախընտրում ենք ուսումնասիրել այս առանձնահատկությունների որակը: «Հիվանդը բավականին առողջ է վերլուծության համար» արտահայտությունը վերաբերում է այն հոգեվերլուծական շրջանակին, որը վերլուծողը և հիվանդը պետք է ստեղծեն և պահպանեն: Քույրերը համոզված է, որ «ո՞վ, ո՞ւմ, ինչպե՞ս և ի՞նչ նպատակով է վերլուծում» հարցը չի կարող բավականաչափ լրջությամբ ընկալվել: Սահմանելով այն, թե ինչ կարող է անել վերլուծողը յուրաքանչյուր անհատական դեպքում վերլուծական գործընթաց ստեղծելու համար հարկ է վերջ դնել վերլուծելիության խնդրի վերաբերյալ անդադար վիճաբանություններին: Վերլուծելիությանը վերաբերող դժվարություններին անդրադառնալիս Բախրախը (Bachrach, 1983, էջ 199–200) խնդիրը դիտարկում է հիվանդների երեք խմբերի դասակարգման տեսանկյունից.

1. «Հուսալի Ես-ով ռեֆլեկտիվ մարդիկ, ովքեր կարող են հարմարվել տարբեր վերլուծողների միջև հավանական տարբերություններին և մեծ արդյունավետությամբ օգտագործել նրանց վերլուծական ունակությունները»:
2. Թույլ Ես ունեցող մարդիկ՝ մանկամիտ բնավորությամբ, ովքեր «ունակ չեն մասնակցելու վերլուծական աշխատանքին»:
3. Բախրախի կողմից սահմանված «սահմանային խանգարումների» դեպքեր (ոչ ախտորոշիչ իմաստով), «որոնց համար վերլուծական աշխատանքի անցկացումը հաճախ կախված է վերլուծողի մարդկային տեսակից և հատուկ շնորհներից»:

Չնայած ակնհայտ է, թե ինչ նկատի ունի Բախրախը՝ օգտագործելով «հիմնականում հուսալի Ես-ով» արտահայտությունը, մենք գտնում ենք, որ ավելի նպաստավոր ու ռազմավարական տեսանկյունից առավել ճիշտ կլինի յուրաքանչյուր թերապևտիկ իրավիճակում ուսումնասիրել փոխազդեցության բնույթը: Ընդհանուր հուսալիությունը, որի մասին խոսում էր Բախրախը, Հարթմանի «միջին սպասելի իրավիճակի» նման ընդամենը

պատրանք է, որը փակուղու մեջ է գցել Ես-ի հոգեբանության տեսությունը (Furstenau, 1964): Հոգեվերլուծողի՝ յուրաքանչյուր հիվանդի կարիքներին և հակամարտություններին իր մոտեցումը համապատասխանեցնելու կարողության կարևորությունն աճել է այնպես, ինչպես հիմնական ախտանշանները սահմանափակ խանգարումներից վերածվել են ավելի անորոշ անձնային խնդիրների (Thomä, Kächele, 1976):

Երկու իրար փոխադարձաբար լրացնող տեխնիկաների գոյությունը, որոնք Կրեմերիուսը (Kremerius, 1979) բնութագրել է բացառապես դի-դակտիկ տեսանկյունից, ակնհայտ են դարձնում այն փաստը, որ «վերլուծելիության սահմանները հիվանդի և նրա հոգեկան ախտաբանության սահմանները չեն, ինչպես Ֆրոյդն է պնդում (Freud 1937c), այլ վերլուծողի սահմանները» (Kremerius, 1979, էջ 587): Մենք կարծում ենք, որ «վերլուծելիություն» հասկացությունը լիովին կորցրել է իր յուրահատկությունը և կարող է արդյունավետորեն փոխարինվել «բուժելիություն» հասկացությամբ: Եթե «վերլուծելիություն» հասկացությունը վերաբերում է նրան, թե ինչ կարող է վերլուծողն անել կամ համբերությամբ տանել, ապա ցուցումները կարող են հետազոտության և քննարկման առարկա դառնալ միայն թերապևտիկ գործընթացի երկանձնային հենքի շրջանակներում:

Այսպիսով՝ առաջին հարցազրույցի ընթացքում ցուցման հասկացությունը *կանխադեպվողից* (ստատիկ) փոխակերպվում է *հարմարվողականի* (դինամիկ)՝ հիվանդին և վերլուծողին ուղղակիորեն միմյանց հարաբերակցելով (Bauman, von Wedel, 1981): Այս մոտեցման մի հաջող օրինակ է ներկայացված Ս.Հ. Շապիրոյի կողմից (Shapiro, 1984), որն առաջարկում է իրական հոգեվերլուծական մոտեցում՝ բուժման ամենահարմար մեթոդի հաստատման համար: Փորձնական վերլուծության փոխարեն, որը մենք այլևս, մի շարք պատճառներներից ելնելով, համարում ենք անհամապատասխան, Շապիրոն ներմուծեց հետազոտության փուլը, որի ընթացքում նա հիվանդին ներկայացնում է ազատ զուգորդությունների մեթոդը: Մենք համաձայն ենք նրա՝ *թերապիայի ախտորոշիչ փուլի* ներուժի գնահատմանը, որը ոչ թե փորձնական վերլուծություն է՝ իր պայմանական իմաստով, որին հետևում է բուժման համար հիվանդի համապատասխանելիության որոշումը, այլ և նպատակաուղղված է՝ հայտնաբերելու, թե ինչ թերապևտիկ պայմաններում ինչ փոփոխությունների կարելի է հասնել: Հոգեվերլուծական թերապիայի ձևերի լայն շրջանակը զանազան մտահղացումների հնարավորություն է տալիս, որոնք նույնիսկ չպետք է սահմանափակվեն հոգեվերլուծության ոլորտում:

Եթե մենք կիրառենք Բալինթի հանձնարարականներն ընդհանուր պրոֆիլի հոգեվերլուծող բժիշկների համար առաջին հարցազրույցի ընթացքում և մշակենք հիվանդի հետ երկարատև փոխհարաբերության (մեկ հանդիպումով չսահմանափակվող) հասկացությունը, ապա հիվանդի վիճակից բխող ցուցումների լայն հնարավորությունները կստեղծեն բարելավման

բազմաթիվ ուղիներ, որոնց հիվանդը կարող է հետևել անմիջապես կամ ավելի ուշ (Hohage et al., 1981):

Ցուցումների խնդրի տարբեր հայեցակետերի վերլուծությունը պետք է ներառի ինչպես որոշման կայացման ժամանակ գործարկվող սուբյեկտիվ տարրերի ձանաչումը (Leusinger, 1981, 1984, Dantelgraber, 1982), այնպես էլ հոգեվերլուծական գործունեության վրա ազդող ինստիտուցիոնալ գործոնների դիտարկումը: Այս երկու գործոնների փոխազդեցությունը երբեմն ակնհայտ չէ, քանի որ դրանք քողարկվում են վերլուծողի կողմից՝ բուժման ընթացակարգն արդարացնելու նպատակով կիրառված ռազմավարությունների ներքո:

Մեծ է տեսական ենթադրությունների ազդեցությունը ցուցումների վերաբերյալ որոշումների վրա: Այնուամենայնիվ, ավելի մեծ դեր են խաղում գործնական պայմանները, որոնք այսօր, ինչպես և Ֆրոյդի ժամանակներում, ազդում են բուժման նշանակման որոշման վրա: Այսպիսի պայմանների փոփոխությունը, օրինակ՝ հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող վերլուծական թերապիայի ընդգրկումը բուժապահովագրության ծառայություններում, ընդլայնում է բուժման համար համապատասխան հիվանդների շրջանակը: Այնուամենայնիվ, ինչպես ցույց են տալիս տվյալ թեմայով բոլոր էմպիրիկ հետազոտությունները, դասակարգային գործոնները շարունակում են կարևոր դեր խաղալ թերապևտիկ բուժման նշանակման որոշումը կայացնելու գործընթացում: Կողմնակալ ընտրությունը քողարկվում է համապատասխանության չափանիշների ներքո, որոնք շատ դեպքերում հոգեվերլուծության վրա յատրոգենիկ (բժշկի կողմից սահմանված) սահմանափակումներ են դնում:

Սոցիալական փոփոխությունները և բուժման ծախսերի ներառումը բուժապահովագրության մեջ մեզ ավելի են մոտեցրել առաջին հարցազրույցի՝ կոնկրետ հիվանդի կարիքներին ուղղված կառուցվածքի շնորհիվ տարբեր սոցիալական և նոզոլոգիական նախադրյալներ ունեցող հիվանդներ ներգրավելու նպատակին: Բավականին հեշտ է սկսել վերլուծությունը բարձր մոտիվացիա ունեցող անհատի հետ, անգամ եթե բուժումը դժվար կլինի: Առաջին հարցազրույցի նպատակը թերապիայի նկատմամբ (որի կարիքը նա շատ ունի) թերահավատ հիվանդի մոտ հետաքրքրություն արթնացնելն է: Հիվանդի հատուկ կարիքներին հարմարեցված հոգեվերլուծական թերապիայի բազմազան ձևերի զարգացումը նշանակում է, որ ոսկու և պղնձի մասին Ֆրոյդի փոխաբերությունը հարկ է վերանայել: Այսօր թերապիան կարող է պլանավորվել և կառուցվել այնպես, որ համապատասխանի յուրաքանչյուր հիվանդի անհատական կարիքներին: Հենց սա հավանաբար վեր է հանում առաջին հարցազրույցի հիմնական խնդիրը. մենք գտնվում ենք մի իրավիճակում, որտեղ պետք է հիվանդի վերաբերյալ որոշումներ կայացնենք՝ այլևս չելնելով հոգեվերլուծության և վերլուծական հոգեթերապիայի հին, արդեն սովորական երկատումից: Մենք պետք է դիտարկենք, թե ինչպես կարելի է ստեղծել բարենպաստ պայմաններ

հիվանդի առաջընթացի համար, և արդյոք վերլուծողը սա կարո՞ղ է իրագործել: Առաջին հանդիպման ավարտին, եթե ոչ ավելի վաղ, վերլուծողը պետք է պատասխանի հետևյալ հարցերին. «Ի՞նչ է հիմա կատարվում», «Ի՞նչ արտաքին գործոններ պետք է բավարարվեն, եթե բուժումը տեղի է ունենալու», «Ինչպե՞ս կարելի է ներդաշնակություն ստեղծել թերապիայի և հիվանդի անձնական և մասնագիտական կյանքի միջև»:

Բժշկի կողմից բուժման ցուցումների հարմարվողական մոտեցումը, որը մենք համապատասխան ենք համարում այսօրվա մեր գիտելիքների մակարդակին, չի նվազեցնում այն ահռելի պատասխանատվությունը, որը ծագում է հիվանդին թերապիա նշանակելուն պես՝ անկախ թերապիայի հաճախականությունից և տևողությունից: Այն թույլ է տալիս, սակայն, խուսափել լարվածությունից, որը ծագում է այն ժամանակ, երբ բժշկի նշանակումից անմիջապես հետո հիվանդի առջև կանգնում է ժամանակի և գումարի տրամադրման խնդիրը: Մենք նաև կարծում ենք, որ սթրեսային իրավիճակը պետք է բացահայտվի հենց ամենասկզբում՝ վերլուծության շուրջ պայմանավորվելիս, և վերլուծողը հիվանդի համար պետք է սահմանի բուժման տևողությունը ցանկալի և հասանելի նպատակների, այլ ոչ թե տարիների և բուժման սեանսների տեսանկյունից: Այն նվազեցնում է վերլուծության տևողության վերաբերյալ տեղեկատվության հուսահատեցնող ազդեցությունը, իսկ հիվանդը կարող է հուսալ, որ իր վիճակը կբարելավվի, կամ ինքը վերջնականապես կբուժվի ավելի կարճ ժամանակահատվածում, քան, ասենք, սահմանված մեկ, երկու կամ ավելի տարիներ անց: Քանի որ վատթարացումը, բարելավումն ու բուժումը, այսինքն՝ ողջ վերլուծական գործընթացը, կախված են վերլուծողի մասնագիտական իրազեկությունից, բուժման տևողությունը, նաև շատ այլ գործոններից կախված, երկակիորեն սահմանվող ժամանակահատված է:

Վերլուծողը պետք է միշտ հաշվի առնի այն փաստը, որ հիվանդը ազատ է՝ ամեն վայրկյան ընդհատելու կամ ավարտելու իր բուժման գործընթացը: Այդ պատճառով հարկ է ուշադրությունը սևեռել սեանսների տևողության և հաճախականության վերաբերյալ մեկնաբանությունների ենթատեքստին: Մյուս կողմից՝ թե՛ հիվանդը և թե՛ վերլուծողը գիտեն, որ հիվանդի ազատ ընտրության իդեալն իրականում սահմանափակված է մի շարք արտաքին գործոններով, անգիտակցական դրդապատճառներով պայմանավորված ինքնախաբեությամբ, ինչպես նաև հոգեվերլուծական գործընթացի փոխհարաբերության և տրանսֆերենտ կոնֆլիկտներով: Այսպիսով, բուժման տևողության կանխատեսումները և դրանց իրական տևողությունը պայմանավորված են մի շարք գործոններով:

Առաջին հարցազրույցից թերապիայի անցնելիս կարևոր է բուժման պլանավորման մեջ լինել հնարավորինս ճկուն, իսկ հիվանդին հուսադրելու նպատակով ստեղծել ազատության մթնոլորտ (Luborsky, 1984): Միևնույն ժամանակ անհրաժեշտ է ստեղծել աշխատանքի համար նպաստավոր պայմաններ: Այս խնդրի լուծումը հեշտ չէ: Այնուամենայնիվ, մեր թվացյալ

պարզագույն փորձը ցույց է տալիս, որ հիվանդը շարունակում է հաճախել սեանսներին, քանի դեռ ներդրման և հասույթի միջև նկատվում է դրական հավասարակշռությունը: Ներդրմանն ու հասույթին տրված հիվանդի գնահատականները և դրանց համապատասխան ուշադրություն հատկացնելու կարևորությունը պայմանավորված են մի շարք հանգամանքներով: Այսպիսով, վերջապես ուրվագծվում է զարգացման իդեալական շրջանակը, որի իրագործման համար, այնուամենայնիվ, կան որոշակի սահմանափակումներ: Խնդիրը երբեք չի հանգում «կողմ» և «դեմ» սուբյեկտիվ կշռադատումներին: Անգամ մուլտիմիլիոնատերը, ով Ռոբինզոն Կրուզոյի նման իր վերլուծողի՝ բժիշկ Ուրբաթի հետ մեկուսանում է անմարդաբնակ կղզում՝ անընդհատելի հոգեվերլուծության նպատակով, պետք է հաշվի առնի, որ վերլուծողի՝ ներդրման և հասույթի միջև հարաբերակցության գնահատականները տարբերվելու են իր տված գնահատականներից: Կարիք չկա շարունակել երևակայական զարգացումների մասին ենթադրություններն այս հորինվածքի շուրջ, քանի որ աշխարհում ոչ մի տեղ հիվանդը ամբողջությամբ չի վերահսկում ներդրման և հասույթի գործընթացները, ինչպես նաև սեանսների հաճախականությունն ու բուժման տևողությունը: Վերլուծողը նույնպես կարող է արտահայտել իր կարծիքը: Ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն իրենց կարծիքն են արտահայտում նաև գաղտնի կերպով ներկա գտնվող երրորդ կողմի ներկայացուցիչները, որոնց ազդեցությունը հատկապես սուր է լինում, երբ բուժման ֆինանսավորումն իրականացնում է երրորդ կողմը:

«Ներդրում» և «հասույթ» հակիրճ անվանումներով երևույթների գնահատման տարբերությունները կարող են խիստ բազմազան լինել: Այս երկու գործընթացները այնքան հաճախ են համակցվում, որ անհնար է դրանց մասին խոսել առանձին-առանձին: Տնտեսական տերմինաբանության մեր ընտրությունը լիովին կանխամտածված է, թեև մենք գիտակցում ենք, որ այն կարող է վանել ընթերցողներին: Մենք չպետք է թույլ տանք, որ շատ դեպքերում հոգեվերլուծության ազատարար ազդեցությունը շեղի մեր ուշադրությունը հիվանդի ընտանիքի ներգրավման, ինչպես նաև ժամանակի և գումարի ներդրման այս գործընթացից: Քլաուբերը (Klauber, 1972b, էջ 99) հատկապես կարևորում է ժամանակի և գումարի ներդրումը, ինչպես նաև գաղտնի երրորդ կողմի՝ հիվանդի ընտանիքի ազդեցությանը: Արևմտյան Գերմանիայում և Արևմտյան Բեռլինում հոգեվերլուծության սեանսների ծախսերը ամբողջությամբ վճարվում են պետական բուժապահովագրական ընկերությունների կամ պետության կողմից: Անգամ շատ, այսպես կոչված, մասնավոր հիվանդներ (որոնք չեն օգտվում պետական բուժապահովագրական ծրագրերից) աջակցություն են ստանում երրորդ կողմից՝ ի դեմս ապահովագրական կազմակերպությունների կամ պետության: Վերլուծության սեանսի մասնակիցներից վճարում են միայն նրանք, ովքեր ապագա վերլուծողներ են և այդ կերպ հեղեվերլուծության դասեր են առնում:

Քանի որ բնակչության 90 տոկոսը ունի պարտադիր բուժապահովագրություն, որը տրամադրում են պետական ապահովագրական ընկերությունները, հոգեվերլուծական թերապիա անցնող հիվանդների մեծամասնությունը ֆինանսական դժվարությունների չի հանդիպում: Հիվանդները գալիս են առաջին հարցազրույցի բուժման հավաստագրով, որը երաշխավորում է, որ ծախսերը կվճարի իրենց ապահովագրական ընկերությունը: Այս թեմային կանոնադաշտնադրող ակտի ուշ՝ 6.6 բաժնում, իսկ նախ՝ խոսենք հիվանդի հարազատների մասին, ովքեր միշտ գաղտնի կերպով, իսկ երբեմն էլ իրականում, ներկա են լինում առաջին հարցազրույցին: Հիվանդի ընտանիքի նկատմամբ վերլուծողի դիրքորոշումը ազդում է երկխոսություն գործընթացի վրա: Շատ հաճախ այս գործոնը կարող է անսպասելի ազդեցություն ունենալ վերլուծության ընթացքի և ուղղության վրա:

6.5 Հիվանդի ընտանիքը

Ֆրոյդը (1940a, էջ 145) հոգեվերլուծության առաջին փորձերը բնութագրել է որպես «մարդու անհատական զարգացման» ուսումնասիրություն: Հետևելով «լուսավորության» ավանդույթներին՝ նա փորձում էր ուսումնասիրել հիվանդի զանազան գործողությունների, նրա ներքին տառապանքի և ինքնագիտակցության միջոցով բուժվելու ձգտման միջև կապը: Ֆրոյդը ձգտում էր ընդլայնել հիվանդի գիտակցությունը՝ օգնելով նրան ընկալել իր անգիտակից հոգեկան կյանքը: Այստեղ Ֆրոյդը հոգեվերլուծությունը դիտում էր որպես կարևոր ներդրում լուսավորության մեջ:

Հոգեվերլուծական բուժման պահանջը պետք է զգա հենց ինքը՝ հիվանդը: Թերապևտի ու հիվանդի միջև բոլոր համաձայնությունները ունեն էթիկական և իրավական ենթատեքստ: Զգուշավորությունն ու մասնագիտական գաղտնիությունը նպաստում են երկու կողմերի միջև վստահության առաջացմանը: Հասկանալու համար, թե արդյոք անհրաժեշտ է և ե՞րբ է անհրաժեշտ դիմել հիվանդի ընտանիքի անդամներին, մենք պետք է հաշվի առնենք հիվանդի բարօրությունը: Միայն ծայրահեղ դեպքերում կարող ենք կապվել նրանց հետ առանց հիվանդի թույլտվության, օրինակ, երբ հիվանդը չի կարող հիշողությունների հիման վրա սեփական կյանքից վստահելի տեղեկություններ հաղորդել, որպեսզի բժիշկը կարողանա ավստորոշել և որոշել բուժման համապատասխան ձևը: Այսպիսի արտակարգ դեպքի օրինակ է հոգեկան խանգարումով և ինքնասպանության ունակ հիվանդը, մեկը, ով չի կարողանում վերահսկել ինքն իրեն: Այլ պարագաներում վերլուծողը պետք է հետևի «հիվանդի մասին նրա ընտանիքին ոչ մի տեղեկություն չհաղորդելու» կանոնին:

Ընդհանուր առմամբ՝ հոգեվերլուծական մեթոդը չի ենթադրում հիվանդի ընտանիքի ներգրավումը: Հոգեվերլուծողը հիմնվում է այն տեղեկատվության վրա, որ հավաքում է հիվանդի հետ սեանսի ժամանակ:

Ենթադրվում է, որ վերլուծության ենթարկվող հիվանդը կոնֆլիկտային հարաբերությունների մեջ է վերլուծողի հետ, ինչպես իր ամուսնու կամ կնոջ, ամենամոտ ընկերոջ և հարազատների հետ: Վերլուծողը հիվանդի ընտանիքի հետ ուղիղ կապի կարիք չունի, քանի որ տրանսֆերենտ ներդրի զարգացման հետ, եթե ոչ ավելի վաղ շրջանում, նա կարող է զգալ, թե ինչպես է հիվանդը վերաբերում իր հարազատներին և անգիտակցաբար իր նկատմամբ արթնացնում դրական կամ բացասական վերաբերմունք և գործողություններ:

Տրանսֆերի և հակատրանսֆերի գործընթացների փոխազդեցությունն ընկալող վերլուծողը կարող է մի կողմից թափանցել հիվանդի՝ իրականության ընկալման մեջ, իսկ մյուս կողմից՝ հասկանալ վերջինիս հարազատների վարքը, որոնց հակազդեցությունը կարող է նման լինել իր իսկ հակատրանսֆերին: Այս երկու գործոններին կարելի է գումարել ևս մեկը՝ վերլուծողի մասնագիտական գիտելիքները մարդկանց միջև փոխգործության վերաբերյալ:

Հոգեվերլուծական մեթոդը առաջ է քաշում հարցեր վերլուծողի և հիվանդի հարազատների փոխգործության վերաբերյալ: Այս մեթոդը հիմնված է դիադիկ փոխհարաբերության վրա: Ի տարբերություն վիրահատական միջամտության՝ երրորդ կողմի իրական ներկայությունը բարդացնում է իրավիճակը: Հակվածությունը երկանձնային հարաբերություններին առաջ է բերում ներքին և արտաքին փոխհարաբերությունների տարբերակում: Հոգեվերլուծական մեթոդը իրենից ներկայացնում է դիադա, սակայն ավելի ճիշտ կլինի այն անվանել «տրիադա՝ հանած մեկ», քանի որ որոշ առումով երրորդ կողմը միշտ ներկա է, անգամ եթե իրականում ընտանիքի ոչ մի անդամ բուժման գործընթացին չի մասնակցում: Երրորդ կողմի այս իրական բացակայությունը, բայց գաղտնի ներկայությունը կարևոր հետևանքներ է թողնում բոլոր ներգրավված կողմերի վրա:

Գլովերի անցկացրած հարցումը, որում ներգրաված էին քսան ինը բրիտանացի հոգեվերլուծողներ (Glover, 1955), ներառում էր հարցեր այն մասին, թե ինչպես էին նրանք դիտարկում և լուծում հիվանդի հարազատների հետ փոխազդեցության խնդիրը: Օրինակ՝ նա հարցնում էր, թե արդյոք հարցվող հոգեվերլուծողները կապ ունեն հիվանդի ընտանիքի անդամների հետ, և եթե այո, ապա հիվանդը տեղյա՞կ է, թե՞ անտեղյակ այդ մասին. «Բոլորը շփվում են հիվանդի ընտանիքի անդամների հետ, մեծամասնությունը՝ առանց իրենց կամքի և հիվանդի խնդրանքով: Հազվադեպ բացառություններով (սուր պսիխոզներ, երեխաների դեպքում) հարցազրույցները կազմակերպվում են հիվանդների իմացությամբ» (Glover, 1955, էջ 322):

Հետազայում ստեղծված գրականության մեջ շատ քիչ ուշադրություն է հատկացված այս հարցի տեխնիկական լուծմանը՝ չնայած դրա մեծ կլինիկական նշանակությանը: Իրականում, սա կարևոր դեր է խաղում ցանկացած թերապիայի մեջ: Այն ներառում է ուսուցողական վերլուծությունները, որտեղ, մեծ մասամբ, վերլուծության ենթարկվողների ընտանիքներն ուղիղ

կապի մեջ չեն լինում ուսուցանող վերլուծողի կամ ինստիտուտի հետ, չնայած որ նրանք թե՛ ուղղակիորեն և թե՛ անուղղակիորեն ներգրավված են այս գործընթացում: Գործընկերները հաճախ իրենք են մասնակցում թերապիային կամ ստեղծում են քննարկման իրենց խմբերը:

Ֆրոյդը գրում է, որ «խիստ դժվարանում էր» լուծել հիվանդի հարազատների հետ փոխհարաբերությունների խնդիրը: Նրա խորհուրդը հետևյալն էր.

Պետք է լուրջ նախազգուշացում անեն նեոբաժական կամ խորացված մակարդակի հոգեվերլուծական գրականություն առաջարկելու միջոցով հիվանդի ծնողների կամ հարազատների աջակցությունն ու վստահությունը ձեռք բերելու դեմ: Այս լավ մտադրությունը հանգեցնում է նրանց մոտ բուժման նկատմամբ բացասական նախատրամադրվածությանը (վաղ թե ուշ հենց այսպես էլ լինում է), որի արդյունքում բուժումը երբեք էլ չի սկսվում: Հուսանք, որ հոգեվերլուծողների մշտապես աճող փորձը շուտով կհանգեցնի տեխնիկական հարցերի և ներուտիկ հիվանդների բուժման ամենաարդյունավետ մեթոդի շուրջ համաձայնության: Ինչ վերաբերում է նրանց հարազատների բուժմանը, պետք է խոստովանեն, որ լիովին շփոթված են և առհասարակ այնքան էլ չեն վստահում որևէ անհատական բուժման (Freud, 1912, էջ 120):

Ինչպես գիտենք, Ֆրոյդն ակնկալում էր, որ հոգեվերլուծություն անցնող իր հիվանդները հետագայում կկարդան իր աշխատությունները, բայց չէր ցանկանում, որ այս տեղեկատվությունը հասանելի լիներ նաև վերջիններիս հարազատներին: Նա հաշտվել էր «բուժման նկատմամբ հիվանդի հարազատների բացասական տրամադրվածության» գաղափարի հետ: Մինչև 1917թ. Ֆրոյդի մոտ լավատեսություն չէր նկատվում.

Հոգեվերլուծական բուժումը կարելի է համեմատել վիրահատության հետ: Այն նույնպես պահանջում է հաջողություն ապահովող նախապայմանների առկայություն: Ձեզ հայտնի են վիրաբույժի կողմից ձեռնարկված նախազգուշական քայլերը՝ համապատասխան սենյակը, լավ լուսավորումը, հիվանդի հարազատների ներկայության բացառումը և այլն: Իսկ հիմա ինքներդ ձեզ հարցրեք, թե այսպիսի վիրահատություններից քանիսը բարեհաջող ավարտ կունենային, եթե անցկացվեին հիվանդի ընտանիքի բոլոր անդամների ներկայությամբ, ովքեր կխանգարեին վիրահատության ընթացքին և ամեն մի կտրվածքից բարձրաձայն կբացականչեին: Հոգեվերլուծական բուժման մեջ հիվանդի հարազատների միջամտությունը վտանգ է, որին չգիտես ինչպես հակազդել (Freud, 1916/17, էջ 459):

Այս նկատառումները պետք է դիտարկել Ֆրոյդի կողմից այդ ժամանակներում կիրառվող մեթոդի համատեքստում, որի հիմքում անգիտակցական և ինֆանտիլ սեռականության ուսումնասիրությունն էր: Հոգեվերլուծական շրջանակի համեմատումը մաքուր (ասեպտիկ) օպերատիվ դաշտի հետ տրամաբանորեն հանգեցնում է հիվանդի բարեկամների՝ որպես վտանգի աղբյուր դիտարկմանը: Էյսլերի (Eisler, 1953) սահմանաձայն տարամետրերի նկարագրությունը հստակորեն արտահայտում է մաքուր գոտու իդեալը: Նրա համար հիվանդի ընտանիքի անդամի ներգրավումը դիադիկ իրավիճակի մեջ հանդես է գալիս որպես հիմքային տիպարի տեխնիկայից:

Այս տեխնիկան հիվանդի հարազատներին դիտարկում է որպես շփոթեցնող և խանգարող գործոն բժշկի և հիվանդի միջև իդեալական շփման համար:

Հիվանդի հարազատների խնդրի վերաբերյալ ավելի վաղ քննարկման մեջ արտահայտեցինք այն տեսակետը, որ վերլուծողների՝ հիվանդի հարազատներին բուժման մեջ ընդգրկելու «դժկամությունը» երկու պատճառ ունի, որոնցից մեկը ընդհանուր է, իսկ մյուսը՝ մասնավոր: Մենք գտնում ենք, որ *ընդհանուր* պատճառը հիվանդի հետ «աշխատանքային դաշինքը» պաշտպանելու ցանկությունն է (Greeson, 1967): Բժիշկ-հիվանդ (Heimann, 1966, էջ 333-343) «աշխատանքային թիմը» կարող է գոյություն ունենալ հիվանդի հարազատների կողմից միայն սահմանափակ միջատության դեպքում: Հիվանդի վստահությունը ձեռք բերելու և խոհեմություն դրսևորելու համար վերլուծողը հնարավորինս ետ է մղում հիվանդի ընտանիքին: Ռիխտերը (1970) նշում է մի քանի լրացուցիչ հայեցակետ, որոնք բնորոշ են երկանձնային հարաբերություններին խիստ կառչելուն:

Հոգեվերլուծողները գիտեն, որ հիվանդի անհատական բուժումն ընդհանուր առմամբ ավելի հեշտ է, քան ամբողջ ընտանիքի խնդիրների խմբի հետ գործ ունենալը: Ավելի հեշտ է ընկալել առանձին հիվանդի խնդիրները, քան ընտանիքի մի քանի անդամներին ներառող կոնֆլիկտային փոխազդեցությունների կծիկը: Բացի այդ, ավելի հեշտ է աշխատել մի հիվանդի տրանսֆերի գործընթացի հետ, քան ներոտիկ լարման մեջ գտնվող ամբողջ ընտանիքի բարդ հուզական վիճակի հետ (Richter, էջ 122):

Հիվանդները զգում են բժշկի՝ այս իրավիճակը փոխելու դժկամությունը, որը, իր հերթին, առաջ է բերում տրանսֆերի և հակատրանսֆերի գործընթացների հատուկ դրսևորումներ: Միաժամանակ հարազատներն իրենց ավելի մեկուսացած են զգում, ինչի արդյունքում աճում է նրանց անվստահությունը: Նրանք փորձում են հակազդել՝ իդեալականացնելով կամ, ընդհակառակը, լիովին մերժելով վերլուծողին: Սա նույնպես կախված է նրանից, թե ինչ է նրանց հաղորդում հիվանդը վերլուծության վերաբերյալ և ինչն է պահում գաղտնի: Քանի որ տրանսֆերի ներդրվի զարգացումը մեծ մասամբ կախված է վերլուծության մեթոդից՝ շատ հավանական է, որ վերլուծությունից դուրս հիվանդը կգործի լիարժեք ինտենսիվությամբ, և մարդիկ, ովքեր կտուժեն նրա արարքներից, կհակազդեն նրան: Սրանից բխող մասնագիտական դիրքորոշումը վերլուծողին հեռացնում է հիվանդի հարազատներից, ինչը կարող է դիտարկվել որպես նրանց հետ փոխազդելու բժշկի դժկամության հիմնական պատճառ:

6.5.1 Հիվանդի ընտանիքի վրա դրված բեռը

Հանս Թոմեն (Thomä, 1968, էջ 89) շեշտել է, որ Ֆրոյդի և նրա հետևորդների համար անհատի գործողությունները և զգացմունքները պայմանավորված են նախ և առաջ նրա կարիքների և շրջակա միջավայրում առկա յուրահատուկ գործոնների համակցմամբ, որոնք ընկած են տվյալ անձի համար քիչ թե շատ վճռորոշ փուլում: Հիվանդի *անձնական վարկանիշի* և

շրջակա միջավայրի վրա դրա ազդեցության միջև կապը արտացոլում է հիվանդի և նրա ընտանիքի միջև գոյություն ունեցող լարվածությունը: Հոգեվերլուծությունն ազդում է ինչպես հիվանդի, այնպես էլ նրա հարազատների վրա, իսկ հոգեվերլուծական գործընթացի այս հետևանքները չի կարելի լուրջ չընդունել:

Հիվանդի ընտանիքին խիստ հետաքրքրում է հիվանդի բուժումը: Ուստի վերլուծողին տեսնելու և նրա հետ ծանոթանալու կամ գոնե նրա մասին ինչ-որ բան իմանալու նրանց ցանկությունը միանգամայն բնական է: Վերլուծության վաղ շրջանում որոշ հիվանդներ, առանց նախապես զգուշացնելու և նկատելի հուզմունքով, իրենց հետ բերում են մոտ հարազատի (սովորաբար ամուսնուն)՝ հոգեվերլուծողի հետ գոնե հպանցիկ ծանոթացնելու համար: Հավանաբար թերապևտին տեսնող կամ նրա մասին պատկերացում կազմող հիվանդի հարազատների թիվը շատ ավելի մեծ է, քան մենք կարծում ենք:

Հիվանդի հարազատների հետաքրքրությունը բուժման և վերլուծողի նկատմամբ պայմանավորված է նրանց կողմից այն փաստի գիտակցմամբ, որ բուժման արդյունքում փոխվելու է ոչ միայն հիվանդի, այլ նաև իրենց կյանքը: Ոմանք փորձում են խուսափել այս փոփոխություններից՝ պնդելով, որ խնդիրը հիվանդինն է, ում նրանք «բուժման են ուղարկում»: Մեծ մասամբ, սակայն, նրանք նկատում են, որ անհատի զարգացման գործընթացներն ազդում են նաև նրան շրջապատող մարդկանց վրա՝ փոխելով նրանց փոխհարաբերությունները: Գրունբերգերը (Grunberger, 1958) այս փոփոխությունները ցույց է տալիս հիվանդի Գեր-Էգո-ի օրինակի միջոցով: Հոգեվերլուծության գործընթացում Գեր-Էգո-ի անխուսափելի կառուցվածքային փոփոխությունները ազդում են ընտանիքի բնականոն կենսակերպի վրա:

Լիդզը և համահեղինակները (Lidz et al., 1965, Lidz, Fleck, 1985) ցայտուն կերպով ցույց տվեցին, թե որքան սերտ են կապված լուրջ հոգեկան խնդիրներով հիվանդի հոգեկան կոնֆլիկտները նրա հարազատների հոգեկան խնդիրների հետ: Երբ հիվանդի բարեկամներն ունեն հուզական խանգարումներ կամ ինչ-որ կերպ նպաստում են հիվանդի մոտ ներքոյի պահպանմանը, այս անգիտակցական դրդապատճառները խանգարում են նրանց լիարժեք կերպով աջակցել բուժման գործընթացին: Սա միանգամայն ակնհայտ է, երբ հիվանդի հարազատներն իրենք հոգեկան անհավասարակշիռ վիճակում են: Այս դեպքերում անհրաժեշտ է, որ թերապևտը որոշի, թե արդյոք միջանձնային կոնֆլիկտը պե՞տք է դառնա թերապևտիկ թիրախ, չնայած որ այդ դեպքում ծագում է այն հարցը, թե արդյոք ընտանիքի անդամները պե՞տք է ներգրավվեն թերապիայի միայն մի փուլում, թե՞ պետք է նշանակել ամուսնական զույգի և ընտանիքի բուժում՝ հրաժարվելով երկու անձ ներառող թերապևտիկ շրջանակից:

Հաճախ հիվանդների՝ մասնագիտական և անձնական կյանքին վերաբերող կարևոր որոշումները հիմնվում են նրա վրա, թե ինչ են նրանք

բացահայտել իրենց մասին վերլուծության ընթացքում: Այս դեպքերում շատ կարևոր է, որ վերլուծողը հիվանդի հարազատներին ցույց տա, որ գիտակցում է, թե ինչ բեռ է ընկնում նրանց վրա և թե ինչպես է նրանց վրա անդրադառնում հոգեվերլուծական գործընթացը: Մեր կարծիքով՝ սա նշանակում է մտորել ոչ միայն ներհոգեկան կոնֆլիկտների մասին, այլ նաև հաշվի առնել հիվանդի փոխհարաբերությունները այլ մարդկանց հետ: Սա թույլ է տալիս հավասարակշռություն հաստատել ներքինի և արտաքինի, միջանձնային հարաբերությունների և ներհոգեկան օբյեկտային հարաբերությունների միջև: Հիվանդի ընտանիքի նկատմամբ վերլուծողի վերաբերմունքի և իրավիճակի դրական փոփոխությունը փոխել է այս խնդրի լուծումն այնպես, ինչպես ներկայացվեց այստեղ:

Մի քանի էմպիրիկ հետազոտություններ են հրապարակվել այն բանի վերաբերյալ, թե ինչ փոփոխություններ են լինում հիվանդի ընտանիքի անդամների մոտ հոգեվերլուծական բուժման ժամանակ կամ դրանից հետո: Հոսպիտալացված լուրջ հոգեկան խանգարումներով 39 հիվանդի հետազոտության արդյունքում Քոլը (Kohl, 1962) ցույց է տալիս է, որ հիվանդների ամուսինները կամ կանայք նույնպես տառապում էին այս կամ այն հոգեկան հիվանդությամբ և վտանգում էին թերապիայի բարեհաջող ընթացքը: Բոլք-Վայշեդելը (Bolk-Weischedel, 1978) ապացուցեց այս դրույթի հարաբերականությունը: Ամբուլատոր բուժում ստացող 50 հիվանդների ամուսինների և կանանց (15 կին, 35 տղամարդ) մասամբ նախապես պլանավորված երկարատև հետազոտության արդյունքում նա հայտնաբերեց, որ 13 հոգի, որոնք մինչ այդ ախտանիշներ ունեին, ազատվեցին դրանցից՝ գրանցելով դրական կառուցվածքային փոփոխություններ իրենց ամուսինների կամ կանանց բուժման արդյունքում: Տասնմեկ հոգու մոտ, ովքեր մինչ այդ չունեին ախտանիշներ, ի հայտ եկան ախտանշաններ, ընդ որում՝ նրանցից վեցի մոտ տեղի ունեցան հաջորդական դրական կառուցվածքային փոփոխություններ: Տասը ամուսիններ այնքան էին տառապում բուժման ժամանակ, որ խորհրդի և բուժման դիմեցին: Բուժման ընթացքում տասը հիվանդներ որոշեցին ամուսնալուծվել. սա համապատասխանում է Սագերի և նրա գործընկերների՝ հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում ամուսնալուծությունների հայտնաբերված ցուցանիշին (Sager et al., 1968): Շատերը չէին զղջում այդ քայլի համար: Բոլք-Վայշեդելն ախտանիշների այս ի հայտ գալն ու փոփոխվելը դիտարկում է որպես բուժման արդյունքում առաջացած անկայունության նշան, որը նախ և առաջ հնարավոր է դարձնում պրոգրեսիվ զարգացումը:

6.5.2 Բնորոշ իրավիճակներ

Հիվանդի հարազատների հետ փոխազդեցությունը պահանջում է մեծ նրբագզացություն: Առաջնայինն այնպիսի թերապևտիկ շրջանակի ստեղծումն է, որը հիվանդին վստահություն է ներշնչում թերապիայի և

վերլուծողի նկատմամբ: Այլ կերպ ասած՝ որոշումներ ընդունելիս առաջնորդվում ենք այն սկզբունքով, որ, ինչ էլ որ անենք, առաջնայինը հիվանդի «Ես-ի համար հնարավոր լավագույն հոգեբանական պայմանների ստեղծումն» է (Freud, 1937, էջ 250): Որոշ դեպքերում ընտանիքի մեկ կամ մի քանի անդամների ընդգրկումն օգնում է հաղթահարել լճացումը և առաջ մղել հոգեվերլուծական գործընթացը: Սա չի ենթադրում միայն հետազոտական բազայի ընդլայնում՝ ավելի շատ տեղեկատվություն ստանալու նպատակով. հիվանդի հարազատների ներկայությունը թույլ է տալիս ավելի խորը թափանցել նրանց և հիվանդի միջանձնային հարաբերությունների մեջ: Այս փոխազդեցությունների դիտարկումը ծառայում է ախտորոշիչ նպատակների (օրինակ՝ պետք է կատարվի իրական կախվածության գնահատում): Բացի այդ, այն կարող է նաև թերապևտիկ ազդեցություն թողնել:

Գոյություն ունեն երեք հիմնական իրավիճակներ, որոնցում հարկ է որոշել, թե արդյոք անհրաժեշտ է ուղիղ կապի մեջ մտնել հիվանդի ընտանիքի հետ.

1. առաջին հարցազրույցի ժամանակ,
2. արտակարգ իրավիճակներում (դժբախտ պատահար, ինքնասպանության վտանգ, հոսպիտալացման անհրաժեշտություն),
3. բուժման ընթացքում:

Քաջ հայտնի է, որ *առաջին հարցազրույցը* կարող է տարբեր կերպ ընթանալ: Հիվանդի վիճակի գնահատման կարևոր բաղադրիչներից է նրա հարազատների վարքագիծը. թե արդյոք նրանք ընդհանրապես չեն հայտնվում, մնում են հետին պլանում (դրսում, ընդունարանում և այլն), թե՞ հիվանդի հետ միասին գրասենյակ են գալիս: Կախված վերլուծողի մոտեցումից՝ գործընթացը կարող է տարբեր կերպ ընթանալ: Հիվանդի հարազատները, ովքեր հետին պլանում են մնում և չեն համարձակվում մոտենալ վերլուծողին, չեզոք դիրքորոշում են ընդունում, իսկ նրանք, ովքեր անսպասելիորեն են հայտնվում, բախվում են վերլուծական անտարբերության և հեռավորության: Արդյունքում կորչում է միջանձնային դինամիկան հայտնաբերելու և մասնագիտական տեսակետից վերլուծելու հնարավորությունը: Մի շարք պատճառներով դժվար է բնականոն վարքագծի դրսևորումը (Heimann, 1978):

Հայտնի է, որ հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում որոշ հիվանդներ որոշում են կայացնում ամուսնալուծվել: Երբ հավանական հիվանդները և նրանց կանայք կամ ամուսինները գիտեն, որ իրենց ամուսնական կյանքը կարող է վտանգվել, նրանք հաճախ փնտրում են թերապևտի, ում ամուսնությունը ամուր հիմքերի վրա է, ինչպես տվյալ թերապևտին երաշխավորած իրենց ընկերներն են պնդում: Եվ ընդհակառակը, արտաամուսնական կապեր ունեցող հիվանդները հակված են ընտրելու նման կենսակերպ ունեցող թերապևտի, քանի որ ենթադրում են, որ նման վերլուծողն իրենց ավելի լավ կհասկանա: Առաջին հարցազրույցի ժամանակ հիվանդն ու նրա

կինը կամ ամուսինը կարող են բարձրացնել այս թեմայով ամենահրատապ հարցեր:

Առաջին հարցազրույցի ժամանակ մենք տվյալներ ենք հավաքում հիվանդի հարաբերությունների մասին՝ զատելով ներկայի հարաբերությունները անցյալում եղածներից: Թերապիայի սկզբում անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել, թե ինչպես են դրան վերաբերում նրա հարազատները: Ընկերների և հարազատների՝ իրենց անցյալում ունեցած բուժման մասին տեղեկությունները վճռորոշ դեր են խաղում հիվանդի համար՝ իր անձնական թերապիայի նկատմամբ նախնական վերաբերմունքի ձևավորման գործում: Հոգեվերլուծական բուժման մասին տեղեկություններ հաղորդելով՝ վերլուծողը կարող է պատասխանել հիվանդին հուզող մի շարք հարցերի:

Արտակարգ իրավիճակները բացառություն են հիմնական կանոնից՝ հիվանդի հետ նրա հարազատի հետ ցանկացած փոխհարաբերության քննարկման առումով: Այսպիսի իրավիճակները կարող են բացահայտվել առաջին հարցազրույցի ժամանակ կամ հենց բուժման ընթացքում: Օրինակ՝ պսիխոտիկ դրվագի ժամանակ ինքնասպանության հակումները պահանջում են անհապաղ գործողություն, որը հաճախ պարտադրում է համագործակցել հիվանդի ընտանիքի հետ: Ընդունված չէ հիվանդին հոգեբուժական կլինիկա ուղարկել նրա կամքին հակառակ. սովորաբար մենք նրա համաձայնությունն ենք ստանում, չնայած հաճախ դրա համար պահանջվում է նրա ընտանիքի օգնությունը:

Հիվանդի ամուսինը կամ կինը կարող են ներգրավվել թերապևտիկ շրջանակում՝ հիվանդի կամ վերլուծողի ցանկությամբ, կամ էլ սեփական խնդրանքով: Այն հարցը, թե ինչն է (բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների) անհրաժեշտ դարձնում հարազատների հետ համագործակցությունը, տանում է դեպի իդեալական հիվանդի սահմանումը, այն է՝ հիվանդ, որն ունակ է փոխհարաբերությունների՝ իր խնդիրների նկրտիկ բաղադրիչը ներառելով տրանսֆերի գործընթացի մեջ այնպես, որ կարողանա վերանայել և լուծել իր խնդիրները, մեկը, ով տառապում է, բայց փորձում է լուծել իր կոնֆլիկտները վերլուծության միջոցով: Հիվանդի ընտանիքի հակազդումը կախված է նրանից, թե նա ինչ է հաղորդում վերլուծության գործընթացի վերաբերյալ: Հոգեվերլուծական մեթոդը հիվանդից և նրա ընտանիքից պահանջում է ինքնադիտման բարձր ունակություն: Սակայն հաճախ ոչ բոլոր ներգրավված կողմերն են ունենում այդ ունակությունը: Բուժման առաջընթացը կարող է հիվանդի գուգընկերոջ մոտ ինչ-որ հարցեր առաջ բերել, որոնց շուրջ նրանք երկուսն էլ չկարողանան համաձայնության գալ: Այդ դեպքում նրանցից մեկը խնդրում է վերլուծողին օգնել իրենց՝ լուծելու այդ խնդիրը:

Վերլուծողի ցուցաբերած հնարավոր օգնության դիտարկումներում հարկ է հիշել, որ թերապևտիկ շրջանակը հիվանդի և նրա հարազատների մոտ առաջացնում է ինֆանտիլ վարքի դրսևորումներ: Սա ստիպում է մեզ զգուշորեն կշռադատել, թե ինչ և ինչպես պետք է հաղորդել հիվանդի

ընտանիքի յուրաքանչյուր ներգրավված անդամին: Եթե հարազատի հետ զրույցը տեղի է ունենում առանց հիվանդի ներկայության, ապա յուրաքանչյուր բառ և տեղեկություն հիվանդին կփոխանցվեն սուբյեկտիվորեն: Եթե որևէ պատճառով հիվանդի և նրա հարազատի հետ համատեղ սեանսը ցանկալի չէ, մենք խորհուրդ ենք տալիս հիվանդին տեղեկացնել, թե ինչ է հաղորդվել նրա հարազատին: Մենինգերը և Հոլցմանը (1958) կարծում են, որ հիվանդին պետք է նախապես տեղեկացնել, թե ինչ տեղեկատվություն է հաղորդվելու նրա հարազատներին, չնայած որ սա, հավանաբար, ոչ մի վճռորոշ ազդեցություն չի ունենա նրա հակազդեցության վրա: Առավել կարևոր է որոշել, թե հնարավո՞ր է արդյոք նրանց հետ զրույցը միասին անցկացնել: Սա նվազեցնում է տեղեկատվությունը խեղաթյուրված փոխանցելու վտանգը, սակայն շատերը չեն կարողանում հակազդել հիվանդի փոխհարաբերությունների՝ որպես օբյեկտիվ բնորոշման գայթակղությանը: Սրա վերաբերյալ Գրինեբերը հետևյալ մեկնաբանությունն է անում.

Չնայած բացարձակապես ճշմարիտ է, որ վերլուծողի մոտ ամբողջական շրջանակի պատկերը կարող է խաթարվել իր աշխատանքի մանրադիտական մոտեցմանը հետևելու անհրաժեշտության կամ հիվանդի հետ չափազանցված նույնացման պատճառով, սա, այնուամենայնիվ, կարծես վերջին հաշվով ավելի քիչ է խեղաթյուրում իրավիճակը, քան եթե վերլուծողը ենթարկվում է արտաքին տեղեկատվության ճշմանը, որը երբեմն բացարձակապես օբյեկտիվ չէ» (Greenacre, 1954, էջ 682):

Գրինեբերը երբեք չի հաղորդում և չի խնդրում իրեն հաղորդել հիվանդի մասին հատուկ տեղեկություն՝ առանց վերջինիս իմացության և համաձայնության, այլ անում է դա միայն հիվանդի խնդրանքով:

Այժմ կքննարկենք այս խնդրին վերաբերյալ տարբեր մոտեցումները: Հարազատների հետ շփումը հոգեվերլուծական մեթոդի համար առաջացնում է բարդությունների երկու տեսակ՝ ներքինից արտաքին և արտաքինից ներքին:

Եթե հիվանդի կոնֆլիկտները չեն ընդգրկվում նրա տրանսֆերի գործընթացում, ապա դրանք կարող են դրսևորվել տրանսֆերից դուրս՝ նրա բոլոր այլ գործողություններում և փոխհարաբերություններում: Թերապևտիկ շրջանակից դուրս այս հարկադրված կրկնությունը խթանում է հիշողությունը և հիմնականում իրականացվում է ընտանիքի ներսում: Այս դեպքում վերլուծողը պետք է փորձի որոշել, թե արդյոք իրեն նման կերպ դրսևորող հիվանդը փորձո՞ւմ է խուսափել «բժիշկ-հիվանդ» հարաբերությունների միջոցով իր կոնֆլիկտները լուծելուց, որպես փոխարինող օգտագործելով իր հարազատներին, թե՞ նրա դրսևորումները այնքան էգոսիստոնիկ են, որ նա չի կարող իր տառապանքները արտահայտել տրանսֆերենտ հարաբերությունների մեջ: Ցանկացած դեպքում դժվարանում է թերապևտիկ ազդեցությունը: Հաճախ դժվար է այս հարցում հստակության հասնելը: Նույնիսկ եթե մենք հիվանդի գործելակերպը պարզապես սահմանենք որպես բուժման սեանսներից դուրս վարքի ձևեր, որոնք

փոխարինում են վերլուծության ընթացքում հիշելու, մշակելու գործողություններին՝ կրկնվող գործողություններ, ապա մասնակիաբոր հիվանդի և նրա կնոջ կամ ամուսնու հարաբերությունները կորոշեն, օրինակ, թե ինչ է հիվանդը պատմում իր հարազատներին վերլուծության մասին:

Հիվանդի ամուսնուն կամ կնոջը բավարար տեղեկատվություն տրամադրելը երաշխավորում է հիվանդի և վերլուծողի հարաբերությունների գաղտնիությունը՝ միաժամանակ նպաստելով հիվանդի՝ իր զուգընկերոջ նկատմամբ ունեցած հավատարմության զգացման ավելացմանը: Եթե հիվանդը վերլուծության մասին չափից ավելի շատ է պատմում, ապա նրա հարազատները կարող են անհանգստանալ և փորձել միջամտել այս գործընթացին: Մյուս կողմից՝ հարազատները, որոնք շատ քիչ են տեղյակ բուժման ընթացքի մասին, իրենց կարող են օտարացած զգալ և թերահավատությամբ վերաբերել հոգեվերլուծողին: Այս գործողությունները պետք է մեկնաբանվեն, եթե ցանկանում ենք հիվանդի վարքի մեջ փոփոխություններ ունենալ:

Հիվանդի անհանգստությունը, որ ինքը կփոխվի, իսկ զուգընկերը՝ ոչ, հաճախ այնքան ուժեղ է լինում, որ խանգարում է առաջընթացին: Այս դեպքում վերլուծողը պետք է համաձայնի հիվանդի ցանկությանը և օգնի նրան բացատրվել զուգընկերոջ հետ: Նման գրույցը առավել արդյունավետ կարող է լինել այն դեպքում, երբ հիվանդը իրեն լարված է զգում, քանի որ զուգընկերը չի ներգրավվել այս գործընթացում:

Այստեղ նույնպես կարևոր է տարբերակել, թե արդյոք հարազատը հիվանդի ցանկությամբ է ներգրավված, թե՞ նրան այդ քայլին են մղել իր ունեցած անհանգստությունը և վերլուծողի հետ կապ հաստատելու ցանկությունը: Եթե հիվանդն ամբողջովին տրվում է վերլուծությանը և շատ քիչ տեղեկություններ է հաղորդում հարազատներին, ապա նրանք արդարացի կերպով կարող են իրենց օտարացած զգալ և համապատասխանաբար հակազդել: Այս բարդությունները չափազանց նուրբ են. մի կողմից մենք պետք է պահպանենք հիվանդի ռեգրեսիան, իսկ մյուս կողմից կտրուկ վերադարձն ինֆանտիլ դիադայի կարող է նշանակել ռեգրեսիայի բարձր միտում: Վերլուծողը պետք է զգուշությամբ պարզի հիվանդի՝ արտաքին իրականությունը բացառելու պատրաստվածության մակարդակը և երբեմն նույնիսկ պետք է կանխարգելի չափազանց ռեգրեսիվ միտումները տեխնիկական միջամտության միջոցով (օրինակ հիվանդի և իրականության բախման միջոցով): Եթե դա չի հաջողվում, և հարազատը միջամտում է թերապևտիկ գործընթացին դրսից, լարվածությունը կարելի է նվազեցնել համատեղ քննարկման միջոցով: Երբեմն, սակայն, երկու անձանց միջև փոխհարաբերությունների պահպանումն ավելի կարևոր է, և նման դեպքերում անհրաժեշտ է համբերությամբ տանել ստեղծվող լարվածությունը:

Հատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել հիվանդի, նրա կնոջ կամ ամուսնու այն ցանկությանը կամ պահանջին, որ զուգընկերը նույնպես թերապիա անցնի: Հիվանդի կողմից սա կարող է լինել մեղքի զգացման

հետևանքով, իսկ գուգընկերոջ կողմից՝ խանդի, անգորության զգացման կամ վրեժի ցանկության արդյունքում: Բուժման ընթացքում հիվանդի առաջընթացի համար անհրաժեշտ է նաև արթնացնել նրա գուգընկերոջ մոտ հոգեթերապևտիկ օգնություն ստանալու՝ նախկինում տածած ցանկությունը, որին պետք է չափազանց լուրջ վերաբերել: Ժամանակ առ ժամանակ վերլուծողը ստիպված է վերանայել թերապիան ընդլայնելու հարցը՝ հիվանդի գուգընկերոջը ներգրավելու նպատակով: Նման դեպքերում միջանձնային հարաբերությունների միջոցով ետ կմղվեն ներհոգեկան կոնֆլիկտները: Այսպիսի թերապիաների մեծամասնությունն իրականում անհատական թերապիաների ուղղակի շարունակությունն է (Bolk-Weischedel, 1978): Որոշ դեպքերում գուգընկերոջը կարելի է առաջարկել առանձին բուժում կամ նույնիսկ ուղարկել նրան այլ վերլուծողի մոտ: Վերջին տարբերակը ավելի նախընտրելի է, եթե գույգը կողմ է միմյանցից առանձին բուժում անցնելուն:

Չնայած հիվանդի հարազատների խնդիրը գրականության մեջ պատշաճ ձևով չի դիտարկվել, մենք կարծում ենք, որ նրանց *ներգրավման* միտումն առկա է թերապիայի պլանում: Սա, իհարկե, մասամբ հոգեվերլուծության համար ցուցված դեպքերի շրջանակի ընդլայնման արդյունք է: Բուժման կարիք ունեցողների մեծ մասն ունի զարգացման խնդիրներ կամ նարցիսիստական անհատականություն, տառապում է անձի սահմանային խանգարումներով կամ հոգեկան հիվանդություններով: Նրանցից շատերը խնդիրներ ունեն նաև ալկոհոլի և թմրանյութերի հետ, ինչպես նաև դժվարություններ ամուսնական կյանքում՝ դրանից բխող բոլոր հետևանքներով: Ամերիկյան հոգեվերլուծական ասոցիացիայի կողմից 1976 թ. կատարված հարցումը համապատասխանաբար բացահայտեց հոգեվերլուծական ուղղվածությամբ թերապիաների աճը, որոնցում ներգրավված են հիվանդի գուգընկերը կամ ընտանիքի այլ անդամներ:

Հարազատների ներգրավումը անհրաժեշտ է ոչ միայն հոգեկան հիվանդություններ ունեցող երեխաներին և անհավասարակշիռ էգոկառուցվածքով հիվանդներին, այլ նաև անվերահսկելի նկրդներով տառապող հիվանդներին: Ընկերը կամ գուգընկերը, օրինակ, կարող են հանդես գալ որպես «լրացուցիչ ես» (տե՛ս, Freud, 1909, էջ 175): Վերջին տարիներին վերլուծողների դիրքորոշումը նույնպես փոխվել է՝ ուղղվելով ավելի շատ ոչ թե հիվանդին, այլ՝ մեթոդին: Նրանք այժմ ավելի մեծ ուշադրություն են դարձնում հիվանդի ընտանիքին և շրջակա միջավայրին: Փուլվերի նկարագրությունը (Pulver, 1978) բնորոշվում է ավելի հարմարվողական ակնարկներով: Հիվանդների կոնտինգենտի փոփոխությունը պահանջում է նաև բուժման մեթոդների փոփոխում: Այսպիսով՝ շատ ավելի են շեշտադրվում միջանձնային հարաբերությունները:

6.6 Վճարում է երրորդ կողմը

6.6.1 Հոգեվերլուծությունը և Գերմանիայի առողջության ապահովագրական համակարգը

Գերմանիայի Դաշնային Հանրապետությունում հոգեվերլուծողին այցելող գրեթե բոլոր հիվանդներն ունեն առողջության ապահովագրություն: Բնակչության մոտ իննսուն տոկոսը պարտադիր ապահովագրական ծրագրերում է ներգրավված: Տարեկան 50000 մարկից (20000 ԱՄՆ դոլար) ավելի վաստակող անձանց օրենքը չի պարտադրում ապահովագրվել, սակայն նրանք կարող են դա անել ինքնակամ: Առաջին հարցազրույցի ժամանակ հիվանդների մեծամասնությունը չգիտե, թե արդյոք իր ապահովագրական ընկերությունը կհամաձայնի՝ և ի՞նչ չափով կհամաձայնի հատուցել բուժման ծախսերը: Միայն որոշ հեռատես մարդիկ, ովքեր ամեն ինչ նախապես են պլանավորել և արդեն բավականին ժամանակ խորհել են հնարավոր հոգեվերլուծության վերաբերյալ, նախօրոք տեղեկացել են և հստակ ծանոթ են վճարման կարգին: Նրանք, ովքեր առողջության հանրային ապահովագրման տարբեր կազմակերպությունների անդամներ են, հիմնականում իրենց ընտանեկան բժշկի կողմից պաշտոնապես ուղեգրվում են հոգեվերլուծողի մոտ՝ ենթադրելով, որ իրենք չեն վճարելու: Նրանք գիտեն, որ իրենց ընտրությամբ բժիշկի մոտ անվճար բուժվելու իրավունք ունեն, սակայն նրանց մեծ մասը չունի հստակ պատկերացում հոգեվերլուծության և հոգեբուժության վերաբերյալ:

Շատ հիվանդներ չգիտեն, որ հոգեդինամիկ ուղղվածությամբ հոգեթերապիան, ինչպես նաև վերլուծական հոգեթերապիան ճանաչվում են ապահովագրական ընկերությունների կողմից, և որ վերլուծողն այսպիսով իր աշխատանքի համար վարձատրվում է որոշակի սանդղակի համաձայն: Համապատասխանաբար, մեծ է նրանց անվստահությունը, ինչն էլ առաջացնում է ուղեկցող հակազդումների բավականին լայն շրջանակ: Դեպքերի մեծ մասում հակումներ ունեցողները հակված են ենթադրելու, որ վերլուծական հոգեթերապիայի ծախսերը չեն ծածկվում իրենց ապահովագրության կողմից, և որ իրենք չեն կարողանա հոգալ բուժման ծախսերը: Մյուսները բնական են համարում այն, որ կստանան անվճար բուժում իրենց ամուսնական և այլ խնդիրների հետ կապված, նույնիսկ եթե դրանք չի կարելի հիվանդություն համարել: Ամբուլատոր հոգեվերլուծական կլինիկա ուղեգրված հիվանդներն ընդունարանի աշխատակցից փորձում են տեղեկանալ ապահովագրական ընկերության միջոցով վճարելու մասին: Բժշկին նախկինում կատարած այցերի իրենց փորձառությունից հանրային ապահովագրության համակարգում ներգրավված բոլոր անձինք գիտեն, որ պաշտոնական ուղեգրումը երաշխավորում է անվճար բուժում: Բժիշկն իրավունք չունի հիվանդից գումար գանձել, բացի այն վճարից, որը փոխանցում է ապահովագրական ընկերությունը:

Թերապիայի պայմանները քննարկելիս, եթե ոչ ավելի վաղ, անհրաժեշտ է հիվանդին ծանոթացնել հոգեվերլուծության վճարման կանոններին՝ այդ թվում նաև քննարկելով առողջության հանրային կամ մասնավոր ապահովագրության կողմից կատարվող վճարումները: Քանի որ խնդիրն արդեն իսկ բարդ է և ավելի է բարդացվում՝ հիվանդի կողմից դրան վերագրվող սուբյեկտիվ և անգիտակցական նշանակություններով, վերլուծողը չպետք է սահմանափակվի միայն որոշ քանակությամբ տեղեկություններ հաղորդելով: Նախ և առաջ, նա ինքը պետք է լավ իմանա, թե ինչպես է հոգեթերապևտիկ օգնությունը ներառված Գերմանիայի առողջության ապահովագրման համակարգում: Մենք նպատակահարմար ենք համարում ընթերցողին տեղեկացնել կանոնակարգի մասին, չնայած որ այն թերապիայի միայն արտաքին շրջանակն է: Երբ վճարումը կատարում է երրորդ կողմը, չափազանց կարևոր է, որպեսզի և՛ վերլուծողը, և՛ հիվանդը լիովին տեղեկացված լինեն երրորդ կողմի դերի մասին, որպեսզի կարողանան ըմբռնել ինչպես այս պայմանավորվածության անգիտակցական նշանակությունը, այնպես էլ ներքին և արտաքին կողմերի փոխհարաբերությունը: Վերլուծողի կողմից տեղեկատվություն հաղորդելու և շարունակական մեկնաբանություններ անելու անպատրաստականությունը առաջացնում է խառնաշփոթ, որը վտանգում է վերլուծական գործընթացը:

Անհրաժեշտ է ընթերցողին ծանոթացնել վճարման գործընթացի պարզ կանոններին և Գերմանիայի ապահովագրական համակարգի շրջանակներում վերլուծական հոգեթերապիա ստանալու կարգին: Որքան ավելի քիչ բան գիտեն հիվանդը և վերլուծողը դրա օրինական կարգի և պատմական զարգացման վերաբերյալ, այնքան ավելի դժվար է վերլուծել երրորդ կողմի վճարման հետ կապված բազմաթիվ և բազմատեսակ անգիտակցական նշանակությունները:

Երրորդ կողմի ցանկացած վճարում, լինի դա ապահովագրական ընկերության կամ հիվանդի ընտանիքի կողմից, առաջ է քաշում ներքին և արտաքին, նյութական և հոգեբանական հայեցակետեր ունեցող մի շարք խնդիրներ: Մենք, իհարկե, նախ և առաջ խոսում ենք Գերմանիայի մասին, սակայն չենք դիմում բացառապես գերմանացի ընթերցողին: Հոգեվերլուծությունը որպես հոգեկան խանգարումների իրական բուժման միջոց ճանաչելը շատ երկրներում հանգեցրեց մի իրավիճակի, որում առողջության ապահովագրման ընկերությունները սկսեցին վճարել բոլոր ծախսերը:

Դա արտացոլվեց այնպիսի անգլերեն տերմինների միջազգային կիրառմամբ, ինչպիսիք են «third party payment»՝ երրորդ անձի կողմից վճարում, «peer report»՝ գործընկերոջ կողմից վերանայում: Ապահովագրական համակարգի միջոցով վճարումների կատարման կարգավորումները, այդ թվում՝ բուժող վերլուծողի դիմումը և ապահովագրական ընկերության կողմից մեկ այլ վերլուծողի վերանայումը, տարբեր երկրներում իրականացվում է տարբեր կերպ, սակայն մենք կարծում ենք, որ որոշ բնորոշ խնդիրներ, այնուամենայնիվ, համընդհանուր բնույթ են կրում: Այդպիսով,

տարբեր երկրների ընթերցողներ այս բաժնում կարող են պատկերացում կազմել բուժման մեթոդի վերաբերյալ: Տարբեր երկրներում տիրող իրավիճակի մասին մեր իմացությունը նույնպես համոզեց մեզ նրանում, որ Գերմանիան, որի պատմության մեջ այնքան էլ շատ չեն հաջող փոխզիջման դեպքերը, ստեղծել է առողջական ապահովագրման համակարգի կողմից վերլուծական թերապիայի համար իրականացվող վճարման մի համակարգ, որը ոչ միայն արդյունավետ է, այլև բավականին ձկուն է՝ հարմարվելու ցանկացած անհատական դեպքի: Վերջին տասնամյակում Գերմանիայում հաջողություն արձանագրած երրորդ կողմի վճարման համակարգը և վերանայման համակարգը (peer report) այժմ մեծ հետաքրքրություն են առաջացնում շատ այլ երկրներում, և այդ պատճառով էլ մեր փորձը միջազգային ուշադրության է արժանանում:

Այլ երկրներից այս համակարգը քննադատողները, ինչպես օրինակ՝ Փարինը (Parin, 1978), և Փարին-Մաթեյը (Parin-Mathey, 1983) և Մանոնին (Mannoni, 1979), մանրամասնորեն չուսումնասիրելով արևմտագերմանական համակարգը, քննադատեցին այն: Լոհմանը (Lohmann, 1980), ով բացարձակապես դեմ էր ինստիտուցիոնալացված հոգեվերլուծությանը, հերքեց Մանոնիի (Լաքանի դպրոցի) այն պնդումը, որ հասարակայնացման գործընթացի և վճարման մեջ գոյություն ունի որևէ կապ, իսկ Մանոնիի շատ մեղադրանքներ համարեց տգետ և ծիծաղաշարժ: Զավեշտական է այն, որ Լոհմանի փաստարկները նույնպես վերաբերում են Արևմտյան Գերմանիայի առողջության ապահովագրման համակարգի շրջանակներում հոգեվերլուծության վերաբերյալ Փարինի (Parin, 1978) գաղափարախոսական նախապաշարմունքներին:

Դե Բորը և Մերշը (de Boor, Moersh, 1978) նույնպես Փարինի տեսակետի դեմ համապատասխան փաստարկներ առաջ բաշեցին: Վերջին տարիներին տարբեր եվրոպական հոգեվերլուծական ասոցիացիաների ներկայացուցիչների միջև քննարկումները ցույց են տալիս, թե որքան դժվար են տեղեկություններ հավաքելը և նախապաշարմունքներից հրաժարվելը: Գրոեն-Փեկենը (Groen-Peakken, 1984) ամփոփել է այս բանավեճերը: Նա ընդգծում է այն փաստի անժխտելի առավելությունը, որ այժմ որոշ երկրներում հիվանդները կարող են հոգեվերլուծական բուժում ստանալ անկախ իրենց նյութական միջոցներից, չնայած ընդհանուր առմամբ այստեղ գերակշռում է ֆինանսական օգնություն տրամադրող կողմերի միջամտության վախը: «Միջամտություն», այլ ոչ թե «օգնություն» – ահա այն բառը, որն առավել հաճախակի է հանդիպում այս քննարկումների ժամանակ: Քանի որ երրորդ կողմի վճարումը կարող է իրականացվել տարբեր կազմակերպությունների՝ ապահովագրական ընկերությունների, պետության, առողջապահության ազգային ծառայության կողմից, ապա կարող ենք ասել, որ տարբեր երկրներում ապահովադիրները տարբեր են: Արևմտյան երկրներում, այնուամենայնիվ, կարելի է ենթադրել, որ համընդհանուր բարօրության ապահովման համար գոյություն ունեցող

Ժողովրդավարական կառավարությունները և ապահովագրական ընկերությունները շահագրգռված չեն միջամտել անձնական կյանքին և կհարգեն գաղտնիության օրենսդրական և մասնագիտական էթիկայի դրույթները: Այսպիսով, կարևոր է գտնել լուծումներ, որոնք մի կողմից կերաշխավորեն անձի իրավունքների պաշտպանությունը, իսկ մյուս կողմից համադրելի կլինեն ապահովագրական ընկերությունների՝ օրենքով սահմանված պարտականություններին:

Երրորդ անձի կողմից վճարելու վերաբերյալ ներկայումս ընթացող միջազգային բանավեճերը հիշեցնում են Արևմտյան Գերմանիայում այժմյան համակարգի ներմուծմանը նախորդած բանավեճերը: Շնորհիվ որոշ բժիշկների, այդ թվում՝ վերլուծողների ջանքերի, հնարավոր եղավ հասնել համաձայնության *Kassenärztliche Bundesvereinigung-ի* (KBV – հանրային առողջապահության և բուժօգնության վճարների հարցերը կարգավորող բժիշկների ազգային կորպորատիվ կազմակերպություն) և առողջության ապահովագրման ընկերությունների միջև: Համաձայնագրերը պարունակում են պարզ դրույթներ, որոնք բացառում են մանիպուլյատիվ միջամտությունների հնարավորությունները և վերլուծական հոգեթերապիայի համար ապահովագրություն ունեցող հիվանդների համար այս բուժումը նախկինի հետ համեմատ անասելիորեն մատչելի են դարձնում: Մինչև 1960-ական թվականները հոգեվերլուծողները, հետևելով Բեռլինի հոգեվերլուծական ինստիտուտի օրինակին (1920–1930), իրենց հիվանդների միայն մի փոքր մասին բուժում էին բավականին մատչելիորեն՝ առաջնորդվելով սոցիալական պատասխանատվության զգացումով (De Boor, Künzler, 1963):

Սկզբում մենք կքննարկենք երրորդ անձի՝ առողջապահության հանրային ապահովագրական ընկերությունների կողմից վճարման համակարգի արտաքին շրջանակը: Ապահովագրված հիվանդը չի կատարում որևէ վճարում. վերլուծողը վարձատրվում է KBV-ի իր մասնաձյուղի կողմից: Այնուամենայնիվ, այս ֆինանսական գործարքները դիպչում են հիվանդի նյութական շահերին, քանի որ նա իր աշխատավարձից զգալի բաժին է վճարում իր ապահովագրական ընկերությանն ընդհանուր բժշկական օգնության ապահովման համար՝ ներառյալ այն հավանական հիվանդության բուժումը, որի վճարը չափազանց բարձր է միջին աշխատավարձ ստացող անձի համար: Այս հանրային ընկերությունների կողմից ապահովագրված անձը վճարում է տարեկան մոտ 5000 մարկ (մոտ 2 հազար դոլար): Ոչ մի հավելյալ վճարում բուժման ընթացքում չի կատարվում: Հարկ է ընդգծել, որ հիվանդն իրավունք ունի օրինական փոխհատուցում պահանջելու ոչ թե պետությունից, այլ առողջապահական ընկերությունից. այս կարգը ներմուծվել է դեռևս Բիսմարքի կողմից: Արևմտյան Գերմանիայի սոցիալական ապահովագրության համակարգը պետության վերահսկողության տակ է գտնվում, սակայն սա չի կարելի համարել առողջապահության ազգային համակարգ, ինչպիսին գոյություն ունի, օրինակ, Միացյալ Թագավորությունում:

Հիվանդը գիտի, թե իր աշխատավարձից որքան է հատկացվում առողջության ապահովագրմանը, և նա կարող է հաշվել, թե որքան է վճարել տարիների ընթացքում և որքան հաճախ է դիմել բուժօգնության:

Նա ազատ է ընտրելու ցանկացած բժշկի: Ինչպես առողջության ապահովագրման հանրային ընկերություններն են միասին կազմում մեկ կորպորատիվ ամբողջություն, այնպես էլ գրեթե բոլոր բժիշկները KBV-ի անդամներ են: Բժշկի ծառայությունների համար վճարումները համաձայնեցվում են այս երկու կորպորատիվ կազմակերպությունների կողմից: Ավելի պարզ ասած՝ սա նշանակում է հետևյալը. ապահովագրական ընկերությունները պարտավոր են վճարել բժիշկների ռեզիդնալ կազմակերպություններին, որոնք միասին կազմում են KBV-ն: Բժիշկներն իրենց հերթին պարտավոր են բժշկական ծառայություն մատուցել հանրային ապահովագրական ընկերությունների անդամներին, այսինքն՝ բնակչության ավելի քան 90 տոկոսին: KBV ռեզիդնալ բաժանմունքները ապահովագրական ընկերությունների հետ ֆինանսական բանակցությունների ընթացքում պաշտպանում են բժիշկների շահերը: Բժշկական ծառայությունների արժեքի վերաբերյալ համաձայնությունները փոխզիջումներ են, որտեղ կարևոր դեր են խաղում քաղաքական գործոնները: Հարկ է նաև հաշվի առնել ընդհանուր տնտեսական վիճակը: Եվ իսկապես, շատ առումներով հոգեդիսանմիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական հոգեթերապիային վերաբերող հատուկ դրույթները, ներառյալ վճարման վերաբերյալ հիմնական դրույթները, հիմնականում իրենցից հենց այդպիսի փոխզիջում են ներկայացնում:

Վերլուծողների մեծամասնությունը դժկամությամբ է մոտենում ապահովագրական ընկերությունների կողմից վճարումների իրականացման խնդրին, և, բնականաբար, որքան քիչ ես ծանոթ դրանց իրականացման կարգին, այնքան դրանք ավելի բարդ են թվում: Բուժման համար վճարող երրորդ կողմի գաղտնի ներկայությունը դիտվում է որպես միջամտություն իդեալական, երկկողմանի հոգեվերլուծական գործընթացի մեջ: Այդ պատճառով զարմանալի չէ, որ երրորդ կողմի ֆինանսավորումն առաջացնում է հին լավ օրերի նկատմամբ կարոտախտ, երբ վճարումներ կատարելը բացառապես անձնական խնդիր էր:

Հին համակարգի առավելությունները, այնուամենայնիվ, չափազանցված են: Խնդրի իրական դրությունը կարելի է տեսնել՝ դիտարկելով այն երկրների իրավիճակը, որտեղ վերլուծական թերապիայի ծախսերը դեռ չեն վճարվում ապահովագրության կողմից: Ինչ վերաբերում է վերլուծական բուժօգնությանը, հին բարի ժամանակները լավ էին հոգեկան հիվանդների մի փոքր հատվածի համար: Շատերի համար դրանք հին վատ ժամանակներ էին: Իսկ այն երկրներում, որտեղ առողջության ապահովագրության ընկերությունները ոչինչ չեն վճարում կամ բավարար չեն վճարում հոգեվերլուծական բուժման համար, իրավիճակը դեռևս այնպիսին է, որ միայն հարուստները կարող են իրենց թույլ տալ հոգեվերլուծության կուրս անցնել: Իրավիճակը նույնն էր Առաջին համաշխարհային պատերազմի

Ժամանակ, որի մասին ամսականքով էր խոսում Ֆրոյդը Բուդապեշտում տեղի ունեցած իր հայտնի ելույթի ժամանակ. բնակչության մի սովորական գնդված տառապում էր սաստիկ ներոզներից, իսկ նրանց բուժման համար որևէ միջոց չէին ձեռնարկվում: Միևնույն ժամանակ նա կանխագուշակում էր. «Վաղ թե ուշ հասարակության խիղճը կարթնանա և կհիշեցնի այն մասին, որ աղքատ մարդը պետք է ունենա այնքան իրավունքներ իր հոգեկան առողջության համար, որքան նրան առաջարկվում են հնարավորություններ վիրաբուժության կողմից» (Freud, 1919, էջ 167):

Որոշ արևմտյան երկրներում Ֆրոյդի կանխատեսումը գոնե մասամբ իրականացել է, և երրորդ կողմի վճարումը, ինչպես ցույց տվեցին վերջին տասնամյակների հակասությունները, դարձել է բուժման տեխնիկայի ակտիվորեն քննարկվող կողմերից մեկը: Այնուամենայնիվ, զարմանալի է, որ երրորդ կողմի վճարումը միայն այժմ է դարձել խնդիր: Լուրջ հիվանդները, ամուսնացած կանայք, անչափահասներն ու երեխաները՝ առանց ժառանգած հարստության կամ բարձր եկամուտների, միշտ կախված էին երրորդ կողմից: Երեխաները և անչափահասները հանդիսանում են ամենամեծ և երրորդ անձից ամենակախյալ խումբը: Ամենամեծ այսպիսի խումբը, որը ամենից շատ է կախված երրորդ կողմի վճարումից, երեխաներն ու պատանիներն են: Այս բաժնում, ինչպես ամբողջ գրքում, մենք սահմանափակվում ենք մեծահասակների բուժման խնդիրներով, սակայն այս պահին կցանկանայինք ընդգծել այն փաստի կարևորությունը, որ երեխաների և պատանիների հոգեթերապիան ներառված է Արևմտյան Գերմանիայի առողջության ապահովագրման ընկերությունների և բժշկական կազմակերպությունների միջև համաձայնություններում: Ֆինանսապես կախյալ երեխաների բուժումը ապահովվում է անհրաժեշտ ֆոնդերի տրամադրման միջոցով:

Զարգացման որոշակի փուլերին բնորոշ ճգնաժամերի և ներոտիկ դրսևորումների վաղ բուժումը հնարավոր դարձավ հոգեդինամիկ ուղղվածությամբ և վերլուծական հոգեթերապիայի՝ ապահովագրական ընկերության կողմից վճարվող բուժման մեջ ներառման շնորհիվ: Պարզ է, որ մանկական ներոզների բուժումը հենց առաջացման պահին մեծ հոգեհասարակական նշանակություն ունի:

Բարդությունները, որոնք առաջանում են հիվանդի՝ ամուսնուց կամ կնոջից, այլ հարազատներից, մեծահարուստ ծանոթներից կախյալ լինելու արդյունքում, նույնիսկ երբ նրանք օրենքով պարտավորված են ցուցաբերել ֆինանսական աջակցություն, քննարկվում են 6.6.2 բաժնում: Բուժման տեխնիկայի հետ կապված այլ խնդիրներ կարող են առաջանալ, եթե ֆինանսապես անկախ հիվանդները վճարում են իրենց բուժման համար, բայց ոչ իրենց վաստակած միջոցներով: Ֆրոյդի Գայլ-Մարդը դրա վառ օրինակն է: Սկզբում նա շատ հարուստ էր, սակայն ռուսական հեղափոխության արդյունքում սնանկանում է: Այնուամենայնիվ, Ֆրոյդը շարունակում է նրան անվճար բուժել և ամեն կերպ աջակցել: Մենք համոզված ենք, որ

հիվանդների մեծամասնությունը, ինչպես նաև նրանց վերլուծողները, միշտ կախված էին երրորդ կողմի ուղղակի կամ անուղղակի ֆինանսական օգնությունից:

Հասկանալի պատճառներով խրախուսվում էր փոքրամասնության կողմից ինքնուրույն վճարումը: Նրանք, ովքեր իրենք են ֆինանսավորում իրենց բուժումը, խուսափում են շատ բարդություններից, որոնք անխուսափելի են երրորդ կողմի ֆինանսավորման դեպքում: Այսպիսով՝ իդեալական (անվերջ) վերլուծական գործընթացը ընկալվում էր որպես մի գործընթաց, որում հիվանդը, ում մասնագիտական հաջողությունները ցուցաբերում էին ես-ի լավ (չնայած որոշակի ներքոտիկ սահմանափակումներին) գործառույթներ, ի վիճակի էր վերլուծողին հարկ եղած չափով վճարել սեփական միջոցներով: Ներկայումս նույնիսկ ֆինանսապես անկախ հիվանդն է հավակնում երրորդ կողմի՝ իրեն հասանելի ֆինանսական աջակցության: Ինչպես ցույց է տրված Կրեմերիուսի և համահեղինակների մոտ (Cremierus et al., 1979), հարուստ հիվանդների հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում առաջացող խնդիրներն ավելի շատ են, քան ենթադրում է հիվանդի կողմից վճարման կատարման իդեալական տարբերակը: Գրեթե միշտ նույնիսկ խիստ հարուստ հիվանդներն ունեն առողջության մասնավոր ապահովագրություն և իրատեսորեն սպասում են, որ գոնե մասնակի հատուցման իրենց դիմումը, որն ուղեկցվում է վերլուծողի զեկույցով, կընդունվի: Քաղաքացիական ծառայողների բժշկական ծառայությունը հատուցվում է մոտավորապես 60 տոկոսով:

Ֆրոյդի բուդապեշտյան ելույթից (1919թ.) մոտ 50 տարի անց Արևմտյան Գերմանիայի հանրային ապահովագրական ընկերությունները ներդնները համարեցին հիվանդություններ: Շատ քիչ ուշադրություն է հատկացվել այն փաստին, որ հոգեվերլուծության լայն կիրառմանը նպաստել է Բեռլինի հոգեվերլուծական ինստիտուտի ամբուլատոր կլինիկայում կատարված աշխատանքը, որտեղ աղքատ հիվանդները բուժվում էին չնչին գումարներով, որոնք նույնիսկ չէին ծածկում ծախսերը և վճարվում էին կլինիկային, այլ ոչ թե թերապևտին: Աշխարհում առաջին նմանատիպ ինստիտուտը գործում էր ոչ միայն շնորհիվ իրենց հովանավոր Մաքս Էյթինգոնի մեծահոգության, այլ նաև ինստիտուտի անդամների և պրակտիկանտների շնորհիվ, որոնք հաճախ անվճար էին աշխատում: Կլինիկան այնքան էլ մեծ չէր, բայց համեմատաբար քիչ քանակությամբ հիվանդների բուժումը նվազեցնում էր այն մտավախության վտանգը, որը Ֆրոյդը հայտնել էր Բուդապեշտի զեկույցի ժամանակ: Չնայած նա հավատում էր, որ խիստ անկողմնապահ հոգեվերլուծության առավել կարևոր և արդյունավետ տարրերը կկիրառվեն մարդկանց լայն զանգվածների հոգեթերապիայում, նա վախենում էր, որ «թերապիայի մաքուր ոսկին» ստիպված կլինեն խառնել «ուղղակի ներշնչման պղնձի» հետ (Freud, 1919, էջ 168): Հոգեթերապիայի այս՝ հետազայում խիստ ընդլայնված ընկալման մեջ իրենց տեղն էին գտնելու և՛ հիպնոսը, և՛ նույնիսկ հոգեկան ու նյութական աջակցությունը:

Ֆրոյդի պարզ տարբերակումը խիստ անկողմնապահ հոգեվերլուծության և այդ մեթոդի զանգվածային կիրառման միջև, որը արտահայտվել է վերլուծության պարզ ոսկու և ներշնչման պղնձի վառ հակադրության փոխաբերությամբ, խորը հետք է թողել, որը պահպանվել է մինչ այսօր: Այդ պատճառով ավելի կարևոր է հիշել Բեռլինի հոգեվերլուծական ինստիտուտի՝ տասնյակ տարիների ընթացքում կատարած աշխատանքի արդյունքների մասին գեկույցը (Rado et al., 1930), որը վկայում է, որ հոգեվերլուծության լայն, սակայն ոչ զանգվածային կիրառումը չի հանգեցրել դրա՝ պարզ ներշնչման վերածմանը: Այս գեկույցի՝ Ֆրոյդի կողմից գրված նախաբանում (1930b) ընդգծվում էր ինստիտուտի եռակի նշանակությունը որպես կրթական, հետազոտական և բուժական կենտրոն: Միմմելը (Simmel, 1930, էջ 11) ընդգծում էր, որ բանվոր դասակարգի ներկայացուցիչների և ապահովագրված հիվանդների ամբուլատոր բուժումը ոչ մի կերպ չէր տարբերվում ֆինանսապես ապահովված և սեփական միջոցներով վճարող հիվանդների բուժումից:

Հետպատերազմյան Բեռլինի փլատակներում 1946 թ. Քենփերը և Շուլց-Հենկեն նոր հեռանկարներ ստեղծեցին՝ հիմնելով Հոգեկան ծագման հիվանդությունների կենտրոնական ինստիտուտը, որը ֆինանսավորվում էր տեղական ապահովագրական հասարակության՝ հետագայում Առողջության ապահովագրության ընդհանուր կոմունալ ծառայության կողմից (Allgemeine Ortskrankenkasse): Բաումեյերը և Դրեգերը (Baumeyer, 1971, Dräger, 1971) ձմարտացիորեն ընդգծեցին այդ կարևոր նախաձեռնության հասարակական մեծ նշանակությունը. «Սա Գերմանիայի հասարակական ինստիտուտի՝ ներգրծ որպես հիվանդություն ընդունելու առաջին քայլն էր: Առաջին անգամ ապահովագրության հանրային համակարգի ինստիտուտներից մեկը վճարեց հոգեվերլուծության և այլ հոգեթերապևտիկ բուժման ծախսերը» (Dräger, 1971, էջ 267): Առաջին անգամ ապահովագրված հիվանդները կարողացան հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող բուժում ստանալ՝ դրա համար անմիջականորեն չվճարելով և ավելի լայն մասշտաբով, քան Բեռլինի հին հոգեվերլուծական ինստիտուտի ամբուլատոր կլինիկայում: Հարկ է արժանին մատուցել Դուիքսենին (Dührssen, 1962)՝ 1004 հիվանդների գրանցած արդյունքների վերլուծությունը նախաձեռնելու համար: Այս հիվանդները վերլուծական հոգեթերապիայի կուրս էին անցել Կենտրոնական ինստիտուտում: Այսպիսով՝ Դուիքսենը ցույց է տվել բուժման արդյունավետությունը:

Բաումեյերը (Baumeyer, 1971, էջ 231) ձիշտ է ընդգծել այն, որ Հոգեկան ծագման հիվանդությունների կենտրոնական ինստիտուտը նշանակալից ներդրում է ունեցել ապահովագրության հանրային համակարգի կողմից հոգեդինամիկ բուժման համար վճարելու նկատմամբ դիմադրությունը հաղթահարելու հարցում. «Հոգեկան ծագման հիվանդությունների կենտրոնական ինստիտուտը հոգեթերապիայի և խորքային հոգեբանության գերմանական հասարակությանը ներկայացրել է բազմաթիվ փաստարկ-

ներ, որոնք բազմամյա և հոգնեցուցիչ բանակցությունների արդյունքում վերջապես հաջողությամբ են պսակվել» (այսինքն՝ հասել են ապահովագրական ընկերությունների կողմից հոգեվերլուծության ճանաչման):

1967-ին ներդրների՝ որպես հիվանդություն ճանաչումը նախադրյալ հանդիսացավ այսպես կոչված ստանդարտ հոգեթերապիան հիմնական առողջապահական ապահովագրական ընկերությունների ծրագրի մեջ ընդգրկելու համար: Այս օրինակին 1971-ին հետևեցին նաև այլ հանրային կազմակերպություններ (Haarstrick, 1971 Faber, 1981): Հասարակական և մասնավոր առողջապահական ընկերությունները որոշ սահմանափակումներ մտցրեցին: Առողջության ապահովագրման համակարգի նպատակն է, հարկ եղած դեպքում, հասարակության բոլոր խավերի համար ստացիոնար և ամբուլատոր բուժում ապահովել՝ անկախ հիվանդի ֆինանսական վիճակից: Բացառությամբ մի քանի հատուկ իրավիճակների՝ հիվանդը վճարում է ապահովագրական վճարումից ոչ ավելի (իր եկամուտի մոտ 14 տոկոսը): Այսպիսով՝ օրենսդրական սահմանափակումներն առողջության ապահովագրման ընկերություններին չեն թույլատրում հիվանդներից թերապիայի համար վճարումներ պահանջել: Այն, թե արդյոք սա կփոփոխվի բժշկական ծառայությունների թանկացման պատճառով, դեռ պարզ չէ: Այստեղ ցանկանում ենք նշել, որ վճարման՝ հիվանդի մասնաբաժնի սոցիալապես համապատասխան չափը որոշելու կանոնակարգը կարող է առաջացնել այնպիսի խնդիրներ, որոնք չափազանց դժվար կլինի լուծել: Այնուամենայնիվ, քանի դեռ գործող օրենսդրությունը ուժի մեջ է, անվճար հոգեթերապիան հասանելի կլինի առողջապահության հանրային ապահովագրական ընկերությունների՝ համապատասխան հիմնարար սկզբունքներին բավարարող հիվանդություններ ունեցող անդամների համար: Հենց այստեղ էլ կցանկանայինք անդրադառնալայդ հիմնարար սկզբունքներին:

Հոգեդինամիկ և վերլուծական հոգեթերապիայի կիրառման սկզբունքների վերջին տարբերակում (մարտ, 1984թ.) սահմանվում են թերապիայի երկու ձևերի մեթոդները, ինչպես նաև ներկայացվում են դրանց համար ցուցում համարվող դեպքերը: Ահա ամենակարևոր դրույթները.

Հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական հոգեթերապիաները, ինչպես այստեղ է սահմանված, ծագումնաբանական ուղղվածություն ունեցող հոգեթերապիայի ձևեր են, որոնցում բուժման օբյեկտը ներոտիկ խանգարումների անգիտակցական հոգեդինամիկան է՝ իր հոգեկան և/կամ մարմնական դրսևորումներով: Հոգեթերապիայի տեխնիկաները, որոնք չեն համապատասխանում հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական հոգեթերապիայի հետևյալ նկարագրություններին, չեն ֆինանսավորվում.

ա) Հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող հոգեթերապիան ներառում է թերապիայի ձևեր, որոնք ուղղված են ակտիվ ներոտիկ կոնֆլիկտների լուծմանը, սակայն ձգտում են կենտրոնացնել թերապևտիկ գործընթացը՝ բուժման նպատակների մասնավորեցման, կոնֆլիկտին ուղղված բուժման գործընթացի և ռեգրեսիվ միտումները սահմանափակելու միջոցով:

բ) Վերլուծական հոգեթերապիան ներառում է թերապիայի ձևեր, որոնք զբաղվում են ոչ միայն ներոտիկ ախտանշանների բուժմամբ, այլ նաև ներոտիկ կոնֆլիկտների լուծմամբ և ներոտիկ հակվածություն ունեցող հիվանդներով: Այստեղ գործի է դրվում թերապևտիկ գործընթացը, որը շարունակվում է տրանսֆերի և հակատրանսֆերի վերլուծությամբ, ինչպես նաև ռեգրեսիվ գործընթացների կիրառմամբ:

Հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող հոգեթերապիան ներառում է կարճաժամկետ կիզակետային թերապիաները և դինամիկ հոգեթերապիաները, որոնք ուղղված են կոնֆլիկտների բացահայտմանն ու դրանց լուծմանը: Այս կարճ թերապիաները, որոնք ծագել են հոգեդինամիկ հոգեվերլուծությունից, արդեն ապացուցել են իրենց արժեքավորությունը (Malan, 1976, Lwuborsky, 1984, Strupp, Binder, 1984): Քերնբերգի (1984) էքսպրեսիվ հոգեթերապիան, հիմնված Մենինգերի հիմնադրամի անցկացրած հետազոտությունների վրա (Kernberg et al., 1972, Wallerstein, 1986), Գերմանիայում բուժման հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող կոնֆլիկտների բացահայտման տեխնիկայի համարժեքն է:

Վերլուծական հոգեթերապիայի մեթոդի սահմանումը լիովին ներառում է այն գործոնները, որոնք Ֆրոյդը համարում էր հոգեվերլուծության հիմնաքարեր, այդ թվում՝ դիմադրությունը, տրանսֆերը և ռեգրեսիայի թերապևտիկ կիրառումը:

Թերապիայի այս երկու ձևերի կիրառումը ապահովագրական առողջապահության համակարգի շրջանակներում սկզբունքորեն սահմանափակված է այն հիվանդություններով, որոնց ընթացքը կարող է դեպի լավը փոխվել: Հոգեթերապևտը պետք է ապացուցի որպես վերանայող-գործընկեր հանդես եկող վերլուծողին, որ բուժումը, որը նա պատրաստվում է իրականացնել, կարող է թեթևացնել, բարելավել կամ բուժել տվյալ ներոտիկ կամ հոգեդինամիկ հիվանդությունը: Դիմումի ձևաթղթում (որտեղից ստորև մեջբերում ենք անում) անհրաժեշտ է անել պայմանական կանխատեսում և հիմնավորել այն: Անհրաժեշտ է սահմանել պայմանները, որոնք ախտանշաններին հիվանդության կարգավիճակ են հաղորդում, ինչպես նաև հարկ է թվարկել այդ ախտանշաններին նպաստող գործոնները: Կանխատեսման որոշիչ գործոնը սահմանվում է *փոփոխության համար անհրաժեշտ պայմաններով*, որոնք պետք է ապահովվեն երկու կողմերի՝ հիվանդի և վերլուծողի կողմից: Յուրաքանչյուր առանձին դեպքում վերլուծողը պետք է գնահատի, թե ինչ ձեռքբերումներ կարող են ունենալ ինքն ու հիվանդը՝ հիվանդի համար թերապիա նշանակելով, հուսադրելով և պատասխանատվությունը սեփական ուսերին վերցնելով: Դիտարկվող իրավիճակում նա իր՝ դիտորդի դերում գտնվող վերլուծող գործընկերոջը պետք է բացատրի կանխատեսումների հիմնական չափանիշները, այսինքն՝ մեկնաբանի, թե ինչու է հնարավոր համարում հիվանդի վիճակի հետագա բարելավումները:

Վերոնշյալ սկզբունքներում թերապիայի այդ երկու ձևերի համար ցուցումները իրականացվում են հետևյալ դեպքերում.

1. Հոգեեղբայրական հոգեկան խանգարումներ (այն է՝ տագնապի նկրոզ, ֆորբիաներ, նկրոտիկ դեպրեսիա):
2. Փոխարկման նկրոզներ, տարբեր օրգանների նկրոզներ:
3. Ինքնավար ֆունկցիոնալ խանգարումներ՝ հաստատված հոգեկան ծագումնաբանությամբ:
4. Վաղ մանկության փուլում զգայական պակասից առաջացած հոգեկան խանգարումներ, հատկապես վաղ մանկության շրջանում ֆիզիկական վնասվածքների կամ զարգացման թերությունների հետ կապված հոգեկան խանգարումներ:
5. Լուրջ խրոնիկական հիվանդությունից առաջացած հոգեկան խանգարումներ, քանի դեռ դրանք ենթակա են հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող կամ վերլուծական թերապիայի (օրինակ՝ քրոնիկական ռևմատիկ հիվանդությունները, հոգեկան հիվանդությունների որոշ ձևերը):
6. Էքստրենալ իրավիճակների հետևանքով հոգեկան խանգարումներ, որոնք անձի լուրջ խանգարումների պատճառ են դարձել (օրինակ՝ երկարատև բանտարկություն, լուրջ հոգեկան տրավմա):

Այստեղ ցուցումներն արդեն սահմանվում են մի շարք հանգամանքների ցանկով, որոնց դեպքում առողջության ապահովագրական կազմակերպությունները չեն վճարում բուժման ծախսերը.

Հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական թերապիան չի ներդրվում բժշկական ապահովագրության ծածկույթում, եթե այն թույլ չի տալիս բուժել հիվանդությունը, բարելավել հիվանդի վիճակը և չի հանգեցնում առողջության վերականգնման: Սա հատկապես վերաբերում է այն չափանիշներին, որոնք ուղղված են բացառապես մասնագիտական և սոցիալական հարմարվողականությանը, երեխաների դաստիարակման ցուցումներին և այլն:

Վերականգնման հետ կապված՝ անհրաժեշտ է դիտարկել հետևյալը.

Եթե հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող կամ վերլուծական թերապիան նշանակված է բացառապես որպես առողջության վերականգնման միջոց, ապա այն կարելի է կիրառել պայմանով, որ հոգեդինամիկ գործոններն էական դեր են խաղում հոգեկան խանգարմանմեջ կամ դրա հետևանքներում, ինպես նաև այն պայմանով, որ հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական թերապիայի օգնությամբ հիվանդը կարող է ներգրավվել աշխատանքային իրավիճակում կամ հասարակության մեջ, նույնիսկ եթե դա երկար ժամանակ պահանջի:

Վերլուծական և հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող թերապիայի կիրառումը, այսպիսով, ունի մի շարք սահմանափակումներ: Կիրառման ոլորտը սահմանված է մեթոդի և նոզոլոգիական ուղղվածության (ցուցումների) տեսանկյունից, սակայն միևնույն ժամանակ բավականին ձկուն է: Յուրաքանչյուր հիվանդի շահագրգռությունը և հարմարվողականությունը հարկ է գնահատել բուժման հաջող ընթացքի հավանականության տեսանկյունից: Այստեղ բախվում ենք անհրաժեշտություն, արդյունավետություն

և խնայողականություն եռյակին, որը Գերմանիայում ուղղորդում է բժշկի ախտորոշիչ և թերապևտիկ գործողությունները: Բժիշկը պարտավոր է դիտարկել իր ընտրած թերապիան և հիմնավորել այն ապահովագրական ընկերության առջև այս եռյակի ապահովման տեսանկյունից:

Բուժող վերլուծողը թերապիայի ծրագիրը ներկայացնում է դիմումի մեջ, որտեղ կողմնորված են հիվանդի անձնական տվյալները: Դիմումի ձևը և բովանդակությունը ստուգվում են որպես անկախ ստուգող հանդես եկող վերլուծողի կողմից, որը պետք է որոշի, թե արդյոք պահպանվում են վերոնշյալ նախապայմանները (հիվանդության տեսակը, ցուցումները): Այսպիսով՝ ստուգողը չունի անձնական ազդեցություն բուժման գործընթացի կամ բուժման անցկացման վրա, բայց նրա կատարած գործառնությունը ինքնին նշանակում է, որ նա կարող է էական ազդեցություն գործել հիվանդի տրանսֆերի գործընթացի վրա, հատկապես՝ բուժումը շարունակելու դիմումի ընդունման ընթացքում: Այսպիսով՝ այլևս հնարավոր չէ անտեսել այն փաստը, որ վերլուծական դիադան այս իմաստով իրենից ներկայացնում է տրիադա՝ ներառելով գաղտնի երրորդ կողմը:

Բարդություններն անխուսափելի են, եթե վերլուծողը և հիվանդը մոռանում են, որ իրենք մի շարք առումներով եռանկյունու միայն երկու կողմերն են: Որքան քիչ է պարզաբանվում և մեկնաբանվում ստուգողի դերը թերապիայում, այնքան լավ է նա ծառայում որպես պրոյեկցիոն էկրան: Չի կարելի ձևացնել, թե դիտորդ գոյություն չունի. նրա գնահատականից է կախված՝ արդյոք բուժումը կերկարացվի, թե՞ ոչ: Որոշում ընդունելիս նա պետք է հիշի բուժման տևողության վերաբերյալ ցուցումները. «Վերլուծական հոգեթերապիան, որպես կանոն, պետք է բավարար արդյունքների հասնի 160 սեանսից հետո, հատուկ դեպքերում՝ 240 սեանսից հետո»: Բուժման երկարացումը մինչև 300 սեանս կարող է թույլատրելի լինել միայն բացառիկ դեպքերում, բայց դա պետք է մանրակրկիտ կերպով հիմնավորվի: Նույնիսկ 300 սեանսը չի կարող համարվել առավելագույն քանակ, և բուժման երկարաձգման դիմումների քննարկման ժամանակ մենք կներկայացնենք այն պայմանները, որոնք պետք է բավարարվեն բուժման շարունակության համար հիմնական սկզբունքների շրջանակներում: Հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական հոգեթերապիայի սկզբունքների փոխզիջումն, իհարկե, ունի բազմաթիվ հայեցակետեր: Մեր դրական դիրքորոշումը այդ փոխզիջման նկատմամբ ավելի պարզ կդառնա 6.6.2 բաժնում, որտեղ դիտարկվում են հոգեվերլուծական գործընթացի վրա պայմանագրային համաձայնությունների հետևանքները:

Այստեղ, սակայն, կցանկանայինք ուշադրություն դարձնել մասնագիտական քաղաքականության հայեցակետերից մեկին: Վերլուծական հոգեթերապիան որպես հանրային առողջապահական համակարգի կողմից ֆինանսավորվող բուժման ձև ներկայացնելը նշանակում է, որ համապատասխան որակավորմամբ բժիշկները իրավունք են ստանում հիմնարար սկզբունքներում ներկայացված որոշակի հոգեթերապևտիկ ծառայություններ

մատուցելու: Հոգեվերլուծությամբ զբաղվող բժիշկներին, այսպիսով, բնորոշ է այլ ոլորտներում ակտիվ գործունեությունը (ընդհանուր պրակտիկա կամ մասնագիտացումներ): KBV-ի հետ նրանց պայմանագիրը՝ նրանց իրավասությունները, սահմանափակվում են հոգեվերլուծությամբ և հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող թերապիայով: Հանրային ապահովագրական համակարգի ընկերությունների անդամներին հոգեվերլուծական օգնություն են ցուցաբերում նաև ոչ բժիշկ հոգեվերլուծողները, ովքեր ակադեմիական ուսուցման դասընթացն ավարտելուց հետո (ներկայումս անհրաժեշտ նախապայման է հոգեբանությունից գիտական աստիճան ունենալը) մի քանի տարի հոգեվերլուծական ուսուցում են անցնում որևէ հավատարմագրված հաստատությունում: Այս ոչ բժիշկ վերլուծողներին մասնագետ չհամարելն անթույլատրելի է: 60 տարի առաջ որպես հոգեվերլուծող վերապատրաստված հոգեբան Ռեյկի հետապնդումները, ում մեղադրում էին խաբեբայության մեջ, Ֆրոյդին դրդեցին հրապարակել «Ոչ մասնագետ վերլուծողների խնդիրը» աշխատությունը (Feud, 1926): Ռեյկի դեմ մեղադրանքները հանվեցին, սակայն ոչ բժիշկ վերլուծողներին չէր թույլատրվում աշխատել Ավստրիական բուժապահովագրության համակարգում (Leupold-Löwenthal, 1984): Ոչ բժիշկ վերլուծողներին Գերմանիայի առողջության ապահովագրության ծառայությունների ցանցի մեջ ներառելը հոգեվերլուծության պատմության մեջ մեծ նշանակություն է ունեցել:

Ներոգները հիվանդության տեսակ համարելու հետևանքով հոգեվերլուծական բուժման նպատակը սկսեց պայմանավորվել հիվանդության՝ բժշկական տեսակետից ընկալմամբ: Բուժապահովագրական ընկերությունները պարտավոր են վճարել բուժման ծախսը միայն այն ժամանակ, երբ առկա են համապատասխան ախտանշանները և բավարարվում են անհրաժեշտության, արդյունավետության և տնտեսության եռյակի պահանջները: Թե՛ ախտորոշման և թե՛ բուժման ժամանակ Գերմանիայում բժիշկը պետք է հաշվի առնի այս երեք չափորոշիչները: Նա պետք է նաև հիշի, որ ներոգները կապված են բնավորությամբ պայմանավորված խանգարումներով, որոնց բուժման ծախսերը չեն ծածկվում բուժապահովագրության կողմից, և հնարավոր է սահուն անցում մեկից մյուսին:

6.6.2 Հոգեվերլուծական գործընթացի վրա ունեցած ազդեցությունը

Հոգեվերլուծական գործընթացը բնորոշվում է մի շարք գործոններով, որոնք մանրամասն կներկայացնենք ութերորդ և իններորդ գլուխներում: Այս պահին կսահմանափակվենք միայն ապահովագրական ընկերությունների՝ որպես երրորդ կողմի վճարման մի քանի տիպիկ հետևանքներով: Մենք կցանկանայինք սկսել հիմնարար սկզբունքների հետ մեր փորձից բխող պնդմամբ՝ բուժող վերլուծողի, հիվանդի և դիտորդ-վերահսկողի տեսանկյունից: Երրորդ կողմի ցանկացած վճարում ակնհայտորեն ազդում

է բուժման ընթացքի վրա՝ ստեղծելով խնդիրներ, որոնք կբացառվեն, եթե հիվանդն ինքը վճարեր բուժման համար: Այս բնորոշ բարդությունները, այնուամենայնիվ, լուծվում են վերլուծական մեթոդներով՝ մեկնաբանության միջոցով: Մեր փորձը համապատասխանում է Էյսլերի (Eissler, 1974) ակնկալիքներին. դասական մեթոդը կարելի է կիրառել նաև այն դեպքերում, երբ բուժումը վճարվում է բուժապահովագրությամբ:

Օրալ և անալ թեմաների մշակումը բարդանում է, երբ վճարումն անուղղակիորեն է կատարվում, սակայն դրանց մշակումն անհնար չէ: Էհեբալդը (Ehebal, 1978) և Կրեմերիուսը (Cremerius, 1981) ներկայացրել են ծանրակշիռ հակափաստարկներ այն լայնորեն տարածված տեսակետի դեմ, որն առավել պարզորոշ արտահայտել է Կեմպերը (Կեմպեր, 1950, էջ 213)՝ ուղղակի վճարումը հենց վերլուծության շարժիչ ուժն է:

Ակնհայտ է, որ հիմնարար սկզբունքները նույնպես պարունակում են սահմանափակումներ, և կարևոր է, որ սոցիալական պարամետրերը նույնպես ներառվեն մեկնաբանություններում: Դա ցույց կտա, որ բուժապահովագրության կողմից ֆինանսավորվող բուժումը, չնայած սահմանափակումներին, նախ և առաջ հիվանդի և վերլուծողի համար ապահովում է ավելի մեծ ազատություն այն իմաստով, որ որոշ ժամանակով նրանք ազատվում են բոլոր ֆինանսական դժվարություններից: Երրորդ կողմի վճարումից կախվածությունը տալիս է նրանց *ազատություն*, առանց որի չէին լինի ո՛չ հոգեվերլուծական բուժման համար անհրաժեշտ պայմանները, ո՛չ էլ վերլուծողը: Եթե հանրային ապահովագրական ընկերությունները չփոխհատուցեին ծախսերը, ապա վերլուծական հոգեթերապիայի կարիք ունեցող մարդկանցից շատերը հնարավորություն չէին ունենա բուժում ստանալու, իսկ հոգեվերլուծողներն էլ կախված կլինեին միայն փոքրաթիվ հիվանդներից, որոնք ի վիճակի են սեփական միջոցներով վճարելու: Եվս մեկ անգամ ընդգծենք, որ սկսած 1967 թվականից՝ Արևմտյան Գերմանիայի հանրային ապահովագրական համակարգում ընդգրկված ներոտիկ ախտանիշներով յուրաքանչյուր մարդ, ում ախտանշանները վկայում են հիվանդության առկայության մասին, *իրավունք* ունի էթիոլոգիական ուղղվածություն ունեցող հոգեթերապիա անցնել: Սեփական միջոցներ չունեցող հիվանդն այլևս մեծահարուստ բարեկամի և հարազատի մեծահոգությունից կախված չէ: Այսպիսով, վերլուծությունն այլևս կախված չէ տնտեսական գործոններից, որոնք սովորաբար անցանկալի մեծ ազդեցություն էին ունենում որոշումներ ընդունելու գործընթացի վրա: Վերլուծողի առաջարկած ժամանակատար և բարձրորակ ծառայությունների դիմաց անհամեմատ քիչ վարձատրումը լուրջ դժվարությունների առջև է կանգնեցնում երկու կողմերին: Այս բարդությունների մակարդակը տարբեր է տարբեր պատճառներով: Ֆրոյդը գրում էր անվճար բուժման անբարենաջող փորձի մասին, սակայն մյուս կողմից նշում էր. «Երբեմն հանդիպում ես արժանի մարդկանց, ովքեր անօգնական վիճակում են, և ոչ իրենց մեղքով, որոնց անվճար բուժմանը

ին հիշատակած խոչընդոտները չեն խանգարում, և կարելի է հասնել դրական արդյունքի» (1913, էջ 133):

Ապահովագրական ընկերությունների կողմից բուժման ծախսերի փոխհատուցումը հիվանդին ազատում է վերլուծողի բարի կամքի դրսևորումներից: Շատ երկրներ, այնուամենայնիվ, դեռևս կախված են վերլուծողի անձնագոհությունից: Այնտեղ սոցիալական պատասխանատվության բեռն ընկած է ամբուլատոր բուժում անցկացնող հոգեվերլուծական հաստատությունների վրա, որտեղ երիտասարդ վերլուծողները և ուսանողները բուժում են հիվանդներին այնքան ցածր վճարի դիմաց, որ այն նույնիսկ չի ծածկում նրանց անձնական ծախսերը: Շատ վայրերում փորձառու վերլուծողները, ովքեր վաստակում են մասնավոր պրակտիկայի միջոցով, նույնպես անվճար ծառայություններ են մատուցում: Այն երկրներում, որտեղ չեն հետևում Արևմտյան Գերմանիայի համակարգին, դեռևս տիրում է Բեռլինյան հին հոգեվերլուծական ինստիտուտի իրավիճակը:

Արևմտյան Գերմանիայում և այն երկրներում տիրող իրավիճակի հակադրությունը, որտեղ չի գործում ապահովագրական ընկերությունների միջոցով ֆինանսավորումը, ապշեցուցիչ է: Գերմանացի վերլուծողը ներկայումս ստանում է ժամում 70–80 մարկ և այդպիսով ունի թեև հուսալի, բայց սահմանափակ եկամուտ՝ հատկապես եթե հաշվի առնելու լինեն այն, որ ուսուցումը երկարատև է և թանկ:

Ընդհանուր առմամբ՝ բժշկի հոնորարը կանոնակարգող մեխանիզմները դեռևս թերագնահատում են բժշկի մատուցած անձնական ծառայությունները: Եվ սա հատկապես վերաբերում է հոգեվերլուծողին, որի աշխատանքը խիստ մասնագիտացված և ժամանակատար է: Սա նույնպես արտացոլում է, որ հոգեթերապիայի իդեալականացումը և արժեզրկումը տեղի են ունենում միաժամանակ: Հոգեթերապիան հասնում է ավելի բարձր, ոչ նյութական մակարդակի և փառաբանվում է: Այն չպետք խեղաթյուրվի նյութական արժեքներով՝ հատկապես փողով և, հետևաբար չպետք է իրականացվի մասնագիտական հիմքերի վրա: Մյուս կողմից՝ թե՛ ոչ մասնագիտացված վերլուծողները, թե՛ բժիշկները հրաժարվում են հոգեթերապիա անցկացնել՝ պնդելով, որ իրենք ոչինչ չեն անում, այլ միայն խոսում են, և դա չի կարող արդյունավետ լինել, ուստի չպետք է վճարովի լինի:

Իդեալականացումը և արժեզրկումն իրենց ազդեցությունն են թողնում նաև հիվանդի վրա: Եթե նա ինքը չի վճարում վերլուծողին, գրկվում է անմիջական խորհրդանշական վճարում կատարելու փորձառությունից: Ուստի կարևոր է հիշատակել և մեկնաբանել ապահովագրական ընկերության կողմից վերլուծողին ոչ անմիջապես տրամադրվող փոխհատուցումը: Երրորդ կողմի գործառնությունը կարևոր ազդեցություն է գործում հիվանդի և վերլուծողի փոխհարաբերությունների վրա, ինչը վերլուծության ընթացքում պետք է անընդհատ մեկնաբանվի, որպեսզի վերլուծողը կարողանա հաղթահարել իր անձի հետ կապված հիասթափություններն ու պրոյեկցիաները: Իդեալականացման, արժեզրկման և վճարման դերի համակցումը

հնարավոր օրինակներից ընդամենը մեկն է: Կրեմերիուսը (Cremerius, 1981a) իրականացրել է այն բազմակողմանի ազդեցության համակարգված ուսումնասիրությունը, որն ապահովագրական ընկերության կողմից կատարվող վճարումն է ունենում վերլուծողի և հիվանդի փոխհարաբերությունների և տրանսֆերի ներդրման զարգացման վրա: Իհարկե, հոգեվերլուծության՝ որպես բուժման ձևի ճանաչումը նույնպես բարձրացնում է մասնագիտության սոցիալական կարգավիճակը: Անկասկած, սա դրականորեն է ազդում ինչպես հիվանդի, այնպես էլ վերլուծողի վրա, թեև վստահելի թերապևտիկ հարաբերություններն իրականում կառուցվում են սկզբունքորեն այլ հիմքերի վրա:

Բուժապահովագրական ընկերությունների կողմից վերլուծական թերապիայի ֆինասավորումը վերլուծողին ազատել է իրենց բուժման համար սեփական միջոցներով և ժամանակին վճարող հիվանդիներից ունեցած կախվածությունից: Այժմ նա կարող է անցկացնել առաջին հարցազրույցներ (մինչև 6 սեսանս՝ որպես դիմումի հիմք)՝ բացառապես կողմնորոշվելով հենց հիվանդի վրա, քանի որ թերապիայի ձևի նրա ընտրությունն այլևս կախված չէ հիվանդի ֆինանսական միջոցներից (Ehebal, 1978): Արևմտյան Գերմանիայում գործող վերլուծողը այսօր չպետք է հավասարակշռություն պահպանի անվճար, քիչ վճարումով բուժվող և իր համար ցանկալի կենսամակարդակ ունեցող հիվանդների միջև: Այս կապակցությամբ Ֆրոյդը նշել է. «Պետք է հիշել..., որ անվճար բուժումը վերլուծողի համար ավելի մեծ նշանակություն ունի, քան ցանկացած այլ ոլորտի բժշկի: Այն նշանակում է մեծ զոհաբերություններ... օրինակ՝ ամիսներ շարունակ աշխատանքային ժամանակի էական մասի զոհաբերություն, որը նա կարող էր օգտագործել ապրուստ վաստակելու համար: Եվս մեկ հիվանդի անվճար բուժումը վերլուծողին նոր վնաս է պատճառում, որը «հավասարազոր է դժբախտ պատահարի արդյունքում կրած վնասին»: Այս Ֆրոյդը հարցնում է, թե արդյոք «հիվանդի ստացած օգուտը որոշ չափով կհակակշռի» բժշկի կրած վնասներին» (Freud, 1913c, էջ 132):

Այստեղից բխում է, որ կարևոր է գտնել երկու կողմերի համար համապատասխան լուծում: Այդ պատճառով մենք ընդգծում ենք, որ հիվանդը մասամբ ինքն է վճարում բուժման համար՝ մոծումներ անելով ապահովագրական ընկերությանը, իսկ բժշկական ծախսերի փոխհատուցումը ապահովագրության միջոցով ստիպում է նրան իրեն զգալ հասարակության մի մասնիկը: Ի տարբերություն այն խնդիրների, որոնք առաջանում են ամբուլատոր կլինիկաներում անվճար կամ ցածր վճարներով բուժման դեպքում, և որոնց չափազանց դժվար է վերլուծական լուծում տալ, այն բարդությունները, որոնք կապված են հիվանդի կողմից բուժման համար անմիջապես սեփական միջոցներով չվճարման հետ, կարելի է հաղթահարել մեկնաբանությունների միջոցով: Վերլուծողի հակատրանսֆերի գործընթացն ավելի քիչ է խաթարվում, եթե նրա ծառայությունները բավականին լավ են վարձատրվում, իսկ վճարման աղբյուրը կարևորություն չի ներկայացնում:

Այնուամենայնիվ, իրավիճակը բոլորովին այլ է ամբուլատոր կլինիկաներում և հոգեվերլուծական հաստատություններում բուժումը համարյա անվճար անցկացնող երիտասարդ և դեռ սովորող վերլուծողների դեպքում, ովքեր երբեմն նույնիսկ իրենք են ստիպված լինում վճարումներ կատարել: Լուրջ խնդիրները, որոնց նրանք բախվում են, հաճախ ակնհայտ են դառնում իրենց ուսուցման գործընթացի ավարտին, որի արդյունքում վերլուծությունները սովորաբար ընդհատվում են: Չնայած բուժման տեխնիկայի հետ կապված լուրջ բարդություններին՝ մենք համակարծիք ենք Կրեմերիուսի այն տեսակետի հետ (Kremerius, 1981 a), որ անուղղակի վճարումը հոգեվերլուծական գործընթացի համար լուրջ խոչընդոտ չէ: Հոգեթերապիայի՝ հիմնարար սկզբունքներում ամկա բարդությունները, ինչպես մենք այժմ կփորձենք ցույց տալ, բոլորովին այլ ոլորտում են:

Խնդիրներն առաջանում են այն ժամանակ, երբ հոգեթերապիան կապվում է հիվանդության բժշկական ընկալման հետ, և բուժման դիմաց վճարման վրա դրվում են *ժամանակային սահմանափակումներ՝ անհրաժեշտության, արդյունավետության և խնայողության* տեսակետից: Ուղեցույց սկզբունքներն արտացոլում են հոգեվերլուծական թերապիայի ծայրահեղությունների և սահմանված նորմերի միջև փոխզիջումը: Փորձենք սկզբում ուսումնասիրել սկզբունքների և հոգեվերլուծական պրակտիկայի միջև *համաձայնության* խնդիրը: Թերապիայի ֆինանսավորման դիմումի ձևին նվիրված վեցերորդ և իններորդ բաժինները առաջադրում են հետևյալ պահանջները.

6. Ներոտիկ վիճակի հոգեդինամիկան: Ներոտիկ և ներհոգեկան կոնֆլիկտների զարգացման գնահատումը՝ ներառյալ դրանից բխող ներոտիկ փոխզիջումները և ախտանշանները: Պետք է նկարագրվի ախտանշանների առաջացման ժամանակը, դրանց վրա ազդող հիմնական գործոնները և հոգեդինամիկ զարգացումը:

9. Հոգեթերապիայի կանխատեսումները: Հիվանդի մոտիվացիայի, խնդրի մասին իրազեկության, թերապևտիկ հարաբերությունների ձևավորման ունակության, հուսալիության, կյանքի խնդիրները մասամբ հաղթահարելու ունակության գնահատումը: Հատկապես՝ ռեգրեսիայի միտման կամ ունակության, սևեռվածության աստիճանի, զարգացման ներուժի և հիվանդության ներհայեցման ունակությունների գնահատումը:

Հիմնարար սկզբունքները վերլուծողից պահանջում են ոչ այլ ինչ, քան իր թերապևտիկ ծրագրի ռացիոնալ հիմնավորումը՝ ըստ հոգեվերլուծության էթիոլոգիական տեսության սկզբունքների: Վերլուծողի նկարագրած հոգեդինամիկ կապերի *հավանականությունը* գնահատելիս վերահսկող դիտորդը հիմնվում է հոգեվերլուծության ոլորտի գիտելիքների ընդհանուր մակարդակի և իր սեփական փորձի վրա: Նրա հիմնական խնդիրն է որոշել, թե արդյոք ախտանշանները տվյալ հիվանդությունն են նշանակում: Նա նաև կարող է որոշել ներոտիկ փոխզիջման, ախտանիշների և վերլուծողի բուժման առաջնահերթության կապերի հավաստիությունը: Նա չի կարող, իհարկե, որոշել՝ արդյոք նկարագրությունը համապատասխանում է

իրականությանը, թե՞ բուժող վերլուծողը կողմնորոշվում է բուժման անցկացման սեփական ծրագրով:

Այնուամենայնիվ, նա որոշակի պատկերացում է կազմում բուժման ընթացքի վերաբերյալ, քանի որ թերապիան ևս 80 սեանսով երկարացնելու յուրաքանչյուր դիմումի մեջ վերլուծողը ամփոփում է անցած կուրսը՝ ներկայացնելով տրանսֆերի և հակատրանսֆերի գործընթացների հետ կապված փոփոխությունները ախտանշանների մեջ: Ռեգրեսիայի և սևեռման հետ կապված վերանայված կանխատեսումները բուժման երկարաձգման դիմումի առավել կարևոր կետերն են:

Պետք է ակնհայտ լինի այն, որ հոգեվերլուծության տեսության հիմնական սկզբունքները ներառված են ցուցումների և բուժման կուրսի ծրագրում, որի շրջանակներում փոխներգործում են վերլուծողը և վերահսկողը: Առանց այս ընդհանուր հիմքի անհնար կլիներ գործընկերոջ կողմից վերանայվող զեկույցը կազմելու գործընթացը: Նույնիսկ Բելանդը (Beland, 1978) իր քննադատական աշխատությունում համաձայնում է, որ զուգահեռ եզրակացությունների համակարգն ապացուցել է իր արժեքավորությունը: Վերանայող-վերահսկողի հստակ սահմանված գործառնությունը նրան թույլ չի տալիս միջամտել իր գործընկերոջ կողմից իրականացվող բուժման գործընթացին: Նրա վիճակը ավելի է բարդանում, եթե նա չի կարողանում հետամուտ լինել դիմումում նկարագրված գործընթացներին: Յուրաքանչյուր դիմում պետք է լինի համոզիչ և կապակցված, իսկ բուժումը երկարաձեռն դիմումը պետք է պարունակի տրանսֆերի ներդրող գարգացման արդյունքում ախտանշանների կրած (դրական կամ բացասական) փոփոխությունների մասին տվյալներ: Զուգահեռաբար անցկացվող վերանայման համակարգը հանգեցրել է նրան, որ վերահսկող դիտորդները, կասկածների առկայության դեպքում, գրուցում են բուժող գործընկերների հետ, և այդպիսով երկու վերլուծողների միջև երկխոսությունը ավելի է ակտիվանում:

Հիմնարար սկզբունքների կարևոր հայեցակետի այս ուսումնասիրություններն արդեն բավարար են՝ հետևյալ տեսակետը պնդելու համար. հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող կամ վերլուծական թերապիան սկսելու կամ շարունակելու դիմումի մեջ, ինչպես և վերլուծական թերապիայի մեթոդին նվիրված յուրաքանչյուր սեմինարի ժամանակ, կարևոր է ցույց տալ, որ հոգեդինամիկ գնահատականը համապատասխանում է բուժման նպատակով նախաձեռնված քայլերին: Հարկ է նկարագրել նաև հիվանդի հակազդումն արդեն անցկացված թերապիայի նկատմամբ, քանի որ բուժման արդյունավետությունը, վերջիվերջո, հաստատվում է նրա առաջընթացով:

Այսպիսով՝ ոչ միայն իրավական պատճառներով, այլ նաև բուժման մեթոդից կախված՝ հարկ է յուրաքանչյուր դիմում կազմել այնպես, որ ցանկության դեպքում հիվանդը կարողանա կարդալ և հասկանալ այն: Հասուն հիվանդի համար հավանաբար վնասակար չէ ծանոթանալ վերլուծողի

եզրակացություններին, եթե միայն դրանք էականորեն չեն տարբերվում մեկնաբանությունների ժամանակ արված եզրակացություններից: Եթե դիմումի բովանդակության և հիվանդի թերապիայի փորձի անհամապատասխանությունները չեն կարող շտկվել դիմումի վերաբերյալ երկխոսության ընթացքում, ապա դիադայում *գիտելիքներ ձեռք բերելու* հավանականությունը մեծ չէ: Հոգեվերլուծության տեսության համաձայն՝ այդ դեպքում արդյունավետ բուժման հասնելու հեռանկարները նույնպես աննշան են:

Հիմնարար սկզբունքները բուժող վերլուծողից պահանջում են ինքնավերահսկողություն: Վերլուծողների մեծ մասը համաձայն է, որ երբեմն շատ կարևոր է վերանայել թերապիայի ընթացքը վերլուծական չափանիշների համապատասխանության տեսանկյունից: Զուգահեռաբար իրականացվող վերահսկողության գործընթացում հստակ գործառնություն իրականացնող երկրորդ վերլուծողն իր եզրակացությունն է անում այդ վերանայումների վերաբերյալ: Հարկ է նշել, որ դիմումը ներկայացնող վերլուծողն այստեղ վետոյի իրավունք ունի: Եթե ինքնավերահսկողությունը կարելի է դիտարկել որպես գիտական աշխատանքի գործնական կիրառման սկիզբ, ապա վերանայման գործընթացը կարող է նույնիսկ համարվել ինքնավերահսկողության ընդլայնված ձև: Մի շարք տեսանկյուններից բուժումը երկարաձգելու դիմումներն իրենցից ներկայացնում են գիտելիքի պաշար, որը դեռ սպառված չէ: Դրանցում պարունակվող նկարագրությունները արտացոլում են բուժող վերլուծողի տեսակետը հոգեվերլուծական պրակտիկայի վերաբերյալ՝ հիմնարար սկզբունքներում ձևակերպված հոգեվերլուծական ծրագրի շրջանակներում:

Ակնհայտ ձշմարտություն է այն, որ հոգեվերլուծական գործընթացը ժամանակ է պահանջում, սակայն հենց այդ պատճառով էլ հոգեվերլուծությունը շարունակելու դիմումները և սեանսների քանակի սահմանափակումները առաջացնում են բուժման տեխնիկայի և սկզբունքների հետ կապված այդքան շատ խնդիրներ:

Փոխզիջման հիմնական բաղադրիչները հետևյալն են.

1. Մի կողմից, քանի որ առաջին, մեթոդաբանական տեսանկյունից ոչ լիարժեք վիճակագրությունը կատարվել է Բեռլինյան հին հոգեվերլուծական ինստիտուտում, պարզ է դարձել, որ բավարար արդյունքների կարելի է հասնել նաև սահմանափակ տևողությամբ հոգեդինամիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական հոգեթերապիայի միջոցով:
2. Մյուս կողմից, սկսած 1950-ական թվականներից, վերլուծությունները դառնում են ավելի երկարատև: «Մուպերթերապիային» նախորդել են (Balint, 1954, էջ 158) երբևէ ամենաերկարաժամկետ վերլուծության դասընթացները:
3. Այս վերլուծությունների նպատակներն ավելի են հեռանում հիվանդության՝ բժշկական եզրերով սահմանված ախտանշանների բուժումից, ինչպես նաև անհրաժեշտության, արդյունավետության և խնայողության սկզբունքներից:

Մասնակի կառուցվածքային փոփոխությունների հիման վրա ախտանշանների բարելավումը, որպես կանոն, ուղեկցվում է ներոտիկ խանգարումից դեպի երջանկության ընդհանուր վիճակի անցմամբ, չնայած որ տխրությունն ու ողբերգությունը դեռևս իսպառ չեն վերացել (Freud, 1895, էջ 305): Այն հարցը, թե երբ է այս փուլը սկսվել, մտածելու տեղիք է տալիս:

Չնայած կիրառվող սահմանափակումներին՝ հիմնարար սկզբունքները չեն սահմանում դրանց առավելագույն չափը: Այնուամենայնիվ, ինչպես մեզանից մեկին (H.T.) է հաջողվել պարզել որպես դիտորդ վերահսկող հանդես գալու ժամանակ, համեմատաբար հազվադեպ է պատահում, որ սովորական տևողությունից ավելի երկար տևողությամբ բուժման դիմումները հիմնավորվեն հատուկ խորացված վերլուծության համար Ֆրոյդի առաջարկած եղանակով (տե՛ս գլուխ 10): Առավել հաճախ օգտագործվող հիմնավորումները ցույց են տալիս, որ դժվար է հավասարակշռություն պահպանել ժամանակի սահմանափակումների և ռեգրեսիայի գործընթացների թերապևտիկ կիրառման մեջ: Ռեգրեսիայի այս կիրառումը ավելի մանրամասնորեն կքննարկենք ութերորդ գլխում, իսկ այստեղ կսահմանափակվենք այն պնդմամբ, որ վերլուծական թերապիայում՝ հիմնարար սկզբունքների շրջանակներում, անհրաժեշտ է չմոռանալ սոցիալական և տնտեսական իրականությունը: Այն թույլ չի տալիս, որ ռեգրեսիան ինքնաբերական լինի: Կարևոր դեր է խաղում ապահովագրական ընկերությունների և դրանց անդամների շնորհիվ ստեղծված իրավիճակը: Սա մեզ տանում է դեպի փոխզիջման մեկ այլ բաղադրիչի:

Բուժման տևողության սահմանափակման մեջ էական դեր խաղացին բուժապահովագրական ընկերությունների ֆինանսական մտահոգությունները, քանի որ ապահովագրողները կանխատեսել էին բազմաթիվ անլուծելի խնդիրներ, այդ թվում ֆինանսական խնդիրները՝ կապված հիվանդության բժշկական սահմանումից շեղումների հետ, ինչպես նաև սոցիալական և ընտանեկան խնդիրները թեթևացնելու նպատակով ֆինանսական ավելի մեծ օգնության տրամադրման հետ՝ ընդհանուր առմամբ կյանքի որակի բարելավման նպատակով:

Սրա հետ կապված՝ Բելանդը գրում է.

Յուրաքանչյուր հիվանդ, յուրաքանչյուր վերլուծող և յուրաքանչյուր վերստուգող կարող է հասկանալ և ընդունել այս սահմանափակումը. այն միանգամայն արդարացի է և ներդոշների տեսության հիման վրա հաստատման կարիք չունի: Ապահովագրական այս համակարգի առջև դրված երկընտրանքը, այն է՝ օրինականացնել ծառայությունների սահմանափակումը, ելնելով առաջին հերթին բուժման տեսությունից և ոչ թե միջոցների անբավարարությունից, ստեղծում է անտանելի մի իրավիճակ՝ վերստուգողի, թերապևտի և հատկապես հիվանդի համար ծանր հետևանքներով: Ուստի ցանկալի է, որ վերստուգողները ստիպված չլինեն պատասխանատվություն կրել՝ բուժումը 240 կամ 300 ժամից հետո ընդհատելու որոշումը արդարացնելու համար (Beland, 1978, էջ 9):

Ասվածից հետևում է, որ հիմնարար սկզբունքների հիմքում ընկած բուժման տեսությունը չի անում բացարձակ սահմանափակումներ: Այս

տեսության հիմքում ընկած է խիստ հոգեվերլուծական մեթոդը, և այդպիսով, համաձայն Ֆրոյդի, անհրաժեշտ են էմպիրիկ ապացույցներ (տե՛ս գլուխ 10): Սակայն, ինչպես մենք արդեն նշել ենք, սահմանափակ միջոցները (այլ գործոնների հետ մեկտեղ) կարևոր դեր են խաղացել ծառայությունները սահմանափակելու գործում: Նախ և առաջ ապացուցվել է, որ շատ դեպքերում ավստանշանների կայուն բարելավման կարելի է հասնել 300 սեանսի ընթացքում, ինչը լիովին կարող է մատնանշել համակարգի՝ գոնե մասնակի փոփոխությունը: Տվյալ պահին չենք տեսնում դա հաստատելու բարդ խնդրով զբաղվելու անհրաժեշտությունը: Այնուհետև ապացուցվեց նաև, որ երկարաձգվող վերլուծությունների մեծ մասը տանում է կյանքի որակի բարելավման՝ անկախ «առողջ» և «հիվանդ» բժշկական հասկացություններից: Մենք խորհուրդ կտայինք ինչպես բուժող վերլուծողին, այնպես էլ վերստուգող դիտորդին մտորել Բելանդի քննադատության և մեր վերլուծության շուրջ: Կարևոր է, որպեսզի տրանսֆերի ներդրի մեկնաբանման ընթացքում հաշվի առնվի սոցիալական իրականությունը, ինչպես նաև չանտեսվի այն դրույթը, որ հիմնարար սկզբունքները պետք է ձկուն լինեն:

Առաջին սեանսների ընթացքում հարկ չկա խոսել բուժման տևողության մասին՝ կապված թե՛ հիմնարար սկզբունքներում մարմնավորված սահմանափակումների և թե՛ անվերջանալի վերլուծության ուսույնաստական տեսլականի հետ: Դա կարող է նույնիսկ հակաթերապևտիկ լինել: Այնուամենայնիվ, բուժումը շարունակելու վերաբերյալ դիմումի շրջանակներում տրանսֆերի գործընթացի մեկնաբանության մեջ անհրաժեշտ է ընդգրկել տևողության և վճարումների խնդիրը՝ այդպիսով նաև վերստուգող դիտորդի դերը: Եթե բուժապահովագրական ընկերության կողմից ֆինանսավորվող բուժման ավարտին կա հիվանդի կողմից ինքնասպանություն գործելու վտանգ, ապա վերլուծողը, նախքան հիմնարար սկզբունքների պարտադրած սահմանափակումները քննադատելը, պետք է վերանայի, թե ինչպես է անցկացրել բուժման գործընթացը: Բարեբախտաբար, մեր փորձը ցույց է տալիս, որ հիմնարար սկզբունքների շրջանակներում բուժման կուրսն անցած հիվանդների մեծամասնությունը ավստանշանների բարենպաստ փոփոխություններ է գրանցում, և հիվանդությունից ուղղվածությունը փոխվում է դեպի կյանքի դժվարությունների հաղթահարման խնդիրը, որը Ֆրոյդը չէր դիտարկում որպես ներդր: Հիմնարար սկզբունքները նույնիսկ թույլ են տալիս երկարաժամկետ վերլուծություն անցկացնել ծանր հիվանդների հետ, եթե կանխատեսումները խելամիտ են:

Եզրակացնելով՝ կարելի է ասել, որ հոգեթերապևտիկ ուղղվածություն ունեցող և վերլուծական թերապիաների մեծ մասը կարող է ավարտվել հիմնարար սկզբունքներում սահմանված ժամանակահատվածում, այն է՝ համապատասխանաբար 50 (երբեմն երկարաձգված մինչև 80) կամ 240 (300) սեանսի ընթացքում: Իհարկե, չափազանց օգտակար կլինեն իմանալ բուժման արդյունքները, իսկ երրորդ կողմի վճարման հետ կապված՝

հետաքրքիր կլիներ իմանալ, թե ինչու են հիվանդները իրենք ֆինանսավորում թերապիայի երկարաձգումը: Սակայն երկու դեպքերում մենք պետք է հիմնվենք գնահատականների վրա: Ուսումնասիրության արդյունքները մատնանշում են այն հավանականությունը, որ հիվանդների մոտավորապես երկու երրորդը ավարտում է հոգեթերապիան բուժված կամ ախտանշանների նշանակալի բարելավմամբ, իսկ մնացած մասի մոտ բարելավումներ չեն նկատվում:

Անպատասխան է մնում այն հարցը, թե արդյո՞ք հնարավոր է այդ մնացած հիվանդների վիճակը բարելավել կամ նրանց բուժել՝ շարունակելով թերապիային նույն պայմաններով (նույն վերլուծողի միջոցով և երրորդ կողմի ֆինանսավորմամբ), թե՞ անհրաժեշտ է պայմանները փոփոխել (ասենք՝ հիվանդը ինքը վճարի բուժման համար)՝ առանց մեթոդի կամ վերլուծողի փոփոխման: Այնուամենայնիվ, մենք ենթադրում ենք, որ կարելի է բավականին հստակ սահմանել այն հանգամանքները, որոնց դեպքում հիվանդները պատրաստ են շարունակել բուժումը իրենց հաշվին՝ առանց երրորդ կողմի ֆինանսավորման: Անհրաժեշտ է հայացք գցել ետ՝ թերապիայի սկզբին, և ուսումնասիրել այն հիմնական ազդեցությունը, որը հոգեվերլուծական գործընթացը թողնում է մտածողության և վերապրման գործընթացների վրա: Ի սկզբանե բոլոր հիվանդները հուսով են, որ կառողջանան և կվարեն լիարժեք կյանք, այդ իսկ պատճառով նրանց հետաքրքրում է վերլուծողական թերապիայի արդյունավետությունը: Փոխհարաբերությունների կոնֆլիկտների աճող ներըմբռնումը և դրանց զուգորդումը ախտանշանների փոփոխությունների հետ կարող են, իհարկե, հանգեցնել սպասումների, որոնք գրեթե կապված չեն առողջության և հիվանդության բժշկական ընկալման կամ դրա հիման վրա ստեղծված հիմնարար սկզբունքների հետ:

Բուժման գործընթացում հիվանդին հանդիպող դժվարություններն ու զարգացող սպասումները միայն մասնակիորեն են հարաբերակցվում առողջության և հիվանդության բժշկական հասկացության հետ: Ֆաբերը, վերլուծության օգնությամբ ինքնաբացահայտման ցանկության ուտոպիստական բաղադրիչը հաշվի առնելով (Faber, 1981), ցույց է տալիս, որ վերլուծության նպատակների պատրանքային ուտոպիստական տարրերը պետք է ընկալվեն որպես տրանսֆերի և հակատրանսֆերի երևույթներ: Նա գտնում է, որ պետք է ողջամտորեն և համառորեն ձգտել արդարացված հոգեվերլուծական ուտոպիաների. «Սա մշակույթի գործ է, որը նման է Զյոդերգեի չորացմանը» (Freud, 1933a, էջ 80):

Մեր գնահատմամբ՝ միջին վերլուծական պրակտիկայում հիվանդների տասից քսան տոկոսը ինքն է վճարում վերլուծության երկարաձգման համար՝ երրորդ կողմի ֆինանսավորման ընդհատումից հետո: Այս խումբը բավականին տարաբնույթ է: Հիվանդների նպատակները նույնպես բավականին տարբեր են: Այդպիսի հիվանդների մեջ կա մի խումբ, որի անդամները վերլուծության կարիք ունեն՝ իրենց ախտանշանների բարդության

պատճառով: Վերևում ասվածից ենթադրում ենք, որ շատ դեպքերում գիտականորեն հիմնավորված դիմումները կարող են հանգեցնել բուժման երկարաձգման որոշմանը:

Բուժման համար սեփական միջոցներով վճարող մարդկանց մեջ կարելի է առանձնացել մեկ այլ խումբ, որի անդամները, անկախ բժշկական նկատառումներից, ակնկալում են բուժման երկարաձգում՝ իրենց կյանքին նոր իմաստ հաղորդելու համար: Մյուսները վերլուծողի հետ իրենց հարաբերությունների շնորհիվ կարողանում են իրենց աշխատանքից և կյանքից միայն գլուխ հանել: Կյանքին նոր իմաստ հաղորդելու կարևորությունը հիվանդի համար կախված է նրա ֆինանսական կարողություններից: Ընդհանուր առմամբ, նյութապես ապահով հիվանդին և նրա վերլուծողին ավելի հեշտ է հաջողվում համաձայնության գալ վերլուծության երկարաձգման հարցում, քան, օրինակ, միայն աշխատավարձով ապրող միջին խավի ներկայացուցիչ պետական ծառայողին:

Այդ իսկ պատճառով անցումը ինքնաֆինանսավորման հաճախ նշանակում է կրճատել կա՛մ սեանսների քանակը, կա՛մ էլ վերլուծողի վարձատրությունը: Վերջին դեպքում հարցը ոչ միայն այն է, թե որքան կարող է վճարել հիվանդը, այլ նաև այն, թե վճարի ինչպիսի նվազագույն չափն է ընդունելի վերլուծողի կողմից և չի հանգեցնի անխուսափելի գոհողությունների և սահմանափակումների, որոնք վերլուծական փոխհարաբերությունների վրա մեծ ճնշում են գործադրում, և հաճախ տուժում է թերապևտիկ աշխատանքը: Այսպես, շաբաթական չորս սեանս ունեցող հիվանդի համար վճարման զգալի կրճատումը զգալիորեն նվազեցնում է վերլուծողի հոնորարը: Մյուս կողմից՝ հետագա թերապիայի համար վճարելը կարող է իր ազդեցությունը թողնել հիվանդի և նրա ընտանիքի կենսամակարդակի վրա: Գաղտնի երրորդ կողմի հետ կարելի է ակնկալել նաև հավելյալ կոնֆլիկտներ, բայց վերջին հաշվով նրանց հետ հարաբերություններում պետք է հասնել հավասարակշռության:

Այսպիսով, երրորդ կողմի (ընտանիքի, առողջության ապահովագրական ընկերությունների և վերահսկող/վերստուգողի) արդյունավետ համագործակցության հասնելու և սեփական անձի հետ հաշտեցման համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել մի շարք գործոններ:

7. ԿԱՆՈՆՆԵՐ

7.1 Հոգեվերլուծական կանոնների բազմագործառնությաննությունը

Հոգեվերլուծական բուժման կանոնները Ֆրոյդը համեմատում էր շախմատի կանոնների հետ. երկու դեպքում էլ կանոնները ստեղծում են շրջանակների անսահման բազմազանություն, որոնք սահմանափակվում են միայն սկզբնական և վերջնական փուլերում:

Դրանց մեջ կան այնպիսիները, որոնք կարող են աննշան մանրամասներ թվալ, և իրականում հենց այդպիսին են: Դրանք արդարացվում են այնքանով, որ պարզապես խաղի կանոններ են, որոնց նշանակությունը կապված է ընդհանուր խաղի պլանի հետ: Կարծում եմ՝ ավելի ճիշտ կլիներ այդ կանոններն անվանել «առաջարկներ» և չպահանջել դրանց անվերապահ ընդունումը: Բոլոր մտավոր գործընթացների ձկունությունն ու որոշիչ գործոնների առատությունը հակադրվում են տեխնիկայի մեքենայացմանը՝ հանգեցնելով նրան, որ որպես կանոն արդարացված գործողությունները երբեմն անարդյունք են մնում, մինչդեռ որևէ սխալ քայլ կարող է բերել ցանկալի արդյունքի: Սակայն այս հանգամանքները չեն խանգարում մեզ սահմանել բժշկի համար միջին արդյունավետություն ունեցող ընթացակարգ (Frued, 1913, էջ 454):

Շախմատի հետ համեմատությունը թույլ է տալիս ավելի պատկերավոր ներկայացնել բուժման իրականացման եղանակները: Փոխազդեցության բարդ հերթագայությունները, որոնք որոշակի կերպով ընդգծում են շախմատի պաշտպանական կամ խաղավերջի դիրքերը, նման են բուժման գործընթացի ռազմավարությանը: Առաջարկները կարող են ռազմավարական նկատառումներով ձևակերպվել կանոնների տեսքով: Շախմատի իրական կանոնները, որոնք, օրինակ, սահմանում են, թե ինչպես պետք է տեղաշաժել ֆիգուրները և, հետևաբար, ունեն օրենքի գործառնություն, պետք է տարբեր կերպ ընկալվեն, քանի որ եթե չհետևենք այդ կանոններին՝ խաղն ընդհանրապես չի կայանա:

Շախմատում հեշտ է տարբերել, թե որ քայլն է կանոններից դուրս, որը՝ աննպատակ, մինչդեռ հոգեվերլուծության ժամանակ տարբերակումը համեմատաբար դժվար է: Դա մի կողմից պայմանավորված է տեխնիկայի և հոգեվերլուծության տեսության պատմական զարգացմամբ, իսկ մյուս կողմից՝ հոգեվերլուծական կանոնների տարբեր գործառնությունով: Ինչպես հայտնի է, Ֆրոյդի անցկացրած վերլուծություններում հոգեվերլուծական շրջանակները համատեղ փորձի բնույթ էին կրում, որը նպաստում էր ներդրի առաջացման բացահայտմանը: Նույնիսկ հետագա բուժման ընթացքում Ֆրոյդը պահպանում էր փորձարարական շրջանակների տարրերը

(Cremenius, 1981): Նրա ամենախիստ և հստակ ցուցումները պայմանավորված են այդ շրջանակների արդյունքներով: Կանոնները, կարծես, ստեղծում էին «սոցիալապես զրոյական իրավիճակ»:

«Ֆրոյդի համար, սակայն, հոգեվերլուծական շրջանակը պարզապես ժամանակակից մասնագիտական ուղղությունների իր սեփական տարբերակը չէր: Այն կարևոր էր ինչպես իր աշխատանքային մեթոդի, այնպես էլ տեսության համար: Լիովին ռացիոնալացված հոգեվերլուծական միջավայրը հնարավորություն էր տալիս նրան իր երկու լսարաններին՝ հիվանդներին և գիտական հասարակությանը, ապացուցել, որ հիվանդի արտահայտած մտքերը ոչ թե թերապևտների եզրակացության հետևանքն են կամ մասնավոր իրադրության արտեֆակտ, այլ բացատրվում են հիվանդի հոգեկան ակտիվությամբ» (De Swaan, 1978, էջ 818):

Արդեն վաղուց պարզ էր, որ այս իդեալը չի համապատասխանում հասարակական գիտություններին: Դեռևս չի հաջողվել ստեղծել «սոցիալապես զրոյական իրավիճակ», սակայն, որպես հոգեվերլուծության առաջատար ուտոպիստական ֆանտազիա՝ այն գործնականում վնասակար ազդեցություն է ունեցել: Պարամետրերի ձգձգիտ մշակումը կարելի է բացատրել նրանով, որ վերլուծողները դրանք հիմնականում ընդունում են որպես խաղի կանոններ և ոչ թե որպես առավել արդյունավետ բուժման ռազմավարական միջոցներ: Վիտգենշտեյնն այս հարցին մոտեցել է աֆորիստական ընկալմամբ՝ փորձելով բացատրել, թե որքան հուսալի են նման պարզ կանոնները ցանկալի նպատակին հասնելու գործում:

«Կանոնը նման է ուղեցույցի: Արդյոք այն կասկածի տակ չի՞ դնում այն ուղին, որով պիտի շարժվեմ: Արդյո՞ք այն ցույց է տալիս՝ որ ուղղությամբ պետք է շարժվեմ, երբ այն արդեն անցել եմ, լինի դա փողոց, արահետ, թե ուղղակի դաշտ: Բայց ո՞վ պիտի ասի՝ որ ուղղությամբ շարժվել. սլաքի ուղղությամբ գնամ, թե՞ հակառակը: Իսկ եթե ուղեցույցի փոխարեն ուղեցույցների մի շղթա լիներ կամ գետնի վրա կավճով գծված ինչ-որ նշաններ լինեին, արդյոք կարո՞ղ ենք գտնել գոնե մեկ բացատրություն: Եվ այդպես կարող եմ ասել, որ ուղեցույցն, այնուամենայնիվ, կասկածի տեղ չի թողնում: Սակայն ավելի ճիշտ կլինի ասել՝ երբեմն կասկածի տեղ է թողնում, երբեմն էլ՝ ոչ: Եվ սա արդեն ոչ թե փիլիսոփայական, այլ էմպիրիկ միտք է» (Wittgenstein, 1953, էջ՝ 39–40):

Հենվելով Վիտգենշտեյնի՝ կանոնների ընկալման վրա, Հաբերմասը (1981) խոսեց կանոնների ներմուծման և դրանց արդյունքում իմաստի նույնացման հավանականության ու պարզ նշանների միջսուբյեկտային վավերականացման կապի մասին:

Պարզ կանոնների օգտագործումը երկու գործոններում՝ իմաստի նույնացումն ու միջսուբյեկտային վավերականացումը, միավորված են կանոնի հասկացության մեջ: Ընդհանուր որակը, որը հենց կանոնի իմաստն է, կարող է ներկայացվել ցանկացած, օրինակելի գործողությունների օգնությամբ (Habermas, 1981, էջ 31):

Կանոնները ստեղծում են իմաստի նույնականություն, քանի որ երաշխավորում են, որ բազմաթիվ իրադարձություններից կանոններին համա-

պատասխանող իրադարձությունները կարող են առանձնացվել որպես հաստատուն արժեքներ: Նրանք ստեղծում են «նմուշային դրսևորումների բազմազանության միասնականություն» իրականության մեջ տարբեր ձևերով և կիրառություններով» (Habermas, 1981, էջ 32): Այս նկատառումներն անչափ կարևոր են հոգեվերլուծական շրջանակը և այդ շրջանակի մասը կազմող կանոնները հասկանալու համար: Նրանք ընդգծում են, որ վերլուծողի և հիվանդի վարքի իմաստը կապված է ընդհանուր կանոնների հետ: Որոշ կանոնների մանրամասնումը, ինչի մասին խոսում էր Ֆրոյդը վերոնշյալ մեջբերման մեջ, ձգտում է իմաստի նույնացմանը նույնիսկ տվյալ թերապևտիկ շրջանակի սահմաններից դուրս: Հենց հոգեվերլուծության ոլորտում՝ իր բազմաթիվ անորոշություններով և հակասություններով հանդերձ, կանոնները ձեռք են բերում խմբային միասնականությունն ու կայունությունը պահպանելու գործառույթ: Ընդ որում՝ այն փաստը, որ բոլոր հոգեվերլուծողները հետևում են միևնույն կանոններին, պրոֆեսիոնալիզմի նշան է: Դա բացատրում է, թե ինչու են, օրինակ, բազմոցի օգտագործումը և սեանսների ինտենսիվ հաճախականությունը դարձել կարևոր չափանիշ՝ բուժումը «վերլուծություն» անվանելու համար:

Կանոնների իմաստը բխում է դրանց միջանձնային ընդունումից: Իրականում կանոնների կարևոր գործառույթներից մեկը միջսուբյեկտային փոխանակումը հնարավոր դարձնելն է: Սա հատկապես բնորոշ է հոգեվերլուծությանը: Միօրինակ սահմանագծերը հնարավոր են դարձնում արդյունքների համեմատելիությունը, այսինքն՝ ապահովում են հոգեվերլուծական գործընթացի ստանդարտացումը (Baghrach, 1983): Ստանդարտացումն անհրաժեշտ է, որպեսզի վերլուծողը կարողանա համեմատել կլինիկական տվյալները և ընդհանրացնել ուսումնասիրությունները, այլապես նա ստիպված կլինի նկարագրել և դիտարկել երևույթները պատահականությանը հարող դիրքից: Հիվանդները տարբեր կերպ են արձագանքում, օրինակ, բազմոցին և նրա վրա պառկելու անհրաժեշտությանը, բայց վերլուծողն արդեն որորշակի փորձ ունի և կարող է ախտորոշիչ ու թերապևտիկ եզրակացություններ անել: Սակայն արտաքին շրջանակի ստանդարտացումը հաճախ միայն թվացյալ միօրինակություն է հաղորդում, քանի որ կանոնների ազդեցությունը մեծապես կախված է լրացուցիչ գործոններից: Ստանդարտացումը չպետք է հասնի այն աստիճանի, որ խոչընդոտի թերապևտիկ գործընթացը: Եթե կիրառելու լինենք Վիտգենշտեյնի տերմինաբանությունը, ապա գործ կունենանք էմպիրիկ առաջարկների հետ, որոնց առարկան կանոնի, եղանակի և նպատակի միջև համեմատությունն է: Եվ իսկապես, մենք փոփոխում ենք կանոնները, եթե դրանք անարդյունավետ են, օրինակ՝ եթե բազմոցի վրա պառկելը ձնշում է հիվանդին:

Չափանիշների բազմազանությունը ևս մի պատճառ է, թե ինչու հոգեվերլուծության բուժման կանոնները չեն կազմում փակ կառուցվածքային համակարգ, այլ ավելի շուտ հանդես են գալիս որպես տարբեր ոլորտներում

ցուցումների և տարբեր իմպերատիվ բովանդակության համագումար: Ֆրոյդի ներկայացրած բուժման կարևորագույն առաջարկները տեղ են գտել նրա առնվազն տասնյակ աշխատություններում: Զիգմունդ Ֆրոյդի ինստիտուտում մի հետազոտական խումբ հաշվարկել է 249 նման առաջարկներ և փորձել համակարգել դրանք: Տասնմեկ կատեգորիաներից բաղկացած դասակարգումը, որն ընդգրկում է վարքագծային կանոններից մինչև ցուցումների սահմանման կանոնները, ընդգծում է տարբերություններն ինչպես բովանդակության, այնպես էլ վերացականության աստիճանի առումով (Köhler-Weisker, 1978, Argelander, 1979):

Դժվար է ասել, թե այս բազմաթիվ հրահանգներից քանիսն են կազմում հոգեվերլուծական շախմատի իրական կանոնների առանցքը: Ի տարբերություն շախմատի՝ այստեղ չկան այնպիսի կանոններ, որոնց միակ արդյունքը խաղի համար երկու անձանց հանդիպումն է: Հոգեվերլուծական կանոնները միաժամանակ ռազմավարական կանոններ են, որոնք պետք է քննարկվեն և շարունակաբար հաստատվեն յուրաքանչյուր առանձին հարաբերությունում: Հենց սրանով էլ հոգեվերլուծությունը տարբերվում է շախմատից, որտեղ խաղի կանոններն ու ռազմավարական կանոններն ունեն հստակ տարանջատում:

Բուժման կանոնները հիմնովին նպատակաուղղված են, և, ինչպես պնդում էր Տաֆերտշոֆերը (Tafertschofer, 1980), դրանք կարող են դիտարկվել որպես հոգեվերլուծական մեթոդի առանձին քայլեր և այդպիսով համեմատվել այլ գիտական մեթոդների հետ: Սակայն հենց նպատակաուղղվածությունն արգելում է կանոնների նմանօրինակ կանոնացումը, ինչը շախմատի ժամանակ ինքնըստինքյան ակնհայտ է: Ֆրոյդը ծանոթ էր այդ խնդրին, այդ իսկ պատճառով նախապատվությունը տալիս էր արդյունավետությանը:

Տպավորություն է ստեղծվում, որ կանոնների արդյունավետության քննադատական վերլուծությունը հոգեվերլուծության ոլորտում դեռևս բավականին թույլ է զարգացած: Շատ հաճախ կանոնները հիմնավորվում են ոչ այնքան իրենց օգտավետությամբ, որքան հոգեվերլուծության տեսության մեջ իրենց հաստատունությամբ: Սակայն կանոնների տեսական արմատավորումը վիճելի հարց է: Վեստմայերը, քննադատաբար նայելով բիևհիորիստական թերապիայի կանոններին, արտահայտել է վարկածներ, որոնք արժեքավոր են նաև հոգեվերլուծական կանոնները հասկանալու համար: Նա ապացուցում է, որ բազային գիտության նվաճումներից բխած տեխնիկական կանոնների տրամաբանական եզրահանգումը ուտոպիստական պատրանք է. «Տեխնոլոգիական կանոնները, ինչպես և գիտական տեսությունների սահմանումներն ու օրենքները, չեն կարող ձիշտ կամ սխալ համարվել, այլ ավել կամ պակաս գործուն և արդյունավետ են այնքանով, որ հնարավոր լինի հանձնարարված միջոցների իրականացմամբ հասնել նշված նպատակին» (Westmeyer, 1978, էջ 124): Այդ խնդիրներն առավել մանրամասն կքննարկենք 10-րդ գլխում:

Ինչ վերաբերում է հոգեվերլուծությանը, ապա կարող ենք ասել, որ եթե տեսությունները հիմնականում զբաղվում են ծագումնաբանության հարցերով, տեխնիկական կանոններն ուղղված են փոփոխության համար անհրաժեշտ և բավարար պայմաններ ստեղծելուն. հոգեվերլուծության մեթոդը պարզապես տեսության կիրառումը չէ:

Կանոնի գործառնության և ռազմավարական գործառնության միջև հարաբերությունը բուժման յուրաքանչյուր առանձին կանոնի դեպքում անընդհատ փոփոխվում է: Վերլուծողի անվտանգության պահանջն ու ինքնության խնդիրներն օգնում են նրան կանոնը բացարձակացնել: Բուժման ընթացքում ծագած դժվարությունները հաճախ ստիպում են վերանայել մեթոդի նպատակահարմարությունը և կասկածի ենթարկել բուժման հանձնարարականները: Հիվանդներն էլ իրենց հերթին կասկածանքների տեղիք են տալիս: Զգոն հիվանդը չի կարող չնկատել, որ վերլուծողը գործում է որոշ կանոնների համաձայն, նույնիսկ եթե նրան այդ մասին չեն տեղեկացրել: Հաճախ հիվանդն ինքն է հարցեր տալիս նման գործունեության օրինականության մասին: Այդ պատճառով էլ վերլուծության չափանիշների քննադատական վերանայումը միայն ժամանակի հարց է: Այնուհետև դրանք ժամանակավորապես կորցնում են իրենց շրջանակային կարգավիճակը և դառնում բուժն քննարկումների առարկա, մինչև կհասկացվեն և կպարզաբանվեն, կամ էլ համապատասխանաբար կփոփոխվեն այն անգիտակցական պատճառները, որոնք դրդել էին հիվանդին կասկածի տակ առնել կանոնները: Բուժման կանոնները սովորաբար դառնում են վերլուծողի և հիվանդի միջև առաջացած կոնֆլիկտի տեսարան. մի փորձ, որից չի կարելի խուսափել, և նույնիսկ կարիք էլ չկա խուսափելու:

Գեր-Էգո-ի խանգարումներով հիվանդների օրինակով՝ Կրեմերիուսը (Cremierius, 1977) համոզիչ կերպով ցույց է տալիս, որ հիվանդները, ընդհակառակը, սկսում են վերլուծողների կանոններն իրենց սեփականը դարձնել և դրանք բացարձակ համարել: Կարիք չկա ասել, որ բուժման արդյունավետության համար վտանգ են ներկայացնում ինչպես կանոնների բացարձակացումը, այնպես էլ յուրաքանչյուր համաձայնության դեպքում անվերջ հարցադրումները: Բուժման տեսանկյունից անհրաժեշտ է, որ վերլուծողը տարբերի կանոնները՝ կախված իրավիճակից և հիվանդի անհատական խանգարումներից: Վերափոխելով ասացվածքը՝ կարող ենք ասել, որ հոգեվերլուծության մեջ բացառություններ են կազմում կանոնները: Բուժման հարաբերությունների բնույթից է մեծապես կախված այն, թե արդյոք վերլուծողը ներմուծում է կանոններ և ինչպե՞ս է այդ անում: Մենք կողմ ենք այն համոզմանը, որ կանոնների թերապևտիկ նպատակը պետք է մանրամասնորեն բացատրվի՝ առանց անտեսելու վերլուծողի աշխատանքի առավելությունները և հիվանդի ներկա առողջական վիճակի թերությունները: Վերլուծության գործընթացը զարգանում է բուժման կանոնների հարցադրումների փոխազդեցության և դրանք նոր

ուժով վերահաստատելու միջոցով: Լավագույն դեպքում վերլուծողի և հիվանդի փոխազդեցության գործընթացում բուժման համար նպաստավոր կանոններն առավել հասկանալի են դառնում:

Արդեն նշել ենք, որ հոգեվերլուծության ընթացքում բուժման առաջարկները արտացոլում են տեսական հիմնադրույթների նպատակաուղղված գաղափարների և կլինիկական փորձի մի ամբողջ համակարգ: Մեր նպատակը բուժման բոլոր կարևոր կանոնների սպառիչ նկարագրությունը ներկայացնելը չէ, այլ փոխարենը կքննարկենք մի քանի առավել էական առաջարկներ, որտեղ աբստինենցիայի խնդրին վերաբերող ցուցումը հատուկ տեղ է զբաղեցնում, քանի որ հանդիսանում է բուժական տեխնիկայի հիմնական սկզբունքը: Մենք բազմիցս անդրադարձել ենք այս խնդրին ինչպես ներածությունում, այնպես էլ առաջին հարցազրույցին, տրանսֆերին, հակատրանսֆերին և հոգեվերլուծական գործընթացին նվիրված գլուխներում (գլուխներ 2,3,6,9): Բնականաբար աբստինենցիայի խնդիրը հոգեվերլուծության կանոնի կարևորագույն գործոնն է և գտնվում է թերապևտների ուշադրության կենտրոնում: Աբստինենցիայի խնդրին կանդրադառնանք առանձին ենթագլխում (7.2.3), սակայն մինչ այդ փորձենք հպանցիկ շոշափել այդ թեման, քանի որ այս գլխում ներկայացվում են հոգեվերլուծական կանոնների բազմաթիվ գործառնություններ և դրանցից բխող խնդիրներ:

Հոգեվերլուծության մեջ աբստինենցիան դիտարկվում է 2 տեսանկյունից. որպես կանոն՝ այն հիվանդի առջև դնում է որոշակի սահմանափակումներ, իսկ որպես հոգեվերլուծական չեզոքության հանձնարարական՝ սահմանափակումներ է դնում թերապևտի առջև: Լապլանշը և Պոնթալիսը (Laplanche, Pontalis, 1972, էջ 22) աբստինենցիայի սկզբունքը սահմանում են որպես կանոն, համաձայն որի «հոգեվերլուծական բուժումը պետք է այնպես կազմակերպվի, որ հիվանդը հնարավորինս քիչ գտնի իր ախտանիշներին բավարարող փոխարինողներ»: Չեզոքությունն «այն բնութագրումներից մեկն է, որը որոշում է բժշկի պահվածքը բուժման ժամանակ» (1972, էջ 331): Ըստ էության՝ այս երկու տեսակետները փոխկապակցված են. մի կողմից դրանք հիմնվում են բոլոր պրոֆեսիոնալ հարաբերությունների, իսկ մյուս կողմից՝ վերլուծական շրջանակի առանձնահատկությունների վրա: Կրեմերիուսը (Cremerius, 1984) արտահայտիչ կերպով ներկայացրել է աբստինենցիայի հասկացության պատմությունը և կանոնները: Նա նշում է, որ Ֆրոյդն առաջին անգամ դիմել է այդ կանոնի օգնությանը հիստերիայով տառապող կանանց բուժման ընթացքում: Նրանց՝ սիրային հարաբերություններ ունենալու ցանկությունը վտանգի էր ենթարկում մասնագիտական հարաբերությունները: Առաջին հերթին աբստինենցիայի պատգամն ունի «խաղի կանոնի» գործառնությո, որն ապահովում է վերլուծության շարունակելիությունը. «սիրային հարաբերությունը, փաստորեն, վերջ է դնում վերլուծական բուժման հանդեպ հիվանդի վստահելիությանը: Երկուսի համատեղումն անհնար է» (Freud, 330

1915, էջ 314): Այս համատեքստում Ֆրոյդը դիմում է լայնորեն ընդունված բարոյականությանը, որը նա փորձում է փոխարինել մեթոդաբանական քննարկումներով: Հարցի էությունը ոչ թե լայնորեն ընդունված բարոյականության մեջ է, այլ բացարձակապես յուրահատուկ կարգավիճակի, որը խաղի կանոնների ձևով ուրվագծում է վերլուծողի ու հիվանդի միջև փոխհարաբերությունների սահմանները:

Սակայն աբստինենցիայի օրենքը մեծ նշանակություն է ձեռք բերում Ֆրոյդի նորմատիվ փաստարկումը մեթոդաբանական փաստարկումներով փոխարինելու փորձի միջոցով: Մինչ բժշկական էթիկան խստորեն մերժում է հիվանդի սիրային զգացմունքները, Ֆրոյդն առաջարկում է չխոչընդոտել դրանց զարգացմանը, այլ օգտագործել դրանք՝ ցանկությունների ճնշված իմպուլսներն ավելի լավ վերլուծելու համար: Ոչ միայն բժշկական էթիկայի, այլ նաև մեթոդաբանության սահմաններում Ֆրոյդը դեմ էր հիվանդի՝ էրոտիկ ցանկությունները բավարարելուն:

«Բուժումը պետք է անցկացվի աբստինենցիայի պայմաններում: Ընդ որում՝ ես ի նկատի չունեմ միայն ֆիզիկական աբստինենցիա և ոչ էլ մարմնական ցանկությունների զսպում, որին երևի ոչ մի հիվանդ չկարողանա դիմանալ: Փոխարենը ես պետք է դա ներկայացնեմ որպես այնպիսի հիմնարար սկզբունք, ըստ որի հիվանդի կարիքներն ու ցանկությունները պետք է զսպվեն, ինչը կհանդիսանա շարժիչ ուժ արդյունավետության ու փոփոխության համար: Մենք ևս պետք է խուսափենք փոխարինողների միջոցով մեղմել պահանջներն ու ցանկությունները» (Freud, 1915, էջ 313):

Առաջարկն այս դեպքում ուղղված է լարվածության բարենպաստ ներուժի պահպանմանը, որը ենթադրաբար նպաստում է բուժական գործընթացին: Հարկ է նշել, որ Ֆրոյդն իր փաստարկները համոզիչ հիմքերի վրա է ստեղծել. լարվածության պահպանման նպատակահարմարությունը հնարավոր է հետազոտել և ապացուցել յուրաքանչյուր առանձին դեպքում: Թերապևտին ուղղված նախազգուշացումները՝ ընդամաք չգնալ հիվանդի ցանկություններին բժշկական շարժառիթներով կամ սիրալիրությունից դրդված, նույնպես հենվում են համոզիչ փաստարկումների վրա, որոնք ապացուցվել են կլինիկական հետազոտությունների ընթացքում:

Այնուամենայնիվ, հարցերն այսքանով չեն սահմանափակվում: Այս տեխնիկական փաստարկները կապված են բնագիտության վարկածների հետ, որոնք հիմնվում են աբստինենցիայի և վերլուծողի կողմից համապատասխան չեզոքություն դրսևորելու վրա: Ֆրոյդն ինքը մեծ ներդրում ունի այդ տեսակետի զարգացման մեջ: Աբստինենցիայի կանոնների առաջին հիմնավորումից չորս տարի անց նա գրում է. «Վերլուծական բուժումը պետք է անցկացնել հնարավորինս ինքնազսպման՝ աբստինենցիայի պայմաններում: Պետք է հիշել, որ հուսահատությունն է հիվանդության պատճառ հանդիսացել, և հենց դրա ախտանիշները բավարարվածության փոխարինողներ են: Բուժման ընթացքում կարող ենք ականատես լինել, որ բարելավման յուրաքանչյուր դեպք

դանդաղեցնում է բուժման ընթացքը և նվազեցնում դեպի ապաքինում տանող բնագղային ուժը: Սակայն այդ բնագղային ուժը պարտադիր է, և դրա նվազումը խոչընդոտում է հիվանդին բուժելու մեր նպատակների իրականացմանը... Որքան էլ դաժան հնչի՝ մենք պետք է հետևենք, որ հիվանդը տառապի քիչ թե շատ արդյունավետ մակարդակում, և որ տառապանքները ժամանակից շուտ չավարտվեն» (Freud, 1919, էջ 187):

Այս համատեքստում Ֆրոյդն առաջարկում է «զգալի գրկանքների» միջոցով վերականգնել հիվանդի տառապանքները, հայտնաբերել բավարարվածության փոխարինողները և պահանջել հիվանդից հրաժարվել դրանցից, որպեսզի վերլուծության համար անհրաժեշտ էներգիան չսպառվի: Սա հատկապես վերաբերում է թաքուն տրանսֆերի բավարարվածությանը: Եթե 1915թ. ձևակերպման մեջ Ֆրոյդն առաջարկում էր միայն «լարվածության բարենպաստ ներուժը», ապա հետագայում նա ընտրում է մաքսիմալ հնարավոր լարվածությունը, ինչը զգալիորեն ուժեղացնում է աբստինենցիայի հիմնական սկզբունքը: Այս կանոնը հիմնավորվում է ախտանիշի առաջացման տեսությամբ և տնտեսական դատողություններով:

Մենք արդեն քննարկել ենք, որ կանոնի դուրսբերումը տեսությունից ուտոպիական է և հաճախ՝ վնասաբեր, քանի որ նպատակահարմարության հարցը հետին պլան է մղվում: Աբստինենցիայի կանոնը հատկապես վառ օրինակ է, քանի որ այն ոչ բարենպաստ ազդեցություն է գործել հոգեվերլուծական տեխնիկայի զարգացման վրա: Այսպես՝ Կրեմերիուսը (Cremierius, 1984) նշում է, որ հիստերիայի բուժման առանձնահատկությունները, առանց հիմնավորման, փոխազդել են ներոզի այլ ձևերի բուժման վրա: Ցանկությունների զսպումը, որոնք բնորոշ են հիստերիայով տառապող կանանց, բացարձակապես այլ նշանակություն ունեն տագնապի և վախի ներոզների դեպքում: Վերլուծողի այն մտահոգությունը, որ հիվանդը կարող է տրանսֆերի մեջ բավարարվածության գաղտնի փոխարինող միջոցներ գտնել, բերում է պաշտպանական մոտեցման: Ընդ որում՝ աբստինենցիայի կանոնի գործառնություն այլևս լարվածության բարենպաստ ներուժ ստեղծելը և զարգացման խթանումը չէ, այլ վախի զգացողություն առաջացնող զարգացումների կանխումը: Անհրաժեշտ ֆրուստրացիայի հասկացությունը՝ որպես փոփոխության շարժիչ ուժ, ավելի քան կասկածի առարկա է դարձել և փոխել այն հայեցակետը, որ վերլուծողի չափազանց չեզոքությունն անբարենպաստ ազդեցություն է գործում բուժական գործընթացի վրա:

Հարկ չկա դիմել բնագղի տեսության փաստարկումների օգնությանը՝ վերլուծողի չեզոքություն պահպանելու պահանջն արդարացնելու համար, այն հնարավոր է հիմնավորել մեթոդաբանության ճանապարհով: Չեզոքության պահանջը վերաբերում է վերլուծողի գործունեության տարբեր ոլորտներին. հիվանդի առաջարկած նյութը մշակելիս պետք է հրաժարվել սեփական համոզմունքներից, թերապևտիկ ձգտումներից ելնելով՝ պետք է հրաժարվել ներշնչման մեթոդներից, նպատակի խնդիրները վերլուծելիս

չպետք է հետևել սեփական արժեքներին, և վերջապես, հակատրանսֆերենտ խնդիրների դեպքում վերլուծողը պետք է հրաժարվի իր սեփական բնագդային ցանկությունները գաղտնի բավարարելուց:

Որպես հոգեվերլուծական մեթոդի հիմնական սկզբունք՝ չեզոքության պահանջը հենց սկզբից մեծ նշանակություն է ունեցել օբյեկտիվության ապահովման և հոգեվերլուծական ինքնության ստեղծման համար: Ընդ որում՝ գիտական իդեալը վճռորոշ դեր է խաղացել: Հազիվ թե հոգեվերլուծության որևէ կանոն, չեզոքության կանոնի նման, այդքան ենթարկվեր բացարձակացման վտանգին, սակայն սկսվեց միաժամանակյա լայնամասշտաբ հակաշարժում: 1981թ. Ամերիկյան հոգեվերլուծության ասոցիացիայի անդամներից և ոչ մեկը չարտահայտվեց վերլուծության չեզոքության օգտին (Leider, 1984): Քիչ թե շատ հաճույքների բավարարման փորձերն օգնեցին Ֆրոյդին աբստինենցիայի կանոնների նկատմամբ ավելի ձկուն դիրքորոշում որդեգրել:

Մենք նույնպես դեմ չենք գործառական փոխզիջումներին, քանի դեռ դրանք չեն խախտում բժշկական էթիկան և նպատակահարմարության տեսակետից արդարացված են: Կցանկանայինք առաջ շարժվել և հավատալ, որ այսօրվա հոգեվերլուծողները կարող են դիտարկել աբստինենցիայի սկզբունքն ավելի լայն տեսանկյունից: Ինչպես արդեն նշել ենք, հիվանդի ցանկությունների բավարարումն ապահովելու վերաբերյալ մասնագետների անհանգստությունը զգալիորեն ուժգնանում է բնագդի տեսության սահմաններում: Դրա ազդեցությամբ ստեղծվել է կատարյալ աբստինենցիայի իդեալը, որն էդիպյան բավարարվածության մերժման միջոցով ուժգնացնում է ներքին հոգեկան ճնշումը, և այդպիսով, հոգեկան էներգիան ուղղորդում են հիշողությունների վերականգնման նպատակին: Չնայած ժարգոնի շարունակական օգտագործմանը, վերլուծողների մեծ մասը բուժման ընթացքում հրաժարվել է կատեքստի տեսությունից (տնտեսական սկզբունքից): Այդ գործընթացը սկսվել էր դեռևս տասնյակ տարիներ առաջ, երբ Բալինտը (Balint, 1935), հիմնվելով Ֆրոյդի կողմից անտեսված քնքշանքի այլընտրանքային տեսության վրա, դրան առանձնահատուկ կարևորություն վերագրեց: Քանի դեռ զիջումն ու խրախուսանքը թուրիմացաբար որպես սեռական խթաններ չեն ընկալվում, անհիմն է վերլուծողի այն մտահոգությունը, որ նույնիսկ փոքրիկ զիջման դեպքում բուժումը սխալ ուղղությամբ կընթանա:

Աբստինենցիայի կանոնի շղթաներից ազատվելու դեպքեր կարող ենք տեսնել Կոհութի մշակած նարցիսիստական ցանկությունների բավարարման տեխնիկայում: Հաշվի առնելով այն, որ մենք կասկածի տակ ենք առնում նարցիսիզմի անկախ գոյությունը, կարծում ենք, որ նարցիսիստական բավարարվածությունը լրացուցիչ էդիպյան նշանակություն կարող է ունենալ և անդրադառնալ լիբիդինալ տրանսֆերի վրա: Այնուամենայնիվ, Կոհութն իրավացի է, որ աբստինենցիայի կանոնն այժմ այլ կերպ պետք է ընկալվել: Կանոնների բազմագործառությանության հետ կապված՝ արդեն

նշել ենք, որ որևէ բնագավառում փոքր փոփոխությունը կարող է հանգեցնել ամբողջի փոփոխության:

7.2 Ազատ զուգորդություն. թերապիայի հիմնական կանոնը

7.2.1 Բնորոշ գծերը և զարգացումը

Ազատ զուգորդությունը միայն կանոնների աստիճանակարգությունում չէ, որ առաջին տեղն է զբաղեցնում: Շտեֆան Ցվեյգին ուղղված 1931թ. փետրվարի յոթի նամակում (1960, էջ 398–399) Ֆրոյդը նշել է, որ շատերի կողմից ազատ զուգորդությունն ընդունվել է որպես հոգեվերլուծության ամենակարևոր նվաճում: Ջոնսը նույնպես (Jones, 1960, էջ 286) ազատ զուգորդության ներմուծումը համարում է «Ֆրոյդի գիտական կյանքի երկու խոշոր ձեռքբերումներից մեկը». երկրորդը ինքնավերլուծությունն է, որի շնորհիվ Ֆրոյդը հետազոտեց երեխայի վաղ սեռական կյանքը, այդ թվում՝ հանրահայտ էդիպյան բարդությունը: Ջոնսը հիմք է ընդունում այն, որ երագների մեկնաբանության ընթացում ազատ զուգորդությունն օգնում է բացահայտել երագատեսության քողարկված մտքերը: Երագների ձևավորումը հնարավոր է վերականգնել, քանի որ «երբ գիտակցական նպատակային գաղափարներն անտեսվում են, ընթացիկ գաղափարները սկսում են գերիշխել քողարկված նպատակային գաղափարներին (Freud, 1900, էջ 536): Զուգադրությունները համարվում են այն նպատակաուղղված մտքերի և երևակայությունների ցուցանիշներ, որոնք հիվանդը չի կարող հասկանալ առանց վերլուծողի օգնության, քանի որ դրանք պատկանում են հոգեդինամիկայի անգիտակցական ոլորտին:

Ազատ զուգորդության մեթոդը միայն հետազայում դարձավ հիմնական կանոն: Ֆրոյդն իր աշխատություններից մեկում հետևյալ կերպ է նկարագրում այդ մեթոդի զարգացումը.

«Հեղինակը փորձում էր համոզել հիպնոսի ազդեցության տակ չգտնվող հիվանդներին՝ պատմել իրենց զուգորդությունների մասին, որպեսզի ստացած նյութի հիման վրա կարողանար վերլուծել մոռացվածն ու մերժվածը: Ավելի ուշ նա նկատեց, որ հիվանդի վրա ճնշումն անարդյունավետ է, քանի որ հիվանդի ենթագիտակցության մեջ միշտ էլ խառը մտքեր են հայտնվում, սակայն հենց հիվանդի ստեղծած որոշակի խոչընդոտներն էլ արգելում են մտքերի հաղորդումն ու նույնիսկ գիտակցումը: Ակնկալվում էր, սակայն, դեռևս ապացուցված կամ մինչև վերջերս հաստատված չէր այն, որ հիվանդի մտքերը, որոնք սկզբնական պահին այցելում են իրեն, ներքին կապի մեջ են գտնվում այդ պահի հետ. այսպես, ստեղծվում էր այն մեթոդը, որը սովորեցնում էր հիվանդին հրաժարվել բոլոր քննադատական տեսակետներից, և հայտնաբերված նյութն օգտագործել պահանջվող հարաբերությունները բացահայտելու համար» (Freud, 1923, էջ 214):

«Միտք» (Einfall) և «գուգորդություն» (Assoziation) գերմաներեն բառերի միջև նկատելի տարբերություններ կան, մինչդեռ այդ երկու բառերը հաճախ գերմաներենում որպես հոմանիշներ են օգտագործվում, իսկ անգլերենում թարգմանվում են որպես «գուգորդություն» (association): Հանկարծակի ծագած լավ միտքը (Einfall) ունի ստեղծագործական բնույթ, մինչդեռ «գուգորդություն» (Assoziation) եզրը ընդգծում է կապը: Նվազագույնը սուբյեկտիվ փորձերի համար «Einfall»-ը մտածողության գործընթացի արտահայտությունն է, որը ստեղծագործականության տարրեր է պարունակում: Հիվանդի գուգորդությունները «Assoziationen» վերլուծողը դարձնում է իմաստալից ամբողջություն: Նիդերլանդը (տե՛ս Seidenberg, 1971) նշում է, որ մտքերն ունեն ինտեգրման գործառնություն, որը մոտ է մտածողությանը: Ստրեյչը քննարկել է «Einfall» բառի անգլերեն մեկնաբանության դժվարություններն իր «Հոգեվերլուծության ներածություն» դասախոսությունների որոշ ենթագլուխների ծանոթագրությունների թարգմանություններում:

Եթե մարդն ինչ-որ բան է մտածում, և մենք ասում ենք, որ նրա մոտ միտք՝ «Einfall» է ծագել, նշանակում է, որ նա ինչ-որ այլ բանի մասին է մտածում: Իսկ երբ ասում ենք, որ նա գուգորդություն ունի, դա հավանաբար նշանակում է, որ այն միտքը, որի մասին նա մտածում էր, ինչ-որ կերպ կապված է նրա հետ, ինչի մասին նա մինչ այդ էր մտածում: Այն, ինչ քննարկվում է այս էջերում, այն մասին է, թե արդյոք այդ երկրորդ միտքն իսկապես (կամ անպայմանորեն) կապված է նախնական մտքին, և թե արդյոք «միտքը» (Einfall) «գուգորդություն» է: Այդպիսով, թարգմանել «Einfal» եզրը որպես գուգորդություն՝ նշանակում է վաղաժամ հետևություններ անել: Այնուամենայնիվ, դրանից հեշտ չէ խուսափել, հատկապես նկատի ունենալով այն հանգամանքը, որ Ֆրոյդն ինքն էլ է երբեմն գերմաներեն «Assoziation» բառն օգտագործել որպես «Einfall» բառի հոմանիշ՝ մասնավորապես «freie Assoziation» բառակապակցության մեջ, որը հնարավոր չէ թարգմանել այլ կերպ, քան «ազատ գուգորդություն»: Հետագայում, այս քննարկման ընթացքում, կնվազի «գուգորդություն» բառից խուսափելու անհրաժեշտությունը (Freud, 1923, էջ 48):

«Ազատ գուգորդություններ» եզրի ծագման և հայտնագործման բովանդակությունը (որն այլ կերպ հնարավոր չէ) միահյուսվում է մտքի պատմության հետ: Մենք կսահմանափակվենք այդ պատմական բովանդակության վերաբերյալ մի քանի դիտարկումներով: Հելմհոլցի դպրոցի ավանդույթների համաձայն (որին անդամակցեց նաև Ֆրոյդն իր ուսուցիչ Բրյուկեի միջնորդությամբ)՝ հոգեկան երևույթները դիտարկվում էին անընդհատ շարունակվող հոգեկան դետերմինիզմի կանխադրույթի տեսանկյունից. դրան Ֆրոյդը հետագայում դասեց նաև ազատ գուգորդությունները: Հոգեբանության վրա նույնքան մեծ ազդեցություն են թողել Հերբարտն ու Ֆելսները: Ֆրոյդը ծանոթ էր նրանց գաղափարներին՝ շնորհիվ իր ուսուցիչ Մայներտի և նրա՝ գուգորդությունների տեսության: Հերբարտը նույնիսկ ձևակերպեց այնպիսի հասկացություններ, ինչպիսիք են «ներքին ապերգեպիա» և «ազատ առաջացող մտքեր», դիտելով դրանք որպես դինամիկ

սուբյեկտներ, այսինքն՝ իրենց փոխզսպման տեսակետից: Սակայն «ազատ զուգորդություններ» հասկացության տեսության առաջացումը չի սահմանափակվում միայն գիտական մտքի զարգացմամբ: Այսպես, Բականը (Bakan, 1958) ենթադրում է, որ այս հասկացությունը կարող է կապված լինել հրեական մեդիտացիայի տեխնիկայի առեղծվածի հետ:

Ճիշտ չէ այստեղ համեմատել «ազատ զուգորդություններ» եզրը նախորդ տարբեր եզրերի հետ: Վստահաբար կարող ենք ասել, որ Ֆրոյդի մեթոդը աստիճանաբար զարգացել է հիպնոսի և Բրեյերի կատարտիկ մեթոդի միջոցով: Ազատ զուգորդությունը մեծապես օգնեց Ֆրոյդին ինքնավերլուծության ժամանակ: Ժամանակակից տեսակետից չափազանցություն չի լինի ասել, որ ինքն իր վրա փորձեր կատարելով՝ Ֆրոյդը զուգորդությունների օգնությամբ հայտնաբերեց երևակայության կարևորությունը անգիտակցական հոգեկան գործընթացների ճանաչման մեջ (Freud, 1926):

Զուգորդությունների հոգեբանությունը «կնքահոր» դեր է խաղացել ազատ զուգորդությունների մեթոդի համար: Պարզվեց, որ հիվանդի զուգորդությունները, որոնք կարող են միավորվել իրենց կապերի և շղթայացման միջոցով, կառավարվում են «անգիտակցական բարդություներով»: Յունգի (Jung, 1906) կողմից հայտնաբերված «բարդույթը», որը կառուցվում է փորձնական զուգորդությունների ուսումնասիրությունների պայմաններում, իր վաղ նմանակումը գտնում է Ֆրոյդի այն գաղափարներում, թե բոլոր հոգեկան երևույթները որոշվում են անգիտակցական ցանկությունների միջոցով: Այս թեմային առնչվող իր վաղ բացատրություններում (1906, էջ 112) Ֆրոյդն ասում էր. «Հոգեվերլուծության նպատակը բոլոր դեպքերում բացարձակապես միօրինակ է, անհրաժեշտ է բացահայտել բարդույթները, որոնք տհաճ զգացմունքների պատճառով ձնշված էին և որոնք դիմադրության նշաններ են ցուցաբերում, երբ փորձ է արվում դրանք գիտակցության մակարդակ դուրս բերել»: Ֆրոյդը փորձում էր զարգացնել այդ բարդույթները հիպնոկատարսիսի և ազատ զուգորդությունների միջոցով: Նա նշում էր, որ Յունգի՝ զուգորդությունների ուսումնասիրությունները հնարավոր դարձրեցին «հոգեվերլուծական ուսումնասիրությունների արագ փորձնական հաստատումը և ուսանողներին պարզ ցուցադրեցին որոշակի հարաբերություններ, որոնք վերլուծողները կարող էին ներկայացնել (Freud, 1914, էջ 28):

Հոգեվերլուծության հիմնական կանոնը՝ ազատ զուգորդությունների մեթոդը, ըստ Ֆրոյդի, գտնվում է Վունդտի փորձառական հոգեբանության ավանդույթում, որը Յունգը շարունակել էր իր զուգորդական փորձերում: Զուգորդական տեսության պատմական քննադատական գնահատումը զգալի հետևանքներ է ունեցել հիմնական կանոնի մեր հասկացության վրա (Rapaport, 1974, Bellak, 1961, Colby, 1960, Wyss, 1958): Զիլբորգի (Zilborg, 1952, էջ 492) ուսումնասիրություններից մենք ոչ միայն տեղեկանում ենք, որ Ֆրոյդը ծանոթ էր ասոցիատիվ հոգեբանության անգլիական դպրոցին

(հայտնի է, որ նա թարգմանել է Ջոն Ստյուարտ Միլի աշխատությունները), այլ նաև այն, որ նա կարող էր տեղյակ լինել Հալտոնի՝ առաջին անգամ սեփական անձի վրա կատարված փորձի մասին:

Մինչդեռ թերապիան մասերից ամբողջություն կազմելն է՝ խճանկարի մասերի նման հատվածներն իրար կապելով, Բերնֆելդի (Bernfeld, 1934) առաջարկած գեշտալտ հոգեբանության հիմունքները կիրառվում էին հենց ամենասկզբից: Կցանկանայինք մեջբերել այս կարևոր, համեմատաբար անծանոթ և, ըստ մեր տեղեկությունների, չթարգմանված աշխատությունից մի հատված.

«Երազների մեկնումը, հոգեվերլուծության թերապևտիկ գործընթացը, վերլուծության յուրաքանչյուր առանձին սեանսը, հոգեվերլուծողների կիրառական հետազոտական աշխատանքների լայնածավալ ոլորտները հիմնված են մտքերի, կերպարների, հույզերի վրա և, ըստ էության, առկա են թերապևտին կամ հետազոտողին ներկայացվող բառերում ու նախադասություններում: Նրա խնդիրը կամ նախնական խնդիրը օրենքին ծանոթանալն է, որին էլ ենթարկվում է հաջորդականությունը: Հիմնվելով այդ օրենքի վրա՝ նա կարող է բացատրել, մեկնաբանել և ազդել: Վաղ հոգեբանության աղքատիկ տերմինաբանության մեջ «գաղափար» (Vorstellung) բառը, որն օգտագործվում էր հոգեվերլուծության ուսումնասիրման նյութի նկարագրության համար, նույնիսկ այն ժամանակ խիստ աղոտ էր և ոչ ճշգրիտ, թեև համապատասխանում էր իր նախնական իմաստին: Հաջորդականությունները, որոնց օրինաչափությանը վերլուծողը պետք է հետևի, կարող են մոտավորապես ընկալվել որպես գաղափարների զուգորդություններ: Հոգեվերլուծության վաղ շրջանում առավել արդարացված էր զուգորդության մասին խոսելը, քանի որ հաջորդականությունները սովորաբար կապված չէին օբյեկտի հետ և պայմանավորված էին «ներքին» ուժերով ու նպատակներով: Սակայն սա ոչ մի կերպ հոգեվերլուծությունը չի վերածում «զուգորդական հոգեբանության» (Bernfeld, 1934, էջ 43):

Թեմատիկ քննարկումից դեպի ազատ զուգորդությունների անցումը տեղի ունեցավ Ֆրոյդի՝ հիվանդներին բուժելու փորձերի շնորհիվ: Հենց այդ փորձերն էլ դրդեցին նրան «դիմադրությունը» և «տրանսֆերն» ընդունել որպես հիվանդի անգիտակցական դիրքերի կառուցողական գծեր: Նյութը, որը հիպնոսի ընթացքում ամբողջությամբ թաքնված էր (և այսպիսով անհասանելի՝ թերապևտիկ մշակումների համար), նոր մեթոդի կիրառմամբ կարող էր էական դառնալ: Այստեղ մենք դիմում ենք հոգեվերլուծության մեթոդի և նյութի միջև փոխկապակցվածությանն ու փոխկախվածությանը, ինչպես նաև արդյունավետ հետևանքներին, որոնք պետք է ունենային ազատ զուգորդությունները Ֆրոյդի հետագա տեսական քննարկումների համար:

Ուշագրավ է այն, որ հիվանդների օգնությամբ Ֆրոյդը զարգացրեց ազատ զուգորդությունների մեթոդը: Էմմի ֆոն Ն-ն, օրինակ, մի ախտանշանի ծագման պատճառները պարզելու Ֆրոյդի համառ փորձին պատասխանել է, որ նա միշտ չէ, որ պետք է հարցնի այս կամ այն բանի

առաջացման պատճառը, այլ թույլ տալ իրեն ասել այն, ինչ նա ինքն է ուզում (Freud, 1895, էջ 63): Զրույցը, որը հետագայում անցկացվել էր ազատ զուգորդությունների ոգով, «այնքան էլ աննպատակ չէր, որքան կարող էր թվալ: Հակառակը, այն պարունակում էր հիշողությունների և նոր տպավորությունների բավականին ամբողջական վերարտադրություն, որոնք ազդեցություն էին գործել նրա վրա մեր վերջին զրույցից ի վեր, և երբեմն զրույցն անսպասելի արթնացնում էր ախտածին հիշողություններ, որոնցից նա ազատվում էր առանց որևէ հարց տալու» (Freud, 1895, էջ 56): Այդ «ազատումը» կարծես շատ մոտ է գտնվում արտագործմանը (abreaction): Ինչպես նշում է Ֆրոյդը (Freud, 1895, էջ 56)՝ այդ պահից սկսած Էմմի ֆոն Ն-ն իր մտքերը ինքնաբերաբար մեջբերում էր զրույցի ընթացքում՝ որպես «լրացում իր հիպնոսին»: Ազատ զուգորդությունների հայտնագործմամբ ծնվեց «խոսքով բուժումը»՝ որպես անձի ինքնաբերականության և մտքի ազատության արտացոլում: Շրջադարձային էր անցումը հիվանդի նախկին պասիվությունից, մասնավորապես՝ հարցին պատասխանելու կամ հիպնոկատարսիսում լարվածությունից ազատվելու պասիվությունից դեպի ակտիվ մասնակցություն երկխոսության կառուցման գործընթացի ժամանակ: Բուժման մեթոդի ընդլայնումը նպաստեց ազատ զուգորդությունների զարգացմանը: Ֆրոյդն ընդգծում էր (1900, էջ 102–103), որ որոշ հիվանդների համար դժվար է կիսվել իրենց մտքերով: Միևնույն ժամանակ նա նշում էր. «Այնուամենայնիվ... քննադատական ինքնադիտման դիրքորոշման ընդունումը ոչ մի դժվարություն չի ներկայացնում: Հիվանդների մեծ մասը հասնում է դրան իր առաջին ցուցումները ստանալուց հետո» (էջ 103): Ազատ զուգորդությունն, ի տարբերություն վաղ հիպնոտիկ մեթոդի, զարգանում էր «երկու արթուն մարդկանց միջև զրույցի» միջոցով (Freud, 1904, էջ 250):

7.2.2 Հիվանդին հիմնարար կանոնի մասին հրահանգավորում

Համատեքստը, որի շրջանակներում հիվանդին տեղեկացնում են հիմնարար կանոնի մասին, հատուկ ուշադրություն է պահանջում: Հաճախ բուժման հետ կապված այնպիսի ձևականությունները, ինչպիսիք են վճարման մասին պայմանավորվածությունը, սեանսների ժամերի, հանգստյան օրերի մասին հարցերը (այս հարցերից ոչ մեկը չի առաջացնում որևէ հաճելի զգացում մարդկանց մեծ մասի մոտ) քննարկվում են հիմնարար կանոնի հետ մեկտեղ՝ նույն սեանսի ընթացքում: Եվ, փաստորեն, համաձայնության տարբեր ասպեկտներն այնքան սերտորեն են կապված, որ հաճախ հիմնարար կանոնը սխալմամբ ընկալվում է որպես պայմանագրի համարժեք, ինչպես օրինակ՝ վճարը, ընդամիջումներն ու սեանսների բացթողնման դեպքերը արարողակարգի մասին պայմանավորվածություններում: Հիվանդի մոտ արդեն գոյություն ունեցող վախն

ուժգնանում է իր ամենակարևոր գաղտնիքներն օտարի առջև բացելու անսովոր անհրաժեշտությունից: Հիմնարար կանոնի մասին տեղեկանալուց հետո շատ հիվանդներ մտածում են, թե ինչ կարող են գաղտնի պահել. դրան կփորձենք անդրադանալ ավելի ուշ: Համենայնդեպս, սկզբում պատմություններն առանց առանձնահատուկ հաճույքի են ներկայացվում: Ֆրոյդը փորձում էր դիպվածի վերարտադրությամբ բացատրել, թե ինչու հիվանդին երբեք չի կարելի թույլ տալ, որպես բացառություն, իր գաղտնիքները չբացել. եթե Սուրբ Ստեփանոսի եկեղեցու առջև վիեննական թափառաշրջիկների համար ապաստարան հիմնվեր, ապա նրանք հենց այդտեղ էլ կհանգրվանեին (Freud, 1916/17, էջ 288):

Հիմնարար կանոնը բախվում է հիվանդի իդեալների և վարքի նորմերի հետ, որոնք Գեր-ես-ի գործառույթներն են: Հիվանդն ազատ գուգորդության պահանջը վերագրում է այն նույն կատեգորիային, որին վերագրում է հին ցուցումների մի ամբողջ շարք (որոնց ուժեղ հակազդումն արդեն մոռացվել է): Արդյոք իրականում հիմնարար կանոնի պահպանման համար մղվող պայքարն անխուսափելի՞ է, ինչպես համարում էր Ա. Ֆրոյդը (A. Freud, 1937): Որոշիչ է այն, թե հիվանդն ինչպես է ընդունում հիմնարար կանոնը: Այս ընդունումը, ակնհայտորեն, նախապես գոյություն ունեցող մեծություն չէ, այլ իրադրային և ընթացակարգային մեծություն. որքան ավելի սուրբ է ներկայացվում հիմնարար կանոնը, այնքան ուժեղ է դիմադրությունը: Բառերն ունեն իրականությունը ստեղծող իրենց սեփական քաշը: Խոսքում պայքարի եզրեր օգտագործելը հանգեցնում է պայքարի ի հայտ գալուն: Իսկ արդյո՞ք կարիք կա պայքարելու, երբ ընդամենը դրա մասին հիշեցումն արթնացնում է հակազդում, քանի որ հիվանդը կցանկանար գոնե մեկ անգամ հաղթել:

Գոյություն ունեն ինքնահաստատման բազմաթիվ եղանակներ: Վերլուծական փորձը ցույց է տալիս, որ մեծամասնությունը խորհրդանշական կերպով կապված է «հոգեկան զսպվածության» (*reservatio mentalis*) հետ. շատ հիվանդներ երկար ժամանակ կամ ընդմիջտ պահում են մի որևէ գաղտնիք: Վերլուծական տեսության համաձայն՝ այս գաղտնիքի ածանցյալները և անգիտակցական արմատներն անուղղակիորեն առնչվում են բուժման գործընթացին: Այս դեպքում կարելի է նույնիսկ ավստանիշները համարել հոգեդինամիկ առումով արդյունավետ, այսինքն՝ ավստածնության կիզակետում:

Ֆրոյդը չէր ընդունում հիմնարար կանոնից արված բացառությունները և ստիպում էր իր հիվանդներին բացարձակ անկեղծ լինել: Ըստ Ֆրոյդի՝ փորձը լիովին հաստատում էր, որ բացառություններ անելն ավելորդ է: Նա բացառություն արեց միայն մի հիվանդի դեպքում, որը բարձրաստիճան պաշտոնյա էր և ծառայողական գաղտնիքը պահպանելու երդում էր տվել: Հիվանդը գոհ էր բուժման արդյունքից, սակայն Ֆրոյդը բավարարված չէր և իր դժգոհությունները բացատրում էր բացառություն անելու հանգամանքով (Freud, 1916/17, էջ 288-289):

Բայց ի՞նչ իմաստ ունի հիվանդին ստիպել անկեղծ լինել, եթե հայտնի է, որ բացարձակ անկեղծությունը հակադրվում է ներքին դիմադրությանը: Բացարձակ անկեղծության պահանջն ուժգնացնում է հիվանդի խղճի խայթը և նրա անգիտակցական մեղքի զգացումը՝ թերապիայի վրա բացասական ազդեցություն գործելով: Մենք բազմիցս համոզվել ենք, որ չարժե պայքարել հիմնարար կանոնի պահպանման համար, այլ հարկ է թույլ տալ բացառություններ անել՝ հուսալով և հավատալով, որ վստահության հարաբերությունների հաստատումը, վերջիվերջո, հիվանդին բավական վստահություն կներշնչի, և հիվանդը կկարողանա կիսել իր լավ թաքցրած գաղտնիքները: Ֆրոյդը, կարծես, նմանատիպ փորձ ուներ. «Անընդհատ բացահայտվում է, թե որքան աննշան է հիվանդի և բժշկի միջև համաձայնությունների ազդեցությունը հիմնարար կանոնները բացատրելիս» (Freud, 1913, էջ 135):

Հիմնարար կանոնի ավտորիտար ձևակերպման նկատմամբ մեր քննադատական վերաբերմունքը չպետք է դրա վերացման կոչ համարվի: Սակայն հուսով ենք, որ մեր փաստարկներն իրենց ներդրումը կունենան այդ կանոնի կիրառման մեջ, որը կնպաստի հիվանդի՝ ազատության զգացողությանն ու համագործակցության կարողությանը: Գիլլը (Gill, 1984, անձնական հաղորդում) ուշադրություն էր դարձնում այն փաստին, որ մեկնաբանության նպատակով հիվանդի զուգորդությունների օգտագործումը, առանց նրան ներկայացնելու հիմնարար կանոնը, ոչ թե հանդուրժողականության, այլ թաքնված ավտորիտարիզմի նշան է: Հիվանդը պետք է իմանա, որ կարող է աջակցել բուժման գործընթացին՝ հեշտացնել կամ դժվարացնել վերլուծողի խնդիրը: Որոշ թեմաների *գիպակցաբար* դուրս մղումը և զուգորդությունների ճնշումը բարդություններ են, որոնք հաճախ ուժգնանում են յատրոգեն կերպով. հիվանդը պայքարում է վերլուծողի նկարած ծաղրանկարի դեմ:

Ազատ զուգորդության կոչը, կարծես, երկընտրանքի առաջ է կանգնեցնում: Քանի դեռ հիվանդի գիտակցությունը գործում է և կարողանում է ազատ որոշում ընդունել, նա նաև կարող է որևէ բան ասել: Կանոնը պետք է խրախուսի նրան մի կողմ դնել գիտակից ընտրությունն ի նպաստ ինքնաբերիկ մտքի ազատ խաղի: Իսկ եթե հիվանդի նկարագրած զգացմունքներն ու մտքերը դիտարկվում են դետերմինացիայի տեսակետից, նրանք ազատ չեն կարող լինել, քանի որ մոտիվացված են: Հիվանդը չի կարող վերահսկել մոտիվացիայի լատենտ բովանդակությունը, քանի որ անգիտակցական և ենթագիտակցական մտքերի ու ցանկությունների բացահայտումը խախտվում է այսպես կոչված գրաքննությամբ: Գրաքննությունը հաղթահարելու մեկնաբանական օգնությունը թույլ է տալիս հիվանդին հասկանալ անգիտակցական ցանկություններից ու կարիքներից իր կախվածությունը, ինչպես նաև գիտակցել իր մտքերի հարստացումը՝ դրանք կրկին մատչելի դարձնելով: Այսպիսով՝ ազատ զուգորդությունը չի հանգեցնում իրական և նույնիսկ անլուծելի թվացող տրամաբանական

պարադոքսի, չնայած այն, իհարկե, արտացոլում է կախվածության և ինքնավարության միջև գոյություն ունեցող լարվածությունը: Կանոնը նույնիսկ կարելի է դիտարկել որպես հակասության խորհրդանիշ. մենք ավելի ազատ ենք դառնում, երբ հաշտվում ենք մեր մարմնական կախվածության, նրանց կարիքների և այն ընկերների հետ, որոնց մենք բոլորս վստահում ենք:

Հիմնարար կանոնը հիվանդին ներկայացնելու ինքնաբերաբար ծագող մեթոդներից մեկը փոխաբերությունների օգտագործումն է, որոնք կարող են խիստ պարտավորվածությունից՝ «դուք պետք է ասեք ամեն ինչ», հասնել ներքին ազատության՝ «դուք կարող եք ասել ամեն ինչ»: Արդյոք այս գործառնություն իրականացվում է փոխաբերությունների միջոցով, որոնց մասին հաղորդվում է գրականության մեջ և որոնցից մի քանիսը կցանկանայինք ներկայացնել այստեղ, կախված է տարբեր գործոններից, մասնավորապես իմաստաբանական բովանդակությունից:

Այստեղ հարկ է մեջբերել Ֆրոյդի հայտնի փոխաբերությունը ճանապարհորդության մասին.

Այն հարցը, թե ինչ նյութից կարելի է սկսել բուժումը, ընդհանուր առմամբ նշանակություն չունի. դա կարող է լինել հիվանդի կյանքի պատմությունը, նրա հիվանդության պատմությունը կամ մանկության հուշերը: Ամեն դեպքում պետք է թույլ տալ հիվանդին խոսել և ինքնուրույն ընտրել, թե ինչից է ցանկանում սկսել: Այդ պատճառով մենք նրան ասում ենք. «Մինչ ձեզ ինչ-որ բան ասելը կցանկանայի հնարավորին չափ շատ իմանալ ձեր մասին: Խնդրում եմ պատմել ինձ ձեր մասին»:

Միակ բացառությունն այն է, որ հիվանդը պետք է պահպանի հոգեվերլուծական տեխնիկայի հիմարար կանոնը: Հարկավոր է նախ և առաջ հաղորդել նրան այս մասին: Եվս մի բան, նախքան սկսելը: Այն, ինչ դուք կպատմեք, պետք է որևէ կերպ տարբերվի սովորական զրույցից: Սովորաբար, դուք փորձում եք կապ հաստատել ձեր բոլոր դատողությունների միջև և, որպեսզի շատ չհեռանաք բուն թեմայից, բացառում եք կողմնակի խնդիրներն ու բոլոր երկրորդական մտքերը, որոնք կարող են ձեզ մոտ առաջանալ: Սակայն այդ դեպքում դուք պետք է այլ կերպ գործեք: Դուք կնկատեք, որ պատմելու ընթացքում տարբեր մտքեր կառաջանան, որոնք կցանկանայիք մի կողմ դնել դրանց նկատմամբ քննադատության և առարկությունների պատճառով: Դուք ցանկություն կունենաք ինքներդ ձեզ ասել, որ այս կամ այն միտքը տեղին չէ կամ կարևոր չէ, կամ էլ անիմաստ է, և կարիք չկա դրա մասին խոսել: Դուք երբեք չպետք է ենթարկվեք այս քննադատական դիրքորոշմանը, ընդհակառակը՝ Դուք պետք է ասեք դա հենց այն պատճառով, որ դրա նկատմամբ զզվանք եք զգում: Հետագայում կսովորեք և կհասկանաք այս պարտադրվող ցուցման պատճառը: Այնպես որ՝ ասեք այն ամենն, ինչ ձեր միտքն է գալիս: Գործեք այնպիսի ճանապարհորդի նման, որը նստած է գնացքի վագոնի պատուհանի մոտ և

վագոնում գտնվող մեկ այլ մարդու նկարագրում է միմյանց հաջորդող տեսարանները: Եվ վերջապես՝ մի՛ մոռացեք, որ խոստացել եք լինել բացարձակ անկեղծ և ոչինչ մի բացառեք միայն այն պատճառով, որ դրա մասին պատմելը ձեզ տհաճություն է պատճառում» (Freud, 1913, էջ 134-135):

Այս փոխաբերությունը ցույց է տալիս «ազատ» եզրի օգտագործման իմաստը. այն է՝ գիտակցաբար կամ միտումնավոր կերպով ոչինչ չբացառել: Մինչ Ֆրոյդն օգտագործում է երկար ճանապարհորդության մասին փոխաբերությունը, Ստերնը (Stern, 1966, էջ 642) նախընտրում է սահմանափակ տարածության մեջ վտանգավոր ճանապարհորդության հետ զուգադրությունը: Նա հիվանդին ասում է, որ վերլուծողի սենյակը նման է սուզանավի նավախցիկի, և խնդրում է նրան նայել շրջադիտակից ու նկարագրել այն ամենն, ինչ տեսնում է: Ոչ մի վերլուծող այստեղ զուգորդությունների պակաս չի ունենա՝ հասնելով Լևինի «երազների դատարկ էկրանից» (մեծ բաց ծով) (Levin, 1946) մինչև պրոյեկտիվ նույնացում (թշնամու նավ), չհաշված Ֆերենցիի «խորահուն ռեգրեսիվ միտումը» (thalassal regressive trend): Սակայն ինչպե՞ս իրեն կզգա հիվանդը նեղ նավախցիկում: Սկզբում փոխաբերությունը կարող է նրան դուր գալ, քանի որ նա «Նյու Յորքերում» տեսել է մի ծաղրանկար, որտեղ Կոհութի՝ անգիտակցական գույգ նավերը ներկայացնում էին սուզանավերի երկու հրամանատարներ, ովքեր միմյանց հետևում էին շրջադիտակով՝ նույն ուղղությամբ նավարկելու համար: Սակայն հնարավոր է նաև, որ սթրեսը հանելու համար հիվանդի մոքով նման կատակ չանցնի, քանի որ այդ ծաղրանկարը մենք ինքներս ենք ստեղծում:

Եկեք ենթադրենք, որ հիվանդը երբեք չի եղել սուզանավի նավախցում, և նա վերլուծական շրջանակի նկատմամբ շատ քիչ անձնական փորձ ունի, չնայած այնքան էլ զսպված չէ և մի փոքր էլ հնարամիտ է: Ի՞նչ կպատասխանի վերլուծողը, եթե հիվանդի առաջին ազատ զուգորդությունը լինի խնդրանք սուզանավի հրամանատարին՝ ցույց տալ իրեն, թե ինչպես է աշխատում շրջադիտակը, քանի որ նա չունի շրջադիտակի հետ աշխատելու փորձ և ոչինչ չի տեսնում: Վերլուծողն այդ դեպքում կարող է հեշտացնել իր աշխատանքը և սպասել այլ զուգորդությունների՝ ծանոթացնելով հիվանդին այլ կանոնների հետ: Կարելի է ասել, որ հարցերի պատասխանները հենց այնպես չեն գալիս, այլ բացատրվում են հիվանդի այլ զուգորդությունների օգնությամբ: Մենք ընթերցողին հնարավորություն ենք տալիս ինքնուրույն որոշել՝ արդյոք աճե՞լ, թե՞ նվազել է հիվանդի վստահությունը հրամանատարի նկատմամբ այս երևակայական երկխոսության ավարտին: Ակնհայտ է, որ մեր արձագանքը հիմնարար կանոնի փոխաբերության վերաբերյալ հեզնական է:

Վերլուծողների մեծամասնությունը հեշտ գործ չի համարում «սուրբ կանոնը» (Freud, 1916/17, էջ 288) արդյունավետ և աշխարհիկ ձևի փոխարկելը: Կանոնի բազում նախընտրելի ձևակերպումներ մանրամասնորեն քննարկվել են: Ներկայացնենք դրանցից մի քանիսը:

Ալտմանը (Altmann, 1976) հիվանդին ասում է. «Դուք այստեղ կարող եք ստել այն ամենն, ինչ ուզում եք»: Իսկ Գլովերը (Glover, 1955) քննադաբար է վերաբերում դրան.

Հաճախ գուգորդության կանոնը հիվանդին հետևյալ կերպ է ներկայացվում. «Ասեք այն, ինչ կա ձեր մտքում»: Եվ հիվանդն այն ընդունում է որպես՝ «ասեք այն, ինչի մասին մտածում եք»: Իսկ եթե հրահանգն ուրիշ բնույթի լիներ, օրինակ. «պատմեք ինձ ձեր բոլոր զգացմունքների մասին՝ ձեր գիտակցության մեջ նրանց առաջանալուն համընթաց», ապա շատ դեպքերում իմաստային բովանդակությունը կրիսեր անհրաժեշտությունից (էջ 300):

Շաֆերը (Schafer, 1976) հիմնարար կանոնի վերաբերյալ ասում է հետևյալը. «Ես կցանկանայի, որ դուք ինձ ամեն սեանսի ժամանակ պատմեք ձեր մասին: Խոսելու ընթացքում դուք կնկատեք, որ խոսափում եք որոշ բաներ պատմել» (էջ 147): Շաֆերն առաջ է անցնում՝ ասելով. ««Ի՞նչ է անցնում ձեր մտքով» հարցի փոխարեն սկզբունքորեն և տեխնիկապես ավելի ձիշտ կլիներ տալ հետևյալ հարցը, որը համահուն է գործողության մոդելին. «Ի՞նչ եք մտածում այս կապակցությամբ» կամ «Ինչի՞ հետ եք դա կապում» կամ «Եթե դուք հիմա այս մասին եք մտածում, ապա ի՞նչ եք մտածելու անմիջապես դրանից հետո»: (էջ 148): Նա մերժում է հետևյալ ձևակերպումները. «Ասեք այն ամենն, ինչ ձեր մտքով անցնում է» կամ դրա տարբերակները՝ «Ի՞նչ հիշողությունների հետ է կապված», «Ի՞նչ է ձեր մտքով անցնում», «Ի՞նչ է ձեզ հետ կատարվում», որոնց բովանդակությունը մեծացնում է պասիվությունը և խրախուսում ռեգրեսիան: Նման ձևակերպումները նա համարում է հիպնոսի տարրեր, որոնք հարաբերակցվում են հիվանդի՝ սեփական հոգեկան գործողությունների համար պատասխանատվությունից հրաժարմանը: Դիմելով իր գործող և մտածող հիվանդին՝ Շաֆերն ի սկզբանե մեծացնում է նրա պատասխանատվությունը՝ անգիտակցական շարժառիթները ներառելու համար: Այսպիսով՝ հիվանդն այլևս իր գուգորդությունների պասիվ դիտորդը չէ, այլ դրանց ակտիվ ստեղծողը: Շաֆերի գործողությունների լեզուն ընդլայնում է անհատի պատասխանատվության ոլորտը՝ անգիտակցական ցանկությունները ներառելու համար:

Սփենսը (Spens, 1982) քննադատում էր Շաֆերի ձևակերպումները, քանի որ դրանք ուժեղացնում են առանց այդ էլ ուժեղ Գեր-Էգո-ի հետ կապված հիմնարար կանոնի ասպեկտը: Այն, որ մեր գուգորդությունների միջոցով բացահայտվում է մեր բնավորությունը, դեռ չի նշանակում, որ դրանք կարելի է համարել նպատակաուղղված գործողություններ, որոնց, ինչպես նաև մեր վարքի համար, մենք պատասխանատվություն ենք կրում: Ինչպես Մուրն է բացատրում (Moore, 1980)՝ այս պատասխանատվությունը գոյություն ունի միայն ավելի լայն իմաստով:

Անհնար է անգիտակցաբար նպատակաուղղված խոսքային գործողության համար հասնել պատասխանատվության որոշակի մակարդակի,

քանի դեռ զուգորդությունները չեն յուրացվել որպես սեփական էգոյի մի մաս: Թերապևտիկ խնդիրն այն է, թե ինչպես է վերլուծողը կարողանում թերևսցնել յուրացման գործընթացը, այսինքն՝ ինչպես է նա պայքարում հիմնարար կանոնին հետևելու համար: Որոշիչ է այն, թե որքանով վերլուծողին կհաջողվի հիվանդին ծանոթացնել հիմնարար կանոնին քայլ առ քայլ, բայց միևնույն ժամանակ՝ արագ տեմպերով այնպես, որ նա սկսի պատրաստակամորեն հետևել դրան, քանի որ վերլուծողի օգնությամբ հիվանդի մոտ առաջ եկած զուգորդություններն օգնում են հիվանդին՝ սեփական անձի մասին բազմաթիվ բացահայտումներ կատարել:

Մի հիվանդ նույնիսկ բացարձակապես սխալ էր հասկացել տարածված՝ «Ինչի՞ մասին եք մտածում» հարցը: Խրախուսանք ընդունելու փոխարեն նա ընկալեց դա որպես նկատողություն՝ «Դե, ինչի՞ մասին եք մտածում»: Այս աստվծոր թյուրիմացությունը մեր ուշադրությունը սևեռում է դեպի անգիտակցական ենթատեքստը, որը բնորոշ է շատ հիվանդների: Մնում է հուսալ, որ Մորգենտալերի (Morgenthaller, 1978) փաստարկները կփոխեն վերաբերմունքը հիմնարար կանոնի հանդեպ և վերջ կդնեն տասնամյակներ տևող հակասություններին: Լիթլը (Little, 1951, էջ 39) նմանօրինակ փաստարկ է առաջ քաշել մոտ 30 տարի առաջ. «Մենք այլևս չենք «պահանջում» մեր հիվանդին ասել այն ամենն, ինչ կա նրա մտքում: Ընդհակառակը, մենք նրան թույլ ենք տալիս անել դա»: Ե. Քրիսը (E.Kris, 1956, էջ 451) ենթադրում է, որ վերլուծական շրջանակի կառուցվածքի համար շեշտադրումների փոփոխությունը կարող է լուրջ հետևանքներ ունենալ. շրջանակը դառնում է ավելի անհատական, երբ վերլուծողը չի պահանջում ազատ զուգորդություններ և ոչինչ չարգելող ծնողի նման չի քննադատում վատ վարքը:

Բավարար չենք համարում հիմնարար կանոնի մասին ընդամենը մեկ անգամ հիշատակելը: Սակայն այդքան էլ չենք վստահում փորձական վերլուծությանը, որտեղ ազատ զուգորդությունները մեջբերվում են, ինչպես Գրինսոն էր (Greenson, 1967) առաջարկել: Գրինսոնի նպատակն էր գնահատել հիվանդի՝ ազատ զուգորդություններ անելու ունակությունը, որը փոփոխական է և, անկասկած, կախված է հիվանդի ունեցած ախտաբանությունից: Նկարագրվել են զուգորդությանը բնորոշ սահմանափակումներ և դիմադրություններ: Մեր ընդհանուր մոտեցմանը համապատասխան՝ հիմնարար կանոնի քննարկման ընթացքում հատուկ հետաքրքրության է արժանացել այն, թե ինչպես է վերլուծողը հեշտացնում կամ ընդհանրապես հնարավոր դարձնում այդ կանոնին հետևելը:

Չսայած Շլիֆֆենի (Schlieffen, 1983) հողվածի սարդիչ վերնագրին՝ «Հոգեվերլուծությունն առանց հիմնարար կանոնի», նա ամենևին էլ խորհուրդ չի տալիս վերջ տալ ազատ զուգորդություններին. առանց դրա վերլուծություն չի լինի: Փոխարենը Մորգենտալերը (Morgentaller, 1978) ցույց է տալիս, որ հիմնարար կանոնի խիստ կիրառումը կարող է աղճատել հիվանդի զուգորդությունները: Լավ կլինեք պարզաբանել այս դիրքորոշումը

գուգորդությունների տեսության տեսանկյունից՝ հասկանալու համար, թե արդյոք Շտերնի կողմից առաջարկվող հիմնարար կանոնի փոխաբերական ներածությունը կնպաստի՞, թե՞ կխոչընդոտի ազատ գուգորդություններին և թերապևտիկ ռեգրեսիայի զարգացման գործընթացին: Քանի որ վերլուծողի սենյակը սովորաբար նման չէ սուզանավի նավախցիկին, ներքոտիկ տրանսֆերենտ գուգորդությունները, կապված վերլուծողի մասնագիտական շրջապատի հետ, կդժվարանան: Փոխաբերությունը տեղափոխում է հիվանդին իր համար բոլորովին անծանոթ իրավիճակ՝ դարձնելով նրան ավելի անօգնական, քան նա իրականում կա: Իհարկե, թերապևտիկ տեխնիկայի վերաբերյալ հարցը կայանում է ոչ այնքան նրանում, թե ինչպես է վերլուծողը ծանոթացնում հիմնարար կանոնին, այլ նաև՝ թե ինչ է նա հետագայում ձեռնարկում ազատ գուգորդությունը հեշտացնելու կամ բարդացնելու նպատակով:

Ֆրոյդի պահանջը՝ խստորեն հետևել հիմնարար կանոնին, զարմանալի է թվում, եթե հաշվի առնենք նրա թերահավատությունը համաձայնագրերին հետևելու վերաբերյալ՝ սկսած տեխնիկայի հետ կապված աշխատանքներից ընդհուպ մինչև «պայմանագիր» կնքելու նկարագրությունը (Freud, 1940): Այսօր այն պետք է վերլուծության ենթարկվի իր ունեցած ազդեցության տեսանկյունից [«Երբեք մի մոռացեք, որ դուք խոստացել եք լինել միանգամայն անկեղծ» (Freud, 1913, էջ 135)]: Վերլուծողի համար բավական չէ այն, ինչ առաջարկում էր Էպշթայնը (Epstein, 1976)՝ խոսել ավելի շուտ «հիմնարար պայմանի», քան «հիմնարար կանոնի» մասին: Էպշթայնը համարում է, որ ի տարբերություն «պայման» բառի՝ «կանոն» բառը պարզ և կոնկրետ վերաբերում է Գեր-Էզո-ի գործառույթներին: Սակայն, անշուշտ, հարցը միայն նրանում չէ, որ փոփոխելով տերմինաբանությունը՝ թուլացվի հիմնարար կանոնի Գեր-Էզո-ի բաղադրիչը: Կարելի է, ինչպես Ալտմանը (Altmann, 1976), կասկածել, թե արդյոք հիվանդը երբևէ այնքան անկաշկանդ կզգա՞ իրեն թերապևտիկ շրջանակում, որպեսզի վերանա նախնական անհանգստությունը: Դժվար թե հիվանդը մտածի գուգորդության հաճելի կողմերի մասին, երբ նրան ներկայացնեն հիմնարար կանոնը:

Թե ինչպես է հիվանդն ընդունում վերլուծողի ասածը, կախված է ժամանակի և բառերի ընտրությունից: Որքան ուժեղ է Գեր-Էզոն, այնքան քիչ է ազատ գուգորդությունը: Ելնելով հենց այս ձևակերպումից՝ մենք խորհուրդ ենք տալիս վերլուծողին քայլ առ քայլ ներկայացնել կանոնները հիվանդին՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով ժամանակին, բառերի ընտրությանը և, նախ և առաջ, հիվանդի արձագանքներին: Կանոնների վերաբերյալ վերլուծողի բոլոր արտահայտությունները կարևոր են տրանսֆերենտ հարաբերությունների համար, և այն, թե ինչպես է նա արձագանքում հիվանդի հարցերին, մասնավորապես՝ հիմնարար կանոնի վերաբերյալ, ազդում է տրանսֆերի և աշխատանքային դաշինքի վրա:

Ինչպես արդեն նշել ենք, հատուկ համատեքստի գնահատման համար օգտակար է ներգրավել զուգորդությունների տեսությունը: Ինչպե՞ս կարելի է ենթադրել, որ հիվանդն իր պատմությունները պատմելիս կտվորի հաճույք ստանալ՝ միաժամանակ լսելով այցելության և վճարի վերաբերյալ պարտավորությունների մասին, որոնց երկար ժամանակ պետք է հետևի: Բուժման տևողությունն ու հանգստյան օրերի քննարկումը, որոնց իրականացման համար գոյություն ունեն բազմաթիվ մեթոդներ, փոխում է իմաստների այն շարքը, որն առաջանում է հիմնարար կանոնի տարբեր ձևակերպումների ընթացքում:

Ընդհանուր քննարկման ժամանակ (Seitenberg, 1971, էջ 107) Գրինսոնը նշել է, որ նա մանրամասն տեղեկություն է տալիս՝ ընդգծելով բազմոց-աթոռ դիրքի առավելություններն ու տեսողական կոնտակտի բացակայությունը: Գրինսոնը նաև լիարժեք կերպով պատասխանում է հիվանդի հարցերին: Բոլորին գոհացնելու նրա ձգտումը դա հիվանդի նստած մի վերլուծողի ստիպեց հեզմանքով հարցնել, թե ի՞նչ է անելու Գրինսոնը, երբ հիվանդը խնդրի նրան ցուցադրել ազատ զուգորդություն: Գրինսոնը պատասխանեց, որ նա դա կանի միայն, երբ փորձի պարզել, թե ո՞րն է հարցի նպատակը: Հարցերի պատասխանները կուսումնասիրվեն 7.4 բաժնում, որտեղ և կբացատրվի, թե ինչու է Գրինսոնի վարկածային պատասխանը սխալ համարվում: Նպատակն իմանալը չի պարզաբանում շրջանակը՝ ի տարբերություն խնդիրների տարբաժանման: Հիվանդը պետք է իմանա, որ ազատ զուգորդությունն իր և ոչ թե վերլուծողի խնդիրն է:

Այն պնդումը, թե հիվանդը կարող է հետևել իր երևակայությանն ավելի ազատ, երբ պառկած է բազմոցին, քան աթոռին նստած մեր հիվանդներից մեկը հասկացել էր, թե սա կիրառվում է՝ թույլ չտալու քննադատական հայացքն ուղղել վերլուծողին: Այսպիսի ակնհայտ թյուրիմացությունը, որի առաջացմանը նպաստել էր նաև վերլուծողը, վերլուծություններում բավականին ուշ պարզաբանվեց: Այս թյուրիմացության հետևանքների ձգգրտումը, որն ազդել էր հիվանդի անգիտակցական պաշտպանական մեխանիզմների վրա, բավականին աշխատատար և ժամանակատար էր:

Վերոնշյալ պատճառներով պետք է խուսափել անշահավետ հասկացություններից: Հետևաբար ձևակերպումը, որն առաջարկում ենք, հետևյալ կերպ է հնչում. «Խնդրում եմ, փորձեք ասել այն ամենն, ինչի մասին մտածում և զգում եք: Դուք կզգաք, որ դա այդքան էլ հեշտ չէ, սակայն ջանքերն անտեղի չեն»: Մեծ նշանակություն ունի այն, որ հիվանդը փորձի ամեն ինչ ասել, իսկ մնացածը, կարծում ենք, երկրորդական նշանակություն ունի: Ստանդարտացման առավելությունն այն է, որ վերլուծողը կարող է վերադառնալ կոնկրետ ելակետի, եթե հիվանդն սկսի քննարկել փոփոխվող «թյուրիմացությունները» կամ այն, թե ինչպես է ինքը հասկացել կանոնը: Մյուս կողմից՝ պայմանի ձգգրիտ ձևակերպումը

արարողակարգի համար վտանգ է ներկայացնում, որը հաշվի չի առնում, թե հիմնարար կանոնի ներածական նկարագրությունը ինչպես պետք է փոփոխվի յուրաքանչյուր առանձին հիվանդի համար: Հատկապես, այսպես կոչված, ցածր խավի հիվանդներն են ենթարկվում կարծրատիպային ձևակերպումների վախեցնող ազդեցությանը (Menne, Schröder, 1980):

Հույս ունենք, որ կարողացանք ներկայացնել, թե որքան կարևոր է վերլուծողի համար հենց սկզբից հասկանալ, թե ինչ կարող է նա անել՝ հեշտացնելու ազատ զուգորդությունները հիվանդի համար: Բուժական հարաբերությունների հաստատումն ու մեկնաբանությունները հնարավորություն են տալիս բարելավել թերապիայի սկզբում անցած սեանսները:

7.2.3 Ազատ զուգորդությունները վերլուծական գործընթացում

Համաձայն տարածված տեսակետի՝ հիվանդն ազատ զուգորդելու ունակությունը զարգացնում է միայն բուժման վերջին փուլերում: Հաճախ են ասում, որ վերլուծողը հասնում է բուժման նպատակին, երբ հիվանդն իրոք ունակ է լինում ազատ զուգորդելու (Merloo, 1952, էջ 21)

Առաջին սեանսների կառուցվածքը և այն, թե ինչպես է բացատրվում ազատ զուգորդությունը, չեն կարող չեզոքացնել հիվանդի ո՛չ անգիտակցական, և ո՛չ էլ նույնիսկ գիտակցական դիմադրությունը: Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է հասկանալ, թե ինչ չնախատեսված կողմնակի բացասական հետևանք կարող են առաջացնել խիստ կանոնները, եթե դրանք վերածվում են հարկադիր խոստովանության և պատիժ ստանալու ձգտման:

Հիմնարար կանոնին հետևելու պայքարի ընթացքում (A.Freud, 1937) բախվում են հիվանդի ազատ, ինքնաբույս, ոչ ընտրովի հաղորդակցությունն ու նրա դիմադրությունը: Դիմադրության տեսությունը վերաբերում է զուգորդության գիտակցական և անգիտակցական հակազդեցությանը: Դիմադրության ձևերի ժամանակակից դասակարգումը և դրանց բազմաթիվ բացատրությունները (որոնք քննարկվել են 4-րդ գլխում) սկիզբ են առնում զուգորդության դիմադրության ուսումնասիրությունից:

Ֆրոյդը գրում է.

«Այդպիսով հոգեկան ուժը, սեփական էգոյի հակակրանքը նախապես զուգորդությունից վանել է ավտաձին միտքը և այժմ էլ դիմադրում է դրա՝ հիշողություն վերադառնալու դեմ: Հիստերիայով տառապող հիվանդի «չիմանալն» իրականում «իմանալ չկամենալն» է. չկամենալը քիչ թե շատ գիտակցական է: Այդ պատճառով թերապևտի խնդիրն է հոգեկան աշխատանքի օգնությամբ հաղթահարել այդ զուգորդության դիմադրությունը» (Freud, 1895, էջ 269–270)

Մենք շատ կհեռանայինք բուժման տեխնիկայից, եթե այստեղ քննարկեինք այն տեսությունները, որոնք Ֆրոյդն օգտագործում էր իր կողմից ուսումնասիրվող զուգորդության դիմադրությունը բացատրելու

համար: Շուտով նա հասկացավ (Freud, 1904), որ գրաքննիչի դերում հանդես եկող ներքին դիմադրությունը դեֆորմացնող ազդեցություն է գործում բոլոր հոգեկան գործընթացների վրա:

Հիվանդի կողմից ձեռք բերված ազատության կարևոր չափման ցուցանիշը վերլուծական շրջանակի անվտանգ տարածությունում իր զուգորդություններին նվիրվելու ունակությունն է: Հաշվի առնելով վերլուծողի ամենօրյա ուսումնասիրությունները՝ զարմանալի է, որ զուգորդման վերաբերյալ մանրակրկիտ ուսումնասիրություններն այդքան սակավաթիվ են: Մենք հիմնվում ենք Մահոնիի (Mahony, 1979) սպառնիչ դիտարկման վրա, որին պարտական ենք նաև այլ կարևոր դատողությունների համար:

Մահոնին հայտնում է, որ համապատասխան վերլուծական գրականությունը հիմնականում կազմված է ազատ զուգորդությունների վերաբերյալ ազատ զուգորդություններից: Ա. Քրիսի (A.Kris, 1982) նկարագրած օրինակները բավականին բնորոշիչ են. այն ամենն, ինչ հիվանդը գրավոր կամ բանավոր կերպով փոխանցում է վերլուծողներին, դիտվում է որպես ազատ զուգորդություն: Ինչպես և Կանցերը (Kanzler, 1961), Քրիսն ազատ զուգորդման գործընթացի մեջ ներառում է ամեն ինչ՝ հանդիպումների և վճարի մասին համաձայնությունը, սենյակ մտնելը և հեռանալը, բազմոցի վրա հիվանդի գրաված դիրքը և այլն: Ամեն ինչ կարելի է դիտարկել որպես ազատ զուգորդության արտահայտում:

Քրիսն ազատ զուգորդության մեթոդն ու գործընթացն ամբողջական էր համարում. դա բոլորին վերաբերող մի գործընթաց է, որտեղ հիվանդը փորձում է արտահայտել իր մտքերն ու զգացմունքները, իսկ վերլուծողը, առաջնորդվելով իր սեփական զուգորդություններով, օգնում է նրան այդ խնդրի իրականացման մեջ (Kris, 1892, էջ 3, 22): Ազատ (կամ ավելի ազատ) զուգորդելու ունակությունը կարելի է դիտարկել որպես ներքին ազատության արտահայտություն և, այսպիսով՝ որպես բուժման ցանկալի նպատակ: Կարծես ամեն ինչ ճիշտ է ընթանում: Սակայն ո՛չ վերլուծողի ուղեկցող զուգորդությունները, և ո՛չ էլ հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը որպես այդպիսին չեն հեշտացնում հիվանդի առաջընթացը: Մեծ նշանակություն ունի այն, թե ինչպես են վերլուծողի մոտ առաջանում օգտակար մեկնաբանությունները, և ինչ ազդեցություն են դրանք գործում հիվանդի վրա: Յուրաքանչյուր միջամտությունից անմիջապես հետո, հավատարիմ մնալով բառի ծագումնաբանական առաջացմանը, ընդհատվում է հիվանդի խոսքի հոսքը, իսկ այդ ընթացքում միջամտության թեման շարունակում է զարգանալ: Հենց այն ժամանակ, երբ հիվանդն անտեսում է առաջարկված մեկնաբանությունը, վերլուծողը ստիպված է լինում մտածել: Այդ ժամանակ վերլուծողի հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը կենտրոնանում է տվյալ թեմայի վրա: Որքան բազմազան են հիվանդի զուգորդությունները, և որքան կտրուկ է նա փոխում թեմաները, այդքան դժվար է նրա ասածների մեջ իմաստ գտնել: Արդյոք օգտագործվող մեթոդը արսուրդի մեթոդ չէ՞ (ad absurdum): Ո՛չ, քանզի միայն այդպես է

հասկանալի դառնում, որ հիվանդը չի կարող անտեսել այլ մարդու՝ վերլուծողի ներկայությունը: Այսպիսով, նա պարզապես անհեթեթություններ է ասում:

Իհարկե, վերլուծողը նույնիսկ իրական և շինծու խելագարության մեջ է իմաստ գտնում: Իրականում խառը զուգորդությունները հաճախ ծառայում են վերլուծողի և հիվանդի միջև հավասարակշռության վերականգմանը, քանի որ լավ գեշտալտը չի կարելի կառուցել տեղեկության մանր մասերից: Վերլուծողը փակուղու մեջ է հայտնվում՝ նրան «շախ» են հայտարարում: Այս փաստն ինքն իրեն չի փոխվում, նույնիսկ երբ այդ շրջանակի մեջ ավելի խորը իմաստ ենք տեսնում: Դա անհրաժեշտ է ընդունել, որպեսզի օգնենք հիվանդին հասկանալ, թե ինչպիսի իշխանություն ունի նա, և որքանով է վերլուծողը կախված իրենից: Որքան էլ մեծ լինի անհավասարությունը՝ իշխանության բաշխման և կախվածության դեպքում, այն իջնում է մինչև համաչափության հանդուրժելի մակարդակի, երբ հիվանդները տարբեր իրավիճակներում հասկանում են, թե որքանով է վերլուծողը կախված իրենցից: Հաճախ նման փորձը շրջադարձային կարող է լինել բուժման ընթացքում: Այդ պատճառով մի կողմից օգտակար է այն, թե ինչ է ասում հիվանդը շարունակելիության տեսակետից՝ «վերջին սեանսի ո՞ր թեման կշարունակվի այսօր», մյուս կողմից՝ սեանսը որպես միասնություն դիտարկելն է՝ «ի՞նչ խնդիր է փորձում լուծել հիվանդն այսօր:

Այժմ կդիտարկենք կլինիկական հաշվետվությունների ուսումնասիրությունները, որտեղ որոշակի հիմքեր ունենալով՝ հուսով ենք գտնել ազատ զուգորդությունների նկարագրություններ: Դրանք այն հաշվետվություններն են, որոնց միջոցով երիտասարդ գերմանացի վերլուծողները ցուցադրում են իրենց մասնագիտական որակավորումները: Այդ գեկույցներում Շլիֆենը (Schlieffen, 1983) չի հանդիպել ոչ մի նկարագրության այն մասին, թե ինչպես է ներկայացվել հիմնարար կանոնը կամ թե ինչպես են առաջացել դրա տարբեր ձևակերպումները: Իսկ ի՞նչ կարելի է ասել այն ավելի կարևոր հարցի մասին, թե ինչպես է զարգացել զուգորդումը վերլուծության ընթացքում, և ինչպես է այն նկարագրվել: Պատահականորեն ընտրված 10 հաշվետվությունից և ոչ մեկում չենք գտնում զուգորդության հաջորդականության, դիմադրության, հանգուցային պահերի կամ դրանց մեկնաբանությունների որևէ նկարագրություն: Չկա նաև որևէ ապացույց այն մասին, որ վերլուծության ավելի ուշ փուլերում հիվանդներն ավելի ինքնաբերական դառնում, իսկ նրանց զուգորդություններն՝ ավելի ազատ: Վերլուծողի և հիվանդի թաքնված մտքերը լուսաբանող զուգորդությունների շղթայի գրեթե լիարժեք բացակայության դեպքում հիվանդի առանձին, ինքնաբերաբար առաջացող մտքերի բազմաթիվ նշաններ ենք գտնում: Կարելի է ասել, որ Ֆրոյդը նույնպես նախընտրում էր խոսել ինքնաբերական մտքերի մասին: Նրա ինքնավերլուծությունը և տարիների ընթացքում Ֆարրուի (Farrow, 1942)՝ սեփական անձի վրա կատարված փորձերը կարելի է համարել

օրինակներ, որոնք դեռևս չեն գտել իրենց արժանի տեղը բժշկության պատմության մեջ (Scholt, 1983):

Հոգեվերլուծական գրականության մեջ շատ հազվադեպ են փորձեր արվում համակարգված կերպով ուսումնասիրել առանձին ինքնաբերական մտքերի միջև կապերը: Կարծում ենք, որ դա կապված է մեթոդական խնդիրների հետ, որոնք դժվարությամբ են լուծվում. որտե՞ղ պետք է ընկած լինի ազատ զուգորդությունների և բուժման ընթացքում ոչ այնքան ազատ հաստատումների միջև սահմանագիծը: Եթե ինքնաբերական մտքերը հանգեցնում են ավելի խորը իմաստի, ապա դրանք հավանաբար կազմում են ազատ զուգորդություններ: Սովորաբար վերլուծողը հավաքում է երազների մասին ինքնաբերական մտքերը: Սակայն այժմ վերլուծողներն ավելի մեծ զգուշավորություն են ցուցաբերում երազների առանձին տարրերի նկատմամբ, այսինքն՝ ավելի զգուշավոր են Ֆրոյդի՝ դասական տեխնիկայի ոգով թեմայի վերաբերյալ ինքնաբերական մտքեր հավաքագրելու մեջ:

Վերլուծողի զսպվածությունը թույլ է տալիս հիվանդին խոսել այն ամենի մասին, ինչ միտքն է գալիս: Սակայն ո՞ր են տանում այս զրույցները: Եվ արդյոք արժե՞ ուսումնասիրել այն ամենն, ինչ կարող է մատնանշել ազատ զուգորդությունների թաքնված, լատենտ իմաստը: Թե՞ պետք է սպասել, մինչև հիվանդն ինքը հասկանա իր անգիտակցական ցանկությունները: Եթե դա այդպես լիներ, ապա ազատ զուգորդությունների պայմաններում ինքնաձանաչման կիսանեինք բավականին երկար մենախոսության միջոցով: Վերլուծողը հիվանդից չի սպասում ավելի ու ավելի անիմաստ զուգորդություններ կամ, որ նա ինքնահիպնոսի մեջ այնքան կմոտենա նախնական մտածական գործընթացին, որ նրա էզոն կվերածվի Այն-ի, իսկ Այն-ը՝ Էզոն-ի: Ոչ, նա լսում է, մինչև նրա մոտ միտք է ծագում, և, երկար խորհելուց հետո, ենթադրում է, որ արդեն կարելի է հաղորդել:

«Հոգեվերլուծության համառոտ ակնարկ»-ում ասվում է.

«Մենք երկար խորհում ենք այն մասին, թե երբ պետք է կիսվենք նրա (հիվանդի) հետ մեր վարկածներից մեկի վերաբերյալ մեր ունեցած իմացությամբ և սպասում ենք հարմար պահի, որը հեշտ չէ որոշել: Որպես կանոն՝ մենք ձգձգում ենք մեկնաբանությունը կամ բացատրությունն այնքան ժամանակ, մինչև նա ինքն է մոտենում, և միայն մի քայլ է մնում, որն էլ հենց վճռորոշ սինթեզն է» (Freud, 1940, էջ 178):

Անկախ նրանից, թե արդյոք հիվանդի հաղորդակցություններն ազատ զուգորդություններ կարելի է կոչել, թե ոչ, ամեն դեպքում վերլուծողի մեկնաբանությունները նոր տարր են ավելացնում, նույնիսկ երբ նա փորձում է (ռոջերսյան, հիվանդակենտրոն թերապևտի նման) ոչինչ չավելացնել և միայն խրախուսական ձայնով ընդգծել նախադասության այս կամ այն մասը: Նույնիսկ թուրքալի նման կրկնելն ինչ-որ բան է ավելացնում: Որքան շատ է հիվանդը խորանում մենախոսություն հիշեցնող վիճակի մեջ և հեռանում խոսքայնացումից դեպի հիպնոսային

վիճակ, այնքան ավելի կարևոր է այն, թե ինչպես է վերլուծողը նրա հետ փոխհարաբերությունը պահպանում: Սակայն բոլոր նման ռեգրեսիվ վիճակներում մենախոսության առաջացումը խաբուսիկ է: Վերլուծողի ներկայությամբ տարատեսակ մենախոսությունների նման շեղումը ունի մի քանի ասպեկտ: Մ. Մ. Գիլլը (M.M.Gill, 1982) ուշադրություն է դարձնում դրանում գոյություն ունեցող դիմադրությանը: Նույնիսկ ռեգրեսիայի դեպքում հիվանդը մնում է տրանսֆերենտ հարաբերությունների սահմաններում: Հավանաբար նա փնտրում է անցումային օբյեկտ (transitional object), որի համար վերլուծողը կարող է անվանում ընտրել և կոչել այն որևէ կերպ, եթե նույնիսկ այդ օբյեկտը գտնվում է զարգացման նախալեզվական փուլում:

Ֆրոյդի՝ ճանապարհորդության փոխաբերության հետ կապված, առաջանում է պատկերները բառերի փոխակերպելու խնդիրը: Սպենսը հատուկ ուշադրություն է դարձնում ազատ զուգորդության այս ասպեկտին և նկարագրության ընթացքում տեղեկատվության կորստին (Spence, 1982, էջ 82): Նա ընդգծում է, որ հիվանդը միայն պատկերների պասիվ դիտորդ չէ, այլ ակտիվորեն մասնակցում է դրանց ստեղծմանը: Բացի այդ, սկսված նախադասությունները միշտ հետևում են քերականական կանոններին, նույնիսկ եթե հոգեվերլուծական երկխոսությունը տեղի է ունենում ազատ ոճով: Համաձայն Սպենսի՝ հիմնարար կանոնը պարունակում է 2, իրար հակասող հրահանգներ: Որպես երկխոսության մասնակից՝ հիվանդը չի կարող միաժամանակ զբաղվել ինքնաձանաչողությամբ, և, իր ամենագաղտնի մտքերին տրվելով, չի կարողանում մասնակցել զրույցին: Սպենսը կարծում է, որ հաջող բուժման դեպքում նման պարադոքսը լուծում է ստանում, երբ մասնակիցներից յուրաքանչյուրն իր ներդրումն է ունենում առօրյա խոսակցությունից տարբերվող խոսքի զարգացմանը (Spence, 1982, էջ 85): Մեր փորձը նույնպես ցույց է տալիս, որ նշանակալի փոխաբերությունները զարգանում են բազմաթիվ վերլուծությունների շնորհիվ, և որ նրանք ուրույն են համապատասխան դիադանների համար:

Դժվար թե հարկ լինի նշել, որ ազատ զուգորդությունն, ինչպես և մնացած ամեն ինչը, կարող է օգտագործվել որպես դիմադրություն: Զուգադիպություն չէ այն, որ Ֆրոյդը նույնը նկարագրում էր կոմպուլսիվ ներդոլ տառապող հիվանդների մոտ: Մտքերի փոխանակումը բառերով ներառում է ընտրություն, և միայն այն հիվանդն է, ըստ երևույթին, ամբողջովին հետևում հիմնարար կանոնին, ով ամեն ինչ արագ և առանց մտածելու է «դուրս նետում»: Մտածող հիվանդը ունենում է և կունենա պատահական զուգորդություն այն ժամանակ, երբ նա խոսում, մերժում, կամ ձգձգում է պատահական բառի օգտագործումը կամ մտքի հաղորդումը: Հապաղած նյութն ազատ զուգորդության համար կորած չէ, սակայն բավականին ամբիվալենտ, կոմպուլսիվ ներոտիկի վարքը ցույց է տալիս, որ կանոնները կարող են հասնել արսուրդի: Իսկապես, երկու տարբեր մտքեր չեն կարող միաժամանակ արտահայտվել:

Սակայն չենք ցանկանա կանգ առնել այն փաստի վրա, թե ինչպես են հիվանդները հասկանում հիմնարար կանոնը՝ ելնելով իրենց ախտաբանությունից: Փոխարենը կցանկանայիք ուսումնասիրել, թե ինչ է ներդնում վերլուծողը՝ ապահովելու նրանց կողմից այդ կանոնի ընկալումը: Շատ հիվանդներ ազատ զուգորդությունը հասկանում են որպես չկապակցված, անկանոն և անտրամաբանական մտածողության պահանջ կամ որպես լռող վերլուծողի ներկայությամբ իրենց սեփական մենախոսության պահանջ: Ամեն դեպքում հիմնարար կանոնի հետ ծանոթությունը հաճախ հանգեցնում է թյուրիմացությունների, որոնք հարկավոր է պարզաբանել և մեկնաբանել: Եթե հիվանդը վերլուծողի խթանման արձագանքում է մենախոսությամբ, ապա պետք է նրան հարցնել, թե վերլուծողն ինչով առաջացրեց նման հակազդում: Այս թեմայի վերաբերյալ գոյություն ունեն մի շարք դիպվածներ: Լյովենշտայնը հաղորդում է մի հիվանդի մասին, ով ասել է. «Ես պատրաստվում էի ազատ զուգորդել, բայց ավելի լավ է ասեմ Ձեզ, թե ինչ եմ իրականում մտածում» (Seidenberg, 1971, էջ 100)

Հիվանդի՝ ազատ զուգորդելու ունակությունը կարող է ավելի զարգանալ բուժմանը զուգընթաց: Այնուամենայնիվ, Այսլերը նշում է. «Կասկածելի է, թե արդյոք որևէ մեկը լիովին հասել է այդ պահանջները բավարարելու մակարդակին» (Eissler 1963, էջ 198): Անկասկած, յուրաքանչյուր հիվանդ թերապիայի ընթացքում պատրաստվում է ինչ-որ բան թաքցնել: Ավելի քիչ վստահության են արժանի զուգորդությունների հոսքը սահմանափակող ընտրության նախագիտակցական գործընթացները, որովհետև հիվանդը հայտնաբերում է վերլուծողի համար ցավոտ կամ զգայուն թեմաները, որոնք, ըստ երևույթին, նյարդայնության իրական աղբյուր են (տե՛ս գլուխներ 2 և 3): Վերջապես մենք կարող ենք ավելացնել ևս մեկ մոտեցում նպատակային համատեքստի ուսումնասիրության վերաբերյալ՝ ուսումնասիրելով դրանց դետերմինացված բնույթը Էգոյի ինքնավարության տեսակետից: Ենթադրենք՝ հիվանդը որոշում է կայացրել թաքցնել որևէ բան և հետևում է այդ որոշմանը: Արդյոք այս դեպքում վերլուծողը պարտություն է կրում՝ հիմնարար կանոնին չհետևելով: Մենք բացասական պատասխան կտայինք, քանի որ ենթադրում ենք, որ հիվանդի նման վարքը որոշակի զսպվածության ցուցադրում է, *reservatio mentalis*՝ որպես ներքին ազատության արտացոլում:

Կանցերը (Kanner, 1961, 1972) երկար ժամանակ ընդգծում էր, որ հիմնարար կանոնը ոչ բոլոր հիվանդներին է համապատասխան, և նույնիսկ սխալ է պնդել հիմնարար կանոնի կիրառման անհրաժեշտությունը: Իրեն ուրիշներից առանձնացնելու անհրաժեշտությունը, նրա կարծիքով, առողջ «անհատականության» մասն է և նույնիսկ անհրաժեշտ քայլ է՝ բաժանման խանգարումներով հիվանդների համար: Զիովակինին (Giovaccini, 1972) համաձայն է այս տեսակետի հետ՝ ընդունելով հիվանդի՝ գաղտնիք ունենալու իրավունքը: Հիվանդը հասկանում է, որ վերլուծողը չի նախանձում իր ինքնավարությանը, և ընդունում է նրա՝ հրաժարման և

սահմանագատման իրավունքը: Որևէ բանի մասին լռելու իրավունքը նշանակում է, որ հիվանդը չպետք է անընդհատ պաշտպանվի վերլուծողի պրոյեկցված ոչնչացնող իմագոյից:

Այսլերի վերոնշյալ հայտարարությունը կարող է բացատրվել միայն այն իմաստով, որ *reservatio mentalis*-ը (ամեն ինչ պատմելուց մասամբ հրաժարվելը) ինքնորոշման արտահայտում է: Կարելի է ենթադրել, որ պատճառը, ըստ որի՝ ոչ ոք չի կարողանում լիովին իրականացնել ազատ գուգորդելու պահանջը, ինքն իրենից բացարձակապես հրաժարվելն է: Սակայն ինչո՞ւ է հիվանդը կանգ առնում առանձին հայտնության առջև: Ինչո՞ւ է նա իր ինքնավարությունը կապում հենց կյանքի փորձի այդ հատվածի և հիշողությունների հետ: Դիմադրության նպատակն ավելի խորը վերլուծությունների կարիք ունի: Մյուս կողմից՝ պարզ է, որ հիվանդը ձգտում է որոշակի դիրք ձեռք բերել այն ոլորտում, որտեղ նա կարող է հաստատել իր անկախությունը՝ ամբողջովին բացառելով այս կամ այն թեման:

Սակայն Դյուվալդն իր «Հոգեվերլուծական գործընթաց» գրքում (Dewald, 1972, էջ 613) այն տեսակետն է արտահայտում, որ ազատ գուգորդությունը բերում է նախնական գործընթացին. «Ըստ էության՝ ազատ գուգորդության ... ձևը և բովանդակությունը միտում ունեն... շարժվելու դեպի այն մտածելակերպը, որը բնորոշ է նախնական գործընթացին և դրանով ավելի են նպաստում ռեգրեսիայի գործընթացին՝ օգուտ էգոյի»: Նախնական գործընթացներին նվիրված Հոլտի ուսումնասիրությունները (Holt, 1967b), ինչպես նաև կլինիկական փորձը դեմ են վկայում այն փաստին, որ վերլուծական գործընթացի զարգացմանը զուգընթաց՝ ազատ գուգորդությունները պակաս կառուցվածքային են դառնում: Մենք նույնիսկ չենք համարձակվում հաստատել, որ բուժման վերջում բոլոր հիվանդները կունենան ավելի ստեղծագործական և ինքնաբերական գուգորդություններ, քան սկզբում: Ներքին մեծ ազատությունը կարող է արտահայտվել տարբեր կերպ՝ լռության, խոսքի, գործողությունների միջոցով:

7.3 Հավասարաչափ բաշխված ուշադրություն

Ֆրոյդը (1912թ, էջ 115) նկարագրել է վերլուծողի հավասարաչափ բաշխված ուշադրության և հիվանդի ազատ գուգորդության միջև սերտ կապը: Այս երկու գործընթացների կոմպլեմենտար բնույթի համար որոշ հեղինակներ ընդգծում են «ազատ լողացող ուշադրություն» եզրը, որը թերևս դիպուկ չի արտահայտում գերմաներեն *"gleichschwebende Aufmerksamkeit"* արտահայտությունը:

Վերլուծողը, որն առաջնորդվում է այս կանոնով, բաց է հիվանդի բոլոր գուգորդությունների համար, և նրան լիովին ազատություն է ընձեռվում իր մտքերն ու ֆանտազիաները զարգացնելու համար: Ամենակարևորն այն է,

որ նա թույլ չի տալիս իրեն ընկնել վերացական տեսական գիտելիքների ազդեցության տակ, այլ յուրաքանչյուր հիվանդին տեսնում է որպես եզակի և անհամեմատելի անհատ և ցանկանում լսել և զգալ բոլորովին նոր բան: Նա դիտավորյալ խուսափում է համեմատություններից, որպեսզի չխոչընդոտի անհայտը հասկանալու հնարավորությանը: Եթե վերլուծողը հետևում է Ֆրոյդի (1912, էջ 114) հանձնարարականին, ապա տեղաշարժվում է «ըստ անհրաժեշտության մի մտավոր դիրքորոշումից դեպի մյուսը» մինչև բուժման վերջը: Քանի դեռ շարունակվում է բուժումը, անընդհատ այնպիսի նոր նյութեր կարող են առաջ գալ, որոնք կարող են շտկել նախորդի պատկերը, այսինքն՝ պայմանական վերակառուցում: Հավասարաչափ բաշխված ուշադրության տեխնիկան պետք է հիշեցնի վերլուծողին, որ յուրաքանչյուր դեպք կարող է տարբերվել ընդհանուր (և մշտապես պայմանական) տեսությունից և սահմանափակ անձնական փորձից:

Պասիվ լսողության ընթացքում վերլուծողը փորձում է ամեն ինչից հավասար տպավորություն ստանալ և ոչ թե ընտրել իր՝ հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը: Այս գործընթացում նա հայտնաբերում է իր սեփական սահմանափակումները, որոնք արտահայտվում են երկու մակարդակով: Նրա հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը խանգարվում է հակատրանսֆերով (դասական իմաստով), որը այս կամ այն մարդկային խնդիրների վերաբերյալ սեփական ենթադրությունների արդյունքն է: Այս խանգարումն առաջացնում է ինքնավերլուծություն և ինքնաարտացոլում: Հակատրանսֆերի ավելի ժամանակակից ըմբռնման դեպքում հավասարաչափ բաշխված ուշադրության նմանատիպ խանգարումները կարող են թերապևտիկորեն արդյունավետ դառնալ (տե՛ս գլուխ 3): Բացի այդ, վերլուծողը նկատում է, որ իր հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունն ականայից ընտրում է որոշ ուղղություններ. ամեն ինչ չէ, որ կարելի է հավասարաչափ բաշխել: Երբ նրա մտքին մեկնաբանություն է գալիս, նա ընտրում է հնարավոր տարբերակներից մեկը, քանի որ հիվանդի ազատ գուգորդությունները, ինչպես նաև վերլուծողի մեկնաբանությունները, նպատակային բնույթ են կրում:

Հիմնվելով այս գաղափարների վրա՝ կարծում ենք, որ հավասարաչափ բաշխված ուշադրության կանոնները պարունակում են այդ պահին տվյալ հիվանդի նկատմամբ դրսևորած սեփական վերաբերմունքի ինքնաքննադատական զննման լրջագույն պահանջ, որը հեշտ չէ իրագործել, ինչպես նաև հոգեվերլուծական թերապիայի և բուժման տեխնիկայի ընդհանուր և խիստ բնորոշ խնդիրների անընդհատ հաղթահարման պահանջ: Մենք նույնպես համաձայն ենք Ֆրոյդի (1915, էջ 117) այն տեսակետի հետ, որ մենք միշտ ակտիվորեն ենք լսում, քանի որ մեր դիտարկումների մեր իսկ ընկալումը կախված է նախնական գաղափարից: Այդ պատճառով սկզբունքորեն անհնար է ամեն ինչին նույնչափ ուշադրություն դարձնել, և մենք, փաստորեն, այդպես չենք անում: Սակայն հնարավոր է և անհրաժեշտ ինքներս մեր ու գիտական հանրության առջև հաշվետու լինել

սեփական մտքերի համար, մասնավորապես այն մասին, թե ինչ է թաքնված նրանց ետևում, ինչպես նաև դիտարկումների լույսի ներքո շտկել ենթադրությունները: Հիվանդի հետ շփումն ունի բազմաթիվ հնարավորություններ, հատկապես երբ պարզվում է, որ վերլուծողի առաջարկած մեկնաբանության վարկածը սխալ է:

Դուք կարող եք ասել. «Անկասկած վերլուծողին, առավել քան որևէ մեկին, հայտնի է, որ իր վերաբերմունքը հիվանդի նկատմամբ չպետք է լինի կանխակալ: Կանոնի կարիք չկա: Եվ հարկ չկա վերլուծողին հիշեցնել, որ այդ երևույթի մասին գոյություն ունեն բազմաթիվ տեսակետներ, և հենց այստեղ են սկսվում հակասությունները տարբեր դպրոցների միջև: Այսպիսով՝ հոգեվերլուծական ընթացակարգն արտացոլում է փոխհակասական հասկացության միայն մի կողմը, համաձայն որի՝ բոլոր դիտարկումները հիմնված են և առաջնորդվում են որոշակի տեսություններով»:

Մենք կարող էինք բավարարվել հավասարաչափ բաշխված ուշադրության վերաբերյալ այս նկատառումներով և համընդհանուր համաձայնության գալ՝ ասելով, որ վերլուծողը պետք է ձգտի անկեղծության, և նրա ուշադրությունը չպետք է կախված լինի սուբյեկտիվ ենթադրություններից և անգամ կանխակալ կարծիքից: Սակայն այսքանով հարցը չի սահմանափակվում. մտածողության այլ ավանդույթի հետևանքները, որը զարգացնում էր Ֆրոյդը՝ փոխաբերական կերպով բացատրելով հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը, դրսևորվում են մինչ օրս: Ֆրոյդը վերլուծողի անգիտակցականին վերագրում էր հատուկ ունակություն՝ որպես գործող օրգան հիվանդի անգիտակցական տրանսֆերի համար:

«Ինչպես խոսափողն է հեռախոսային ցանցի էլեկտրական տատանումները հետ փոխակերպում ձայնային ալիքների, այնպես էլ բժշկի անգիտակցականը հիվանդի անգիտակցականից փոխանցվող ածանցյալից ընդունակ է վերակառուցել հիվանդի ազատ գուգորդություններին բնորոշ այդ անգիտակցականը» (Freud, 1912, էջ 116):

Այս հաստատումը հիմք հանդիսացավ հավասարաչափ բաշխված ուշադրության կանոնի, ինչպես նաև վերլուծողին ներկայացված՝ հակա-տրանսֆերից ազատվելու համար (տե՛ս գլուխ 3): Ֆրոյդն այս անգիտակցականն ընկալելու ունակությունը ձևակերպեց որպես ընդհանուր հասկացություն՝ համաձայն այն ժամանակ տարածված զգայական պերցեպցիայի մոդելի: Ենթադրվում էր, որ արտաքին իրականությունն անմիջապես և ճիշտ էր ընդունվել: Այդ պատճառով հետագայում այդ մոդելն անվանվեց «հայելու տեսություն» կամ «անթերի պերցեպցիայի դոկտրին» (տե՛ս Westerlundh, Smith, 1983):

Այսպիսով՝ ժամանակի ոգուն համապատասխան էր անգիտակցականի ընկալումը բացատրել հայելու կամ հեռախոսի փոխաբերության օգնությամբ: Միայն վերջերս մոր և երեխայի փոխհարաբերությունների ուսումնասիրությունների ուղղվածությունը սկսեց պայմանավորվել նրանով, որ նույնիսկ երեխան իր աշխարհի պասիվ ընկալողը չէ, այլ դրա կառուցողը

(Stettn, 1977): Սկզբում թվում էր, թե Ֆրոյդի փոխաբերությունը լուծում է գործնական և տեսական խնդիրների մի ամբողջ շարք այնպիսի հաջողությամբ, որ նույնիսկ հոգեվերլուծական մտքի և պրակտիկայի դեռևս բավականին ազդեցիկ մի ավանդույթ էր ստեղծվել: Հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը ժողովրդականության արժանացավ Ռայկի՝ «Երրորդ ականջի» միջոցով, որը պարունակում էր հատուկ ապրումակցման հասկացության կարևոր տարրեր: Ավելի ուշ դրա վրա հիմնվելով՝ Կոհութը (Kohut, 1959) ստեղծեց սեփական դպրոցը: Իզակովերը տեխնիկապես բնորոշեց հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը որպես «վերլուծող գործիք» (Balter et al, 1980): Ենթադրվում էր, որ վերլուծողի հոգեկան ապարատում հատուկ մի կետ պատասխանատու է հիվանդի անգիտակցականը լսելու ունակության համար: Միաժամանակ, Սպենսն իր քննադատական էսսեն վերնագրեց «Ազատ լողացող ուշադրության վտանգներն ու թակարդները» (Spence, 1984). վերնագիրն արդեն իսկ բացահայտում է աշխատության էությունը: Հադամերի և Հաբերմասի փիլիսոփայական մեկնության հասկացությունները ներառող ապրումակցման և ընկալման գործընթացի հոգեվերլուծական ուսումնասիրությունից հետո նա գալիս է այն եզրակացության, որ գոյություն չունի հավասարաչափ բաշխված ուշադրություն, որը հանդես գա որպես պասիվ լսողություն և կանխակալ կարծիքի բացակայություն:

«Կանխակալ կարծիք» հերմենևտիկ եզրը փոխարինելով «գաղափար» եզրով՝ մենք հեշտությամբ կարող ենք գուգահեռներ տանել Ֆրոյդի վերոնշյալ նկարագրության հետ: Եթե վերլուծողն ակտիվորեն է լսում, ապա ամեն դեպքում նա կարող է շարունակել իր մտքերը, ֆանտազիաները, զգացմունքները, կանխակալ կարծիքների հավասարաչափ բաշխումն ու պատրաստ լինել նոր փորձառության: Սպենսը նույնիսկ առաջ է քաշում համոզիչ հոգեվերլուծական փաստարկներ՝ ջանալով ցույց տալ, որ հենց անկանխակալության վերաբերյալ ինքնախաբեությունն է ճանապարհի բացում դեպի սեփական մտքերի պրոյեկցիայի անբասիր, անգիտակցական վիճակ և այդ իսկ պատճառով՝ բանականությանը քիչ հասանելի ընկալում:

Հավասարաչափ բաշխված ուշադրության մասին առասպելը (հենց այդպիսի բնորոշում է տվել Սպենսը տեսության վրա չհիմնված պասիվ լսողությանը) ունի բազմաթիվ գործառնություններ, ինչպես և բոլոր առասպելները, որոնք կարող են գիտության պատմության մեջ մեկնաբանվել որպես նախատեսություններ: Հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը հիբրիդային է, որն ատրոհում ենք երկու նախնական բաղադրիչների: Տեսությունը իր մինչ այժմ ունեցած կենսականության համար պարտական է լավ հիմնավորված տարրերի խառնուրդին՝ զսպվածության փոխարեն միանգամայն անկեղծություն, ինչպես նաև միաձուլման ու միասնականության առասպելական սպասմանը, որը սեփական անգիտակցությունը կապում է ուրիշի անգիտակցության հետ, ինչպես Ֆրոյդի՝

հեռախոսի փոխաբերության մեջ: Եթե խելամիտ դատենք, ապա հավասարաչափ բաշխված ուշադրության կանոնը կարող է նպաստել հիվանդի՝ հասկացված լինելու զգացողության առաջացմանն ու բուժման համար ռացիոնալ հիմքի ստեղծմանը: Սակայն որպեսզի ավելի մոտենանք հիվանդի և վերլուծողի միջև գոյություն ունեցող փոխանակման գործընթացին, մենք որոշ չափով պետք է վերացնենք այդ հիացմունքը. մենք դա ցույց կտանք 8-րդ գլխում, Կոհուրի՝ ապրումակցման հասկացության քննարկման ընթացքում և Ռայկի՝ «երրորդ ականջի» ունկնդրման քննարկման ժամանակ:

«Երրորդ ականջի» և դրա գործառնությունների մասին կսկսենք հենց Ռայկից արված ուղիղ մեջբերմամբ.

«Այս իմաստով հոգեվերլուծությունը ոչ այնքան սրտառու է երկխոսություն է, որքան մղումների միջև ընթացող գրույց, բավականին արտահայտիչ երկխոսություն: Հոգեվերլուծողը պետք է իմանա, թե ինչպես է լռության մեջ մի միտքը խոսում մյուսի հետ՝ առանց բառերի: Նա պետք է սովորի լսել «երրորդ ականջով»: Ճիշտ է, որ պետք է բղավել՝ հասկացվելու համար: Երբ դուք ուզում եք, որ ձեզ լսեն, դուք շշնջում եք»:

(Reik, 1949, էջ 144)

«Երրորդ ականջի առանձնահատկություններից մեկն այն է, որ այն աշխատում է 2 ձևով. կարող է ըմբռնել այն, ինչ ուրիշ մարդիկ չեն ասում, այլ միայն զգում են և մտածում, և կարող է դեպի ներս ուղղված լինել: Այն կարող է լսել Ես-ի ներսից եկող ձայները, որոնք այլ կերպ չեն լսվում, քանի որ մեր մտածական գործընթացի աղմուկը խոչընդոտում է դրան (Reik, 1949, էջ 146-147)

Ըստ Ռայկի՝ «երրորդ ականջը» սերտորեն կապված է հավասարաչափ բաշխված ուշադրության հետ.

«Պատկերացնո՞ւմ եք արդյոք վերլուծողին, որն իր բազկաթոռի մեջ առաջ է թեքվել և իր բոլոր հինգ զգայարաններով հետևում է նույնիսկ ամենափոքր հոգեբանական նշաններին՝ անհանգստացած, որ որևէ մանրուք աննկատ չթողնի: Նկատի ունեմ ամենաչնչին նշանները, թույլ խթանները, որոնք ձախրում և երերում են, չքանում են և չափազանց կարևոր նյութ են անգիտակցական գործընթացների մասին: Նման բազմաբնույթ, անորսալի տվյալների դեպքում կարող եք մտածել, որ գերլարված ուշադրություն է հարկավոր: Պատկերացնո՞ւմ եք արդյոք վերլուծողին, որը ոչ միայն ուշադիր, այլ նաև լարված է:

Պատկերը խաբուսիկ է, իսկ վերլուծողի ուշադրությունը տարբեր բաներ է ենթադրում: Ֆրոյդը բնորոշում էր ուշադրության այդ հատուկ տեսակը որպես “gleichschwebend”: Այս բառը հազիվ թե թարգմանվի. այն միաժամանակ նշանակում է հավասարաչափ բաշխում և պտտում: Ըստ իս՝ գերմաներեն բնագրին ամենամոտ իմաստն արտահայտում է «ազատ լողացող» եզրը: Մյուս տարբերակը, որն ավելի շուտ ընդգծում է հոգեբանական հավասարակշռությունը, քան շարժը, «հավասարակշռված

ուշադրություն» եզրն է: Այս երկու գործոնները ստիպեցին Ֆրոյդին ուշադրություն դարձնել ազատ լողացող եզրին:

Այն փրկում է լարվածությունից, որն անհնար է պահպանել երկար ժամանակ, և օգնում է շրջանցել վտանգն այն դեպքում, երբ ուշադրությունը կանխամտածված կերպով ուղղված է մի որոշակի նպատակակետի: Եթե մենք ուշադրությունը լարում ենք որոշակի կետի վրա, եթե մեզ առաջարկված տվյալներից սկսում ենք ընտրել որևէ մեկը և կանգ ենք առնում ինչ-որ առանձին մասի վրա, ապա Ֆրոյդը զգուշացնում է, որ այս դեպքում մենք հետևում ենք մեր սեփական սպասումներին և մղումներին: Բնականաբար, առաջանում է վտանգ, որ մենք երբեք ոչինչ չենք գտնի՝ բացի նրանից, ինչ արդեն պատրաստ էինք գտնել: Մեր մղումներին հետևելն անպայման կհանգեցնի կեղծ ընկալման: Այն կանոնը, ըստ որի մենք պետք է հավասարաչափ նկատենք ամեն ինչ, հիվանդին, առանց քննադատության և ընտրության, ամեն ինչ ասելու պահանջն է» (Reik, 1949, էջ 157-158):

Ռայկը շարունակում է.

«Ինչպե՞ս կարելի է համաձայնեցնել ազատ լողացող ուշադրությունը և ինչ-որ բան նկատելու խնդիրը: Եթե հավաքվող տվյալների ողջ զանգվածի միջից մենք ուզում ենք որևէ բան նկատել, ապա մենք պետք է սուր հայացք նետենք որոշակի դեպքերի և դրանց հատուկ ուշադրություն դարձնենք: Ինչպե՞ս կարող եմ ինչ-որ բան նկատել, եթե իմ ողջ ուշադրությունը չեմ ուղղում դրան, եթե ամբողջովին միանման վերաբերեմ աննշան մանրուքներին և կարևոր փաստերին: Հավանաբար կարելի է ասել, որ «հավասարակշռված ուշադրություն» եզրը հենց նպատակաուղղված է ամեն ինչ նկատելուն և հիշելուն: Սակայն չկա՞ արդյոք այս հասկացության մեջ ներքին հակասություն: Ուշադրությունը միշտ ուղղված է հատուկ ընտրված օբյեկտներին: Ուշադրությունը, ինչպես մեզ միշտ սովորեցրել են, ենթադրում է ընտրություն: Ինչպե՞ս կարող ենք խուսափել ընտրության վտանգից, եթե ցանկանում ենք ուշադիր լինել» (Reik, 1949, էջ 158-159):

Ինչպես հայտնի է, Ռայկն առաջարկում էր այս հակասությունների լուծումը՝ «ուշադրության» տարբեր տեսակներ նկարագրելու միջոցով.

«Ուշադրության որակը հոգեվերլուծության մեջ կարելի է նկարագրել լուսարձակի հետ համեմատությամբ: Կամավոր ուշադրությունը, որը սահմանափակված է մեր փորձառության ոլորտի նեղ հատվածով, իր ազդեցությամբ կարող է համեմատվել լուսարձակի հետ, որը լուսավորում է հողի մի որոշակի տարածք: Եթե մենք նախօրոք գիտենք, որ թշնամին մոտենում է այդ կողմից կամ որևէ բան պետք է պատահի այդ տարածքում, դա նշանակում է, որ մենք այդպիսով կանխատեսել ենք դեպքը: Որոշակի տարածքի վառ լուսավորումը առավելություն է: Եկեք պատկերացնենք մեկ այլ դեպք, երբ կարծես ինչ-որ բան, օրինակ՝ աղմուկը, ինչ-որ կողմից գրավել է ուշադրությունը: Միայն այդ ժամանակ ենք թեքում լուսարձակն այդ կողմ: Մեր ուշադրությունը ոչ թե ընկալումից առաջ է ընկնում, այլ հետևում է ընկալմանը: Սա կամավոր կերպով ուղղորդված ուշադրության դեպքն է: Եթե գիշերը մեքենայով անցնենք Նյու Յորքի

կողքով, կարող ենք նկատել, որ ճանապարհի մեջտեղում գտնվող լուսարձակի լույսը սփռվում է շրջակա բնապատկերի վրա: Այն լուսավորում է ճանապարհը, ապա ուղղվում է դաշտերի վրա, թեքվում դեպի քաղաքը և վերադառնում՝ տարածելով ճանապարհի վրա և նորից կրկնում անցած ուղեգիծը: Մեկ կետով չսահմանափակվող, այլ անընդհատ լայն շառավղով պտտվող նմանատիպ գործողությունները ազատ լողացող ուշադրության լավագույն օրինակ են» (Reik, 1949, էջ 163):

Այս փոխաբերության մեջ «երրորդ ականջ» հասկացությանը համապատասխանում է «երրորդ աչք» հասկացությանը, որն, առանց փոքր-ինչ կանխակալության, տեսնում և ընկալում է շրջապատում ամեն ինչ: «Երրորդ ականջը» և «երրորդ աչքը» *tabula rasa* է, իդեալական մաքուր և կանխատեսումից բացարձակապես զուրկ:

Ռայկի առաջարկած լուծումներն իրենք են տանում դեպի հակասություններ, քանի որ հավասարաչափ բաշխված ուշադրության հետադուտական, ընտրողական բնույթը պետք է երբեմն որևէ տեղ կանգնեցնի լուսարձակի լույսը: Հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը հավասարաչափ է մինչև այն պահը, երբ այն կանգ է առնում: Ընկալման, մտածելակերպի, հոգեբանության, ինչպես նաև իմացության տեսության տեսակետից Ռայկի առաջարկությունը միամտաբար պոզիտիվ է, և նա անտեսում է այն փաստը, որ լուսարձակի լույսի հետևում գտնվում է դիտորդի ամբողջական անձնական պերցեպտիվ և մտածական ապարատը, որը ներառում է նաև տեսական սպասելիքներ՝ «տեսականորեն բեռնված» պերցեպցիա:

Բավական պատահական պնդումն այն մասին, որ ուշադրության հավասարակշռված վիճակը շարունակվում է մինչև այն ժամանակ, երբ վերլուծողը մեկնաբանություն է առաջարկում, որն ընդունվում է կամ չի ընդունվում՝ մի կողմ թողնելով դրան նախորդող ընտրության ինտուիտիվ կամ գիտակցական գործընթացը: Հոգեվերլուծողի ընկալման գործառույթը կարելի է դիտել որպես քառակողմ գործընթացի մի մաս՝ պասիվ և ակտիվ ունկնդրման, վերապրման, ընկալման և մեկնաբանման մասը (Thomson, 1980): Մենք ընկալում, ուսումնասիրում և արդյունքում մեկնաբանում ենք՝ հիմնվելով մեր գիտակցական և անգիտակցական տեսությունների վրա: Այս սկզբունքը կիրառելի է նաև նախագիտական փորձերի դեպքում, որքան էլ որ այդ փորձից ունեցած սպասումները պարզունակ լինեն: Այսպիսով՝ մենք հայտնաբերում ենք, որ հիվանդի ընկալումները համապատասխանում են այն տեսությանը, որն իրենից ներկայացնում է անգիտակցականում ֆիքսված մի ուրվագիծ, և նրա սպասումները, այդպիսով, արդարացվում են:

Մենք հետևում ենք այն բացատրություններին, որոնք հիվանդը տալիս է իր վախերն և դժվարությունները նկարագրելու համար, և անվերապահորեն նրա աշխարհն ենք մտնում: Ինչպե՞ս կարող ենք այլ կերպ նրան հասկանալ: Մենք փորձում ենք հասկանալ ենթատեքստերը, նկատել խախտումները: Սակայն այն դեպքում, երբ հիվանդը փակուղու մեջ է, որտեղ նա չի կարող հասկանալ շարունակ իրեն հետապնդող ախտանիշները կամ ֆոբիաները, մենք նույնպես անգոր ենք, եթե զինվում ենք

բացառապես բանականությամբ: Սակայն ընկալողը, ինչպես և «երրորդ ականջը», հիվանդի զուգորդություններից մեծ իմաստ չեն քաղի, եթե չօգտվեն այն բազում ծրագրերից, որոնք վերլուծողին տրամադրում են համեմատական բացատրական մոդելները: Համեմայնդեպս, «երրորդ ականջը» անգիտակցականից ոչինչ լսելու ընդունակ չէր լինի, եթե չպատկաներ վերլուծողին, որը ջանում է հնարավորինս շատ գիտելիք ստանալ և փորձ ձեռք բերել: Էքստրասենսոր կարողություններով օժտված «երրորդ ականջը» չի երաշխավորում լսողության ձկունություն: Ընդհակառակը, ցանկացած առեղծվածավորում, եթե այն տանում է դեպի ենթադրությունների անգիտակցական ամրագրում, խոչընդոտ է հոգեվերլուծության գիտական հիմնավորման համար:

Այն պատկերացումը, որ «երրորդ ականջն» ավելի լավ է լսում, երբ այլ հարաբերություններում վերլուծողն իրեն կարծես խուլ է ձևացնում, պահպանել է որոշակի միստիկական հմայք: Այսպես, Բիոնի համար («հոգեվերլուծական միստիկա»՝ ըստ Գրոտշտայնի (Grotstein, 1982), վերլուծողի պասիվ ընկալող ինքնադատարկումը ձեռք է բերում միստիկական հատկություններ: Հոգեվերլուծության համար անհրաժեշտ գիտակցական վիճակին հասնելու համար Բիոնը խուսափում է հիշողության մեջ որևէ բան պահպանելուց, դիմադրում է սեանսի դեպքերը հիշելու ցանկացած գայթակղությանը կամ հիշողության մեջ որևէ բան փորփրելուն: Նա զսպում է նախկինում տեղի ունեցած դեպքերից որևէ բան հիշելու կամ մեկնաբանելու խթանը (Bion, 1970, էջ 56): Միաժամանակ նա պահանջում է, որ հիվանդին ցույց տան մեկնաբանության հետ կապված տվյալները, նույնիսկ եթե այն կապված է զգացմունքային արտածումների մի քանի տարի տևող ժամանակահատվածի հետ (էջ 14): Այս պատկերացման հիմքում ընկած է հակատրանսֆերի վերջնական հաղթահարման միտքը, ինչպես կոնկրետ, այնպես էլ ընդհանուր իմաստով, քանի որ Բիոնը հրաժարվում է թույլ տալ, որ որևէ ցանկություն կամ մղում ներխուժի իր միտքը:

Քանի որ դժվար է հասնել երկու դիրքորոշումների՝ զգալու և մտածելու միջև հավասարակշռությանը, այդ խնդիրը դեռևս շարունակում է քննարկվել հոգեվերլուծողների և թերապևտների յուրաքանչյուր նոր սերնդի կողմից: Ֆենիխելի (Fenichel, 1935) կողմից Ռայկի քննադատումը մինչև այժմ հիմնավորված է համարվում. ապրումակցման վերաբերյալ ժամանակակից քննարկումների շրջանակներում այն կրկին արդիական է հնչում: Ֆենիխելը մեջբերում է Ֆերենցիի խոսքերը.

«Հետևաբար վերլուծական թերապիան ներկայացնում է պահանջներ, որոնք կարծես ուղղակիորեն հակասում են միմյանց: Մի կողմից՝ նա պահանջում է զուգորդությունների և ֆանտազիաների ազատ խաղ, խորասուզվում իր սեփական անգիտակցականի մեջ... Մյուս կողմից՝ վերլուծողը պետք է տրամաբանական ուսումնասիրության ենթարկի իր հիվանդի և իր անձի կողմից ներկայացված նյութը և իր հաղորդած մտքերի և գործողությունների մեջ կարող է թույլ տալ ղեկավարվել միայն այդ մտավոր ջանքերով» (Ferenci, 1950 [1919a], էջ 189):

Այսպիսով՝ ակնհայտ է, որ մենք ավելի ու ավելի ենք հեռանում հավասարաչափ բաշխված ուշադրության հասկացությունից՝ որպես բուժական կանոնի, և ավելի ենք կենտրոնանում վերլուծողին բնորոշ իմացության բարդ գործընթացի վրա: Կարելի է ուղիղ գիծ տանել Ֆրոյդի հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունից՝ միացնելով այն Ռայկի «երրորդ ականջին» և, անցնելով դրա միջով, գիծը հասցնել Կոհուտի ինքնաձանաչողության ապրումակցման հոգեվերլուծական ուսումնասիրություն (Kohut, 1959, Cohler, 1980, էջ 81): Մյուս գիծը ձգվում է դեպի զգայական և մտածական այն ասպեկտները, որոնք այսօր նկարագրվում են որպես վերլուծողի կողմից հետևություններ անելու գործընթաց (Ramzy, 1974, Meyer, 1981, Kchele, 1985): Բոլոր այս թեմաները կուսումնասիրվեն հաջորդ գլուխներում:

7.4 Հոգեվերլուծական երկխոսություն և հակահարցի կանոնը:

Պատասխանե՛լ, թե՛ չպատասխանել. այս է խնդիրը

Արդյոք չափազանց ողբերգական չէ՞ օգտագործել շեքսպիրյան Համլետի խոսքերը՝ «լինե՛լ, թե՛ չլինել, այս է խնդիրը», այն բաժնի վերնագրի համար, որը նվիրված է հիվանդի հարցերի և վերլուծողի պատասխանների խնդիրներին: Թույլատրելի՞ է արդյոք վերագրել «լինե՛լ, թե՛ չլինել» արտահայտության նշանակությունը հարցերին, որոնք առաջանում են վերլուծության ընթացքում: Մենք չէինք օգտագործի այս արտահայտությունը, եթե չհավատայինք, որ հոգեվերլուծական երկխոսությանը բնորոշ են դրամայի տարրեր: Հիվանդը գալիս է վերլուծողի մոտ՝ ձգտելով պատասխաններ ստանալ այնպիսի հարցերին, որոնք նա ինքնուրույն լուծել չի կարողանում: Ընկերների, գործընկերների, հոգևորականների, բժիշկների հետ քննարկումներից և ոչ մեկում նա չի ստանում իր հարցերի բավարար պատասխաններ, այսինքն՝ այն պատասխանները, որոնք կարող էին բուժել նրա ակտանիշները:

Հոգեվերլուծությունը վերջին հանգրվանն է, և նրանք բառացիորեն կարող են կանգնել լինե՛լ, թե՛ չլինել, կյա՞նք, թե՛ ինքնասպանություն խնդրի առջև: Մենք արդեն խոսել ենք խորը տանջալից հարցերի մասին, որոնք հիվանդը չի կարող ձևակերպել, սակայն որոնց բախվում են նրա անգիտակցական կոնֆլիկտները: Այլևս կարիք չկա ընդգծել, որ վերջիվերջո, այդ անպատասխան հարցերի պարզաբանումը որոշում է վերլուծության դրական արդյունքը: Սակայն ինչպե՞ս վերաբերվել այն հարցերին, որոնք հիվանդը կարող է տալ և տալիս է: Ինչպե՞ս գտնել դրանց լուծումը: Բերենք մի քանի օրինակ: Նախ հիվանդը կհարցնի. «Կրուժի՞ արդյոք կամ գոնե կմեղմի՞ այս վերլուծությունն իմ ակտանիշերը: Ինչպե՞ս է այն աշխատում: Որքա՞ն է այն տևելու: Բուժե՞լ եք դուք նախկինում նման

հիվանդություններ: Ինձ մոտ նույն հիվանդությունն է, որն հայրս ուներ»: Ապա հիվանդը սկսում է հետաքրքրվել վերլուծողի անձնական կյանքով, նրա ընտանիքով՝ որտեղ է նա հանգստանում կամ ուզում է ունենալ նրա տան հեռախոսահամարը՝ հրատապ դեպքերի համար:

Եթե ընթերցողն իրեն դնի վերլուծողի տեղը, ապա որոշ լարվածություն կզգա այս հարցերից, որոնք էլ կստիպեն նրան արագ գործել: Հիվանդը պատասխան է պահանջում, և ինչ էլ որ հիմա անի վերլուծողը, կընդունվի որպես պատասխան: Այս դեպքում նույնիսկ լռությունն է պատասխան:

Հիվանդների հարցադրումների միջոցով նախաձեռնությունն անցնում է վերլուծողին, անկախ նրանից՝ դո՞ւր է գալիս դա նրան, թե՞ ոչ: Հարկադրանքն առաջանում է այն պատճառով, որ վերլուծողն ու հիվանդը մտնում են երկխոսության մեջ և ենթարկվում են բանականության կանոններին: Եթե նրանք ցանկանում են երկխոսությունը խելամտորեն անցկացնել, համենայնդեպս պետք է մասամբ (լուռ) համաձայնեն այդ կանոններին: Հարցի բնույթն ինքնին ենթադրում է, որ հարցադրողը պատասխան ստանալու ցանկություն ունի, և վերլուծողի ցանկացած արձագանք ընկալվում է որպես պատասխան: Հիվանդը, ով դեռ ծանոթ չէ վերլուծական շրջանակին, սպասում է, որ վերլուծողի հետ զրույցն ընթանալու է առօրյա շփման կանոններին համապատասխան: Եթե հարցերն անպատասխան են մնում, նա կարող է ենթադրել, որ վերլուծողը չի կամենում, կամ չի կարող պատասխանել, կամ էլ՝ երկուսը միասին:

Այսպիսով, հարցը պարզապես միջոց է, որի օգնությամբ անձը կարող է ներգրավել մեկ ուրիշին խոսքային երկխոսության մեջ: Քանի որ հոգեվերլուծությունն ապրում է զրույցի, «բառերի փոխանակման» շնորհիվ (Freud, 1916/17, էջ 17), չափազանց կարևոր է, թե ինչ և ինչպես է պատասխանում վերլուծողը հարցերին: Հարցերը հիվանդի պարզ և բացահայտ փորձերի վկայությունն են, որի միջոցով հիվանդը ներգրավում է վերլուծողին ժամանակավոր փոխանակման մեջ, որին հաջորդում են խնդրանքներն ու քննադատությունները: Հարցերը նաև կարող են նմանատիպ գաղտնի փորձեր պարունակել, ինչպես ցույց տվեցին մեր՝ վերը նշված օրինակները: Սկզբում ուղղակի տեղեկություն ստանալու նպատակով տրված հարցը հետագայում կարող է վերածվել մեղադրանքի: Դժվար է հարցերի հետ գործ ունենալ, քանի որ դրանք բազմաթիվ ձևերով տանում են համագործակցության: Ո՞ր մայրը երբեմն չի նյարդայնանում իր երեխայի համառ հետաքրքրասիրությունից: Վերլուծողը գտնվում է նման իրավիճակում, երբ նրա վրա ճնշում են գործադրում:

Կարծրատիպ դարձած բուժման կանոններից մեկը, կարծես, անցնում է բոլոր դժվարությունների միջով, ինչպես Ալեքսանդր Մակեդոնացու սուրը՝ գորդյան հանգույցի միջով: Կարծրատիպը հարցին հակահարցով պատասխանելու մեջ է. «Ի՞նչն է ստիպում ձեզ այդ հարցը տալ»: Օրինակ՝ եթե բուժման մասին զեկույցում նշված է, որ ինչ-որ հարց է առաջացել և

«ենթարկվել վերլուծության», կարելի է համոզված լինել, որ այդ հարցը վերադարձվել է հիվանդին հարադիր խնդրանքով՝ պատմել այն մտքերի մասին, որոնք թաքնված են հարցի ետևում: Վերլուծողը հաճախ նման տեղեկատվությունը պահանջում է անուղղակի կերպով՝ լռության միջոցով: Այսպիսի հարցին հարցով պատասխանելը հանրության համար վերլուծությանը բնորոշ հատկանիշներից մեկն է:

Զ. Մալկոլմի «Հոգեվերլուծություն. անհնարին մասնագիտություն» (J.Malkholm, 1980, 1983) գրքի գերմանական հրատարակության շապիկին գրված է. «Հեղինակը տալիս է հարցեր, որոնք յուրաքանչյուր հիվանդ կցանկանար տալ, սակայն որոնց, ինչպես նա քաջ գիտակցում է, վերլուծողը միայն կպատասխանի՝ «Ի՞նչ է անցնում ձեր մտքով, երբ ինքներդ ձեզ հարցնում եք, թե ինչո՞ւ որոշեցիք այդ հարցն ինձ տալ»: Մենք նույնպես երկար տարիներ հետևում էինք այս կարծրատիպին, մինչև անբարենպաստ հետևանքները ստիպեցին հրաժարվել այդ սովորույթից: Մենք բացահայտել ենք, թե որքան խորը կարող է ամրապնդվել այդ կանոնը մեր մասնագիտական Գեր-Էգո-ում այն խղճի խայթի պատճառով, որը թեև զգում, սակայն անտեսում ես: Ենթադրում ենք, որ շատ վերլուծողներ ունեցել են նման փորձառություն: Ակնհայտ է, որ կարծրատիպը փոխանցվում է սերնդեսերունդ ուսուցանման և վերահսկման նպատակով իրականացվող վերլուծությունների միջոցով՝ ելնելով այն ենթադրությունից, որ հարցին հարցով պատասխանելը մեծ դեր է խաղում ավելի խորը և մանրամասն վերլուծության դեպքում: Համաձայն մի դիպվածի, որն իրականում հորինված չէ, թեկնածուներն ավելի խիստ են հետևում այս կանոնին: Նախնական սեանսի ավարտից քիչ առաջ թեկնածուն ասում է իր առաջին հիվանդին. «Եթե էլի որևէ հարց ունեք, կարող եք տալ այն հիմա: Հաջորդ սեանսից սկսած և մինչև վերջ՝ ես կհետևեմ ինքնազսպման սկզբունքին և այլևս չեմ կարողանա ձեր հարցերին պատասխանել»:

Գրականության ընդհանուր ակնարկը (բաժին 7.4.1), որը բերված է ստորև, ցույց կտա, որ այդ կարծրատիպը կապված է մտավոր գործունեության լիցքաթափման սկզբունքի մոդելի հետ: Ենթադրվում է, որ հարցից ձեռնպահ մնալը կստիպի հիվանդին ավելի արագ արտահայտել իր մտքերը, որոնք էլ կհանգեցնեն հարցի թաքնված, լատենտ իմաստին: Այսպիսով՝ այդ կանոնը արդարացվում է թերապևտիկ պատկերացում ստանալու հույսով: Սակայն անկանխատեսելի արդյունք է այն, որ իր հարցի պատասխանի բացակայությունը հիվանդը մեկնաբանում է որպես մերժում: Ի՞նչ ազդեցություն ունի մերժումը տրանսֆերի հարաբերությունների վրա և Ես-ի ու օբյեկտի պատկերման հարաբերության վերակառուցման գործընթացի վրա: Կարելի է ենթադրել, որ հիվանդներից միայն մի քանիսի մոտ է Էգո-ն գտնվում այնքան ամբողջական վիճակում, որ հարցին պատասխանելու կարծրատիպային հրաժարականը չհամարվի վիրավորական և չընկալվի այն նշանակությամբ, որն անգիտակցական պաշտպանական մեխանիզմ է պահանջում:

Համենայնդեպս, սկզբնական փուլում հիվանդը չի կարողանում հակահարցի մեջ (այսուհետ հակիրճության համար երևույթն այսպես կանվանենք) որևէ այլ իմաստ տեսնել, և մերժվածության ու վիրավորանքի զգացումները կարող են ներգրավել անգիտակցական պաշտպանական մեխանիզմներ, որոնք կհանգեցնեն նրա արտահայտած մտքերի աննկատ կերպարանափոխմանը: Այսպիսով՝ հիվանդի գուգորդությունների հոսքը խթանելու նպատակով վերլուծողի կողմից պատասխանից խուսափելը կարող է հանգեցնել հակառակ արդյունքի:

Ուսումնասիրելով գրականությունը և վերլուծելով անձնական փորձը՝ մենք եկանք այն եզրակացության, որ հակահարցի կանոնը չի երաշխավորում ինքնաձանաչման խորություն, իրականում խանգարում է և նույնիսկ կարող է քայքայել հենց ինքնաձանաչման հիմքը՝ երկխոսությունը: Այս եզրակացությունն ամրապնդվում է այլ ուսումնասիրությունների արդյունքներով՝ կանոնից արված բացառությունների միջոցով: Ո՞ր հիվանդների հետ վերլուծողը կարող է անտեսել հակահարցի կանոնը: Նրանց հետ, ովքեր չունեն հաստատուն էգո և հանդուրժողանակության բարձր շեմ, այսինքն՝ վերլուծողի մոտ խորհրդատվության եկող հիվանդների հիմնական մասը: Ի՞նչ է պատահում, երբ վերլուծողն այլևս չի հետևում կանոնին: Մի՞թե նա պարզապես պատասխանում է հիվանդի հարցերին: Ոչ մի դեպքում: Մենք ընդամենը հրաժարվում ենք խստորեն հետևել կանոնին, որն արդեն հնարավոր չէ համապատասխանեցնել ո՛չ հոգեվերլուծական գործընթացի երկանձնյա տեսությանը, և ո՛չ էլ գործնական փորձին: Ինչպես էգո-ի զարգացումն ու ինքնազարգացումը սկզբունքորեն կապված են երկխոսության հետ, այնպես էլ թերապևտիկ ինքնաձանաչումը և էգո-ի հետագա զարգացումը կապված են նոր օբյեկտի պատասխանի հետ: Այս դեպքում գերիշխում են կանոնից բացառությունները: Սակայն նախորդ փորձից ելնելով՝ մենք թերահավատորեն ենք մոտենում այն հիվանդներին, ովքեր ցուցաբերում են վտանգավոր օբյեկտային հարաբերություններ: Քանի որ վերլուծության մեջ սկզբունքորեն բոլոր օբյեկտները կառուցվում են պատասխանող սուբյեկտի խոսքային գործողությունների վրա, մենք կարող ենք բացատրել, թե ինչու ենք կոչ անում կայացած կանոնը փոփոխել՝ ավելի արդյունավետ երկխոսության հասնելու նպատակով: Խնդիրը միայն հարցերին պատասխանելը չէ: Հակահարցի կանոնը պետք է փոխարինվի ավելի խելամիտ մոտեցմամբ, ինչպես նկարագրում է Կերտիսը. «Իհարկե, դա վերլուծական դատողության հարց է, թե արդյոք պատասխանը, բացատրությունը կամ վերլուծողի մասին հիվանդի հարցի ընկալումը ծառայո՞ւմ է վերլուծական գործընթացին» (Curtis, 1979, էջ 174): Քանի որ հակահարցի կանոնն ակնհայտորեն իրենից ներկայացնում է խնդիրը հաղթահարելու պարզ մեթոդ, զարմանալի չէ, որ այն պահպանվել է տասնամյակներ շարունակ: Եկեք դիտարկենք այդ կարծրատիպի հիմնավորումն ու դրա պատմությունը:

7.4.1 Կարծրատիպի հիմնավորումը և պատմությունը

Հարցերին չպատասխանելու կարծրատիպի արդարացումներից մեկը, կարծես, բխում է արատինենցիայի կանոնից: Հարցի պատասխանն իրենից ներկայացնում է հիվանդի բնագղների անընդունելի բավարարում, որը խոչընդոտում է վերլուծական գործընթացին: Ենթադրվում է, որ եթե վերլուծողը մեկ անգամ պատասխանում է հարցին, վտանգ է առաջանում, որ հիվանդը նորից ու նորից հարցեր կտա, և, վերջիվերջո, հարցերը կվերածվեն դիմադրության, որը ինքը՝ վերլուծողն է հրահրում:

Այլ խնդիր են ստեղծում անձնական բնույթի հարցերը, որոնք հիվանդը տալիս է, որպեսզի վերլուծողի մասին որևէ բան իմանա: Համարվում է, որ նման հարցերի պատասխանները խախտում են վերլուծողի թերապևտիկ գաղտնիքը կամ բացահայտում են նրա հակատրանսֆերը՝ խախտելով տրանսֆերի զարգացումը:

Նման մտավախությունների պատճառով հարցերին չպատասխանելը վերածվել է թերապևտիկ տեխնիկայի կարծրատիպի: Դա չի սկսվել Ֆրոյդից, որը նման դեպքերում մեծ ձկունություն էր ցուցաբերում: Ֆրոյդի՝ առնետ-մարդու վերլուծության ներածական փուլի վերաբերյալ զեկույցում (Freud, 1909) մենք բացահայտում ենք, որ նա ուղղակիորեն պատասխանում էր հոգեվերլուծական բուժման մեխանիզմի և դրա՝ կանխատեսվող արդյունքների վերաբերյալ հիվանդի հարցերին՝ չվերածելով հիվանդի հարցերը մեկնաբանության օբյեկտի:

Բլանտոնը (Blanton, 1971) պատմում է, որ իր սեփական վերլուծության ընթացքում նա հաճախ հարցնում էր Ֆրոյդին նրա գիտական հայացքների մասին: Ըստ Բլանտոնի՝ Ֆրոյդը նրա հարցերին պատասխանում էր ուղղակիորեն, առանց որևէ մեկնաբանության: Ո՛չ իր հատուկ վերլուծական աշխատանքներում և ո՛չ էլ այլ աշխատություններում Ֆրոյդը մանրամասն չի դիտարկել հիվանդի հարցերին արձագանքելու տեխնիկական խնդիրը, հավանաբար այն պատճառով, որ իր համար դա այնքան էլ խնդիր չէր:

Ի զարմանս մեզ՝ գրականության համառոտ ակնարկը ցույց տվեց, որ հենց Ֆերենցին էր 1918 թվին ձեակերպել հիվանդի հարցերին երբեք չպատասխանելու կանոնը:

«Ես ինձ համար կանոն եմ մշակել. եթե հիվանդն ինձ հարց է տալիս կամ դիմում է որևէ տեղեկատվություն ստանալու խնդրանքով, ես պատասխանում եմ հակահարցով, թե ինչը նրան դրդեց այդ հարցին: Եթե ես ուղղակի պատասխանեի նրան, ապա հարցն առաջացրած խթանը պատասխանով կբավարարվեր: Հիշատակված մեթոդի օգնությամբ հիվանդի հետաքրքրությունն ուղղվում է իր հետաքրքրասիրության սկզբնաղբյուրին, երբ նրա հարցերը վերլուծության են ենթարկվում, նա գրեթե միշտ մոռանում է կրկնել իր սկզբնական հարցը՝ դրանով իսկ ցույց տալով դրանց անկարևորությունը. դրանք կարևորվում են միայն որպես անգիտակցականի արտահայտման միջոց» (Ferenczi, 1950/ 1919, էջ 183):

Ֆերենցին ենթադրում էր, որ հակահարցերը թույլ կտան նրան արագ հասնել անգիտակցական դետերմինանտներին՝ հարցերի մեջ թաքնված

լատենտ իմաստին: Մենք չենք համարում, որ սա միշտ է ճիշտ: Սկսենք նրանից, որ այդ կանոնին խստորեն հետևելը շատ հնարավոր է գրկի հիվանդին ընդհանրապես հարցեր տալու ցանկությունից՝ դրդելով նրան հրաժարվել ոչ միայն հարցեր տալ, այլ նաև պատմել այդ հարցերի առաջացման հետ կապված մտավոր գործընթացների մասին, որոնք ոչ միշտ կարող են պարզ լինել վերլուծողի համար: Բացի այդ՝ հիվանդի հարցերին վերլուծողի պայմանական պատասխանները առօրյա շփման մակարդակում ինքնաբերաբար չեն ներգրավվում նրանց հարց-պատասխան խաղի մեջ, որի անգիտակցական դետերմինանտները հասանելի չեն հետագա վերլուծության համար: Մեր փորձը հակառակն է ապացուցում՝ հատկապես առօրյա խոսքին համապատասխանող լավ մտածված պատասխաններն օգնում են հիվանդին առաջին անգամ խոսել մերժված լինելու զգացման մասին, որը նա ապրել է հակահարցի խիստ ոչ ձկուն օգտագործման հետևանքով: Հարցերից խուսափելու մեր հետագա մեկնաբանությունը թույլ է տվել հիվանդին առաջին սեանսի ժամանակ տալ ավելի խորքային հարցեր, որոնք հետո կարելի էր հասկանալ և մեկնաբանել որպես մինչ այդ անգիտակցական միտումներ:

Շատ վերլուծողներ հետագայում նման փորձ են ունեցել և համապատասխանաբար բազմազանեցրել են իրենց տեխնիկան: Հենց այդ պատճառով էլ Ֆերենցիի կանոնը համընդհանուր ճանաչում չվայելեց: Դա հաստատում է Գլովերի հարցումը (Glover, 1955, էջ 261), որն անցկացվել է 30-ական թվականներին և որի արդյունքները Գլովերը համարում էր ցուցանիշ նաև 50-ականների համար: Դրա հետ մեկտեղ նա հարցնում էր իր գործընկերներին, թե արդյոք հիվանդներին կպատմեն իրենց տրամադրության, անհանգստությունների կամ հիվանդությունների մասին: Շատերը պատրաստ էին անհրաժեշտության դեպքում հաստատել հիվանդի՝ իրենց տրամադրության, անհանգստությունների և հիվանդության մասին ունեցած համապատասխան դիտարկումները: Ունաք էլ որոշում էին ընդունում՝ ելնելով հիվանդի վրա ակնկալվող ազդեցությունից, այսինքն՝ ելնելով ձկունությունից: Միայն փոքրամասնությունը, որպես կանոն, ոչ հերքում, ոչ հաստատում էր հիվանդի հարցերը կամ մտքերը: Ինչ վերաբերում է անձնական բնույթի հարցերին՝ հարցման մասնակիցների գերակշռող մեծամասնությունը պատրաստ էր տալ սեռական և ոչ սեռական թեմաների վերաբերյալ տեղեկատվություն, չնայած հարցմանը մասնակցած վերլուծողների միայն քառորդ մասն այստեղ ոչ մի խնդիր չէր տեսնում: Ըստ շատ ընդհանուր համաձայնության՝ հարցերը հարկ է վերլուծության ենթարկել, սակայն սխալ է հարցը ելակետ դարձնել շարժառիթների վերլուծության համար, եթե հարցի պատասխանը իրականում արդարացված է: Համարվում էր, որ հարցի կարծրատիպային վերլուծությունն ավելացնում է հիվանդի անտարբերությունը կամ դիմադրությունը: Բացի այդ, դա նաև համարվում է վերլուծողի անհիմն մտահոգության նշան:

Այս հարցման արդյունքները ցույց են տալիս, որ հոգեվերլուծողները հիվանդի հարցերին պատասխանելու ընթացքում ձկունություն են ցուցաբերում: Սակայն գրականության մեջ շատ հազվադեպ կարելի է գտնել հարցերն անտեսելու կարծրատիպերի դեմ առարկումներ, որոնք լինեն այնքան պարզ, որքան Կոհութի մոտ մեր հանդիպած հակափաստարկը:

«Լռելը այն ժամանակ, երբ հարց է տրվում, կարո՞ղ է, օրինակ, ո՛չ թե չեզոքության, այլ անքաղաքավարության նշան լինել: Բնականաբար, հատուկ կլինիկական դեպքերում և համապատասխան բացատրություններից հետո վերլուծության ընթացքում հանդիպում ենք այնպիսի դեպքերի, երբ վերլուծողը չի փորձում պատասխանել կեղծ իրական հարցերին, այլ փոխարենը պնդում է դրանց տարնսֆերենտ իմաստի ուսումնասիրության վրա» (Kohut, 1971, էջ 89):

Մեկնաբանության բարձր արժանիքները, որոնք մենք միանգամայն ընդունում ենք, շատ վերլուծողների ստիպեցին անտեսել այն հանգամանքը, որ թերապիայի համար դրական մթնոլորտ է ստեղծվում այն ժամանակ, երբ հիվանդի հարցերին լրջորեն են վերաբերվում: Մեր կարծիքով, վերլուծողները դիմում են հակահարցի տեխնիկային, քանի որ վախենում են, որ հակառակ դեպքում հիվանդը կմնա մակերեսային մակարդակում: Դրա հաստատումը մենք գտնում ենք Դյուալդի (Dewald, 1972) հետազոտություններում, որոնք նվիրված են մեկ վերլուծության ընթացքին. այն սղագրված բառացի արձանագրությունների շնորհիվ առանձնահատուկ արժեք է ներկայացնում, քանզի թույլ է տալիս ձգճրիտ փորձաքննություն անցկացնել: Առաջին սեանսի վերջում մի կին հարցրեց, թե ինչ պետք է անի, եթե պարզի, որ հղի է: Դյուալդը պատասխանեց, որ հարկ է հասկանալ, թե ինչ է թաքնված այդ հարցի ետևում, որպեսզի հասկանա այլ իմաստներ, բացի այն իմաստից, որը պարունակում է հարցը: Հարցի իմաստը ակնհայտ մակերեսային մակարդակում անորոշ է մնում, իսկ վերլուծողն այլևս փորձ չի անում որևէ բան պարզաբանել այդ մակարդակում:

Ինչպես քննադատաբար նկատել է Լիպտոնը (Lipton, 1982), օգտագործելով այդ տեխնիկան՝ Դյուալդն ազդում է հիվանդի վրա այնպես, որ նրա արտահայտություններն ընդունում են չկապակցված և անտրամաբանական բնույթ: Հենց դրան էլ Դյուալդը ձգտում է՝ հուսալով այդ ճանապարհով իր ուղղակի, պատմական, գենետիկ մեկնաբանությունների համար նյութ ստանալ: Նա դրան հասնում է հիվանդի առաջին հարցին պատասխանելու միջոցով՝ ցույց տալով, որ հարցի ակնհայտ իմաստն իր համար հետաքրքրություն չի ներկայացնում, և նորից ու նորից ընդհատում է նրան սեանսի ժամանակ՝ մտքերը կամ որևէ մանրամասնություն իմանալու համար: Մենք համաձայն ենք Լիպտոնի հետ, որ վերլուծողը կարող է հասկանալ գաղտնի, լատենտ իմաստը միայն այն ժամանակ, երբ հասկանա, թե ինչ է հիվանդն իրեն ասում ակներև մակարդակում: Օգտագործելով հակահարցերը և պնդելով՝ ստանալու լրացուցիչ

գուցորդություններ՝ նախքան հարցի արտաքին իմաստը պարզաբանելը՝ Դյուալդը իրեն զրկում էր հարցի մեջ պարունակվող տրանսֆերենտ ասպեկտները հասկանալու և մեկնաբանելու հնարավորությունից: Դրան հասնելու համար հարկ է հասկանալ, թե ինչ է նշանակում հիվանդի հարցը ականերն մակարդակում, և թե որ իրավիճակային խթանն է ստիպել նրան նման հարց տալ: Այս դեպքում հենց հակահարցի կանոնն է պատճառ դառնում, որ հիվանդի ներկայիս տրանսֆերի համար կարևոր նշանակություն ունեցող նյութն անհասանելի է մնում վերլուծության համար: Ավելի ուշ պարզվեց, որ այդ կինը հարցը տալու ժամանակ արդեն երկու ամիս հղի էր:

Սակայն հակահարցի վերաբերյալ մեր մտավախությունը չի հիմնվում միայն այն փաստի վրա, որ այն միանշանակ դեպի ավելի խորը իմացության է տանում: Այս տեխնիկայի անշեղորեն կիրառումը, կարող է նաև տրանսֆերի զարգացման մեջ հանգեցնել լուրջ բարդությունների:

Գրինսոնը (Greenson, 1967, էջ 279) նկարագրում է մի հիվանդի, ում նախորդ վերլուծության փորձը անհաջող էր, հավանաբար այն պատճառով, որ վերլուծողը շատ խիստ տեխնիկա էր կիրառել, որը բացառում էր որևէ հարցի պատասխանը կամ հիվանդին որևէ բացատրություն տալը: Գրինսոնը կարողացավ վերլուծությունն ավելի արդյունավետ դարձնել՝ տեղեկացնելով հիվանդին, թե ինչու չի կարող նրա հարցերին պատասխանել: Այն, որ Գրինսոնը ընդունեց վերլուծության մեջ խոսքային կանոնների վերաբերյալ բացատրություն ստանալու հիվանդի իրավունքը (համեմատած առօրյա իրավիճակի հետ), հնարավորություն տվեց հիվանդին պատմել նախորդ վերլուծողի կողմից ստորացման և անտեսման խորը զգացմունքի մասին: Այսպիսով՝ հիվանդի բացասական տրանսֆերը, փակուղու մեջ դնելով նախորդ վերլուծությունը, հասանելի է դառնում քննարկման և մեկնաբանության համար:

Ընթերցողը հավանաբար կգարմանա, երբ իմանա, որ Ֆերենցին (հենց այն վերլուծողը, որն առաջինը հավատաց, որ պակասության վիճակները և վաղ փուլում առաջացած արատները ուղղելի են) հաղորդակցման այսպիսի զգայուն ոլորտում խստության կողմնակից էր: Այն ժամանակ, երբ նա ձևակերպում էր հակահարցի կանոնը (Ferenczi, 1950/ 1919), հակված էր թերապիայում լիցքաթափման մոդելին և խորհուրդ էր տալիս հարկադրական ֆանտազիաները կամ գերլարվածությունը դիտարկել որպես առաջացող ակտիվ տեխնիկայի մի մաս: Արդյունավետ է արդյոք մտածել մի կողմից՝ խստության, մյուս կողմից՝ ռեգրեսիվ հիվանդների խնամքի միջև կապի մասին: Ո՛չ, քանի որ մեր ժամանակակից գիտելիքները ցույց են տալիս, որ հավանաբար հարցերին պատասխանելու մերժումը, կարող է նպաստել դրան հակված հիվանդների մոտ պսիխոտիկ ռեգրեսիայի արտահայտմանը: Իհարկե, մենք չենք հաստատում, որ միայն հակահարցի կանոնն է պատասխանատու խորը ռեգրեսիայի արտահայտման համար, որով տառապող իր հիվանդներին Ֆերենցին

բուժում էր 20-ական թվականներին: Ենթադրելով, որ նա անշեղորեն հետևում էր այդ կանոնին, երբ բուժում էր ծանր հիվանդ մարդկանց (և իրականում դա այդպես էր), մենք կարող ենք, հենվելով մեր այժմյան գիտելիքների վրա, գրեթե վստահաբար ասել, որ յատրոգեն ռեգրեսիան անխուսափելի էր:

Հատկապես ուսանելի են մասնագետների մի խմբի կողմից քննարկվող տվյալները «վերլուծության ժամանակ ծանր ռեգրեսիվ վիճակների» վերաբերյալ (Weinschel, 1966): Քննարկման ընթացքում առաջատար վերլուծողների կողմից ներկայացված բազմաթիվ կլինիկական զեկույցները ստիպեցին Ֆրոշին (տե՛ս Weinschel, 1966, էջ 564, 567) վերլուծողի լռությունը գնահատել որպես ծանր ռեգրեսիան արագացնող ավելի կարևոր փաստ և խորհուրդ տալ վերլուծողին «հաճախակի խոսել» և «ավելի պատրաստակամորեն պատասխանել հարցերին», երբ աշխատում են այն հիվանդների հետ, որոնց վիճակը տագնապ է առաջացնում: Այս հետևությունն ակնհայտ դարձավ, երբ ընդունվեց, որ հակահարցի՝ անշեղորեն կիրառումը և լռության կիրառումը, որպես ընդհանուր տեխնիկական միջոց և որպես առանձին հարցերի և խնդրանքների պատասխան, մասամբ պատասխանատու են յատրոգեն վնասի համար: Սակայն տարբեր պատճառներով ընդունելի ձկունություն կիրառելը հեշտ չէ: Եթե դուք պարզապես կանոնների համաձայն եք բուժում, ձեր պարտավորությունները հարկադրում ենք հիվանդներին: Եթե ընդունում եք կանոններն առանց ավելորդ իրարանցման, ուրեմն դուք չեք նկատում դրա մեջ թաքնված մանիպուլյացիոն միտումը: Միայն երբ հրաժարվում եք կանոնին խստորեն հետևել և ինքներդ եք որոշում՝ ինչպե՞ս, ե՞րբ, և ընդհանրապես պատասխանե՞լ արդյոք հիվանդի հարցին, դուք գիտակցում եք ձեր պատասխանատվությունը: Սակայն կանոնի համակարգի կողմնակիցների դիտարկմանը մանիպուլյացիա կատարում է հենց ձկուն վերլուծողը, նույնիսկ եթե գործնականորեն և գիտականորեն նա արդարացնում է իր որոշումները: Նույնիսկ այն, ինչը նպատակաուղղված և դրականորեն է ազդում հիվանդի վրա, մանիպուլյացիա է: Համապատասխանաբար, Ֆրոշը վերլուծողներին խորհուրդ է տալիս ցուցաբերել ձկունություն անհանգստություն ներշնչող հիվանդներին բուժելու տեխնիկայում՝ ասելով, որ դա պետք է ներառի «մանիպուլյացիա» (օրինակ՝ բուժիչ սեանսների ժամանակ նստած դիրք պահպանելը, անձնական հեռախոսահամարի տրամադրումը, հոգեմետ դեղամիջոցներ նշանակելը կամ սեանսների հաճախականության փոփոխումը): Սակայն կանոնների համակարգը դեռ իր վերջին խոսքը չի ասել:

«Եթե մթնոլորտը, դրվածքը և մտածելակերպը ի սկզբանե վերլուծական են, ես կարծում եմ, որ հարթ, աննկատ անցումը դասական հոգեվերլուծական տեխնիկային լիովին բնական կլինի, իսկ բուժման սկիզբը հետզհետե ու շարունակաբար կմիաձուլվի հետագա թերապիային» (Weinschel, 1966, էջ 567):

Քանի որ խիստ կանոնների համակարգի համատեքստում կիրառվող հակահարցը, որը, օրինակ, քարոզում են Մենինգերը և Հոլցմանը (Meninger, Holzman, 1958), թերապիայի յուրաքանչյուր փուլում և ոչ միայն ռիսկի խմբի հիվանդների մոտ կարող է անբարենպաստ կողմնակի ազդեցություն ունենալ. մթնոլորտի ստեղծումը, ինչպես դա մանրամասն նկարագրված է Ֆրոշի մոտ, միշտ որոշիչ նշանակություն ունի: Յուրաքանչյուր առանձին դեպքի համար սահմանված թերապևտիկ միջոցների խառնուրդը պետք է հարմարեցվի այնպես, որ ապահովի հոգեվերլուծական բուժման նպատակի իրականացումը, մասնավորապես՝ տրանսֆերի և դիմադրության մեկնաբանության միջոցով հասնի կառուցվածքային փոփոխության: Այնուհետև կանցկացվեն հոգեվերլուծություններ, որոնց ընթացքում վերլուծողը շատ հարցեր անպատասխան կթողնի, շատ հարցեր էլ լուծում կստանան: Թերապիայի դասակարգումը օժանդակող, արտահայտիչ և խիստ վերլուծողական դասերի կասկածելի է դառնում: Եկեք ուսումնասիրենք Զ. և Ռ. Բլանկների (G.Blanc, R.Blanc, 1974, էջ 330) կողմից մեջբերած հետևյալ հակիրճ երկխոսությունը:

Պարոն Ֆորեստեր. «Ես զգում եմ, որ բոլորին այսօր ասում եմ, հատկապես կանանց» (դադար) «Դուք երբեք չեք առարկում, երբ այդպես եմ ասում»: (դադար) «Դուք շատ կոպիտ եք: Ես տխուր եմ: Ինչո՞ւ ոչինչ չեք ասում»:

Թերապևտ՝ «Կասեն: Ես դեմ չեմ, երբ դուք ասում եք այն, ինչ զգում եք»:

Այստեղ կարևոր է ոչ թե միջամտության բովանդակությունը, այլ Բլանկի պնդումը, որ սահմանային հիվանդների բուժման ընթացքում թույլատրելի է՝ ի տարբերություն հոգեվերլուծական տեխնիկայի. փոխզիջման գնալ խնդրանքին և մեկնաբանել ասվածը: Հակահարցի տեխնիկայի մեր փորձը մինչև այժմ թույլ չի տալիս այն համարել լավ հիմնավորված տեխնիկական կանոն:

7.4.2 Համագործակցությունը և դիսկուրսը կարգավորող կանոնները

Հարցեր տալը և դրանց պատասխանելը խոսքային վարք է՝ ուղղված դիադային կառուցվածք ստեղծելուն՝ ի հակադրություն մենախոսության նմուշներին, երբ հիվանդը զբաղված է ազատ գուգորդություններով: Հակահարցի կանոնի նպատակն է մենախոսության շրջանակ վերադարձնել համագործակցությանն ուղղված հիվանդի՝ խոսքային գործողությունների կադապարները: Որպեսզի հնարավոր լինի հասկանալ առօրյա խոսակցական կանոններից հեռանալու իմաստը, հարկ է ծանոթանալ համագործակցության և դիսկուրսի կանոններին, որոնք յուրաքանչյուր անձի համար ձևավորում են փորձի և սպասումների սահմաններ: Մենք կսահմանափակվենք խոսքային գործողությունների այն կադապարներով, որոնք «հարց ու պատասխան» թեմային են վերաբերում:

Օստինը (Austin, 1962) խոսքային ակտերի իր տեսության մեջ ելնում է այն դիտարկումից, որ իրերը բառերի միջոցով են ստեղծվում: Խոսքային գործողությունների կաղապարներն ընդգրկում են գործողության հատուկ ուղիներ, որոնք հասանելի են իրականությունը փոփոխող միջամտությունների համար (Ehlich, Rehbein 1979): Սակայն խոսքը գործողության արդյունավետ միջոց դառնալու համար պետք է համապատասխանի գոյություն ունեցող միջանձնային պարտականություններին, որոնք կարելի է նկարագրել որպես քննարկման կանոններ: Քննարկման այս կանոնները մասամբ կախված են խոսքային գործողության սոցիալական համատեքստից (այն, ինչ օգտագործվում է դատարանում, չի օգտագործվում 2 ընկերների միջև զրույցի ժամանակ) և հակառակը, տվյալ սոցիալական իրավիճակը մասամբ որոշվում է քննարկման համապատասխան կանոններով: Հոգեվերլուծության տեսանկյունից, ընդլայնելով այդ դիտարկումը, կարելի է ասել, որ թաքնված և պարզ բանականության կանոնները օգնում են բնորոշել ոչ միայն ակնհայտ սոցիալական իրավիճակը, այլ նաև դրա լատենտ ռեֆերենտային դաշտը, այսինքն՝ տրանսֆերը և հակատրանսֆերը:

Յուրաքանչյուր բովանդակալից երկխոսության կայացման համար, գործընկերներից յուրաքանչյուրը պետք է պատրաստ լինի (և պետք է ենթադրի, որ մյուսը պատրաստ է) ընդունել տվյալ սոցիալական իրավիճակում գործող դիսկուրսի կանոնները և պետք է ձգտի համապատասխանաբար ձևակերպել իր ներդրումները (համագործակցության ընդհանուր սկզբունքը առաջ է քաշվել Գրայսի կողմից (Grice, 1975): Եթե դիսկուրսը խախտվել է թյուրըմբռնման կամ կանոններին չհետևելու պատճառով, ապա պետք է հնարավոր լինի նախորդ երկխոսության մասին մետահաղորդակցություն, որի միջոցով հնարավոր է խուսափել խոչընդոտներից: Օրինակ՝ մասնակիցներից մեկը կարող է պնդել հետևել կանոններին (օրինակ՝ «Ես հարց տվեցի, բայց դուք ինձ չպատասխանեցիք»): Նման մետահաղորդակցման մեջ նախկինում ենթադրվող կանոնները, որոնք խախտվել են, կարող են պարզաբանվել: Երբեմն այսպիսի իրավիճակը կարող է օգտագործվել կանոնները նորովի սահմանելու նպատակով, և այս դեպքում սոցիալական բովանդակությունը, ինչպես նաև տրանսֆերն ու հակատրանսֆերը նույնպես կարող են փոփոխվել: Գրինսոնի դեպքում (Greenson, 1967, էջ 279), որը հիշատակեցինք վերը, մենք վերլուծողի միջամտությունը դիտում ենք որպես դիսկուրսի մասին նմանատիպ հաղորդակցման օրինակ. հակահարցի կանոնը պարզորեն ներմուծված և բացատրված է, և այսպես վերլուծողը հիվանդին ազատում է այն մտահոգությունից, թե վերլուծողն կամայականորեն է իրեն բուժում, այսինքն՝ չի հետևում համագործակցության ընդհանուր կանոնին: Տրանսֆերենտ հարաբերություններն ազատվում են ագրեսիվ լարվածությունից:

Յուրաքանչյուր խոսքային ակտի մեջ համագործակցության ընդհանուր սկզբունքը լրացվում է հետագա հատուկ կանոններով՝ խոսքային ակտի

նպատակին համապատասխան, որը թույլ է տալիս հասցեատիրոջը հասկանալ դա, (այսինքն՝ տարբերակել հարցը խնդրանքից ու մեղադրանքից) և համապատասխան հակազդում սահմանել: Այսպիսով, օրինակ, հարցին պատշաճ հակազդումը կա՛մ պատասխան է, կա՛մ էլ հարցին չպատասխանելու պատճառ: Այժմ դիտարկենք լուրջությունն ու հակահարցը դիսկուրսի մի քանի կանոններին համապատասխան:

Երբ վերլուծողը հիվանդի հարցին լուրջամբ է պատասխանում, ապա լուրջությունն իմաստ է ստանում: Քանի որ լուրջությունը կարող է տարբեր կերպ մեկնաբանվել, հիվանդը մեծ հնարավորություններ ունի, և դրանց ընտրությունը կախված է իրավիճակային համատեքստից և տրանսֆերի ընթացիկ ձևից: Դիսկուրսի կանոնների սահմաններում հիվանդը պետք է ենթադրի, որ վերլուծողը կա՛մ չի ցանկանում համագործակցության ընդհանուր կանոնին հետևել, կա՛մ էլ իր լուրջամբ վերլուծողը ցանկանում է իրեն հայտնել, որ իր արտահայտությունը հարցի վերածելու նախնական պայմաններից մեկը կատարված չէ: Եթե հիվանդը ենթադրի առաջինը, դա կարող է հանգեցնել բուժման ընդհատմանը: Դա տեղի չի ունենա, եթե տրանսֆերի շնորհիվ հիվանդը պատրաստ լինի ընդունել այնպիսի հարաբերություններ, որոնց պարագայում վերլուծողը իրեն կարող է անքաղաքավարի պահել: Այդ դեպքում վերլուծողն իր լուրջամբ նպաստում է կանայական ռեժիմին հարող տրանսֆերի կաղապարի ձևավորմանը կամ առնվազն դրա ամրապնդմանը: Սակայն եթե հիվանդը ենթադրում է, որ հավանական է երկրորդ տարբերակը՝ նա կհամարի, որ լուրջան միջոցը, որով «փոխանցվում» է այդ տեղեկությունը, չափազանց անքաղաքավարի է, որն էլ, անկասկած, իր հետևանքները կունենա տրանսֆերենտ հարաբերությունների վրա:

Համեմատաբար բարենպաստ իրավիճակ դեռևս կարող է զարգանալ, եթե հիվանդը լուրջությունը գնահատի որպես վերլուծողի մոտ պահանջվող տեղեկության բացակայություն: Այս դեպքում տրանսֆերի հետևանքները կարող են հանդես գալ որպես հիվանդի գնահատմամբ վերլուծողի կատարելության աղձատում:

Ֆերենցիի հակահարցի տեխնիկան, հատկապես երբ այն ընդունվում է առանց բացատրությունների, հիվանդի կողմից կարող է ընկալվել այնպես, ասես վերլուծողը չի ցանկանում կիսվել պահանջվող տեղեկություններով, թեև ունի այդ տեղեկությունները: Իրոք, գոյություն ունեն սոցիալական համատեքստեր, որտեղ խոսողի և լսողի հարաբերությունը ասիմետրիկ է (հաճախ համապատասխանում է իշխանության բաշխման անհավասարությանը) և արտահայտվում է տեղեկությունը փոխանցելու ցանկության բացակայությամբ: Օրինակ՝ դատարանում մեղադրյալին արգելվում է դատավորից տեղեկություն հարցնել (բացառությամբ ասվածը բացատրելու խնդրանքից), բայց հակառակն անկասկած թույլատրելի է: Ֆերենցիի կանոնը (նույնիսկ Գրինսոնի կանոնի ձևափոխմամբ) հանգեցնում է նրան, որ վերլուծական շրջանակը ներկայանում է որպես փոխազդեցության

դաշտ, որտեղ ոչ մի տեղեկության խնդրանք հիվանդի կողմից թույլատրելի չէ: Հիվանդը այս արձագանքը տարբեր կերպ է միակցում իր տրանսֆերենտ երևույթներին՝ կախված իր դիրքորոշումից:

Հնարավորություններից մեկը կարող է այն լինել, որ հիվանդը վերլուծական շրջանակը պատկերացնի որպես դատարանի դահլիճ: Եթե նա ունի տրանսֆերի այդպիսի դիրքորոշում, ապա կարելի է ենթադրել, որ համագործակցության ընդհանուր սկզբունքը այստեղ չի պահպանվում: Մենք արդեն դիտարկել ենք այս հնարավորությունը վերլուծողի լուրջության դեպքերը քննարկելու ժամանակ: Վտանգը հատկապես մեծ է սկզբնական փուլում, երբ հիվանդը դեռ չի կարողանում ըմբռնել հոգեվերլուծական կանոնների իմաստը:

Մի փոքր այլ իրավիճակ է առաջանում, եթե վերլուծողը հետևում է Գրինստոնի ենթադրությանը և հիվանդին բացատրում է հակահարցի տեխնիկայի նպատակը: Նման բացատրությունը երկար ազդեցություն չի թողնում, սակայն ամրապնդում է աշխատանքային հարաբերությունները, հատկապես եթե կանոնների մասին տեղեկությունները հարստացվում են մեկնաբանություններով:

Կցանկանայինք ի մի բերել խոսքային ակտի տեսության վերաբերյալ մտորումները. հիվանդը վերլուծության մեջ է մտնում՝ դիսկուրսի մասին ենթագիտակցական գիտելիքներով որոշ չափով զինված, որոնք հիմնականում վերցված են առօրյա կյանքից: Ամեն անգամ, երբ վերլուծողը շեղվում է դիսկուրսի առօրյա կանոններից և ուղղակի կամ անուղղակի կերպով նոր կանոններ է մտցնում, հիվանդի մոտ կարող է նյարդայնություն առաջանալ. դա կազդի հիվանդի մոտ զարգացող տրանսֆերի վրա: Այս կերպ վերլուծողը ուղղորդում է հիվանդին դեպի տրանսֆերի կաղապար, որը համապատասխանում է դիսկուրսի նոր կանոններին: Թե տրանսֆերի ո՞ր ձևն է առաջանում, կախված է հիվանդի տրանսֆերենտ դիրքերից:

7.4.3 Օբյեկտ գտնելը և երկխոսությունը

Խոսքային ակտի տեսությանը և հատկապես հարցի խոսքային կաղապարին, պատասխանին և հակազդմանը մեր կողմից արված հղումները ցույց են տալիս, որ դիսկուրսի կանոնները կազմում են երկխոսության մասնակիցների կողմից փոխկապակցված հակազդումների բավականին տարբերակված համակարգ: Գիտենք, որ նմանատիպ փոխկապակցված և կոորդինացված համակարգ գոյություն ունի մոր և երեխայի միջև ոչ խոսքային մակարդակում: Ռենն Շպիցը (Renn Spitz, 1965) մոր և երեխայի միջև այս կապն անվանում էր երկխոսություն, և այդ երկխոսության իմաստը որպես նախնական պայման է ընդունվում. այն երեխային հնարավորություն է տալիս հասնել օբյեկտի ներքին կայունության: Հաջորդ բնական քայլը վերլուծության ընթացքում խոսքային երկխոսության վերաբերյալ

Շպիցի նկատառումների կիրառումն է, որը ինչպես ենթադրվում է, վերջիվերջո, պետք է տանի դեպի Ես-ի և օբյեկտի պատկերման վերակառուցմանը:

Ըստ Շպիցի՝ մոր և երեխայի երկխոսության ընթացքում փոխկապակցվում են ոչ միայն գործողության կադապարը, այլ նաև դրանց նախորդող և ընթացիկ ազդեցությունները: Այնպես չէ, որ մայրը կարող է կամ նույնիսկ պետք է առավելագույնս բավարարի երեխայի յուրաքանչյուր ցանկությունը, այլ երկխոսությունը բավականին հաճախ պետք է ընթանա երեխայի համար բավարար հունով, որպեսզի նպաստի օբյեկտի հետ լավ հարաբերությունների պատկերի զարգացմանը (*nihil est in intellectu quod non prius fuit in sensibus* – ինտելեկտում չկա ոչինչ, ինչը նախապես չի եղել զգացողություններում):

Մյուս կողմից՝ երեխայի կադապարը (օբյեկտի հետ հարաբերությունների նրա ունեցած պատկերը) դառնում է տարբերակված, քանի որ մայրը խուսափում է կատարել երեխայի բոլոր ցանկությունները, և այդպիսով երեխան սովորում է տիրապետել իր իմպուլսներին և հաղթահարել (սկզբում միայն ժամանակավորապես) իրական մարդու բացակայությունը՝ առանց հուզարտահայտության:

Նախախոսքային երկխոսության (ինչպես դա նկարագրել է Շպիցը) համանմանությունը «հարց-պատասխան-արձագանք» կադապարին բավականին պարզ է: Անմիջական պատասխանի և արձագանքի միջև ձգվածությունը աղել է բավարարվածության և ֆրուստրացիայի միջև: Մոր նման վերլուծողը պետք է նրանց միջև ձիշտ համադրություն գտնի, եթե նա ցանկանում է նպաստել հիվանդի վիճակի բարելավմանը: Այստեղ պարզ է դառնում, որ հակահարցի կանոնին խստորեն հետևելը խնդրի լուծման չափազանց հեշտ ձևն է միայն: Որոշ հարցերին անհրաժեշտ է պատասխանել հիվանդի հարցադրման մակարդակում, եթե ցանկանում ենք հեշտացնել առողջ աշխատանքային հարաբերությունների զարգացումը: Մի շարք պատճառներով կարող է առաջանալ որոշակի ֆրուստրացիա, օրինակ, վերլուծողի կողմից պատասխանը չիմանալու կամ իր անձնական կյանքի ոլորտը պաշտպանելու նրա ցանկության պատճառով (նույն կերպ, ինչպես մայրը պետք է իրեն պաշտպանի երեխայի ներկայացրած ավելորդ պահանջներից), ինչպես նաև այն պատճառով, որ միանգամայն բնական ֆրուստրացիաները նպաստում են հիվանդի հարաբերությունների կադապարների տարբերակմանը, որոնք ձգգրիտ կերպով արտացոլում են իրականությունը: Այդ ճանապարհով վերլուծողը լիովին մնում է առօրյա դիսկուրսի կանոնների սահմաններում:

Մենք չենք պնդում, որ վերլուծողը պարտավոր է առօրյա դիսկուրսի կանոններին հետևել հիվանդի հարցերին պատասխանելու ժամանակ կամ ընդհանրապես թերապևտիկ շրջանակում: Սակայն մենք ցանկանում ենք ընդգծել, որ ուղղակի ու անուղղակի կանոնները, որոնք վերլուծողը ներկայացնում է իր տեխնիկայի միջոցով, հիվանդի տրանսֆերի գործընթացի

կարևոր դետերմինանտներն են: Ֆլադերը և Գրոզիցկին (Flader, Grodzicki, 1978) ենթադրում են, որ հիմնարար կանոնը և աբստինենցիայի կանոնը առաջացնում են տրանսֆերներ, որոնք կրկնում են երեխայի վերաբերմունքը այն մարդկանց նկատմամբ, որոնցից նա կախում է ունեցել: Իհարկե, չկա մայր, որը խուսափի պատասխանելուց կամ ընդհանրապես չպատասխանի իր երեխայի հարցերին, և նման յատրոգեն բաղադրիչները պետք է քննարկվեն կրկնության մեջ (տե՛ս գլուխ 2): Բացի այդ, կրկնությունը տեղի է ունենում նաև ավելի բարենպաստ պայմաններում: Վերը քննարկվող կարծրատիպը բացարձակապես չի ստեղծում արդյունավետ մթնոլորտ, որպեսզի հիվանդն այսօր կարողանա գտնել ավելի լավ պատասխաններ, քան նա գտնում էր անցյալում: Վերլուծողը պետք է մանրամասն գնահատի հիվանդի դիմադրությունը առօրյա դիսկուրսի կանոններից շեղվելու դեպքում, և կանխատեսի դրա հետևանքները փոխանցման հարաբերությունների համար:

Վերլուծական երկխոսության յուրօրինակ հնարավորությունները բխում են այն փաստից, որ նրան բնորոշ դիսկուրսի կանոնները ինչ-որ իմաստով ավելի լայն են, քան առօրյա շփման կանոնները: Մասշտաբի այդ ընդլայնման նպատակը, որտեղ մեկնաբանությունը հանդես է գալիս որպես միակ, ամենակարևոր բաղադրիչ, անգիտակցականը գիտակցական ոլորտ բերելն է: Այդպիսին է և հակահարցի կանոնի նպատակը, որը, սակայն, չի իրականանում, եթե կանոնը խստորեն է կիրառվում: Սակայն եթե վերլուծողը ուղղակի, ըստ սովորության է պատասխանում հիվանդի հարցերին, նա իր աշխատանքը պատշաճ չի կատարում. նա պետք է հասկանա, թե ինչ է անգիտակցաբար թաքնված այդ հարցի ետևում: Ֆլադերը և Գրոզիցկին (Flader, Grodzicki, 1978) պնդում են, որ վերլուծողը պետք է, վերջիվերջո, պատասխանի այն հարցերին, որոնք հիվանդը դեռևս գիտակցաբար չի կարող տալ: Օրինակի միջոցով կբացատրենք, թե ինչ նկատի ունենք. միայնակ մնալուց վախեցող երեխան հարցնում է հեռացող մորը. «Ե՞րբ կվերադառնաս»: Մայրը կպատասխանի հարցին և հավանաբար մի քանի սփոփիչ խոսք կավելացնի: Հիվանդը, որ վերլուծողին նույն հարցն է տալիս ամառային արձակուրդից առաջ, հավանաբար կլսի հետևյալ բացատրությունը. «Դուք դա այժմ հարցնում եք, որպեսզի համոզված լինեք, որ կվերադառնամ, և որ ձեր զայրույթն իմ հեռանալու կապակցությամբ չի վտանգի մեր հարաբերությունները»:

Այս կերպ վերլուծողը մասամբ խուսափում է հարցին պատասխանելուց (չնայած այս օրինակում նկատի ունենք, որ վերլուծողը վերադառնալու է): Այսպիսի խուսափողականությունն իր մեջ ֆրոստրացիա է պարունակում: Այսպիսով՝ դրա փոխարեն վերլուծողը հիվանդի հետ մետահաղորդակցման հատուկ ձև է հաստատում, որն օգնում է պարզաբանել փոխանցման մեկնաբանության ընթացքում հիվանդի մոտ առկա անգիտակցական բաղադրիչները՝ դրանով իսկ պատասխանելով այն հարցին, որը հիվանդը

չի կարողանում արտահայտել. «Ինչո՞ւ եմ ես այսքան ագրեսիվ և ինչո՞ւ չեմ կարողանում արտահայտել ագրեսիաս»:

Զգալով, որ վերլուծողը հասկացել է իրեն այս մեկնաբանությունը տալով և այս կերպ սովորելով ինքն իրեն ավելի լավ հասկանալ՝ հիվանդը ստանում է որոշակի բավարարվածություն, որը սակայն օգնում է նրան հաղթահարել սեփական կոնֆլիկտները: Այս կերպ նա փոխհատուցվում է ֆրոստրացիայի համար, որն առաջացել էր իր հարցին ուղիղ պատասխանելու վերլուծողի մերժման հետևանքով: Սակայն այս փուլին հասնելու համար, այսինքն՝ որպեսզի վերլուծողն օգտակար մեկնաբանություն անի, նախ անհրաժեշտ է թերապևտիկ հարաբերություններ հաստատել գիտակցական, անգիտակցական և տրանսֆերի բաղադրիչների հետ:

Այս զարգացմանը վերլուծողը նպաստում է իր բոլոր կատարած և չկատարած գործողություններով: Անհանգստություն ներշնչող հիվանդների դեպքում հակահարցի կանոնին խստորեն հետևելը մեծացնում է չարորակ ռեգրեսիայի վտանգը կամ սահմանափակում է նրանց կողմից մեկնաբանության ընկալումը: Մյուս կողմից՝ թերապևտիկ նպատակին հասնել հնարավոր չի լինի նաև առօրյա դիսկուրսի կանոններին հետևելով: Կարևոր է, որ վերլուծողը պարզություն հաստատի այն հարցերում, թե ինչ արդյունքի կհանգեցնի իր միջամտությունը, և հաշվի առնի հիվանդի հակազդումները հետագա միջամտությունների դեպքում:

8 ՄԻՋՈՑՆԵՐ, ԵՂԱՆԱԿՆԵՐ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐ

8.1 Ժամանակը և վայրը

Շատ սոցիալական իրադարձություններ հիմնված են ժամանակի և վայրի կարգերի վրա: Կանոնավոր կերպով կազմակերպվող ակումբային երեկոները, չորեքշաբթի օրերին Ֆրոյդի բնակարանում անցկացվող հանդիպումները, կիրակնօրյա եկեղեցի այցելությունները և ամեն տարի միևնույն վայրում անցկացվող ամառային արձակուրդները կենսաբանորեն և հասարակայնորեն պայմանավորված կյանքի ռիթմի մի քանի օրինակներ են միայն: Կանոնավորությունը կարող է ամրապնդել ինքնությունը: Այժմ կուզեինք փորձառության կազմակերպման վերաբերյալ այս տեսանկյունից քննության առնել բուժման հաճախականության խնդիրը:

Նույնիսկ եթե Ֆրոյդը ներկայացրեց իր՝ «կոնկրետ ժամի վարձակալման սկզբունքը» գործնական նպատակով, ամենօրյա սեանսը, այնուամենայնիվ, կարևոր էր՝ կանխելու բուժման՝ «ներկայի հետ կապի կորուստը»: Սա ասելով նա նկատի ուներ հիվանդի կյանքը վերլուծությունից դուրս (1913 թ, էջ 126-127): Այնուամենայնիվ, պետք է նաև հաշվի առնել այն փաստը, որ բուժումն ինքնին կարող է դառնալ հիվանդի ներկան, ասել է թե՛ նրա կյանքի վճռական գործոնը: Վերջերս շատերի կողմից նկատվում է Ֆրոյդի օրական սեանսներից հրաժարվելու և ինտենսիվության տարբեր մակարդակների վերլուծությունների դիմելու միտումը: Այս միտումը պատճառաբանվում է ռազմավարական նկատառումներով, այսինքն՝ լուծումներ փնտրելիս հարմարվողականություն դրսևորելու փորձերով:

Բուժման ժամանակավոր ինտենսիվության հիմնական չափանիշը դիտարկում է, թե կառուցման, առձակատման և հարմարեցման որ համակցությունն է օպտիմալ բուժման գործընթացի համար՝ հաշվի առնելով վերլուծողի մասնակցությունը և դիտարկումը, ինչպես նաև վերլուծական շրջանակից դուրս հիվանդի կյանքի կարևոր դրվագները, սեանսների միջև ժամանակահատվածում դրանց հարմարվելու կարողությունը և բուժման նպատակները (Furstenau, 1977, էջ 877):

Ալեքսանդերը և Ֆրենչը (Alexander, French, 1946, էջ 316) առաջարկեցին կարգավորել տրանսֆերի ինտենսիվությունը՝ սեանսների հաճախության փոփոխման միջոցով, ինչը, սակայն, լուրջ դիմադրության արժանացավ: Այդ դեպքում ի՞նչն է մեզ դրդում է պահպանել նախապես ընտրված հաճախականությունը և այդ կարգը փոփոխել միայն երկարատև և պատշաճ կշռադատումից հետո: Սա առաջ է քաշում մի հետաքրքիր դրույթ. մի կողմից սեանսների հաճախականությունը փոփոխական է՝ կախված բուժման կառուցման տարրերի բարենպաստ համակցությունից, առերեսումից և նույնականացումից, սակայն, մյուս կողմից, մեկ անգամ հաստատվելուց հետո, այն անկախ փոփոխականի բնույթ է ստանում, այսինքն՝ դառնում է

հաստատված կանոնակարգի մի մասը, մի օբյեկտ, որի շուրջը կարող են բյուրեղանալ հարաբերություններում առկա կոնֆլիկտները: Համաձայնեցված ժամանակը դառնում է մարտադաշտ՝ ընդգրկելով երկու կողմերի ամենատարբեր շարժառիթները: Սրա՝ կոնֆլիկտի առիթի վերածվելու հավանականությունն այնքան մեծ է, որքան վերլուծողի լռությունը: Վերլուծողի սենյակում սեանսների ժամանակացույցին հետևելը էական համընդհանուր պահանջ է, հետևաբար այն հիվանդի անգիտակցական հարձակումների թիրախն է դառնում: Սա շատ նուրբ ոլորտ է, քանի որ հիվանդը կարող է սպառնալ վերլուծողի ինքնիշխանությանը՝ հարձակում գործելով նրա ժամանակի տնօրինման և կազմակերպման հիմքերի վրա: Որքան ավելի անկոտրում լինի վերլուծողը սահմանված սեանսների հաճախականությունը պաշտպանելիս, այնքան ավելի ինտենսիվ կարող է դառնալ պայքարը:

Հաճախականության կարգավորումը մի խնդիր է, որը միայն վերապահումներով է դուրս բերվում տեխնիկայի տեսությունից: Վեց, հինգ, չորս, երեք, երկու ժամերի կամ մեկ ժամի սահմանումը շաբաթվա մեջ թույլ չի տալիս ոչ մի կանխատեսում անել հետագա այն գործողությունների վերաբերյալ, որոնք բուժումը հնարավոր կդարձնեն ամենատարբեր պայմաններում, ինչպես դա նկարագրում է Ռենգելը (Rangell, 1981) իր տասներկուամյա փորձից բերված օրինակներով: Հաճախականությունը, իհարկե, ազդում է անգիտակցական գործընթացների ծավալման համար գոյություն ունեցող տարածության չափերի վրա: Սա մեզ տանում է դեպի բեմի փոխաբերությունը, որը մենք, ինչպես Շարպը (Sharpe, 1950, էջ 27) և Լոեվալդը (Loewald, 1975), լուրջ ենք ընդունում: Բեմի չափերը, այսինքն՝ գործողության համար հատկացված տարածքը, ընդհանուր շրջանակ է առաջարկում, սակայն բեմադրողից ավելին է պահանջվում, քան դերասաններին պարզապես բեմում տեղավորելը: Լոեվալդը (Loewald, 1975, էջ 278-279) տրանսֆերի ներոգը համեմատում է դրամայի հետ, որը ստեղծում է հիվանդը վերլուծողի հետ միասին: Միևնույն ժամանակ մեծ հետաքրքրություն է առաջացնում այն, թե յուրաքանչյուր հիվանդի որքան ժամանակ է անհրաժեշտ, որպեսզի վերլուծական հարաբերություններում բեմադրի իր անգիտակցական կոնֆլիկտները: Այսօր, թվում է, ակնհայտ է, որ ստանդարտացված սահմանումները, օրինակ՝ առնվազն 4 ժամը, այն նվազագույն ժամանակահատվածն է, (որը հնարավորություն է տալիս տրանսֆերի ներոգին զարգանալ) հոգեվերլուծության՝ օրթոդքսալ ընկալման մնացորդներն են: Ամենուրեք, որտեղ իրական տնտեսական պատճառների հետևանքով շաբաթական ժամաքանակի կրճատումը անհրաժեշտ է, ինչպես, օրինակ, Ֆրանսիայում, որտեղ վերլուծությունները սովորաբար շաբաթական 3 սեսսնով են անցկացվում, երևում է, որ վերլուծական ակտիվությունն ուղղակիորեն կախված չէ այս արտաքին գործոնից: Երբեմն թերապևտիկ գործընթաց հնարավոր է իրականացնել, միայն այն դեպքում, երբ բուժումը շատ հաճախ է իրականացվում (շաբաթական 5 կամ 6 սեսսն): Նման դեպքերում այս հաճախակա-

նությունը միանգամայն արդարացված է: Այնուամենայնիվ, մենք հավատում ենք, որ ներկայումս միասնականացումը մթագնում է հոգեվերլուծական միտքը՝ կանխելով անհատական դեպքերի ցանկացած օբյեկտիվ քննարկում, օրինակ՝ հիվանդի պահանջած շաբաթական սեանսների թվի խնդիրը:

Այն կարծիքը, թե բոլոր հիվանդների համար հավասարաչափ սահմանված սեանսների հաճախականությունը թույլ է տալիս ավելի բավարար կերպով սահմանազատել ստանդարտացված շրջանակի առումով ունեցած անհատական տարբերությունները, համարում ենք սխալ և կանոնների սահմանափակ ըմբռնումից բխող: Իր՝ հոգեվերլուծական գործընթացի համեմատության և մանրադիտակային հետազոտության համար նմուշի պատրաստման մեջ, որը պահանջում է ճշգրիտ գործընթացի իրականացում արդյունքների համեմատելիության նպատակով, Բախրախը (1983) թույլ տվեց լրջագույն սխալ՝ համարելով, որ նույնական տվյալներ կարելի է հավաքել սոցիալական իրավիճակից՝ գործի դնելով արտաքին գործընթացների սահմանված ընթացակարգը: Ինչպես մենք նշել ենք, վերլուծելիության հարցը քննարկելիս նման արտաքին գործընթացների յուրահատուկ իմաստի՝ փակագծերից դուրս բերումը պատրանք է ստեղծում:

Հաճախականության կարևորությունը և բուժման ցանկալի ինտենսիվությունը կարող է պատշաճ կերպով ընկալվել միայն այն դեպքում, եթե կլինիկական և տեսական քննարկման առարկա է դառնում այն հարցը, թե ինչպես է վերլուծվողը վերլուծության ընթացքում համակերպում իր կենսափորձն այն ամենի հետ, ինչը դուրս է վերլուծության շրջանակներից: Հիվանդները, որոնց երկար ժամանակ է հարկավոր առանձին սեանսների միջև կապ ստեղծելու համար և որոնք յուրօրինակ պաշտպանիչ պատիժի ետևում են թաքնվում՝ խոչընդոտելով ինքնավերլուծության գործընթացի զարգացմանը, բուժման ավելի մեծ հաճախականության կարիք ունեն, քան այն հիվանդները, որոնք ավելի շուտ են զարգացնում և կիրառում այս ունակությունը: Այդպիսով՝ «վերլուծական տարածությունը», (Virdman, 1979) բացի կոնկրետ բուժման ժամանակաշրջանից, վերաբերում է նաև վերլուծական գործընթացի հետևանքով բացահայտված ներհոգեկան զգացմունքների աշխարհին: Սրա մասին Ֆրոյդը գրել է (Freud, 1913, էջ 459). «Թեթև կամ առաջընթաց արձանագրող շարունակական բուժման դեպքերում շաբաթական 3 ժամը բավական է»:

Ուսուցման ընթացքում գտնվող վերլուծողների համար առաջ են գալիս հատուկ խնդիրներ. օրինակ՝ նրանցից պահանջվում է հետևել շաբաթական 4 սեանս հաճախականությանը: Եթե հիվանդը ցանկանում է հաճախականությունը նվազեցնել մինչև 3 կամ նույնիսկ 2 սեանսի, իրավիճակի ամբողջական քննարկումից հետո հաճախ հնարավոր չէ խուսափել հիվանդի այն հարցից, թե արդյոք ավելի քիչ սեանսները բավական չե՞ն, և ինչո՞ւ հնարավոր չէ անգամ փորձել հաճախականությունը նվազեցնել: Շատ դեպքերում և իրավիճակներում համոզիչ փաստարկներ չկան, փոխարենը, ուսուցում անցնող վերլուծողը պետք է պնդի շաբաթական 4 սեանսի տարբերակը,

որպեսզի որպես հոգեվերլուծող արժանանա պաշտոնական ճանաչման: Նա կանգնում է դժվար որոշման առջև: Եթե նա համաձայնի սեանսների թվի սահմանափակմանը, ապա վերլուծական գործընթացը կշարունակվի փոփոխված պայմաններում, ինչը հաճախ կարող է նույնիսկ ավելի արդյունավետ լինել, քանի որ հիվանդն ունենում է ավելի շատ ինքնավարություն: Նման պարագայում վերլուծողը կարող է ընկնել զգալի բեռի տակ, քանի որ շաբաթական 3 սեանսով վերլուծությունը չի ընդունվի, և հետևաբար, ուսուցման տևողությունը զգալիորեն կերկարի 3 կամ ավելի տարով: Ամենավատն այն է, երբ հաճախականության համար պայքարը վերլուծության դադարեցմամբ է ավարտվում: Սակայն եթե հիվանդը ընդունում է սահմանված կարգը, առանց համոզվելու դրա ճշտության մեջ, ապա վերլուծական գործընթացը, գոնե ժամանակավորապես, դառնում է մեծ լարվածության առարկա՝ վտանգելով թերապևտիկ արդյունավետությունը:

Մեկ անհատական սեանսի տևողությունը 45-50 րոպե է: «Երբեմն հանդիպում են հիվանդներ, ում հարկ է տրամադրել ավելին, քան սահմանված միջին տևողությունը՝ օրական մեկ ժամ: Սրանք այն դեպքերն են, երբ մեկ ժամի մեծ մասն արդեն անցած է լինում, նախքան հիվանդը սկսում է «բացվել» և ընդհանրապես հաղորդակցվել» (Freud, 1913, էջ 127-128): Մի՞թե այսօր չենք հանդիպում նման հիվանդների կամ միզուցե չե՞նք ուզում նրանց հանդիպել: Գանգատն այն մասին, թե 45-50 րոպե տևողությամբ սեանսը չափազանց կարճ է, բոլորովին արտառոց չէ:

Թե ինչպես է ժամանակը տնօրինվում առանձին սեանսի շրջանակներում, սահմանվում է տրամադրված ժամանակի ընթացքում իրականացված կամ չիրականացված թերապևտիկ աշխատանքով: Սա որոշվում է հաղորդակցմամբ: Եթե նույնիսկ վերլուծողը չի կարող պարզապես գիջել անընդհատ ցանկություններին, բայց պետք է վերլուծի դրանք, այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է հաշվի առնել «օրվա մեկ ժամի միջին տևողության» մասին Ֆրոյդի խոսքերը: «Միջին» ասելով նկատի ունենք, որ սա փոփոխական է: Ժամանակակից պրակտիկայում սեանսների՝ մեկ ժամ տևողությունից շեղումը հավանաբար նվազագույն է, այնուամենայնիվ, ժամանակը փող է: Գրինսոնը մասնավորապես քննադատել է սեանսների ժամացուցակի ճշգրիտ սահմանման գործում վերլուծողի նյութական հետաքրքրությունը: Նա առանձնապես նշել է սեանսների միջև ընդմիջում չանելը:

«Ես կարծում եմ, որ 50 րոպեանոց սեանսից հրաժարումը հոգեվերլուծական պրակտիկայում մարդասիրական և գիտական տեսանկյունից մատերիալիստական միտման ախտահիշ է: Ակներև է, որ հիվանդներին իրար ետևից ընդունելը թշնամական ակտ է, որքան էլ այն նուրբ և անզիտակցական լինի» (Greenson, 1974, էջ 789-790):

Գրինսոնի քննադատությունն ի հայտ է բերում վերլուծողի համար առկա անհրաժեշտությունը՝ բավականին հեռանալու մեկ վերլուծական

գործընթացի սուրյեկտիվ աշխարհից, որպեսզի այս կերպ նա հնարավորություն ունենա լիարժեք ուշադրություն դարձնել նոր հիվանդին: Մենք կարծում ենք, որ վերլուծողների աշխատանքային ոճերի բազմազանության պատճառով ընդմիջման տևողության հարցը պետք է անհատապես որոշվի:

Զարգացման անակյիտիկ դիատրոֆիկ փուլից բխող ժամանակի տնօրինման ձևը հոգեվերլուծական շրջանակում հիվանդի էական փորձի հաջողության վրա ազդող էական գործոն է համարվում (Stone, 1961): Կաֆկան (Kafka, 1977, էջ 152) նշում է, որ հոգեվերլուծողի՝ ժամանակի զգացողության վերաբերյալ առանձնահատուկ հետաքրքրությունը կարող է առաջ գալ այն փաստից, որ նա շարունակաբար դիտում է, թե ինչպես է անցյալի փորձը կառուցվում ներկայում: Այնուամենայնիվ, հոգեվերլուծական գործունեության ժամանակային կողմի նկատմամբ առանձնահատուկ դյուրագագացությունն անհրաժեշտ է: Տեսականորեն դժվար է պատասխանել այն հարցին, թե ինչպես է հին, հատուկ, խտացված ժամանակային կառուցվածքով սխեմատիկորեն պահպանված գիտելիքը փոխակերպվում ընթացիկ ժամանակի հոսքում: (Bonaparte, 1940, Ornstein 1969, Schachtel 1947, Loewald 1980): «Ժամանակի հոգեախտաբանությունը» վերլուծողի համար մեկ այլ կարևոր ոլորտ է (Hartocollis, 1985): Ցավոք, մոռացության է մատնվել Շիլդերի աշխատությունը (Schilder, 1935). նա փորձում էր Շտրաուսի (Straus, 1935), Վ. Գեբսատտելի (Gebattel) և Մինկովսկու (Minkovski, 1933) ֆենոմենալ հետազոտությունները կիրառել հոգեվերլուծության մեջ: Լոեվալդը կրկին աշխուժացրել է այս տեսական քննարկումը, որի կարևորությունն իրական բուժման համար ավելի մեծ է, քան հաճախ ենթադրվում էր (Loewald, 1980, էջ 138-139):

Կաֆկան (Kafka, 1977, էջ 152) հատուկ անդրադառնում է հետևյալ դրույթներին. «Հիվանդի վերլուծության ժամը» մի «երկարաձգված «ընդմիջում» է (աշխատանքից, սովորական գործունեությունից, վարքի սովորական ձևերից և հաղորդակցման սովորական ձևից): Այս ընդմիջումը բնորոշող գործոններից մեկը, այսինքն՝ այն աստիճանը, որը թույլ է տալիս հիվանդին դուրս գալ առօրյա գործունեությունից և ժամանակի զգացողությունից, վերլուծողի կողմից տվյալ ժամի օգտագործման եղանակն է՝ ներառյալ վերլուծողի լուծության իրական գործառնությունը:

Սենյակից դուրս գտնվող աշխարհը մղվում է հետին պլան: Լուծությունը գործում է լուսամփոփի նման, որը թուլացնում է չափազանց պայծառ լույսը: Նյութական իրականության ճնշող մոտիկությունը հեռանում է: Թվում է, թե վերլուծողի լուծությունն արդեն սկիզբ է դնում ուրիշներին և ինքն իրեն դիտելու առավել հանգիստ, պակաս անմիջական գործընթացին (Reik, 1949, էջ 123):

Վերլուծողի լուծությունը ձիշտ ընտրված չափաբաժնի դեպքում կարող է օժանդակել հիվանդի կողմից իրական կյանքից առնված ընդմիջմանը և կարող է օգնել նրան վերհանել ներքին սուրյեկտիվորեն վերապրած ժամանակի զգացումը: Սեանսների կանոնավորությունը, որի միջոցով

կառուցվում են հաճախականությանը հատուկ ռիթմերը, հիվանդին թույլ է տալիս զարգացնել իր սեփական վերլուծական ժամանակի զգացումը, այսինքն՝ ընդմիջման անհատական ընկալումը: Վերլուծողի համար սեանսը «ընդարձակ և համեմատաբար սովորական ներդրում է» (Kafka, 1977, էջ 152): Թե ինչպես է վերլուծողը տնօրինում այն, որոշվում է ինչպես իր անձնական հաշվարկներով, այնպես էլ հիվանդի հետ փոխհարաբերությունների ընթացքում զարգացած ռիթմով: Այլ կերպ ասած՝ վերլուծողի կողմից վերլուծական ժամի օգտագործումը պայմանավորված է ժամանակի՝ իր անհատական ընկալմամբ, ունեցած ժամանակով և անգիտակցական անժամանակության զգայական որակով: «Վերլուծողը, ավելի շատ, քան հիվանդը, ենթադրում է, որ հաղորդակցման (և փորձառության) շփումը իմաստային ենթատեքստ է պարունակում, որը գերազանցում է կապակցվածությանը որպես այդպիսին» (Kafka, 1977, էջ 152): Վերլուծողը, ժամանակի կառուցվածքի մասին ունի իր կողմից ընտրված տեսությունից կախված սեփական վարկածը, որը գծային ժամանակի տեսքով ընդգրկված է հիվանդի կողմից ներկայացված նյութում: Նա կարող է «իմաստային կապ» տեսնել տարբեր ժամանակահատվածներում տեղի ունեցած հաղորդակցությունների մեջ: Այս կառուցվածքային գործունեությունը հիվանդի համար սկզբում համեմատաբար նոր է, և նրան նախ պետք է համոզել նման տեսակետի ճշմարտության մեջ: Այդ պատճառով Կաֆկան վերլուծողին համարում է «ժամանակ խտացնող» և «ժամանակ ընդարձակող»:

Ենթադրվում է, որ հիվանդը պետք է յուրացնի ժամանակի չափման այս համարձակ, կառուցողական ձևը՝ Հաբերմասի կողմից նկարագրված կյանքի պատմության առնմանման տեսանկյունից:

Ես կարծում եմ, որ զգացմունքների և իրադարձությունների՝ մեկ այլ եղանակով կապակցելու գործընթացը, հոգեվերլուծության ընթացքում վերապրած դիպվածները կապող նոր տեղեկատվության ներմուծման իմաստով, թույլ է տալիս վերակառուցել և այլ կերպ մեկնաբանել ժամանակի զգացողությունը: Այս վերակառուցումը կարող է ընդգծել անքակտելիության զգացողությունը և նպաստել ժամանակային հեռանկարների ընդլայնմանը՝ տարածելով այն դեպի ապագա (Kafka 1977, էջ 125):

Վերլուծական սեանսների տեսքով առանձին ընդմիջումները համախմբվում են՝ ստեղծելով մի ժամանակաշրջան, որի տևողությունը, հատկապես բուժման սկզբում, դժվար է կանխագուշակել: Սկզբնական շրջանում բժշկին ուղղված տհաճ հարցը հետևյալն է. «Ինչքա՞ն կտևի բուժումը: Ինչքա՞ն ժամանակ է ձեզ հարկավոր, որպեսզի ինձ ազատեք իմ խնդրից» (Freud, 1913, էջ 128): Ֆրոյդի հանձարեղ խորհուրդն է պատմել Եզովպոսի առակը.

Մեր պատասխանը նման է Եզովպոսի առակում փիլիսոփայի՝ ձամփորդին տված պատասխանին: Երբ թափառաշրջիկը հարցնում է ձանապարհորդության տևողությունը, փիլիսոփան ընդամենը պատասխանում է. «Քայլի՛ր»: Քիչ անց նա բացատրում է, որ իր թվացյալ անօգուտ պատասխանի նպատակը ձամփորդի քայլի երկարությունը որոշելն էր,

որպեսզի կարողանար ասել, թե ինչքան կտևի ճանապարհորդությունը: Սա կօգնի հաղթահարել սկզբնական դժվարությունները, սակայն, համեմատությունն այնքան էլ լավը չէ, քանի որ ներոտիկ հիվանդը հեշտությամբ կարող է փոփոխել իր տեմպը և երբեմն շատ դանդաղ առաջընթաց արձանագրել (1913, էջ 128):

Եթե դիտարկելու լինենք ներկայիս պրակտիկան, ապա կգտնենք, այսպես կոչված, ստանդարտ գործընթացի վերաբերյալ հակիրճ մեկնաբանություն, օրինակ՝ «այն իրականացվում է շաբաթական 4 կամ 5 սեանսով, սովորաբար 4-5 տարի է տևում, հազվադեպ է տևում 3 տարուց պակաս, իսկ որոշակի դեպքերում կարող է 6 տարուց ավելի տևողություն ունենալ» (Nedelmann, 1980 էջ 57): Եթե նույնիսկ հոգեվերլուծական թերապիայի ձևերի մեծ մասն իրականացվում է ավելի կարճ ժամանակահատվածում, ապա, միևնույն է, դեռևս տեղին է այն հարցը, թե ինչու է նեոդասական բուժման տեխնիկան հասցրել բուժման այսպիսի երկարացման, որ ջանքերը և արդյունքը գտնվում են թույլ հավասարակշռության մեջ: Երբ Ֆրոյդը հիշատակեց «երկար ժամանակաշրջանների մասին», նա նկատի ուներ «կես կամ ամբողջ տարիներ, այսինքն՝ հիվանդի ակնկալածից ավելի երկար ժամանակաշրջան» (1913, էջ 129):

Գլուխ 8-ի 9-րդ բաժնում մանրամասն կքննարկենք այն գործոնները, որոնք նպաստել են հոգեվերլուծական բուժման այսպիսի երկարացմանը: Այժմ կցանկանայինք ընդգծել, որ հոգեվերլուծական բուժման համար պահանջվող ժամանակի քննարկումը իր մեջ ներառում է սուբյեկտիվ վերապրած ժամանակը (Minkowski, 1933) օբյեկտիվ անցած ժամանակաշրջանի հետ միախառնելու վտանգ: Հենց այդ պատճառով էլ մենք քննադատական ուսումնասիրության ենք ենթարկել այն ռազմավարությունները, որոնք մենք, ըստ Գաբելի (Gabel, 1975), հոգեվերլուծական գործընթացի նյութականացված հասկացության արտահայտությունն ենք համարում:

«Ժամանակը դիալեկտիկական մեծություն է ոչ միայն այն պատճառով, որ անհնար է, ի տարբերություն տարածության, այն ըմբռնել հանգստի վիճակում, այլ նաև այն պատճառով, որ նրա առաջխաղացումն իր երեք ձևաչափերի՝ անցյալի, ներկայի, ապագայի մշտապես նորացվող դիալեկտիկական սինթեզն է: Ժամանակը մի ամբողջություն է, որն անցյալի կամ ապագայի նյութականացման միջոցով կարող է զատվել (Gabel, 1975, էջ 107):

Հոգեվերլուծական տարածության ուսումնասիրությունն, ընդհակառակը, պետք է սկսվի հստակ տարածությունից և փոխաբերաբար նկարագրի իր իմաստային ընդարձակումը: Հիվանդը վերլուծական տարածությունը ձևավորում է՝ հենվելով իր անհատական փորձի վրա, այսինքն՝ իր անհատական ապերգեցցիայի սխեմայից ելնելով, և ակնկալում է այդ տարածության մեջ հանդիպել վերլուծողին: Վիդերմանը (1979, էջ 282) սա սահմանում է հետևյալ կերպ.

Տրանսֆերի ներողը չի զարգանում աֆեկտներից զուրկ տարածության մեջ: ... Վերլուծական գործընթաց հնարավոր է միայն առանձնահատուկ

շրջանակում, որը ստեղծվում է տեխնիկական կանոնների միջոցով, որտեղ փոխազդում են վերլուծական տարածության կազմակերպող երկու անձանց աֆեկտներն ու հակաաֆեկտները:

Վերլուծողի առանձնասենյակը թերապևտիկ գործընթացի ծավալման համար արտաքին շրջանակ է ձևավորում: Պլանավորված և «չանհանգստացնել» նախազգուշացնող ցուցանակով այդ տարածքը ստեղծված է երկկողմանի գործունեության համար, որը ժամանակավորի տեսանկյունից սահմանափակ է, և որի ֆիզիկական հատկանիշները կարող են դրական կամ բացասական ազդեցություն ունենալ:

Չնայած գրականության մեջ բուժման սենյակի մասին շատ քիչ բան է ասվում, բոլոր վերլուծողներին քաջ ծանոթ է Ֆրոյդի օգտագործած առանձնասենյակի պատկերը: Այն մանրամասնորեն նկարագրվել է Էնգելմանի կողմից (Engelmann, 1976), իսկ Շ.Դուլիտլի (1956) համար այն սրբավայր էր: Ֆրոյդը տրանսֆերենտ զարգացումը խթանում էր իր անձի և իր բուժման սենյակի միջոցով, և դատարկ էկրանի տեսանկյունից չէ, որ դիտում էր հայելու փոխաբերությունը: Դրան հակառակ՝ վերլուծողների մասին դեպքեր են պատմում, որ նրանք փորձում են բոլոր արտաքին ազդեցությունները ստանդարտացնել, կիրառելով շատ միօրինակ սենյակներ՝ նորից ու նորից նույն հազուստն են պատվիրում դերձակին, այլ միջոցներով փորձում են կատարյալ կրկնօրինակում ապահովել: Նման մոտեցումը քննադատվել է Ֆենիլսելի կողմից (1941, էջ 74):

Եթե կիրառենք այն ասույթը, ըստ որի վերլուծողը վերլուծական միջավայրում պետք է իրեն լավ զգա, որպեսզի հիվանդը նույնպես կարողանա այն զգալ, ապա միջավայրի իրական կարգավորումը կարող է զգալիորեն տարբեր լինել: Կոնկրետ կարգավորումը կարելի է հետազոտել այն առումով, թե ինչ չափով է այն արտացոլում վերլուծողի դիրքորոշումը: Վերլուծական միջավայրի գլխավոր բնութագիրը վերլուծողն ինքն է, որն անշարժ նստում է կամ տեղաշարժվում է և անձամբ է կահավորում իր առանձնասենյակը: Գոֆմանի (Goffmann, 1961) դերային տեսության հետազոտություններն օգնում են վերլուծական տարածությունն ընկալել որպես բուժական գործընթացն ապահովող շրջանակ: Թերապևտիկ փոխհարաբերությունների մասին բազմաթիվ մանրամասներ առիթ են դարձել շարունակաբար ծավալվող լայն քննարկումների, ինչը մատնանշում է, որ հարաբերությունների իրականությունը դերերի համակարգի մոդելի այն մասն է, որը նկարագրում է, թե ինչպես են մատուցվում մասնագիտական ծառայությունները (Goffman, 1961): Վերլուծողը որոշում է, թե որտեղ է տեղի ունենալու վերլուծությունը, այսինքն՝ թե որտեղ կարող է հոգեվերլուծական փոխհարաբերությունը զարգանալ, և ինքն իրեն հարցնում է, թե ինչքանով է ամեն ինչ ձիշտ կազմակերպել: Բուժման վայրը պետք է «գործընթացը հեշտացնող միջավայրի» հատկանիշներ ունենա: Մենք վերլուծողին վերագրում ենք «մտահոգության» (Winicott, 1965), սենյակի ջերմաստիճանը զգալու և հիվանդին ծածկոց տրամադրելու կարիքը

պարզելու ունակությունը: Դժվարությունները, որոնք բխում են միջավայրը որպես վերլուծողի մի մասն ընկալելուց, առավել հաճախ հանդիպում են ներոտիկ հիվանդների մոտ, որոնց՝ սենյակի և կահավորման մասին հարցերին կարելի է պատասխանել ըստ բաժին 7.4-ում բերված խորհուրդների: Դժվարություններն առաջանում են այնտեղ, որտեղ լուրջ խանգարումներով հիվանդները բուժման վայրը ընկալում են որպես անցումային օբյեկտ: Գրինսոնը սա ցուցադրել է մի հիվանդի փորձի վրա, որը պատահաբար շոյելու միջոցով կարող էր հարմարվել միջավայրին, այն, ինչին Գրինսոնն ի վիճակի չէր հասնել խոսքի միջոցով: «Նույնիսկ վերլուծողի սենյակը կարող է ուժեղ ազդեցություն ունենալ՝ ծառայելով հիվանդին որպես ներքին և արտաքին աշխարհի վտանգներից թաքնվելու ապաստարան» (Greenson, 1978, էջ 208):

Վերլուծողի սենյակի՝ որպես վերլուծական գործընթացը հեշտացնող միջավայրի ուղղակի օգտագործումը ենթադրում է նաև, որ վերլուծողը պետք է միշտ գիտակցի բաժանման գործընթացը: Եթե հիվանդը սենյակի և այնտեղ գտնվող իրերի հետ վարվում է այնպես, ասես դրանք իրեն են պատկանում, և եթե վերլուծողը բավականին շուտ չի պարզաբանում «իմի» և «քոնի» թյուրըմբռնումը, ապա արդյունքում ժխտվում է այն փաստը, որ հիվանդի բաժինը այս սենյակում ժամանակի տեսակետից սահմանափակ է և սկզբունքորեն ոչ լիարժեք: Այս թյուրիմացությունը դժվարացնում է թերապևտիկ գործընթացը: Այդ իմաստով Էգո-ի սահմանները՝ Ֆեդերնի (Federn, 1956) տեսության մեջ վերացական մի թեմա, դառնում են տեխնիկայես տեղին: Իհարկե, դրանք բոլոր սահմանային դեպքերում շատ մեծ կարևորություն ունեն: Պրակտիկայով զբաղվող վերլուծողի համար իմաստավորված սահմանագծման խնդիրներին հաճախ դժվար է անդրադառնալ իր աշխատասենյակում, որովհետև սահմանագծումները պետք է կատարել առանձին-առանձին, ամեն դեպքի համար: Սրան հակառակ՝ վերլուծական հաստատություններում երբեմն դժվարություններ են առաջանում՝ անձամբ հոգեվերլուծողի կողմից ձևավորված սենյակի տրամադրման առումով:

Հիվանդի կողմից վերլուծողի սենյակի ընկալումները էական նախադրյալներ են, որպեսզի նա կարողանա տրանսֆերենտ օբյեկտների ձևավորման միջոցով հարստացնել իր սահմանափակված նույնացումները մարդկային դիմագծերով և անձնական ապրումներով: Միաժամանակ, հիվանդն ամենուրեք հայտնաբերում է շեմքեր ու սահմաններ, և հետևաբար՝ վերլուծողի ինքնությունությունն ու անձնական տարածքը: Եթե ընդունելության առանձնասենյակը գտնվում է վերլուծողի բնակարանում, ապա հիվանդի համար անձնական սենյակները մնում են անհասանելի, մինչդեռ հիմնարկություններում նույնիսկ զուգարանում կարող է հանդիպում տեղի ունենալ: Այսպիսով՝ վերլուծողի անձնական կյանքին մասնակցելու հետաքրքրասիրությունից դրդված ցանկության և նրա անձնական տարածության հանդեպ հարգանքի միջև լարվածություն է ձևավորվում: Տարա-

ծությունը և ժամանակը սահմանելով՝ վերլուծողն անհատականացման և ինքնավարության մի օրինակ է: Այդ նպատակին հասնելու հնարավորությունն ունենալու համար հիվանդը ժամանակավորապես զոհաբերում է իր անկախության մի մասը՝ հանուն հետագա, ավելի մեծ և տագնապից ազատ ինքնավարության:

8.2 Հոգեվերլուծական էվրիստիկա

«Էվրիկա՜, գտա՜»,– բացականչեց հույն մաթեմատիկոս Արքիմեդես այն բանից հետո, երբ հայտնաբերեց դուրս մղող ուժի օրենքը: Էվրիստիկան սահմանվում է որպես հայտնաբերման արվեստ և որպես նոր բանի հայտնաբերման մեթոդաբանական ուղեցույց: Հիվանդի փոքր նվաճումները տանում են դեպի թերապևտիկ տեսանկյունից մեծ կարևորություն ունեցող հայտնագործություններ, նույնիսկ եթե դրանք վերաբերում են միայն մեկ անձի և նրա բարեկամներին և Արքիմեդի բացականչության նման չեն մնում պատմության մեջ: Եթե հիվանդը դեպի նոր ներհայեցում ճանապարհ է հարթել, վերլուծողը բավարարության զգացում է ապրում, որ իր մասնագիտական պատրաստվածության արդյունքում ձեռք բերված ապրումակցման շնորհիվ ձևավորած գաղափարը բերրի հողի մեջ է ընկել:

Չնայած այն ուրախությանը, որ համատեղ որոնումները հաջողությամբ են պսակվել, վերլուծողը մի քանի պատճառներով չի կորցնում իր զգոնությունը: Նա չի ցանկանա հիվանդի հպարտությունը և բավարարվածությունը կապել մի անսովոր և զարմանալի ստեղծագործական ձեռքբերման հետ: Հնարավոր է՝ վերլուծողը ավելի երկար սպասի հիվանդի հետ իր համաձայնությունն ազդարարելուն, որովհետև նույնիսկ սահմանափակ համաձայնությունը նա դիտարկում է որպես անպատշաճ, ավելորդ ներշնչող ազդեցություն: Այսպիսի պահերի նա նույնիսկ կարող է մտածել, որ «մի ծաղկով գարուն չի գա»: Վերջիվերջո, էվրիստիկան կարող է հանգեցնել այն բարդ հարցին, թե ինչքանով է արդարացված նոր բան հայտնաբերելու կամ հաստատելու համոզմունքը: Ամեն դեպքում, խնդիրն այն է, որ ամենատարբեր տեսակետներից քննադատական քննարկման միջոցով սահմանվի ենթադրվող կապի ճշմարտացիությունը: Ինչպես Ֆրոյդն է ասել.

«... Մենք հիվանդին տալիս ենք գիտակցական նախնական գաղափար, և այդ սկզբնական գաղափարի հետ նմանության հիման վրա նա իր մոտ գտնում է արտամղված անգիտակցական գաղափար: Սա ինտելեկտուալ օգնություն է, որը հեշտացնում է գիտակցականի և անգիտակցականի միջև դիմադրության հաղթահարումը» (1910, էջ 142):

Մենք համաձայն ենք Բոդենի (Boden, 1977, էջ 347) հետ առ այն, որ «էվրիստիկան մի մեթոդ է, որը մտածողությունը տանում է դեպի նպատակի իրականացում, իսկ նվազ խոստումնալից ուղղությունները հետազոտությունից դուրս են մնում»: Սրան հակառակ՝ ալգորիթմային ռազմավարությունները կարող են սահմանվել որպես կանոնների այնպիսի համակարգ,

որը բնորոշվում է քայլ առ քայլ մեթոդով: Ոչինչ չի կարող սխալ ուղիով ընթանալ, եթե շարժվենք ալգորիթմում սահմանված կարգով: Իրավիճակի բարդացման հետ միասին ալգորիթմային ռազմավարություններն ավելի ու ավելի են բարդանում. այս դեպքերում էվրիստիկ կանոններն առավելություն ունեն:

Ֆրոյդի՝ շախմատի փոխաբերությունից երևում է, որ նա գիտակցում էր հոգեվերլուծական շրջանակի բարդությունը և անորոշությունը: Չնայած նա չէր տարբերակում ալգորիթմի և էվրիստիկայի մեթոդները, այնուամենայնիվ, նրա տեխնիկական խորհուրդները մեծապես համապատասխանում են էվրիստիկական ռազմավարությունների մեր ընկալմանը: Հոգեվերլուծական տեխնիկային խորթ ալգորիթմի տարրերը ներկա են այնքանով, որքանով կորչում է այդ խորհուրդների կիրառման ձկունությունը: Հիմնարար կանոնի՝ որպես էվրիստիկական ռազմավարության ընկալումը, ընդգծում է մեր ընկալումն առ այն, որ հոգեվերլուծական շրջանակը բարդ, բազմիմաստ իրավիճակ է, որը կարող է հասկանալի դառնալ, եթե վերլուծողը ձեռք է բերում ավելի շատ տեղեկատվություն, քան ի սկզբանե հասանելի է:

Էվրիստիկական ռազմավարությունների առաջնային նպատակը կարևոր տեղեկատվության հավաքումն ու կազավորումն է: Լավ էվրիստիկական ռազմավարությունները սահմանափակում են անվստահությունը, բարդությունն ու անորոշությունը և մեծացնում են յուրաքանչյուր կոնկրետ պահի կարևոր առանձնահատկությունների ըմբռնման հավանականությունը: Այս գործընթացները սկսվում են այն ենթադրությունից, որ հավաքված տեղեկատվությունը կարելի է ավելացնել արդեն եղած տեղեկատվությանը, և որ նյութը բացառող և ներառող չափանիշները հենց որոնման գործընթացից են բխում: Ալոգարիթմային գործընթացը արհեստականորեն և շատ արագ է նվազեցնում նույնացումների քանակը ու բարդությունը: Այն նախորդ իմացության հիման վրա նյութին իմաստ է վերագրում, և դրանով որոնման գործընթացը արհեստականորեն և անպատշաճ կերպով ավարտվում է:

Ֆրոյդի աշխատություններից կարելի է դուրս բերել բազմաթիվ տեխնիկական կանոններ, այսինքն՝ բուժման վերաբերյալ խորհուրդներ, որոնք նախատեսված են հանգեցնել անմիջական գործունեության, ինչպես դա ցույց է տվել Ֆրանկֆուրտում գործող մի աշխատանքային խումբ (Argerlander, 1979, էջ 101–137): Եթե տեխնիկական հասկացվում է որպես մեթոդների կիրառման միջոցների և ուղիների համադրություն (տե՛ս Rapaport, 1960), ապա կանոնները հնարավոր է դասակարգել ըստ վերլուծական գործընթացում դրանց ունեցած գործառնությունների:

Ռազմավարությունները, որոնք խթանում են մասնակցի դիտման գործընթացը, այսինքն՝ առնչվում են հոգեվերլուծական ըմբռնման նկատմամբ վերաբերմունքի հետ, վերլուծողին խորհուրդ են տալիս առանձնապես ուշադիր լինել հիվանդի հուզական ապրումների նկատմամբ, իսկ երբեմն՝

նույնացվել հիվանդի հետ նրա անհատական փորձին մասնակից դառնալու նպատակով: Հավասարապես բաշխված ուշադրության պահպանման ընդհանուր կանոնը և հիվանդի բոլոր ասածները իր սեփական անգիտակցական մտավոր գործունեություն տեղափոխելը վերլուծողի համար ձգճրորներն որոշում է մասնակցի այնպիսի դիտարկումը, որը խթանում է անգիտակցական դրդապատճառների ըմբռնումը: Հավասարաչափ բախշված ուշադրության շրջանակներում իրականացվող ազատ զուգորդելու կարևորությունը վերլուծողի համար ընդգծում է հիվանդի կտոր-կտոր նկարագրությունները իր սեփական փորձով հարստացնելու անհրաժեշտությունը (Peterfreund, 1983, էջ 167):

Ունկնդրման ռազմավարությունների կողքին կան խոսելու ռազմավարություններ, որոնք վերլուծողը կարող է կիրառել՝ օգնելու հիվանդին ընդգծել իր պնդումների կարևորությունը: Վերլուծողը լրացնում է այս ընդհանուր ռազմավարությունները, որոնք ուղղված են հիվանդի մեկնաբանությունների սուբյեկտիվ ասպեկտը զարգացնելուն՝ սեփական և հիվանդի ուշադրությունն ուղղելով առանձնապես յուրօրինակ, անսովոր երևույթների վրա, որոնք չեն պատկանում առօրյա փորձառությանը: Այս տեսանկյունից Արգելանդերը (Argelander, 1979) վկայակոչում է Դորայի դեպքը (Freud, 1905, էջ 47), որտեղ միայն «մտքերն արտահայտելու ձևերի որոշ մանրամասներն» էին ուղեցույց ծառայում: Եթե առաջնային ու երկրորդական գործընթացներին համաձայն կազմակերպված պնդումները համընկնում են, ապա ի հայտ են գալիս «միջամտության երևույթներ» կոչվող դրսևորումները: Այս ռազմավարությունները տանում են դեպի հավասարաչափ ուշադրության ընդհատում, այնուհետև տանում են դեպի պատրաստակամ վիճակ և, վերջապես, ուշադրության կենտրոնացում (գլուխ 9). վերլուծական ընկալման պատրաստակամությունը վերածվում է վերլուծական գործողության պատրաստակամության: Էվրիստիկական որոնմանը հետևելիս պարզ է դառնում, որ ներքին հոգեկան գործընթացները նոր տեղեկատվությունը հետազոտում են տարբեր տեսակետներից: Վերլուծողը ներգրավվում է տվյալ դեպքի համար առանձնահատուկ, անհատական և ընդհանրացված աշխատանքային մոդելներ և պատրաստվում է միջամտությանը:

Այժմ քննարկենք, թե ինչ տեսք են ստանում սրա հիմքում ընկած գործընթացները տեսության մեջ: Հայմանը (Heimann, 1969), քննարկելով ապրումնակցման հասկացությունը, վերլուծողի ճանաչողական գործընթացի մասին իր գաղափարներում ներառեց 3 գործառության վիճակներ: Նա քննեց Գրինսոնի (Grinson, 1960) առաջարկությունները վերլուծողի՝ իր համար մշակած աշխատանքային մոդելների մասին: Ուշագրավ է, որ Հեյմանը ոգեշնչվել էր այս գաղափարներով մի հոդվածից, որում Հոլտը (1964) քննարկում է իմացական հոգեբանության վիճակը: Մենք սա համարում ենք ծրագրերի այնպիսի համակարգ, որտեղ հնարավոր է նկատել իմացական հոգեբանության ազդեցությունը հոգեվերլուծական մետահոգեբանության վերանայման վրա: Իմացական հոգեբանության և

արհեստական ինտելեկտի հետազոտման զարգացումը (Lindsay, Norman, 1977) տանում է դեպի Գրինսոնի աշխատանքային մոդելում օգտագործված հասկացությունների էական տարբերակում, որ կցանկանայինք ներկայացնել՝ ելնելով Պետերֆրոյնդի (Peterfreund, 1975, 1983) տեսակետից:

Շատ վերլուծական հասկացություններ հենվում են հիշողության կազմակերպման մասին գաղափարների վրա: Իմացական հոգեբանության մեջ այս դինամիկ ձևով կառուցված համակարգերում կիրառվում են «քարտեզ», «մոդելներ», «ներկայացումներ», «գիտելիքի կառուցվածք», «սխեմաներ» կամ «սցենարներ» եզրերը: Պետերֆրոյնդն օգտագործում է «աշխատանքային մոդել» հասկացությունը: Տարբեր աշխատանքային մոդելներ ձևավորող տեղեկատվությունը հենվում է այն տվյալների վրա, որոնք օրգանիզմն առանձնացրել և կազմակերպել է իր կյանքի ընթացքում: Ուսումը կարող է ընկալվել որպես աշխատանքային մոդելների կառուցում: Բնածին գենետիկ ծրագրերը (որոնք, անշուշտ, ամբողջ կյանքում շարունակում են զարգանալ) կազմում են այս մոդելների հիմքը: Աշխատանքային մոդելներ կազմող համակարգերը կարող են նկարագրվել «տեղեկատվություն», «տվյալների վերամշակում», «կուտակված ծրագրեր» եզրերով: Երբ մի աշխատանքային մոդել ակտիվացվում է, գործընթացների մեծ մասը կատարվում է նախագիտակցական մակարդակում:

Աշխատանքային մոդելների մեծ մասը ճշմարտանման է «աշխարհի մասին ընդհանուր գիտելիքից» մինչև «անձնական կյանքի պատմության մասին գիտելիքը»: Օգտակար է նաև տարբերակել «զարգացող հոգեբանական պատկերացումների մասին կոգնիտիվ մոդելները» «թերապևտիկ գործընթացի մասին կոգնիտիվ մոդելից»:

Այս աշխատանքային մոդելներն, ինչպես ռուսական տիկնիկի մասերը, իրար մեջ չեն տեղադրված, այլ պետք է ընկալվեն որպես բազմաձևավոր ժամանակային և տարածքային հատումներով ցանցանման կառուցվածքի մասեր: Վերլուծողը սովորաբար այս մոդելների հետ աշխատում է նախագիտակցական մակարդակում: Նրանք ենթադրաբար գործում են որպես իմացական հոգեբանության սխեմաներ (Neisser, 1979): Նրանք փորձի հոսքի մեջ են ներթափանցում և միաժամանակ կանխորոշում են, թե ինչ է ընդունում անհատը:

Սխեման ամբողջ ընկալման շրջափուլի այն մասն է, որն ընկալողի հոգու խորքում է գտնվում և փոփոխվում է փորձի միջոցով, ինչպես նաև այս կամ այլ կերպ համապատասխանում է նրան, ինչն ընկալվում է: Սխեման ընդունում է տեղեկատվությունը, երբ վերջինս հայտնվում է զգայական մակարդակում և փոփոխվում է այս տեղեկատվության ազդեցության տակ: Սխեման ուղղություն է տալիս շարժումներին և հետազոտական ակտիվությանը, ինչը հնարավորություն է տալիս հասնել տեղեկատվության մյուս հատվածներին, ինչն էլ, իր հերթին, առաջացնում է սխեմայի հետագա փոփոխություններն (Neisser, 1979, էջ 50):

Փորձառության կառուցվածքների կազմակերպումը և ապամոնոտաժումը տարբեր աշխատանքային մոդելներում տարբեր տեմպով և տարբեր

պայմաններում է կատարվում: Վերացական մետահոգեբանական հասկացողությունները կայուն են, որովհետև փորձառությունը նրանց չի կարող լրջորեն սպառնալ: Փորձառությանը մոտ աշխատանքային մոդելները, ընդհակառակը, ենթակա են կլինիկական ստուգման: Հիստերիայի տեսության զարգացումը հստակ ցույց է տալիս, թե ինչպես Ֆրոյդը կարողացավ իրացնել իր հայեցակարգային մոտեցման ամբողջ ներուժը՝ իրական տրավման փոխարինելով ենթադրյալ գայթակղության տրավմայով (Krohn, 1978):

8.3 Առանձնահատուկ և ոչ առանձնահատուկ միջոցներ

8.3.1 Ընդհանուր մոտեցումներ

Ստեղծման պահից ի վեր հոգեվերլուծությունը փորձել է տարբերակել թերապևտիկ միջոցները: Հոգեվերլուծական մեթոդը ձևավորվել է ներշնչումից սահմանազատվելով և կենտրոնացել է հիվանդի ներհայեցման և մտաբերումների վրա, որոնք առաջանում և պահպանվում են վերլուծողի մեկնաբանություններով: Չնայած «առանձնահատուկ» և «ոչ առանձնահատուկ» հասկացությունների իմաստի նկատմամբ որոշ կասկածներին (Thomä, 1980, Cheshire, Thomä, 1987), թերապևտիկ միջոցներն ավելի հեշտ է դասակարգել այս չափանիշների սահմաններում, քան ելնելով օբյեկտային հարաբերությունների կամ մեկնաբանությունների հակադրությունից:

Կես դար առաջ հոգեվերլուծությունը դարձավ բևեռացված, և դրա հետևանքները կարելի է զգալ առ այսօր: Բևեռացման արդյունքներն ու ազդեցությունը Կրեմերիուսին (Cremerius, 1979) ստիպեցին մի հարցադրում անել. արդյոք գոյություն ունի՞ 2 հոգեվերլուծական տեխնիկա: Մի կողմից նա քննության առավ մեկնաբանությունը շեշտադրող դասական ներհայեցման թերապիան, մյուս կողմից՝ էմոցիոնալ փորձի վրա հիմնված թերապիան, որը վերագրում է էական թերապևտիկ գործառույթն օբյեկտային հարաբերությունների մեջ առաջացած ապրումներին:

Այս բևեռացումը սկիզբ է առնում Ֆերենցի և Ռանկի (Ferenzi, Rank, 1924) կողմից կատարված հակադրությունից, հոգեվերլուծական ապրումի, թերապևտիկ էֆեկտի ու որոշ մեկնաբանման ֆանատիզմից առաջացած էֆեկտի միջև. նրանք գտնում էին, որ թերապևտիկ էֆեկտի իմաստով հոգեվերլուծական ապրումը ավելի կարևոր է, քան վերհիշումների միջոցով վերակառուցումը: Դասական տեխնիկայի կողմնակիցներն աշխատում էին հակադրվել ապրումների ավելի ուժեղ շեշտադրմանը, մինչև Ֆրոյդի ավելի ուշ կատարած «Կառուցվածքների վերլուծությունում» հետազոտությունը (Freud, 1937):

1950-ական թվականների սկզբին փորձառությունը կրկին վարկաբեկվեց՝ այս անգամ բուժման տեխնիկայում կանոնավորված հուզական փորձի մանիպուլյատիվ օգտագործմամբ: Ալեքսանդերը դեռևս 1937-ին Ֆերենցիին

և Ռանսկին խիստ քննադատողների թվում էր (Thomä, 1983a): Բնեռներն իրարից ավելի անջատվեցին, երբ Այսլերը (Eissler, 1953) ներմուծեց իր հիմքային տիպարի մեթոդը՝ «պարամետր» կոչվող հասկացության հետ մեկտեղ: Բաժին 8.3.3-ում կներկայացնենք ներհայեցման թերապիայի ավելի մանրամասն նկարագրություն, իսկ մինչ այդ կուզենայինք ընդգծել, որ երկու տեխնիկաների այդքան կոպիտ հակադրումների հետ կապված շատ խնդիրներ կան: Բանավեճերի տարրերից մեկն այն պնդումն էր, որ հուզական փորձի թերապիան առավելապես արդյունավետ է նախաէդիպյան, այսինքն՝ զարգացման նախախոսքային փուլերում առաջացած արատների շտկման դեպքերում: Այսպիսով՝ Բալինտը մատնանշում է մեկնաբանության, ներհայեցման և օբյեկտային հարաբերությունների հակադրությունը (տե՛ս 8.3.4): Նույնիսկ Կոհութի Ես-հոգեբանությունում կարելի է գտնել էդիպյան և նախաէդիպյան մակարդակի խանգարումների ուրվագիծ կամ կարճ ասած՝ երկու կամ երեք անձի հոգեախտաբանություն: Չնայած Կոհութի արատների ապրումակցային փոխհատուցումը մեծապես տարբերվում է Ֆերենցիի դեֆիցիտի թերապիայից, նրանք, այնուամենայնիվ, մեծ գործնական ընդհանրություն ունեն: Ընդհանրություններն ի հայտ են գալիս այնտեղ, որտեղ անհրաժեշտ է որոշակի կերպով հավասարակշռել վաղ մայրական խնամքի անբավարարությունը: Քանի որ գուտ մեկնաբանող տեխնիկայում թերագնահատվում է հաստատման և բավարարման թերապևտիկ ազդեցությունը՝ նկատի ունենալով, որ նման միջնորդությունը կարծես խախտում է ժուժկալության չափը, «ապրումակցումը», դրան ի պատասխան, դարձավ հավաքական եզր, որը նկարագրում է մեկնաբանության շրջանակներից դուրս, մեկնաբանությունից առաջ կամ մեկնաբանությունից անկախ խորը, ոչ խոսքային և հաստատող ըմբռնումը:

Տեխնիկայի զարգացման մեջ տեղի ունեցան երկու կողմերի փոխադարձ անտեսումներ կամ թերագնահատումներ, ինչը պրակտիկայի համար համապատասխան հետևանք ունեցավ: Մի տեսանկյունից՝ հաստատման և բավարարման թերապևտիկ գործառնությունը ոչ առանձնահատուկ գործոն է, որը հակադրվում է յուրահատուկ մեկնաբանություններին (Heigl & Triebel, 1977): Մեկ այլ տեսանկյունից՝ նարցիսիստական հիացման լուռ հայացքը դառնում է վնասված Ես-ի պատկերի դեղամիջոցը: Միջանձնային համաձայնեցման միջոցով նոր արժեքների և իմաստի ձեռքբերման պարզ գործընթացները իրատեսական ընկալումների «այստեղ և հիմա» քննադատական մեկնաբանությունների ընթացքում առեղծվածային որակ են ձեռք բերում:

Ակնհայտ է, որ դասակարգումը ըստ առանձնահատուկ և ոչ առանձնահատուկ գործոնների կարող է փակուղի տանել, եթե այդ գործոնները չդիտվեն իբրև փոխներգործուն: Իրավիճակից կախված՝ ոչ առանձնահատուկ գործոնը, որն ընդհանուր առմամբ կազմում է խաղաղ ֆոնը, կարող է ներգործության մի որոշակի ակնթարթում այնպես մղվել առաջին պլան, որ այն դառնա առանձնահատուկ միջոց: Միանգամայն ակնհայտ է, որ այս

փոփոխությունը պետք է ընկալվի կերպարի համար ֆոնի շրջում, ինչպես դա սահմանված է գեշտալտ հոգեբանության մեջ:

Բիբրինգը (1937), մեկնաբանության տեխնիկայից անկախ, լուծման ֆոնին վերագրում էր կայունացնող ազդեցություն:

Եթե նույնիսկ այս տագնապները հետագայում հոգեվերլուծության շնորհիվ վերանան, ես ուզում եմ, այնուհանդերձ, հավատալ, որ վերլուծողի աջակցությունը չկորցնելու հավաստիությունն **անմիջապես** ամրապնդում է ապահովության զգացումը, որը ձեռք չի բերվել կամ մանուկ ժամանակ չափազանց թույլ էր, գուցե հենց այսպիսի փորձի պակասի պատճառով: Սակայն այսպիսի անմիջական ամրապնդումը հարատև արժեք ունի միայն վերլուծական գործընթացի համատեքստում, թեպետ իրականում այն գտնվում է վերլուծական թերապիայից դուրս: (Bibring, 1937, էջ 30):

Ինչպես արդեն նշվել է (Thomä, 1981, էջ 73), հիվանդի հավաստիության ու վստահության զգացման ամրապնդման մեջ վերլուծողի ներդրումը հոգեվերլուծական գործընթացի էական մասն է կազմում. այդ ներդրումը լրացնում են յուրահատուկ միջոցները: Ստրապը (Strupp, 1973, էջ 35) նույնպես շեշտել է, որ առանձնահատուկ և ոչ առանձնահատուկ գործոնները միմյանց հանդեպ հանդես չեն գալիս որպես հակադիր մեծություններ, այլ փոխադարձ ազդեցության մեջ են գտնվում:

8.3.2 Հիշողություններ և վերակառուցումներ

Սկսենք վերհիշումների թերապևտիկ ազդեցությունից.

Խիստ ասած (իսկ ինչո՞ւ չենք կարող այս հարցը քննարկել ողջ հնարավոր խստությամբ)՝ վերլուծական աշխատանքը միայն այն դեպքում է արժանի ճանաչման, որպես ճշմարիտ հոգեվերլուծություն, երբ հաջողվում է վերացնել ամնեզիան, որը սկզբից ի վեր (դա նշանակում է մոտավորապես երկուսից մինչև հինգերորդ տարին) չափահասից թաքցնում է իր մանկության մասին գիտելիքը: Վերլուծողների միջավայրում սա չի կարելի համառորեն կամ շատ հաճախ կրկնել: Այս հիշեցման անտեսման դրդապատճառները իրականում հասկանալի են: Ցանկալի կլիներ ավելի կարճ ժամանակում և չնչին ջանքով գործնական արդյունքների հասնել: Սակայն տեսական գիտելիքը առ այսօր ավելի կարևոր է մնում, քան թերապևտիկ հաջողությունը, և ով անտեսում է մանկության վերլուծությունը, ստիպված է անհրաժեշտաբար ընկնել ծանր հետևանքներ ունեցող սխալների մեջ: Վաղ ապրումների կարևորության շեշտադրումը չի ենթադրում ուշացած ապրումների ազդեցության թերագնահատումը, սակայն կյանքի ավելի ուշ փուլերում ունեցած տպավորությունները բավականին բարձր են հնչեցվում հիվանդի կողմից, մինչդեռ հենց ինքը՝ բժիշկը, պետք է մանկության հավակնությունների օգտին քվեարկի (Freud, 1919, էջ 202):

Դեռ տարակարծություններ կան այն մասին, թե բարդ իրադարձության որ առանձին գործընթացներն են, որոնք պետք է դիտվեն որպես

անհրաժեշտ և որոնք՝ որպես բավարար պայման: Որոշ վերհիշումներ ուղեկցվում են աննշան աֆեկտներով և թե՛ թերապիայում, թե՛ թերապիայից դուրս ոչ մի փոփոխության չեն հանգեցնում: Գոյություն ունեն նաև այդպիսի հուզական լիցքաթափումներ, որոնք կարճատև նշանակություն ունեն: Ըստ երևույթին, հիշողությանը և լիցքաթափմանը պետք է ավելանա ևս մի էական բան, որպեսզի իրականանա թերապևտիկ ազդեցությունը: Միգուցե դա ապահովության զգացումն է, որը կապված է ախտածին իրավիճակում ախտաբանական ապրումները այլ կերպ և ավելի լավ, քան թերապևտիկ շրջանակում, հաղթահարելու ունակության հետ: Ինչպե՞ս է հիվանդը՝ իր մղձավանջը հաղթահարած անձի նման, սեփական անգորությունը հաղթահարելով իրեն ավելի ապահով զգում: Արդյոք պատճառը բանիմաց հոգեվերլուծողի ներկայությունն է, որի հետ իրեն նույնացնելով և վերլուծողին որպես օժանդակ էզո դիտելով՝ հիվանդը հավելյալ ուժ է ստանում: Բավարար է արդյոք լուռ, ամեն ինչ հասկացող հաղորդակցությունը: Արդյոք վերլուծողի հետ նույնացումը և աշխատանքային դաշինքը բավարար են հիվանդի մոտ այնպիսի ապահովություն զգացողություն ստեղծելու համար, որ հուզական վերհիշումը հնարավոր դառնա առանց որևէ լրացուցիչ թերապևտիկ ազդեցության: Միգուցե հոգեկան լարվածության թուլացումը և վերհիշումները բավարար թերապևտիկ ընթացքի ցուցանիշներ են և ոչ թե նրա նախապայմանը: Այս հարցերին հանդիպում ենք բուժման գործընթացում՝ ներհայեցման թերապևտիկ նշանակության գնահատման ժամանակ: Սա՞ է արդյոք ներհայեցման հասուն պտուղը, և արդյոք փոփոխությունը դրա արդյունքը չէ՞: Մանրակրկիտ ուսումնասիրության անհրաժեշտությունը ցույց է տալիս, որ սա ակնհայտորեն այդպես չէ:

Եթե խոսքը վերաբերում է ինտեգրացիային և սինթեզին, ապա էական է, որ հիվանդի ռեգրեսիան չանցնի այն գիծը, որի սահմաններում իր էզո-ն ընդունակ է հանդուրժել, քանի որ միայն այդ դեպքում ինտեգրացիայի և սինթեզի համար ի հայտ կգան նպաստավոր պայմաններ: Մեր կարծիքով, Ֆրոյդի այն կարծիքը, որ վերլուծությունից հետո սինթեզը կայանում է ինքնըստինքյան, չի կարող պահպանվել: Մենք այն կարծիքին ենք, որ հոգեվերլուծողը միշտ պետք է նկատի ունենա ամենալավ նախապայմաններ ստեղծելու նպատակը՝ հիվանդի ինտեգրացիան ու սինթեզը հեշտացնելու համար:

Քրիսը (1956) մանկության հիշողությունների վերականգման մասին իր աշխատանքներում ընդգծել է, որ վերակառուցումը լավագույն դեպքում կարող է մոտենալ իրական փաստերին: Այն փաստը, որ, ըստ Քրիսի, մեկնաբանությունների առաջնային նպատակն առաջացած հիշողություններն են, տեխնիկայի զարգացման համար ունի շատ կարևոր նշանակություն: Ըստ Քրիսի՝ հոգեվերլուծողի խնդիրն է ստեղծել պայմաններ, որպեսզի հիվանդը սկսի հիշել: Վերհիշումները հեշտանում են, երբ մեկնաբանությունների միջոցով ներկայիս և անցած իրավիճակի միջև հաջողվում է որոշակի նմանություն ստեղծել: Քրիսը տարբերում է դինամիկ

մեկնաբանությունները, որոնք վերաբերում են այժմյան կոնֆլիկտներին և գենետիկ մեկնաբանություններին, որոնք կապված են արխայիկ իմպուլսների կամ վաղ շրջանի անգիտակցական ֆանտազիաների հետ: Դինամիկ և գենետիկ մեկնաբանություններն իրար կապող շարունակականության ստեղծումը վերլուծության նպատակներից մեկն է (Fim et al., 1971, էջ 13): Այս թեման թաքնված է տրանսֆերի մեկնաբանություններում, ինչպես նաև «այստեղ և հիմա»-ի, և «այնտեղի և այն ժամանակ»-ի մասին բանավեճում (տե՛ս 8.4):

Հավանական է, որ վերհիշումների գործընթացի կարևոր բաղկացուցիչ մասերի նշանակությունը կախված է էգո-ի համադրական գործառնության հատուկ վիճակից: Քանի որ էգո-ի վերափոխումն ու զարգացումը կախված են աֆեկտային և ճանաչողական գործընթացների բացահայտումից, և այս երկուսը, չնայած անցյալի հետ ունեցած կապերին, տեղի են ունենում ներկայում և մատնանշում են ապագան, պարզ է, որ հոգեվերլուծությունում Ֆերենցիի և Ռանկի (Ferenzi, Rank, 1924) նշանավոր գործից ի վեր «այստեղ և հիմա»-ի հուզական փորձին մեծ հեղինակություն է տրվել: Այնուամենայնիվ, այս փորձի նշանակությունը վերակառուցման համեմատությամբ դեռևս անտեսվում է: Բանավեճերի համար կան և ավելի խորը պատճառներ, որոնց անհնարին է հետևել մինչ Ալեքսանդերի կողմից առաջարկված շտկող հուզական ապրումի մանիպուլյատիվ ստեղծումը: Ալեքսանդերի՝ տրանսֆերի ներդրի ընթացքին միջամտելու դեմ ուժգին հակազդումները հազիվ թե հասկանալի լինեն առանց հոգեվերլուծական տեխնիկայի և տեսության համար հանգուցային խնդիրը քննարկելու: Այժմ անդրադառնալով այս խնդրին:

Հելսինկիում 1981 թվականին տեղի ունեցած միջազգային հոգեվերլուծական համաժողովի ժամանակ պարզ դարձավ, թե հոգեվերլուծական գործընթացում մանկական զարգացումը որքան մեծ բազմազանությամբ կարող է պատկերվել և որքան տարբեր են մանկական զարգացման մասին հոգեվերլուծական տեսությունները: Այս փոխադարձ կախվածությունը հիշատակվեց բոլոր 4 գլխավոր բանախոսների՝ Սիգալի (Segal, 1982), Սոլինտի (Solint, 1982), Էտչեգոյնի (Etchegoin, 1982) և Շաֆերի (Schafer, 1982) կողմից: մեր տեսակետի փաստարկման համար մասնավորապես կօգտվեն Շաֆերի հետևություններից: Հիշողությունների վերակառուցումը ավելի ճշմարիտ չի դառնում այն բանի շնորհիվ, որ հոգեվերլուծողը ենթադրում է, թե իբր այն անկախ է իր ընտրած տեսությունից, իր վերաբերմունքից ու վարքագծից, իր միջամտությունների ազդեցությունից և տրանսֆերի մեջ դրսևորվում է մաքուր ձևով: Ընդհակառակը, նրա ընտրած տեսություններն ու գործունեությունը շատ ավելի մեծ չափով են որոշում հոգեվերլուծական գործընթացը, որի հատկանիշներն են՝ տրանսֆերի մեջ հիվանդի՝ խոսքային և ոչ խոսքային հաղորդակցման հիման վրա ախտածնության վերակառուցումը և նրա վերհիշումների բացահայտումը: Քանի որ ներդրումների ընդհանուր

տեսություններին անդրադառնում են գաղափարագրական վերակառուցումների ժամանակ, այսինքն՝ դեպքերի ներկայացումների ժամանակ, ապա համապատասխան վերակառուցման հավաստիությունը մասամբ կախված է նրանից, թե ինչ չափով են վավերացված ընդհանուր տեսությունները:

Ֆրոյդի և իր հետևորդների համար հնագիտական մոդելը ստեղծվել էր վերլուծական նկատառումներով: Չնայած հոգեվերլուծողը ավելի դժվար մեթոդաբանական խնդիրներ ունի լուծելու, քան հնագետը, Ֆրոյդը կարծում էր, որ հոգեվերլուծողի առաջ կանգնած խնդիրները ավելի հեշտ լուծելի են, որովհետև մենք ի վիճակի ենք ներկայում հաղորդակցվել մի անձի հետ, որը անցյալում առաջ եկած վնասների զոհն է: Ֆրոյդը շատ տեղերում համեմատություններ է անցկացրել հնագիտության ու հնագույն պատմության ուսումնասիրությունների հետ: Իր «Քաղաքակրթությունը և նրա դժգոհությունները» (1930, էջ 69) աշխատանքում բերված մտորումները ներկայացուցչական օրինակ են: Ենթադրությունը, որ «հոգեկան կյանքում այն, ինչը մեկ անգամ ստեղծվել է, չի կարող վերանալ, որ ամեն ինչ ինչ-որ կերպով պահպանվում է, իսկ հարմար պարագաներում (օր.՝ լայնածավալ ռեգրեսիայի դեպքում) կարող է կրկին վերածնվել», հավերժական քաղաքի զարգացման հետ համեմատության համար ելակետ է դառնում: Նրա՝ Հոմերի զարգացման ակնառու նկարագրությունը և «պատմական հաջորդականությունները տարածականորեն նկարագրելու» փորձը թույլ են տալիս հասնել հոգեկան կյանքի առանձնահատկություններին:

Փաստը մնում է փաստ, որ միայն հոգեբանության մեջ վերջին ձևի կողքին հնարավոր է բոլոր վաղ փուլերի պահպանումը, և որ մենք ի վիճակի չենք այս երևույթը պատկերավոր եզրերով ներկայացնել:

Միգուցե մենք պետք է բավարարվենք մի պնդումով, որ անցյալը հոգեկան կյանքում պահպանված կարող է մնալ և մատնված չէ կործանման: Այնուամենայնիվ, հնարավոր է, որ նույնիսկ հոգեկանում ինչ-որ հին բան (որպես կանոն կամ բացառություն) այնքան մաքրվի կամ սպառվի, որ ոչ մի գործընթացի միջոցով չկարողանա վերականգնվել և վերակենդանանալ կամ որ պահպանումն ընդհանրապես կախված է որոշ նպաստավոր պայմաններից: Դա հնարավոր է, բայց մենք այդ մասին ոչինչ չգիտենք (1930, էջ 71-72):

Եթե խոսքը վերաբերում է նոր ճանապարհներ գտնելուն և նոր լուծումներ փնտրելուն, ապա այն ամենը, ինչ հիվանդի հետ կատարվում է ներկայում, մղվում է դեպի ուշադրության կենտրոն, իսկ անցյալի վերակառուցումը դառնում է միայն նպատակին տանող միջոց:

Ֆրոյդը (Freud, 1937, էջ 45) միշտ պահպանել է իր՝ հնագետի և հոգեվերլուծողի վերակառուցողական աշխատանքի նույնանմանության վերաբերյալ գաղափարը այն բացառությամբ, որ համարել է, թե վերլուծողը ավելի նպաստավոր պայմաններում է աշխատում, քանի որ աշխատում է ոչ թե կործանված, այլ դեռևս կենդանի ինչ-որ բանի հետ: Բացի այդ, վերլուծողն «աշխատում է ավելի նպաստավոր պայմաններում, քան հնագետը,

որովհետև նա կարող է հենվել «մանկական տարիքից ծագած հակազդումների կրկնությունների վրա» (1937, էջ 259):

Վերականգնումների վստահելիության առումով պարզվեց, որ հենց այն հանգամանքը, որ վերլուծողը կենդանի էակի հետ է առնչվում, ինչը սկզբում առավելություն էր համարվում, իրականում զգալի բարդություններ է առաջացնում: Կասկածից վեր է, որ գաղափարը, թե ինչպես մի բան կարող է կապված լինել մեկ այլ բանի հետ, հնագետի մտքում ծագում է առկա իմացության հիման վրա, և որ արդյունքում ամբողջացած կերպարը համոզիչ ապացույց է տալիս գաղափարի վավերականության մասին: Չհատկորոշված մանրամասներն ակտիվ դեր չեն խաղում, հարմարվում են ամբողջական կառուցվածքին և լրացնում են բացերը: Այնուհանդերձ, հոգեվերլուծողի համար վերջին խոսքը միշտ հիվանդն է ասում, և վերականգնումն ինքնանպատակ չէ: «Վերլուծողն ավարտում է կառուցվածքի մի մասը, և այն փոխանցվում է վերլուծության սուբյեկտին, որպեսզի վերջինս, իր հերթին, կարողանա աշխատել նրա վրա...» (Freud, 1937, էջ 260):

Այսպիսով՝ այս երկու գաղափարները հարմարեցված են իրար, սակայն հոգեկան զարգացման գործընթացի հաջողված վերականգնումը չի բացահայտում այն, ինչը թաքնված էր: Սկզբից բացահայտվում է իմաստային կապը: Արդյոք այն մասերը, որոնք հոգեվերլուծողը զուգորդությունից է կազմում և միացնում, երբևէ կազմել են մի ամբողջություն: Արդյոք այս ամբողջության գաղափարը հիվանդի անգիտակցականում պահպանված է մնացել, թե՞ մենք հիշողություններ ենք օգտագործում, որպեսզի ներկայի հետ համեմատության միջոցով հնարավոր դարձնենք փոփոխությունները: Հոգեվերլուծության հնագիտական մոդելը կապում է անցյալի վերականգնումն ու վերականգնումը:

Դրան հակառակ, Ֆրոյդի՝ (Freud, 1905, էջ 260) քանդակի հետ համանմանությունը, որը հասկացվում է որպես թերապիայի մոդել, պարունակում է մի այլ սկզբունք, այսինքն՝ ստեղծագործական փոփոխության սկզբունք: Միշտ կարևոր է գիտակցել այն օրինաչափությունները, որոնց շնորհիվ կարծրանում են հոգեկան ձևավորումները: Սակայն եթե խոսքը վերաբերում է այլ լուծումներ փնտրելուն և նոր ճանապարհներ գտնելուն, ապա այն ամենը, ինչը տեղի է ունենում հիվանդի ներկայում, տեղափոխվում է դեպի ուշադրության կենտրոն: Ֆրոյդը մտցրեց քանդակի մոդելը, որպեսզի հոգեվերլուծությունը սահմանազատի ներշնչման տեխնիկայից: Նկարչի և քանդակագործի միջև համեմատությունը ծառայեց հոգեվերլուծության թերապևտիկ մոդելի ներկայացմանը:

Նկարչությունը, ասում է Լեոնարդոն, աշխատում է *per via di porre* (վրան ավելացնելու) ոճով, քանի որ նա օգտագործում է մի նյութ՝ գույների տեսակներ, այնտեղ, ուր նախկինում դատարկ կտավի վրա ոչինչ չկար: Դրան հակառակ՝ քանդակագործությունը *per via de levare* (հեռացման միջոցով) առաջ է գնում, քանի որ քարից հեռացնում է այն ամենը, որը արձանի մակերեսն է թաքցնում: Նմանապես, ներշնչման տեխնիկան ձգտում է գործել *per via di porre*. Նրան չեն հետաքրքրում հիվանդագին

ախտանշանների ծագումը, լրջությունը և նշանակությունը, այլ տեխնիկան ներշնչման է դիմում. ակնկալվում է, որ այն բավականին ուժեղ կլինի, որպեսզի ախտածին գաղափարի զարգացմանն արգելք հանդիսանա: Դրան հակառակ՝ վերլուծական թերապիան չի ուզում ավելացնել կամ ներմուծել ոչ մի նոր բան, այլ ուզում է հեռացնել, վեր հանել ինչ-որ բան, և այս նպատակով նրան հետաքրքրում է ախտանշանների ծագումը և ախտածին գաղափարի հոգեկան կապերը, որոնք վերացնելն էլ իր նպատակն է (Freud, 1905, էջ 260-261):

Մենք կուզենայինք անդրադառնալ այս համեմատության վերաբերյալ Լոեվալդի (Loewald, 1960, էջ 18) մեկնաբանությանը, որը կարելի է այսպես ամփոփել. վերլուծությունում մենք դուրս ենք բերում իսկական ձևը՝ վերացնելով ներդրող խեղաթյուրումները: Քանդակի նման, մեզ նպատակի պատկերն է անհրաժեշտ, եթե նույնիսկ այդ պատկերը սաղմնային է: Իսկապես, վերլուծողը չի մտածում միայն տրանսֆերենտ խեղաթյուրումների մասին: Նրա մեկնաբանությունները պարունակում են իրականության ասպեկտներ, որոնք հիվանդը սկսում է ըմբռնել տրանսֆերի մեկնաբանությունների հետ: Այս իրականությունը հիվանդին հաղորդվում է տրանսֆերային խեղաթյուրումների վերացման եղանակով կամ ինչպես Ֆրոյդն է նկարագրել Լեոնարդո Դա Վինչիի նրբագեղ արտահայտությամբ. «per via di levare», ինչպես քանդակագործելու ժամանակ և ոչ թե «per via porre», ինչպես նկարելու ժամանակ: Քանդակը ստեղծվում է նյութի հեռացման միջոցով, իսկ նկարը ստեղծվում է՝ կտավի վրա մի բան ավելացնելով:

Ուշադիր ընթերցողը կնկատի, որ Լոեվալդը կիրառում է Ֆրոյդի համանմանությունը տրանսֆերի վերամշակման համատեքստում: Իրական հարցերն են՝ ի՞նչ որակ ունի նորը և այն որտեղ է եղել դրանից առաջ: Քանդակի մեջ չկա ոչինչ, ինչը նախապես որպես որոշակի ձև ներկա լիներ քարի մեջ կամ նպաստեր հետագա կերպարանքը գուշակելուն: Ամեն ինչ գոյություն է ունեցել քանդակագործի մտքում: Ֆրոյդի և հոգեվերլուծողի համար իրավիճակն այլ է. ինքն անգիտակցականում մի բան է հայտնաբերում, միջամտում է և այդպիսով ձևափոխում է սկզբնական նյութի արտաքինն ու էությունը: Նրա գաղափարներն ու պատկերները և նրա՝ դրանց հաղորդման եղանակը տանում են դեպի վերափոխումներ:

Թերապիայի երկու մոդելներն անգիտակցական նախնական կերպարանքներով բնորոշվող ընդհանուր հիմքեր ունեն: Նրանց տարբերությունն այն է, որ հոգեվերլուծողը՝ որպես քանդակագործ, չափազանց մեծ ազդեցություն ունի ձևավորման վրա, քան հնագետը կարող է անել դա իր նյութի հետ: Քանի որ ոչ մի համեմատություն կատարյալ չէ, կարող ենք ասել, որ հոգեվերլուծողը պատշաճ կերպով ազդում է և նպաստում փոփոխված և նոր ձևերի առաջացմանը: Հնագետի և քանդակագործի աշխատանքի հիմքում ընկած են գաղափարներ, որոնց շնորհիվ նրանք տեսք են հաղորդում նյութին: Հոգեվերլուծողը, իրոք, նպաստում է նոր ձևափոխված նյութի առաջացմանը: Սակայն գաղափարների ազդեցության հնարավորությունները բավական տարբեր են. մարմարի ժայռաքեկորը տձև է, մինչդեռ

ծաղկամանի ձևը հաղորդվում է այդ կտորին: Հոգեվերլուծողը *sui genesis* արվեստագետ է, նյութը, որի հետ նա գործ ունի, արդեն ձևավորված է, սակայն դեռևս քարացած չէ:

Շլացուցիչ է վերջնական ձևավորումից բացի, հոգեկան գործընթացներում բոլոր վաղ փուլերի պահպանման հայտնաբերումը: Քնած ժամանակ բնական ռեգրեսիան նպաստում է վաղուց մոռացված ժամանակաշրջաններից, սակայն երագողի երկարատև հիշողության մեջ տպավորված, պատկերները վերհիշելուն: Ոչ պատմական տարրերը հավանաբար նրանք են, որոնք պարունակում են ռեգրեսիայի վիճակում ծագող սևեռումներ: Վաղ սևեռումները խթանում են ախտանշանների ձևավորումը և կարծրատիպային վարքագիծը: Սևեռուն կրկնությունները և տիպիկ բնագծային կառուցվածքների կարևորությունը դեպի ծագումնաբանական բացատրություններն են տանում, եթե մենք կարողանանք բացատրել վաղ փուլերի և վերջնական ձևավորումների միջև կապը:

Հոգեվերլուծությունը, մասնավորապես, զբաղվում է հիվանդությունների նախապայմանների վերակառուցմամբ և այդ գործընթացում շարունակ խորանում է նախապատմության և վաղ մանկության մեջ: Վաղ փուլերի և վերջնական ձևավորման մեջ առաջացող խնդիրները քննարկվում են գլուխ 10-ում:

8.3.3 Միջամտություն, հակազդեցություն, ներհայեցում

«Պառակտված կապերի» վերականգնումը (A.Freud, 1937, էջ 15) վերլուծության էական նպատակն է, և վերլուծողն իր մեկնաբանությունների միջոցով հեշտացնում է սինթեզը: Այդ պատճառով դասական հոգեվերլուծական տեխնիկան հատկանշական է նրանով, որ մեկնաբանությունը նրա համար էական գործիք կամ միջոց է: Անգամ երբ նա որևէ բան ասի, կամ ոչ, հիվանդագին մի բան բացատրի կամ խորհրդավոր լռություն պահպանի, արտաբերի բազմանշանակ և ոչինչ չասող «հըմ», կամ մեկնաբանի: Վերլուծողի ներկայությունն ինքըստինքյան ազդեցություն է գործում, նույնիսկ եթե վերլուծողը սևեռունությամբ հանդես չգա: Նպատակահարմար է, որ մենք միջամտության տակ հասկանանք այն ամենը, ինչ հոգեվերլուծողը ներդնում է հոգեվերլուծության ընթացքում և մասնավորապես այն ամենը, ինչն օգնում է հիվանդին ձեռք բերել ներհայեցում: Տարբեր տեսակի միջամտությունների շարքում, մեկնաբանությունները շատ մեծ և կարևոր տեղ են զբաղեցնում և հոգեվերլուծական տեխնիկայի բնորոշ հատկություններն են: Մենք կիսում ենք հիվանդի ոգևորությունը, որը մի անգամ ասել է. «Երբ այսպիսի կապեր ստեղծվեն, ապա ես այն սպասումն ունեմ, որ կկարողանամ ասել. ամեն ինչ կարգին է, ցտեսություն, ես առողջ եմ»:

Ի՞նչ է իրենից ներկայացնում մեկնաբանությունը: Ինչո՞ւ է վերլուծողը միջամտում հենց որոշակի պահի: Ինչպե՞ս ենք մենք գնահատում մեր միջամտությունների ազդեցությունը: Երբ մենք համաձայնում ենք, որ

միջամտությունը խիստ ազդեցիկ է եղել, ապա ի՞նչն է նպաստել այդ ազդեցությանը: Այս հարցերից պարզ է դառնում, որ մեկնաբանությունների կամ մյուս միջամտությունների հետազոտման ժամանակ մենք շատ բանի չենք հասնում՝ առանց հիվանդի հակազդումը նկատի առնելու, ինչն էլ հանգեցնում է ներհայեցման թեմային: Ինչպե՞ս կարող ենք սահմանել ներհայեցման և այլ հակազդեցությունների միջև տարբերությունը: Կարո՞ղ ենք հակազդեցությունների ձևերը դասակարգել: Ի՞նչ է ներհայեցումը, և ի՞նչ դեր է խաղում այն թերապևտիկ գործընթացում (Fine, Waldborn, 1975, էջ 24): Մեկնաբանության հետազոտման ժամանակ այսպիսի հարցերից չենք կարող խուսափել (Thomä und Hauben, 1967, Thomä, 1967 b): Ավելի լավ կողմնորոշման նպատակով մենք ամենից առաջ ընդհանրացված ձևով կնշենք տեխնիկական տարբերակները, ինչպես տրանսֆերի և դիմադրության մեկնաբանությունները, խորքային մեկնաբանությունները և այլն (Loch, 1965b): Ֆրոյդը հիվանդի վերլուծությունից առանձնացված մասերի մեկնաբանության միջև, օրինակ՝ պարապրակսիաը կամ երազի և հիվանդի անցյալում կատարված էական դեպքերի վերակառուցման միջև, տարբերակումներ է արել՝ դրա համար առաջարկելով «կառուցում» անվանումը (Freud, 1937d):

Մենք կուզենայինք հիշատակել մեկնաբանության գործընթացի բաժանումը՝ նախապատրաստման (Loewenstein, 1951), առձակատման (Devereux, 1951) և պարզաբանման փուլերի այն իմաստով, ինչպես այն Բիբրինգն էր (Bibring, 1954) հասկանում: Ինչքան լիարժեք արձանագրվի սեանսը, այնքան հեշտ կլինի ճանաչել, թե մեկնաբանության որ ձևերն է վերլուծողը որոշակի դեպքերում կամ ընդհանրապես գերադասում: Սեանսների ծայնագրությունները անկախ հետազոտողներին թույլ են տալիս մանրակրկիտ գնումներ կատարել:

Քանի որ տրանսֆերի մեկնաբանությունը թերապևտիկ տեսակետից իրավացիորեն համարվում է ամենաարդյունավետը, այն բարձրացնում է նաև հատուկ խնդիրներ, որոնք ծավալուն կերպով քննարկվում են բաժին 8.4-ում:

Վերլուծողի մեկնաբանություններում մենք կարող ենք տարբեր հայեցակերպեր առանձնացնել: Վերլուծողի մեկնաբանությունների միջոցով հիվանդի գուգորդումներին հաղորդվում է նախազիտակցական և անզիտակցական համատեքստ: Նպատակահարմար է խնդիրների տեսակների տարբերակումը: Ինչպե՞ս է առաջանում մեկնաբանությունը: Ինչպե՞ս է գործում մեկնաբանությունը: Ինչպե՞ս կարող ենք հասկանալ՝ մեկնաբանությունը ճշգրիտ է, թե ոչ: Զուգորդումների և մեկնաբանության գուգակցված քննարկումը հնարավորություն է տալիս մեկնաբանության ճշգրտության վերաբերյալ հետևություններ անել, այսինքն վերլուծողի գաղափարի, մեկնաբանության ձևակերպման, մեկնաբանության նպատակի և նրա արդյունքի միջև կապի վերաբերյալ: Սա մեզ տանում է դեպի հանրամատչելի մակարդակ, որը թույլ է տալիս հետևություններ անել նաև անձտությունների վերաբերյալ: Այսպիսով՝ մեկնաբանությունների

ծագման մասին անուղղակիորեն ինչ-որ բան է պարզվում, և կարելի է ենթադրել, որ կարելի է որոշակի իմացություն ձեռք բերել վերլուծողի մոտ ընթացող կոնֆլիկտային գործընթացների մասին (օր.՝ ինտենսիվ հակատրանսֆերի հետ կապված): Սակայն անկախ նրանից, թե ինչպես է առաջացել այս կամ այն մեկնաբանությունը (անգիտակցական, թե նախագիտակցական ներըմբռնման շնորհիվ, վերևից կամ ներքևից տեսական դեդուկցիայի շնորհիվ), նրա ծագման մասին գիտելիքը ոչինչ չի ասում մեկնաբանության ճշգրտության մասին:

Քանի որ մեկնաբանությունները վերլուծողի ամենակարևոր միջամտության միջոցն են, վճռորոշ է, թե ինչպես են դրանք հիվանդի կողմից ընդունվում: Մեկնաբանությունների վերաբերյալ հիվանդի արձագանքը, որպես ճշտության և ազդեցության չափանիշ, Այզեկսն (1937) ամփոփել է իր օրագրում, որը մեզ համար կողմնորոշվելու հիմք է ստեղծում.

1. Հիվանդը կարող է բանավոր կերպով իր հավանությունը տալ:
2. Այնուհետև, հնարավոր է պատկերների իմաստի գիտակցված վերամշակում՝ գիտակից համագործության և համապատասխան էֆեկտի հետ զուգահեռ:
3. Կարող են հետագա զուգորդումներ առաջ բերվել, որոնք իրենց առանձնահատուկ ձևով հաստատում են մեկնաբանությունը:
4. Կարող են զուգորդությունների և դիրքորոշման փոփոխություններ տեղի ունենալ: Մեկնաբանությունը կարող է գիտակցաբար մերժվել: Օրինակ՝ երբ մեղքի զգացում և տագնապ է ի հայտ գալիս, որոնք միայն այն ժամանակ կարող են առաջանալ, եթե մեկնաբանությունը ճշմարիտ է:
5. Հիվանդը կարող է հաջորդ օրը երազ պատմել, որը շարունակում, մշակում և մեկնաբանված անգիտակցական ֆանտազիան կամ ձգտումն ավելի պարզ է դարձնում: Հիվանդը հանկարծակի կարող է մեր մեկնաբանությունից անմիջապես հետո մի երազ պատմել, որի մասին նա մինչ օրս չէր խոսել:
6. Ներկա անգիտակցական ցանկությունների մեկնաբանությամբ կարող են անցյալի ապրումների մասին հիշողություններ ի հայտ գալ. հիշողություններ, որոնք այս միտումները իրական ապրումների հետ են կապում և հասկանալի են դարձնում թե՛ մեկը, թե՛ մյուսը:
7. Արտաքին իրավիճակի վերաբերյալ հետևությունները, որոնք նախկինում հերքվում էին, կարող են ընդունվել կամ մեջբերվել հիվանդի սեփական նախաձեռնությամբ:
8. Որոշակի մեկնաբանությունների ճշտության ամենակարևոր ցուցանիշներից է տագնապի նվազեցումը, որը տարբեր ձևերով կարող է պարզ դառնալ, օրինակ՝ այն բանի միջոցով, որ ջղաձգությունները թուլանում են, շարժումները հանդարտվում են, ձայնի տոնը փոփոխվում է և այլն:
9. Տագնապի նվազեցումը նույնպես կարող է պարզվել հիվանդի զուգորդությունների միջոցով, որոնք կարող են ցույց տալ, որ

անգիտակցական երևակայական իրավիճակը փոխվել է, և ձիշտ մեկնաբանության շնորհիվ նոր նյութ է առաջանում:

10. Տագնապի արտահայտվածության և ուղղվածության մեջ այս փոփոխությունը առավել մեծ նշանակություն է ստանում տրանսֆերի իրավիճակում: Հենց այն, ինչ կատարվում է տրանսֆերի ընթացքում, մեր ընկալումների ճշմարտության ցուցանիշ է համարվում: Հիմնավորված մեկնաբանությունը կարող է վերլուծողի երևակայական պատկերը փոփոխել. վտանգավոր կերպարանքի պատկերը վերածվում է օգնության պատրաստ կերպարանքի: Ճիշտ և համարժեք մեկնաբանություններից հետո ֆանտազիաները և հիշողությունները ի հայտ են գալիս ավելի ազատ ու առատ:

Չնայած վերոնշյալ հատկանիշները մեկնաբանությունների ճշգրտության ցուցանիշ են, դրանք, այնուամենայնիվ, որպես ապացույց չեն կարող դիտվել (Thomä, Hauben, 1967): Ըստ Այզեկսի (Isaacs, 1935, էջ 155)՝ հետևյալ ընդհանուր կանոնները կիրառելի են նաև հիվանդի կյանքի առավել վաղ զգացումներին և գործողություններին վերաբերող մեկնաբանությունների նկատմամբ՝ հիվանդի կյանքի պատմությունը վերակառուցելու փորձի ընթացքում.

Հետևությունների հաստատումը, այնուհետև, տարբեր ուղություններով է կատարվում: Օրինակ՝ ա) ի հայտ են գալիս նոր հիշողություններ, որոնք վաղուց մոռացվել էին կամ էլ որոնց մասին դեռ չի պատմվել, բ) այսպիսի հիշողությունները կարող են մեկնաբանությունը կամ անմիջապես հաստատել, կամ էլ կենսագրականորեն կամ հոգեբանորեն մեր եզրակացությունների հետ կապված լինել, գ) նոր գուցորդություններ կարող են ի հայտ գալ, որոնք հասկանալի են դարձնում, թե ինչու որոշ ապրումներ մոռացության են մատնվել, դ) հաստատումները կարող են արտաքին աղբյուրներից, օրինակ՝ ընկերներից և բարեկամներից ստացվել: Այսպիսի հաստատումները վերլուծական աշխատանքի համար անհրաժեշտ չեն, դրանք, այնուամենայնիվ, գիտական տեսանկյունից արժեքավոր են որպես լրացուցիչ և անկախ ապացույցներ:

Առանձնահատուկ և ոչ առանձնահատուկ միջոցների մասին մեր ներածական նշումները պարզաբանում են, թե ինչու ենք մեկնաբանությանը յուրահատուկ տեղ հատկացնում հոգեվերլուծական տեխնիկայում: Մյուս կողմից մենք մեկնաբանությունը դիտարկում ենք ոչ սպեցիֆիկ ֆոնի հետ փոխհամագործակցության մեջ, որը որոշակի թերապևտիկ պահերի կարող է դուրս գալ առաջին պլան և այնուհետև հատուկ արդյունավետություն դրսևորել: Այստեղից էլ բխում է այն, որ մենք քննադատական հեռավորություն ենք պահպանում Այսլերի մեկնաբանության պուրիզմից: Այսլերը (Eissler, 1953) ներկայացրեց հիմքային տիպարի մեթոդը՝ փորձելով առանձնացնել բազմաթիվ փոփոխական մեծություններից վերլուծական գործընթացը, և բուժումը բնորոշող կամ պայմանավորող իսկական հոգեվերլուծական փոփոխական մեծությունները: Այս հաստատումը մենք որոշ

վերապահումներով ընդունում ենք, քանի որ համաձայն ենք այն վերլուծողների հետ, ովքեր կարծում են, որ «մեկնաբանությունը մեր ձեռքի տակ եղած ամենահզոր և հետևանքներով հղի միջամտությունն է» (Eissler, 1958, էջ 222):

Այսլերը ավելի է խորանում: Ըստ 'նրա' դասական հոգեվերլուծական տեխնիկան մի թերապիա է, որի դեպքում «մեկնաբանությունը ընտրության բացառիկ կամ առաջատար կամ գերիշխող միջոցն է» (Eissler, 1958, էջ 223): Իր զուտ դրսևորմամբ այս տեխնիկան ոչ մի տեղ գոյություն չունի: Այսլերն ասում էր. «Դեռ ոչ մի հիվանդ բուժման չէր ենթարկվել այդպիսի տեխնիկայի միջոցով, որում միայն մեկնաբանություններն են օգտագործվում (1958, էջ 223): Այսլերը մաթեմատիկայից ներմուծեց պարամետրի հասկացությունը, որտեղ եզրը օգտագործվում է հավասարության արժեքները ցույց տալու նպատակով, որոնք կամ մնում են անհայտ կամ հաստատուն և հայտնվում փոփոխական մեծությանը զուգահեռ: Այսլերը փոխ առավ այս եզրը՝ ցույց տալու մեկնաբանությունից այն կողմ գտնվող ցանկացած այլ բան՝ իրական հոգեվերլուծական փոփոխական մեծությունը: Ըստ Այսլերի (1953, էջ. 110-113)՝ հիմքային տիպարի մեթոդի պայմանները դեռ իրականացվում են, եթե պարամետրը բավարարում է հետևյալ չորս սկզբունքներին.

1. Պարամետրը պետք է կիրառվի, երբ ապացուցված է, որ հիմքային տիպարի մեթոդը չի բավարարում:
2. Պարամետրը երբեք չպետք է գերազանցի անխուսափելի նվազագույնը:
3. Պարամետրը պետք է օգտագործվի միայն այն ժամանակ, երբ նա վերջիվերջո տանում է դեպի ինքնավերացում. այսինքն, բուժման վերջնական փուլը պետք է տեղի ունենա 0-ի հավասար պարամետրով:
4. Տրանսֆերենտ հարաբերությունների վրա պարամետրի ազդեցությունը երբեք չպետք է լինի այնպիսին, որ չկարողանա վերացվել մեկնաբանության միջոցով:

Նույն աշխատությունում Այսլերը հիշատակում է ևս 2 պարամետրեր, որոնք շիզոֆրենիայի կամ ծանր ներոտիկ հիվանդների թերապիայում անհրաժեշտ կարող են դառնալ, սրանք են՝ *նպաստակի սահմանումը* և *ախտանիշների նվազեցումը*: Այս երկու պարամետրերն այլևս չեն բավարարում նշված 4 պայմաններին: Դրանց կիրառման ժամանակ վերլուծողը հեռանում է հիմքային տիպարի մեթոդից՝ առանց նրան անդրադառնալու հնարավորության: Դեռ ավելին, մեկնաբանություններն էլ են պարունակում վերջնական ասպեկտ, այսինքն՝ նպատակ, և այսպիսով ամենամաքուր տեխնիկան այլևս մաքուր չի մնում: Այսլերը ներկայացնում է պարամետր կոչվածի հատկանիշները՝ վկայակոչելով հիմքային տիպարի մեթոդից շեղումները, որոնց Ֆրոյդը դիմում էր՝ նկատի առնելով Գայլ մարդու (Ֆրոյդի հիվանդներից մեկի) անհատականության կառուցվածքը և ախտանիշները:

Նա պարամետրի՝ վերը նշված 4 չափանիշներից առաջինը լուսաբանում է՝ վկայակոչելով ֆորբիաներով հիվանդների թերապիայի ընթացքում ֆրոյդի ակտիվ միջամտությունները:

Այն, որ հիմքային տիպարի մեթոդը հոգեվերլուծության պատմության մեջ ավելի շատ խնդիրներ է ստեղծել, քան ի վիճակի էր լուծելու, կապված է համատեքստի հանդեպ ուշադրության բացակայության հետ: Այս մեթոդի կիրառման դեպքում տեսակետի սահմանափակությունը հաստատվում էր ելնելով այն հանգամանքից, թե ինչպիսին պետք է լինի պրակտիկան: Սակայն ինչպես Այսերը ստիպված էր խոստովանել, քանի դեռ հոգեվերլուծական հերմենևտիկան սիստեմատիկ կերպով մշակված չէ (1958, էջ 226), հոգեվերլուծողը զինված է գործիքների հավաքակազմով, որոնք օգտագործման ընթացքում անխուսափելիորեն կեղտոտվում են: Ավելին, հերմենևտիկ տեխնոլոգիան չի կարող սիստեմատիկ կերպով մշակվել, մինչև թերապևտիկ գործառույթը չհայտնվի ուշադրության կենտրոնում: Մեկնաբանող պուրիզմը կարող է խոչընդոտել թերապիայի համար նպաստավոր մթնոլորտի առաջացմանը: Ներհայեցումը, այնուհետև կզրկվի հուզական խորությունից:

«Ներհայեցում» հասկացությունը հոգեվերլուծական տեսության համար մի կողմից կենտրոնական է. ի տարբերություն թերապիայի մյուս ձևերի՝ հոգեվերլուծությունը պահանջում է, որ հիվանդը ներհայեցման միջոցով փոփոխությունների հասնի: Մեկնաբանությունը՝ թերապիայի ամենակարևոր գործիքը, ուղղվում է հիվանդի՝ ներհայեցման միջոցով իր խանգարումների փոփոխությանը հասնելու ընդունակությանը: Մյուս կողմից՝ վերջին տարիներին ներհայեցումն անընդհատ հակադրվում է թերապևտիկ փոխհարաբերությունների բուժող ազդեցությանը: Ներհայեցման առաջատար դերի հանդեպ վերապահումները սկիզբ են առնում 2 տարբեր դպրոցներից: Կոհուրի դպրոցը ավելի թերահավատորեն է վերաբերվում ներհայեցման հասկացությանը, քանի որ այն իբրև թե անբաժանելիորեն կապված է հոգեկան կոնֆլիկտի բուժման տեսության հետ: Իսկ բուժման տեսության մեջ բուժող գործոնները ես-հոգեբանության տեսանկյունից վճռականորեն կապվում են հոգեվերլուծողի ապրումակցող ըմբռնողության ներքնայնացման հետ: Մյուս վերապահման պատճառն այն է, որ ներհայեցման հասկացությունը զուգակցվում է մեկ անձի հոգեբանության հետ, որի քննադատական գնահատմամբ՝ թերապևտիկ փոխհարաբերությունների բուժիչ ազդեցությունը նույնիսկ վերացնում է ներհայեցումը (Appelbaum, 1975, 1976, Eagle, 1984): Սա տեղի է ունենում այն բանի շնորհիվ, որ «նոր օբյեկտի» բացահայտման բուժիչ ազդեցությունը կախման մեջ է հայտնվում վերլուծողի գործառույթների ներքնայնացումից կամ նոր հարաբերությունների շրջանակներում՝ ուսուցումից (Loewald, 1960, Thomä, 1981):

Շատ հեղինակների շրջանում, որոնք հավատում են ներհայեցման հասկացության կարևորությանը, զգալի բանավեճեր են տեղի ունենում էական հարցերի մասին, որոնց պատճառով էլ մինչև օրս դեռ հնարավոր չի

եղել այս հասկացությանը մեկ միասնական սահմանում տալ: Հոգեվերլուծական եզրերի բացատրական բառարանի սահմանումը շատերին անբավարար է թվում: Ներհայեցումը այնտեղ մեկնաբանվում է որպես «այն սուբյեկտիվ փորձը կամ սուբյեկտիվ գիտելիքը, որը ձեռք է բերվել հոգեվերլուծության ընթացքում և վերաբերում է վաղ անգիտակցական ախտածնական բովանդակությանը և կոնֆլիկտներին» (մեջբերված Blacker, 1981, էջ 659): Եթե մենք ծավալուն գրականությունում փնտրում ենք ներհայեցման հասկացության տարբեր, այդ թվում նաև պարզ սահմանումներ, ապա կարող ենք նկատել, որ այս սահմանումների ձևակերպումները ենթարկված են առնվազն 3 տարբեր տեսակետների միահյուսման ազդեցությանը:

1. Ֆրոյդի համար ներհայեցումը կապվում է անգիտակցական իրականության հայտնաբերման հետ (Bush, 1978): Ներհայեցումը այստեղ կարող է բացատրել ներկա վարքը վաղ իրադարձությունների հիման վրա, ինչպես դա ցույց են տվել Ֆիշերն ու Գրինբերգը (1977, էջ 350): Ներհայեցումը վերաբերում է մանկության «անգիտակցական ախտածին կոնֆլիկտներին և դրանց հետագա ածանցյալներին, շեղումներին և հետևանքներին» (Blum, 1979, էջ 44): Որտեղ էլ որ ներհայեցումն այս կերպ սահմանվի, օրինակ՝ թերապիայում կամ հետազոտությունում, պետք է առանձին ապացուցվի, որ անգիտակցական գործընթացների իմացությունն իսկապես կապված է բուժիչ էֆեկտի հետ:
2. Շատ հեղինակների օրինակներում վաղօրոք անգիտակցականի գիտակցումը հասկացվում է մեկ այլ իմաստով: Այստեղ գիտակցումը հաճախակի նշանակում է, որ հոգեկան բովանդակությունը նոր իմաստ է ստանում: Բլումը (Blum, 1979) այս կապակցությամբ վկայակոչում է Վեբսթերի բառարանում ներհայեցման սահմանումը, ինչպես «առարկաների ներքին բնության մեջ ներթափանցումը և հասկացությունը»: Նոյը (Noy, 1978) շեշտել է ներհայեցման և ստեղծագործության միջև կապը:
3. Այն փաստը, որ թերապևտիկ ներհայեցումը և ցանկալի թերապևտիկ փոփոխությունը հաճախ իրարից շատ հեռու են գտնվում (այս փաստի մասին իր դժգոհությունն է հայտնել նաև Ֆրոյդը), հանգեցրել է ներհայեցման հասկացության սահմանափակման և ներհայեցումը թերապևտիկ փոփոխության հետ կապելու փորձերին: Սակայն յուրաքանչյուր փոփոխություն պետք է ապացուցվի կոնկրետ վարքագծում և գործողությունում: Այս մոտեցմամբ ներհայեցման հասկացությունը շատ սերտ կապվում է վարքագծի և գործողության հետ:

Կեղծ ներհայեցման երևույթի ինտենսիվ ուսումնասիրությունների արդյունքում վերլուծողների շրջանում ավելի է ընդլայնվել այն միտումը, որ հիվանդի ահա-փորձառության էական խնդիրներ լուծող պահերը չդիտվեն որպես ներհայեցման նախապատկեր: Այս տեսակետի հաստատմանը նպաստեց Քրիսի (Kris, 1956a) աշխատությունը, որում նա ներհայեցումը նկարագրում էր «մի ամբողջ ժամի» շրջանակներում և այն հասկանում էր

որպես գործընթաց: Քրիսն այս աշխատություններում ձշտել էր մի սխալ կարծիք, որը բխել է «Հիշողություն, կրկնություն և վերամշակում» Ֆրոյդի աշխատությունից (Freud, 1914): Ֆրոյդը կարծում էր որ ներհայեցումը վճռորոշ իմացական գործողություն է, որին հետևում է վերամշակումը, մինչդեռ իրականում ներհայեցումը և վերամշակումը ի սկզբանե սերտորեն կապված են և թերապևտիկ գործընթացի մի մասն են:

Բացի դրանից՝ Քրիսի աշխատությունն արտահայտում է մի միտում, ըստ որի ներհայեցման հասկացությունը կապվում է ոչ միայն բովանդակության հետ, այլ նաև հիվանդի՝ սեփական մտքերին հասանելիություն ունենալու հնարավորության հետ: Մինչդեռ Ստրեչին (Strachey, 1934) հստակ հաստատում էր, թե ինչպես պետք է հիվանդը դիտարկի վերլուծողին, որպեսզի մեկնաբանությունը փոփոխելի բնույթ ստանա: Այնպիսի հեղինակներ, ինչպիսիք են Ռեյդն ու Ֆայնսինգերը (Reid, Finesinger, 1952), Ռիչֆիլդը (Richfield, 1954), Քրիսը (Kris, 1956a) և Հատչերը (Hatcher, 1973), մանրամասն նկարագրում են սեփական մտքերի նկատմամբ այն հասանելիությունը, որը հիվանդը ստանում է ներհայեցման տարբեր փուլերում: Անհրաժեշտ է նկատի ունենալ այն փաստը, որ մտքերի բովանդակությունը և հիվանդի հասանելիությունը սեփական մտքերին տարբեր, թեպետ և միմյանց հետ կապված երևույթներ են: «Ներհայեցում» բառը նշանակում է, որ ինչ-որ հոգեբանական բովանդակություն դիտվում կամ հասկացվում է նորովի: Վերլուծողներն իրենց հիվանդների մոտ ներքին փոփոխության պահը անմիջականորեն չեն կարող դիտել, այլ միայն անուղղակիորեն կարող են եզրակացություն անել փոփոխության մասին: Երբ խոսքը փոփոխված մուտքի մասին է, ավելի շուտ պետք է խոսվի «ներդիտման», քան «ներհայեցման» մասին: Այս տարբերակումը գուցե հաջողեք վերացնել հին վեճն այն մասին, թե ներհայեցումը հոգեթերապևտիկ գործընթացի շարժի՞չն է, թե՞ դրա արդյունքը: Փոփոխությունը որպես մտահայական, վայրկենական իրադարձություն, արդյունք է խորհրդանշում, մինչդեռ «դիտելը» և «փոփոխումը» գործընթաց են բնութագրում:

«Կեղծ ներհայեցումների» մասին վեճը դեռ վաղուց հանգեցրել է այնպիսի պատկերացումների վերանայմանը, թե կարելի է փոփոխությունների հասնել բացառապես իմացական ճանապարհներով: Ֆենիխելը (Fenichel, 1941) զգալու և մտածելու բևեռականությունը շարունակում էր ելակետ համարել: Գրեթե բոլոր հեղինակների մոտ, ովքեր մեկնաբանում են ներհայեցման հասկացողությունը, գոյություն ունի այն կարծիքը, որ «փական ներհայեցումը» կամ «ներդիտումը» գտնվում են հուզական և մտավոր բևեռների միջև: Այս երկու բևեռների նկարագրություններում գտնվում են տարբերություններ: Ռեյդն ու Ֆայնսինգերը (Reid, Finesinger, 1952) դրանք բնորոշում են որպես հույզեր և ճանաչողական գործընթացներ: Դրան հակառակ՝ Ռիչֆիլդը (Richfield, 1954) նկարագրում է գիտելիքի երկու տարբեր ձևեր: Վալենշթայնը (Valenstein, 1962) հուզականության բևեռի նկատմամբ գործածում է գերմաներեն բառ՝ Erlebnis (ապրում): Վերջապես Հատչերը

(Hatcher, 1973) «ինքնադիտարկման» փորձառությունը տարբերակում է ավելի արտացոլող ձևից:

Ներհայեցման գործընթացը կապակցվում է ինտեգրացիայի գործողության հետ, որը ներուժ ունի ինչպես փոփոխության առաջացման, այնպես էլ նոր լուծումների և ստեղծագործության համար: Տարբերությունները բխում են՝ ելնելով ինտեգրացիայի վերաբերյալ հասկացողությունների համակարգի ներկայացման ձևերից: Քրիսի (Kris, 1956), ինչպես նաև Ռեյդի և Ֆինեսինգերի (Reid, Finesinger, 1952) մոտ ինտեգրացվում են որոշակի հոգեկան բովանդակությունները: Այս գործընթացը Քրիսը նկարագրում է որպես Էգո-ի ինտեգրացնող գործառույթին վերաբերող և քննարկում է դրա հարաբերությունը Նունբերգի (Nunberg, 1930) Էգո-ի սինթետիկ գործառույթի հասկացողության հետ: Մեյերսոնը (Meyerson, 1965) նույնպես վերաիմտեգրացիան դիտում է Էգո-ի համադրող գործառույթի համատեքստում: Որոշ հեղինակների, ինչպես օրինակ՝ Պրեսմանի (Pressman, 1969) և Վալենշթայնի (Valenstein, 1962) մոտ այն ավելի շուտ առանձնահատկության խնդիր է, այսինքն՝ ինտեգրված հասանելիություն մտքի բովանդակությանը: Առաջին հայացքից այս տարբերությունն էական չի թվում, սակայն ինտեգրացիան հասկանալու երկու տարբեր եղանակներ է խորհրդանշում: Մենք կարող ենք ինտեգրացիան հասկանալ որպես հոգեկան էությունների միավորում, բայց, միևնույն ժամանակ, որպես ակտիվություն, որը մինչ այժմ որոշակի առանձին մասերի բաժանված հոգեկան բովանդակությունը վերախմբավորում է ավելի ընդհանուր տեսանկյունից ելնելով: Շարֆմանը (տե՛ս Blacker, 1981) շեշտում է ինտեգրացնող գործառույթը: Ներհայեցումը հոգեվերլուծական գործընթացներում կատարում է հոգեկան աշխարհի տարբեր մակարդակները փոխկապակցող գործառույթ:

Ներհայեցման՝ որպես ինտեգրացնող հոգեկան ակտիվություն ընկալումը թույլ է տալիս ըմբռնել այն պահերը, որտեղ հատվում են ներհայեցման հոգեվերլուծական հասկացությունը և ներհայեցման ձգտմանը միտված տարբեր փորձարարական արդյունքները: Մենք դիտում ենք ինտեգրացնող ակտիվությունը, այսինքն՝ տարբեր հոգեկան էությունների ամփոփումն ընդհանուր տեսանկյան տակ, հոգեկան ակտիվության ամենատարբեր ոլորտներում: Ինտեգրացնող ակտիվության առանձնահատուկ դերը հոգեվերլուծական գործընթացում այն է, որ տարբեր հոգեկան մակարդակները, ըստ Շարֆմանի, հակադրվում են միմյանց: Հակադիր հոգեկան մակարդակների միավորումն առանձնահատուկ հոգեկան նվաճում է, որը պահանջում է լարված վիճակի լիարժեք տիրապետում: Փորձառության և դեպի սեփական ներքին գործընթացները հոգեկան ինտելեկտուալ ներթափանցման միավորումը, որը գտնվում է հոգեվերլուծական ներիմացության մասին գրականության առաջին պլանում, տարբերվում է ներհայեցման իմացական գիտափորձերից նրանով, որ փորձառությունը և հոգեկան ներթափանցման իմացության իմացական ձևերը պետք է հասկացվեն որպես հակադիր և դրանով իսկ կոնֆլիկտներ առաջացնող:

8.3.4 Նոր սկիզբ և ռեգրեսիա

Բալինտն իր՝ «Ֆունդամենտալ խանգարումներ. ռեգրեսիայի թերապևտիկ ասպեկտները» գրքում հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդությունների առաջացման իր տեսությունը կապակցեց բուժման «նոր սկիզբ» տեխնիկայի հասկացողության հետ: Նոր սկիզբը և ֆունդամենտալ խանգարումը մեղալի երկու կողմերն են. նոր սկիզբը թերապևտիկ հասկացություն է, ֆունդամենտալ խանգարումը՝ բացատրական հասկացություն: Բալինտը ֆունդամենտալ խանգարումը դիտում է որպես անհրաժեշտ պայման յուրաքանչյուր ծանր հոգեկան և հոգեմարմնական հիվանդության համար: Որպես նոր սկիզբ նա վերջնականապես ամփոփել է այն բոլոր գործընթացները, որոնք կարող են դիտվել հիվանդություններ առաջացնող պայմանների՝ թերապիայի միջոցով վերացման կամ ապակտիվացման ընթացքում, այսինքն՝ ֆունդամենտալ խանգարումների հաղթահարման ժամանակ: Ֆունդամենտալ խանգարումը և նոր սկիզբը ընդգրկում են մի տեսություն հոգեկան հիվանդությունների ծագման և բուժման մասին (Thomä, 1984):

Ֆունդամենտալ խանգարումը պատկանում է մայր-երեխա վաղ շրջանի հարաբերությունների ոլորտին: Փոքր երեխայի մոտ դեռ չեն առաջանում ներհոգեկան կոնֆլիկտներ, որոնք էդիպյան երեք-անձ-հարաբերության հետ են կապված: Ֆունդամենտալ խանգարումը Բալինտի կողմից նկարագրվում է պակասության իմաստով, որպես հոգեկան կառուցվածքում գոյություն ունեցող արատ (Balint, 1968, 1970, էջ 21-22): Ֆունդամենտալ խանգարման տեսությունից սկիզբ առնելով՝ նկրդները և բնավորության դժվարությունները, գուցե նաև պսիխոզները և հոգեմարմնական հիվանդությունները բացատրվում են որպես նույն ծագման ախտանիշներ: Քանի որ յուրաքանչյուրն ունենում է այս ամենավաղ և ֆունդամենտալ պակասությունը, ապա վերջինս կարող է դիտարկվել որպես ցանկացած հիվանդության համար անհրաժեշտ պայման:

Պակասության մասին կանխավարկածը կարելի է գտնել շատ հոգեվերլուծական տեսություններում: Այս տեսությունների ընդհանրությունն այն է, որ պակասության ծագումը տեղափոխվում է վաղ նախաէդիպյան զարգացման փուլ: Եթե հոգեվերլուծական բուժման տեխնիկան սահմանափակենք ներհոգեկան կոնֆլիկտների մեկնաբանությամբ, ապա այն կիրառելի չէ այնտեղ, որտեղ այս կոնֆլիկտները դեռ առկա չեն կարող լինել: Այժմ հասկանալի է դառնում, թե ինչու են պակասության վիճակների վերացման գործընթացում նախախոսքային ըմբռնումը և անխոս փորձառությունը հատուկ ուշադրության արժանանում: Հիշողությունը և ներհայեցումը, որպես թերապևտիկ միջոց, մեկնաբանության միջոցով հետին պլան են մղվում: Ներհայեցման և հուզական փորձառության թերապևտիկ գործընթացի երկու գլխավոր բաղադրիչ մասերի միջև հավասարակշռությունը փոխվում է՝ ի նպաստ փորձառության:

Ըստ Բալինտի՝ հոգեբանական շրջանակում նոր սկզբին կարող ենք հասնել ռեգրեսիայի միջոցով: Ռեգրեսիան գործընթաց չէ, որը հիվանդի մոտ ինքնությունաբար է տեղի ունենում կամ հիվանդի կողմից պատրաստ քերվում է վերլուծություն, ինչպես Լոխն է (Loch 1991) կարծում: Բալինտը մեզ հիշեցրել է հետևյալը.

Ռեգրեսիան ոչ միայն ներհոգեկան, այլ նաև միջանձնային երևույթ է, քանի որ վճռական դեր են խաղում դրա թերապևտիկ օգտակարությունը ու միջանձնային ասպեկտները: Ռեգրեսիայի ճիշտ նշանակությունը հասկանալու և վերլուծական շրջանակում այն հաղթահարելու համար անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ այն ձևը, որով նա գործում է, միայն մասամբ է կախված հիվանդից, նրա անհատականությունից և նրա հիվանդությունից: Այն մասամբ կախված է նաև օբյեկտից: Հետևաբար, այն պետք է համարվի հիվանդի և վերլուծողի միջև փոխներգործության ախտանիշներից մեկը: Այս փոխներգործությունն ունի առնվազն 3 ասպեկտ.

- ինչպես է օբյեկտը ճանաչում ռեգրեսիան,
- ինչպես է այն օբյեկտի կողմից ընդունվում,
- ինչպես է օբյեկտը հակազդում դրան (Balint, 1968, էջ 147–148):

Այժմ քննարկենք, թե նոր սկիզբն ինչ հարաբերության մեջ է այն ռեգրեսիվ վիճակների հետ, որոնք ավելի հեռու են գնում տրավմատիզացիայից, և որոնք Բալինտը նկարագրել է օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանության շրջանակներում: Այդ վիճակները անհասանելի են զուգորդումների և մեկնաբանությունների համար: Ըստ Բալինտի՝ լրացուցիչ թերապևտիկ միջոցների ամենակարևոր դերն այն է,

... որ անհրաժեշտ է հիվանդին օգնել զարգացնել իր կոմպուլսիվ տիպարին համապատասխանող պարզունակ հարաբերությունները վերլուծական շրջանակում և պահպանել խաղաղ վիճակում, մինչև նա կարողանա հայտնաբերել օբյեկտային հարաբերության նոր ձևերի հնարավորությունը և փորձարկել դրանք: Քանի դեռ ֆունդամենտալ խանգարումն ակտիվ վիճակում է գտնվում և որոշում է անհատի համար հասանելի օբյեկտային հարաբերությունների ձևերը, բուժման համար անխուսափելի խնդիր է ստեղծել թերապևտիկ պայմաններ այս ֆունդամենտալ խանգարման առանձնացման և ապակտիվացման համար: Դրան հասնելու նպատակով անհրաժեշտ է թույլատրել հիվանդին, որպեսզի նա հնարավորություն ունենա ետ գնալ (ռեգրեսիայի ենթարկվել) մինչև առաջնային պակասության վիճակն առաջացրած օբյեկտային հարաբերության հատուկ ձևի մակարդակը կամ նույնիսկ որևէ նախընթաց փուլի մակարդակը (Balint, 1968, 1968, էջ 166):

Այս պակասության վիճակը չի կարող «վերլուծությամբ ավարտվել», այն մնում է որպես սպի (Balint, 1968, էջ 180): Ակնհայտ է, որ վերլուծողի համար ցանկալի դիրքորոշման նկարագրությունը, որը կարող էր տանել դեպի պակասության վիճակի չեզոքացումը, կախված է ֆունդամենտալ խանգարմանը նախորդող կամ այն ուղեկցող ձգնաժամային վիճակի տեսական ընկալումից:

Բալինտը նկարագրում է ներթափանցման, միահյուսման և սահմանա-
յին ներդաշնակության տպավորիչ պատկերները և պնդում է, որ մարդն
անգիտակցաբար ձգտում է նորից ձեռք բերել այդ կորցրած միասնությունը:
Իր տեսության ճշտության առնչությամբ Բալինտն ավելացնում է.

Եթե իմ տեսությունը ճիշտ է, ապա հարկ է ակնկալել, որ ցանկացած
վերլուծական բուժման ընթացքում այնտեղ, որտեղ որոշակի կետից
ավելի խորը ռեգրեսիա է թույլատրված, մենք կհանդիպենք օբյեկտային
հարաբերությունների բոլոր 3 տեսակները՝ ամենապարզունակ ներդաշ-
նակ և փոխներթափանցող միահյուսում, օբյեկտներից (օկնոֆիլիկ) կառ-
չում և ֆիլոբատիկ (ինքնաբավ) օբյեկտազերծ տարածությունների գերա-
դասություն (Balint, 1968, էջ 71-72):

Այս երևույթները, որպես այդպիսին, վիճելի չեն: Հավանաբար փոքրա-
թիվ անձանց համար աշխարհի մի մասը լինելու զգացումը, օբյեկտների
հետ կապվածության զգացումը և տարածության խորության նկատմամբ
բավարարվածության զգացումը օտար են: Բալինտն իր «Հուզմունքներ և
ռեգրեսիա» աշխատությունում (1959) նշել է առօրյա կյանքից վերցված օկ-
նոֆիլիկ և ֆիլոբատիկ ապրումների եղանակների շատ տպավորիչ օրի-
նակներ: Ֆիլոբատիզմը և օկնոֆիլիան կարող են հանդես գալ որպես
բևեռներ այնպիսի տիպաբանությունում, որում գերակշռում են խառը ձևերը:

Մենք այստեղ, ինչպես նոր սկզբի ժամանակ, գործ ունենք խնդիրների
հետ, որոնք առաջացել են այն պատճառով, որ Բալինտը փորձել է որոշակի
երևույթներ ոչ միայն նկարագրել, այլ նաև բացատրել իր հոգեվերլուծա-
կան օբյեկտային հարաբերությունների տեսության միջոցներով: Ռեգրե-
սիայի համապարփակ ընկալումը փոխկապակցում է օբյեկտային հարաբե-
րությունների հոգեբանությունը ինչպես երազի տեսության հետ, այդպես էլ
բազմոցի օգտագործման հետ, որը դրդում է ռեգրեսիայի և «ազատ զու-
գորդությունների» հետ կարող է բնորոշվել որպես ռեգրեսիվ գործողու-
թյուն: Ըստ Բալինտի տեսության, որում առկա հակասությունները չեն վրի-
պել հեղինակի ուշադրությունից (Balint, 1968, էջ 129), նոր սկիզբը կարող է
տեղի ունենալ, եթե վերլուծողի և խորը ռեգրեսիվ հիվանդի միջև պարզու-
նակ նախալեզվային օբյեկտային հարաբերություններ են զարգանում
(Balint, 1968, էջ 165-167):

Ժամանակագրականորեն և երևութաբանորեն Բալինտը տարբերակում
է 3 տիպի պարզունակ օբյեկտային հարաբերություն.

1. Ամենապարզունակը, որը ես անվանում եմ «առաջնային սեր» կամ
առաջնային հարաբերություններ և որը ներդաշնակ փոխներթափանցող
խառնուրդի տեսակ է զարգացող անհատի և նրա առաջնային սուբս-
տանցների կամ նրա առաջնային օբյեկտի միջև:

2. Օկնոֆիլիա:

3. Ֆիլոբատիզմ. որոշ չափով միմյանց երկնամանակներն են և արդեն
ենթադրում են բավականաչափ կայուն մասնակի օբյեկտի կամ ամբողջա-
կան օբյեկտի հայտնաբերումը, ընդ որում՝

- գերազանցապես օկնոֆիլիկ ապրումներ ունեցող անհատն իրեն ապահով է զգում միայն օբյեկտի հետ սերտ մոտիկության ժամանակ, մինչդեռ միջամտության փորձերը և օբյեկտների միջև տարածությունները առաջացնում են սարսափի և վտանգավորության զգացումներ,
- ի տարբերություն դրան՝ գերազանցապես ֆիլոբատիկ անձնավորություններն ընկալում են օբյեկտները, որպես անվտանգության և պատահական, հակված են գոհանալ առանց օբյեկտների, փնտրում են այնպիսի բարենպաստ տարածություններ, որոնք դավաճանական օբյեկտները հեռացնում են նրանցից տարածության և ժամանակի մեջ (Balint, 1968, էջ 168):

Հնայած նոր սկիզբը «այստեղ և հիմա» շրջանակում տեղի է ունենում նպաստավոր օբյեկտային հարաբերության ժամանակ և ըստ էության չի կարող դուրս բերվել «այն ժամանակ և այնտեղ»-ից, այնուհանդերձ այն հասկացվում է որպես ռեգրեսիա՝ դեպի վաղ նախատրավմատիկ զարգացման փուլ: Վերակառուցման և թերապևտիկ փոփոխության միջև հարաբերության չլուծված խնդիրն անմիջապես ակնհայտ է դառնում, եթե կենտրոնանանք Բալինտի նոր սկզբի ամենաէական չափանիշներից մեկի վրա. նոր սկիզբը միշտ տեղի է ունենում տրանսֆերի ժամանակ, այսինքն՝ օբյեկտային հարաբերությունների ընթացքում, և տանում է դեպի հիվանդի՝ իր սիրտ օբյեկտի հետ հարաբերությունների վերափոփոխում և, հետևաբար՝ տագնապի զգալի նվազեցում: Տրանսֆերն այստեղ նեղ իմաստով չի ընկալվում որպես կրկնություն, այլ ընդհակառակը՝ դիտվում է որպես ծավալուն հարաբերության ձև էապես նոր տարրերի հետ:

Փոփոխություններ առաջացնող ապրումները նոր սկզբի ժամանակ դուրս են գալիս կրկնության հարկադրանքի սահմաններից, սակայն նրանք չեն կարող բացատրվել ֆունդամենտալ խանգարման ծագումից առաջ եղած նախատրավմատիկ ներդաշնակությանն արվող տեսական անդրադարձի միջոցով: Թեև Բալինտը ֆունդամենտալ խանգարումներով տառապող ռեգրեսիվ հիվանդների նոր սկզբի մեջ հատուկ թերապևտիկ դեր էր վերագրում ամենավաղ «օբյեկտային հարաբերություններին», նա անտեսեց տեղադրական և ստեղծագործական տարրերը թերապևտիկ շրջանակում: Նոր սկզբի հասկացությունը թերապիայի տեսությունում ծավալուն իմաստ է ձեռք բերում, եթե այն ընկալվում է որպես «այստեղ և հիմա» կատարվող իրադարձություն, որը հնարավոր է դառնում վերլուծողի շնորհիվ (Khan, 1969):

Այդ նպատակին հասնելու համար երկու տեխնիկական միջոցներն էլ անհրաժեշտ են. թե՛ մեկնաբանությունը, թե՛ օբյեկտային հարաբերությունները՝ հավանաբար տարբեր դոգավորմամբ և բուժիչ այլ գործոնների հետ փոխկապակցվածությամբ: Ընդհանուր հոգեախտաբանության՝ երկու դասերի բաժանումը, այն դեպքում, երբ ֆունդամենտալ խանգարումը յուրաքանչյուր ծանր հիվանդության նախապայման է համարվում, անբավարար է: Անշուշտ, մենք ի վիճակի ենք մեր բոլոր ստեղծագործական հնարավորությունները և յուրաքանչյուր նոր սկիզբը մեր կյանքի ամենավաղ ծագման

շրջանի վրա պրոյեկտել և, վերջիվերջո, այնտեղ՝ հետադարձ ուտոպիայում գտնել մեր իսկական «ես»-ը: Ելակետային ստեղծագործական փուլը կյանքի սկիզբը տեղափոխելով՝ Բալինտն իր սեփական տեսական նախապաշարմունքների զոհը դարձավ: Դրան հակառակ՝ մենք ուզում ենք նոր սկիզբը որպես ստեղծագործական գործընթաց ընթանել, որը կապված է շատ հոգեկան գործողությունների հետ՝ փորձնական գործողությունների և դրանց իրականացման հետ, որոնք շարունակ նորից պետք է նախաձեռնվեն (Rothenberg, 1984):

Այս ըմբռնումով փորձում ենք ռեգրեսիայի Էգո-հոգեբանական հասկացությունը կապել օբյեկտային հարաբերությունների տեսության հետ: Քանի որ ռեգրեսիաները չեն գտնվում Էգո-ի տրամադրության տակ, իրենց չարորակ այլասերման վտանգը շատ մեծ է (Kris, 1936): Ալեքսանդերը (Alexander, 1956) համառորեն մատնանշել է այս հանգամանքը: Ընդհանուր առմամբ, ո՛չ գեղարվեստական ստեղծագործությունները, ո՛չ էլ ապաքինման դեպքերը միայն ռեգրեսիայի արդյունք չեն: Այլապես, կլինեին շատ ավելի շատ արվեստագետներ և չափազանց քիչ հոգեկան հիվանդներ:

8.4 Տրանսֆերի մեկնաբանություններ և իրականություն

Ստրեչիի (Strachey, 1934, 1937) հետազոտություններից սկսած՝ տրանսֆերի մեկնաբանությունը համարվում էր փոփոխական գլխավոր գործիք: Քանի որ տրանսֆերի մեկնաբանության փոփոխական ազդեցությունը, այսինքն՝ փոփոխությունը, կապված է հիվանդի և վերլուծողի միջև հաղորդակցման հետ, Ստրեչիի նորարարությունը դարձավ նմուշ՝ թերապևտիկ իմաստով ազդեցիկ հաղորդակցման գործընթացների կամ օբյեկտային հարաբերությունների և նրանց ներհոգեկան կառուցվածքների վրա ազդեցության համար:

Ըստ Ստրեչիի՝ փոփոխական մեկնաբանության ժամանակ տեղի է ունենում Գեր-Էգո-ի բովանդակությունների փոխանակում, ընդ որում՝ վերլուծողի կողմից որոշակի մեկնաբանությունների միջոցով հաղորդակցվող վերաբերմունքը, հիվանդի կողմից ներքնայնացվում է որպես Գեր-Էգո-ի նոր և մեղմ բաժին: Վերաբերմունքի այսպիսի հաղորդակցումը հանգեցնում է այն բանին, որ հիվանդը մասնակիորեն նույնացվում է հոգեվերլուծողի հետ: Թերապիայում նույնացումը ձեռք է բերում այնքան մեծ նշանակություն, որ մենք այս թեման հետազայում մանրամասնորեն կքննարկենք: Ստրեչին նկարագրել է տրանսֆերի մեկնաբանության տիպը, որը փոխում է հիվանդի ապրումները և վարքագիծը: Հիվանդը հասնում է նոր նույնացումների, որովհետև վերլուծողը ստանձնում է լրացուցիչ Գեր-Էգո-ի գործառույթներ:

Փոփոխական մեկնաբանության հասկացությունն ուշադրությունն ուղեց դեպի շփման գործընթացները և այդպիսով դարձավ թերապիայի՝

փոխներգործուն ընկալման նմուշը: Ստրեչիի ուղենշող հոգվածի այս գնահատումը բխում է Կլաուբերի (Klauber, 1972) և Ռոզենֆելդի՝ (Rosenfeld, 1972) միմյանցից անկախ ուսումնասիրություններից: Երկու հեղինակներն էլ շեշտում են Ստրեչիի նորարարության հարատև ազդեցությունը հոգեվերլուծական բուժման տեխնիկայի վրա: Տրանսֆերի փոփոխական մեկնաբանությունների բովանդակություններն այդ ժամանակից էականորեն ընդլայնվել են: Ստրեչին ենթադրել է, որ Գեր-Էգո-ի մասերը պրոյեկցվում են վերլուծողի վրա: Պրոյեկտիվ և ինտրոյեկտիվ նույնացման տեսությունում խոսքն այլևս չի վերաբերում Գեր-Էգո-ի ասպեկտներին, այլ «Ես»-ի լավ ու վատ կողմերին: Այստեղից էլ Ռոզենֆելդը Ստրեչիի փոփոխական մեկնաբանության բովանդակությունը լրացրեց Կլայնի դպրոցի մեկնաբանությունների բովանդակություններով:

Հարաբերությունների մակարդակում հոգեվերլուծողը գործում է ոչ միայն որպես օժանդակ Գեր-Էգո, որի քայլ առ քայլ ինտրոյեկցիան փոփոխական մեկնաբանությունների միջոցով, Ստրեչիի կարծիքով, փոփոխության պայման է: Օգտագործելով հոգեվերլուծական կառուցվածքային տեսության տերմինաբանությունը՝ հոգեվերլուծողը կարող է «Օժանդակ Էգո» համարվել: Որպես «Օժանդակ Էգո»՝ այն օգնում է, որպեսզի հիվանդը հասնի նոր ներհայեցման և այս կերպ ընդհատի սևեռուն ներոտիկ կրկնությունները: Չնայած, որ վերլուծողը նպաստում է տագնապի անմիջական նվազեցմանը, սխալ կլիներ «Օժանդակ Էգո»-ի՝ իր գործառույթը հավասարեցնելը թույլ Էգոներ ունեցող հիվանդներին անմիջական օժանդակման հետ: Եթե Ստրեչին սահմանափակվում էր հոգեվերլուծողի՝ դեպի հիվանդի Գեր-Էգո-ն ինտրոյեկցիայով, ապա այսօր հոգեվերլուծական օբյեկտային հարաբերությունների տեսության զարգացման հիման վրա մենք շարժվում ենք երկու և երեք անձի հոգեբանության ուղղությամբ, որը, հանդիսանալով օբյեկտային հարաբերությունների հոգեբանության զարգացման արդյունք, հիվանդի՝ հոգեվերլուծողի հետ նույնացմանը կենտրոնական տեղ է հատկացնում: Այն դեպքում, երբ ներոտիկ Գեր-Էգո-ի ախտաբանությամբ հիվանդի հետ աշխատելիս կարելի էր ենթադրել, որ հուսալի հարաբերություններ ինքնըստինքյան կստեղծվեն, որովհետև հիվանդի առողջ անհատականության տարրերը, չնայած դիմադրությանը և արտամղմանը, կապ են հաստատում վերլուծության խնդիրների հետ, ապա այսօրվա շատ հիվանդների դեպքում սա այլևս չի կարելի ակնկալել: Այլևս ապացուցելու կարիք չունենք, որ Կոհուրը (Kohut, 1977) վերլուծողին վերագրում էր «ինքնաօբյեկտի» գործառույթ: Այստեղ սկզբնական նույնացման իմաստով մենք գործ ունենք փոխանակման գործընթացների հետ, որոնց միջոցով ստեղծվում է փոքր ընդհանրություն՝ որպես փոխադարձության և փոխներգործության հիմք:

Հիվանդի՝ հոգեվերլուծողի հետ թերապևտիկ հարաբերության մեջ մտնելու, նրա հետ որոշ չափով միասին գործելու և նրա հետ նույնացվելու պատրաստականության հայտնաբերումը հարացուցային բնույթ էր կրում: Ստրեչին արտահայտեց իր զարմանքը.

...գոյություն ունեն համեմատաբար փոքրաթիվ հոգեվերլուծական աշխատություններ, որոնք առնչվում են այն մեխանիզմներին, որոնց միջոցով ձեռք են բերվում թերապևտիկ ազդեցությունները: Վերջին 30 կամ 40 տարիների ընթացքում կուտակվել է փաստերի մի զգալի քանակ, որոնք մարդկային ոգու բնությունն ու գործառույթն են լուսաբանում: Տեսանելի առաջխաղացում տեղի ունեցավ նաև դասակարգման ու կանխավարկածների, ինչպես նաև գիտական օրենքների շրջանակում փաստերի ընդհանրացման գործընթացում: Սակայն զգալի տատանումներ են նկատվում թերապևտիկ պրակտիկայում այս հայտնաբերումների կիրառման գործընթացում (Strechey, 1934, էջ 127):

Այս դիտարկումը կարելի է բացատրել նրանով, որ չկան բուժիչ գործոնները, այսինքն՝ այն գործընթացները նկարագրելուն հարիր բառապաշար, որոնք առաջանում են տրանսֆերի նկրողից: Նկարագրությունները, այսպիսով, անորոշ էին մնում: Մասնակիորեն օգտագործվում էր նախավերլուծական ներշնչմանը հոգեթերապիայի տերմինաբանությունը, որը վատ համբավի է արժանացել: Փոփոխական մեկնաբանության մոդելում Ստրեչին՝ եթե նույնիսկ սահմանափակվեց Գեր-Էզո-ի բովանդակությունների փոխանակմամբ, հոգեվերլուծողի ներգործությունը դրվեց նոր հիմքի վրա, այնպես որ՝ թերապևտիկ փոփոխությունների բացատրության համար նախավերլուծական տեսություններից կամ ընդհանուր հասկացություններից փոխառությունների անհրաժեշտությունը վերացավ:

Անորոշ և վիճելի մնացած հարցերի քանակը պարզվում է թերապևտիկ գործընթացի հակասական տեսություններից և, վերջիվերջո, այն դժվարություններից, որոնց հանդիպում են, երբ այդ տեսությունները գործնական քայլերի վերածելու փորձեր են արվում: Ո՞րն է հոգեվերլուծողի ներդրումը ընդհանուր հիմքի ստեղծման մեջ: Ինչպե՞ս է նա օժանդակում հիվանդին՝ նույնացվել ընդհանուր խնդրի և մասնավորապես հոգեվերլուծողի հետ, որը նոր լույս է սփռում հիվանդի կյանքի խնդիրների և ավստանիշների վրա: Այս հարցերի պատասխանը չի կարելի գտնել միայն ընդհանուր աշխատանքային հարաբերությունների վրա հիմնվելով, այլ անհրաժեշտ է այս հարաբերությունները տեղափոխել անհատական տեխնիկական գործելառձերի ոլորտ: Նույնը վերաբերում է թերապևտիկ փոխանակման գործընթացների նկատմամբ նույնացման տեսությունը կիրառելուն: Այսօր փոփոխական մեկնաբանությունները պատկանում են միջամտությունների ավելի մեծ դասի: Որպեսզի համեմատությունները հեշտ ընթանան, ներկայացնում ենք Ստրեչիի աշխատություններից երկու հեղինակավոր հատված.

Դժվար չէ գուշակել, որ վերլուծողի այս քայլ առ քայլ ինտրոյեկցիաները պատահում են հաջող տրանսֆերի մեկնաբանությունների պահերին: Քանի որ հիվանդի փորձառության համար բացառիկ պահերին իր անգիտակցական ներքին մղումների առարկան բացահայտվում է տվյալ մղումների բնույթը պարզ գիտակցող և միաժամանակ տագնապից և զայրույթից ազատ կերպով: Այսպիսով՝ օբյեկտը, որը ինտրոյեկցվում է այս պահերին, կունենա յուրահատուկ որակ, որն ամենաազդեցիկ կերպով արգելում է օբյեկտի չտարբերակված կլանումն իր սկզբնական Գեր-Էզո-ի

կողմից և, ընդհակառակը, ենթադրում է մեկ քայլ առաջընթաց իր հոգեկան կառուցվածքի շարունակական փոփոխության գործընթացում (1937, էջ 144-145):

Այնուհետև, Ստրեչին հետևյալ մեջբերմամբ համեմատում է վերլուծողի թերապևտիկ ազդեցությունները ներշնչում կիրառող թերապևտների կողմից ազդեցությունների հետ.

Ճիշտ է, որ վերլուծողը հիվանդին նույնպես առաջարկում է իրեն որպես օբյեկտ և հույս ունի, որ ինքը հիվանդի կողմից որպես Գեր-Էգո կինտրոյեկցվի: Բայց այսպիսի մեկնարկից ի վեր նրա միակ ձգտումն այն է, որ ինքը տարբերվի հիվանդի արխայիկ օբյեկտներից և որքան հնարավոր է ջանք թափի, որ հիվանդը նրան ինտրոյեկցիայի ենթարկի ոչ որպես մեկ ուրիշ հնագիտական պատկերի լրացում մնացած պարզունակ Գեր-Էգո-ի, այլ որպես մի առանձնացված և նոր Գեր-Էգո-ի սաղմ... Կարձ ասած՝ նա հույս ունի որ հենց ինքը հիվանդի կողմից ինտրոյեկցիայի կենթարկվի որպես Գեր-Էգո: Ինտրոյեկցիայի կենթարկվի, բայց ոչ մեկ շնչով և ոչ որպես արխայիկ օբյեկտ, լինի դա լավ, թե վատ, այլ հետզհետե և որպես ռեալ անձ (Strachey, 1937, էջ 144):

Անհավանական է, որ Ստրեչին հույս ուներ, որ ինքը կսպառվի որպես իրական անձ: Ընդհակառակը, նա հավանաբար հույս ուներ սիմվոլիկ ներքնայնացման, ինչպես դա, իմիջիայլոց, բնորոշ է շատ կանիբալական ծիսակատարությունների (Thomä, 1967, էջ 171): Այսպիսի ներքնայնացման ժամանակ իրականության նկատմամբ վերաբերմունքը, ինչպես նաև ինքնազգացումը, փոխվում է: Այսպիսով՝ կարող ենք ասել, որ իրականությունը փոփոխվում է սիմվոլիկ փոխներգործության միջոցով:

Կլաուբերը (1972, էջ 386-387) տալիս է Ստրեչիի արտակարգ ազդեցիկ հետազոտություններից հետո ի հայտ եկած փուլերի հետևյալ նկարագրությունը: Առաջին փուլում ուշադրությունն ուղղված էր բոլոր հաջորդող աշխատություններից միգուցե ամենանորարարականի՝ Ա. և Մ. Բալինտների «Տրանսֆեր և հակատրանսֆեր» հոդվածի մի փաստին, որ յուրաքանչյուր վերլուծող հուզական կարիք ունի իր աշխատանքն այնպես տանելու, որ այն համապատասխանի իր անհատականությանը, և այդ պատճառով նա ստեղծում է բոլորովին անհատական, յուրօրինակ մթնոլորտ: Համապատասխանաբար հարց է առաջանում՝ արդյոք հնարավոր է վերլուծողի համար հայելանման դիրքորոշումը, որն առաջարկել էր Ֆրոյդը: 2-րդ փուլը սկսվեց Երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո: Վերլուծողի հակազդումների թերապևտիկ նշանակությունը մասնավորապես շեշտվեց Վինիկոտի (Winnicott, 1949) «Ատելությունը հակատրանսֆերում» հետազոտությունում և Հայմանի (Heimann, 1950) «Հակատրանսֆերի մասին» աշխատանքում: Երրորդ փուլի համար կենտրոնական դեր խաղացին հիվանդի և վերլուծողի միջև համալիր փոխներգործության Սիրլսի (Searles, 1965) և Ռեկերի (Racker, 1968) նկարագրությունները:

Ինչպես փոփոխական մեկնաբանությունները, այդպես էլ Ստրեչիի այն վարկածը, թե վերլուծողն իր բարենպաստ դերում ինտրոյեկցվում է դեպի

հիվանդի Գեր-Էզոն, առանձնահատուկ շեշտադրում էին թերապևտիկ շրջանակում իրականության խնդիրը, ինչպես նաև հոգեվերլուծողի իրական անձի ազդեցությունը: Խնդիրն այնքան հին է, ինչպես ինքը՝ հոգեվերլուծությունը: Բուժման տեխնիկայի տեսանկյունից թվում է, թե այն սկզբունքորեն լուծելի կդառնա Կլաուբերի կողմից ստորաբաժանված այժմյան 4-րդ փուլի վերջում: Մենք դիտարկում ենք այսօրվա զարգացումը, որպես կարևորագույն քայլ դեպի «այստեղ և հիմա»-ի և «այնտեղ ու այն ժամանակ»-ի ինտեգրացիան:

Մենք սկսել ենք Ստրեչիի կողմից հիշատակված և Կլաուբերի կողմից շեշտված հարցի լուծման դեմ բերվող առարկություններից, որոնք հորդորում են մեզ չզերագնահատել մեկնաբանությունների յուրահատկությունը և բովանդակությունը, քանի որ դրանք պետք է դիտվեն փոխհարաբերությունների համատեքստում: Վերլուծողի դիրքորոշումը ազդարարում է. «Ես այնուամենայնիվ, մնում եմ սիրալիր և չեմ համապատասխանում հին օբյեկտին, իմ վարքը տարբերվում է նրանից, ինչ դու կակնկալեիր անցյալի, տազնապ առաջացնող պայմանների դեպքում»: Նա չի հետևում «ակն ընդ ական» սկզբունքին և, այսպիսով, հնարավոր է դարձնում *circulus vitiosus*-ի ընդհատումը, որն արտահայտիչ կերպով նկարագրել է Ստրեչին: Վերջիվերջո, Էզո-ի զարգացման տեսությունում Գեր-Էզո-ի հասկացությունը պատասխանատու է այն փորձառության և վարվելակերպի համար, որոնք պատկանում են պահանջների, արգելքների և իդեալների դասին: Այդ նորմաների վերագնահատումը Ստրեչիի փոփոխական մեկնաբանությունների նպատակն է: Մենք չենք կարող խուսափել Կլաուբերի փաստարկումներից, որ այս գործընթացը նշանակում է հոգեվերլուծողի արժեքների համակարգի մասերի ներքնայնացում: Այս տեսակետի զգույշ ձևակերպումը կարելի է գտնել Ստրեչիի որոշ մեկնաբանություններում:

Հոգեվերլուծողի իրական անձը որպես «նոր օբյեկտ», հանդես է գալիս Ստրեչիի փոփոխական մեկնաբանության երկրորդ փուլում, երբ հիվանդի իրականության զգացումը վճռորոշ դեր է խաղում, և երբ զարգանում է տազնապը, վերլուծողը տրանսֆերի արխայիկ օբյեկտի է վերածվում: Մեկնաբանության երկրորդ փուլի արդյունքը կախված է

«... հիվանդի ընդունակությունից (որոշ քանակությամբ ազատագրված Այն-Էներգիայի գիտակցությունում հայտնվելու վճռորոշ պահին)՝ տարբերակումներ անել վերլուծողի իրական անձի և իր երևակայության օբյեկտի միջև: Այս խնդիրը առնչվում է վերլուծողի դիրքի՝ որպես օժանդակ Գեր-Էզո-ի, չափազանց անկայունության խնդրի հետ: Գոյություն ունի այն վտանգը, որ վերլուծական շրջանակը կվերածվի իրական շրջանակի: Բայց իրականում նշանակում է թվացածի ճիշտ հակառակը: Սա նշանակում է, որ հիվանդը միշտ մտադիր է իրական օբյեկտը արխայիկ օբյեկտի վերածել, այսինքն հիվանդը գտնվում է իր պարզունակ ինտրոյեկցված իմագոների սահմանագծի վրա: Քանի դեռ հիվանդն իսկապես ինտրոյեկցիայի կենթարկի այդ իմագոները, վերլուծողը, ինչպես և յուրաքանչյուր անձնավորություն, ում հիվանդն իրական կյանքում է հանդիպում,

դառնում է երևակայության օբյեկտ: Այնուհետև վերլուծողը կորցնում է իր առանձնահատուկ առավելությունները, որոնք ծագել են վերլուծական շրջանակից. բոլոր այլ երևակայական օբյեկտների նման նա ինտրոյեկցիայի կենթարկվի հիվանդի Գեր-Էգո-ի մեջ և այլևս չի կարողանա գործել իր յուրահատուկ մեթոդներով, որոնք կարևոր են փոփոխական մեկնաբանությունների համար: Այս բարդ իրավիճակում հիվանդի՝ իրականության զգացումը էական, թեպետ և թույլ դաշնակից է. իրոք, իր ջանքերը այն արդյունքներից են, որոնց, հուսով ենք, կհանգեցնի վերլուծությունը: Այդ պատճառով կարևոր է, որ այն չենթարկվի ավելորդ լարվածության: Սրա գլխավոր փաստարկներից մեկն այն է, որ վերլուծողը ձեռնպահ մնա ցանկացած իրական վարքից, որը կարող է հաստատել հիվանդի տեսակետը վերլուծողի նկատմամբ՝ ինչպես երևակայության լավ կամ վատ օբյեկտ» (Strachey, 1934, էջ 146)

Հակազդե՞լ, թե՞ ոչ. այս վարանումը, կարևոր չէ՝ լավ, թե վատ նպատակով, պետք է հիվանդին հնարավորություն տա «համեմատել ֆանտազիայի արտաքին օբյեկտն իրական օբյեկտի հետ» (Strachey, 1934, էջ 147): Վերլուծողի վրա պրոյեկցված տարբեր տեսակի իմագոների և ավելի իրատեսական ընկալումների այս համեմատության արդյունքում ամրապնդվում է հիվանդի՝ իրականության զգացումը: Այսպիսով, ըստ Ստրեչիի, իրականացվում է արտաքին աշխարհին հարմարեցումը, և հայտնվում է այն գիտակցությունը, որ այժմյան օբյեկտները լավը և վատը չեն արխայիկ իմաստով: Ակներև է, որ Ստրեչին այստեղ ենթադրում է, որ տարբերակված ներհայեցումը ինֆանտիլ ընկալումները դարձնում է հարաբերական, և իր փաստարկումն ավարտում է հետևյալ նշումով.

Սա մի պարադոքսալ իրողություն է, որ իրականությունից հնարավորին չափով հեռացնելը երաշխավորել է ամենալավ եղանակը, որպեսզի հիվանդի Էգո-ն կկարողանա երևակայությունը իրականությունից տարբերակել: Բայց սա ձշմարիտ է, քանի որ նրա Էգոն նույնքան թույլ է, որքանով այն կախված է նրա Այն-ից և Գեր-Էգո-ից և կարող է իրականության հետ հարմարվել միայն, եթե իրականությունը նվազագույն չափաքանակներով է մատուցվում: Եվ այս քանակությունն իսկապես այն է, ինչը վերլուծողը նրան ներկայացնում է մեկնաբանությունների ձևով (Strachey, 1934, էջ 147):

Ստրեչիի վարկածի տեխնիկական խնդիրները կարող են հիմնված լինել վերլուծական շրջանակում իրականության սահմանման հետ կապված հակասությունների վրա: Անշուշտ, այս խնդիրը չլուծված է մնացել ոչ միայն Ստրեչիի աշխատություններում և դրանց նվիրված քննարկումներում: Ընդհանուր դժվարությունները բխում են նրանից, որ

Ֆրոյդը «իրականության գնահատում» հասկացությանը վերագրեց կարևոր մի դեր, թեև նա երբեք հետևողականորեն չէր զարգացնում այս գործընթացի թերապևտիկ բացատրությունը, ինչպես նաև չէր տալիս պարզ նկարագրությունը այն բանի, թե ինչպես է այն հարաբերվում «իրականության սկզբունքի» հետ: Այս հասկացության գործածության ժամանակ ավելի պարզ է դառնում այն, որ այն ընդգրկում է մտածողության երկու ուղղություններ. մի կողմից՝ իրականության մասին իմացության ծագումնաբանական տեսությունը, որն առնչվում է նրան, թե ինչպես է

բնագղը ստուգվում իրականության կողմից «փորձ և սխալ» մեթոդով, մյուս կողմից՝ քվազի-տրանսգենդենտալ տեսությունը, որն օբյեկտի ձևավորումը քննարկում է ներքին/արտաքին, հաճելի/տհաճ, պրոյեկցիա/ ինտրոյեկցիա առադրումների տեսակետից (Laplanshe, Pontalis, 1973, էջ 381):

Ակնհայտ է, որ Ստրեչին առաջնորդվել է հակադիր կարգավորող սկզբունքներով, այսինքն՝ հաճույքի և իրականության շրջանակներում: Քանի որ հաճույքի սկզբունքը, ըստ տեսության, փոփոխության է ենթարկվում պարզ իրականության սկզբունքով, իրական օբյեկտից ստացած բավարարման որոնումը որոշիչ մեծություն է մնում: Մյուս կողմից, հոգեկան իրականությունը ձևավորվում է անգիտակցական ցանկությունների և ֆանտազիաների միջոցով: Ֆրոյդն այս երկու իրականությունների միջև հակադրությունը թույլատրելի էր համարում, որովհետև ինցեստի արգելքը և մյուս անխուսափելի հիասթափությունները սահմանափակում են նյութական բավարարումը, բայց, այնուամենայնիվ, հաստատում են իսկապես փնտրվող իրականությունը:

Նախ սպասված գոհացման բացակայությունը՝ հիասթափության ապրումը, որպես հետևանք հանգեցրեց ցնորային ճանապարհով բավականության ստանալու փորձից հրաժարվելուն: Դրա փոխարեն հոգեկան ապարատը հարկադրված էր ստեղծել արտաքին աշխարհում իրական պարագաների ընկալում և փորձել իրական փոփոխություններ կատարել այնտեղ: Սրանով հոգեկան գործունեության նոր սկզբունք է ներդրվել. այն, ինչ ներկայացված է հոգեկան ոլորտում, դարձել է ոչ այն, ինչը հաճելի է, այլ այն, ինչն իրական է, նույնիսկ եթե այն այլևս հաճելի չէ (Freud, 1911, էջ 219):

Եթե ենթադրվում է, որ օբյեկտային հարաբերությունները կարգավորվում են հաճույքի և իրականության սկզբունքով, ապա ապրած իրականությունը սահմանվում է այս կամ այն սկզբունքի գերակշռությամբ: Հոգեվերլուծական տեսության համար բնորոշ է հաճույքի սկզբունքը դիտարկել որպես առաջնային և արխայիկ փաստ, որն անսպառ է և ծագում է անգիտակցականից ու Այն-ից: Իրոք, մեծ տարբերություն կա նրանում, թե արդյոք ես ինչ-որ մի բան միայն երևակայում եմ, թե՞ կարող եմ առարկան շոշափել, բռնել կամ ինչ-որ մի կերպ անմիջականորեն այն ընկալել (Hurvich, 1970, Kafka, 1977): Սակայն տարբեր իրականությունների հակադրությունը չէ, որ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ և որ անխուսափելիորեն կկանգնեցնեք հետևյալ անլուծելի խնդրի առաջ «...ինչո՞ւ է երեխան հարկադրված իրական օբյեկտ փնտրել, երբ նա, ըստ ցանկության, ցնորքի միջոցով կարող է բավարարվածության հասնել» (Laplanche, Pontalis, 1973, էջ 381): Քանի որ տրանսֆերի մեկնաբանությունների ժամանակ խոսքը վերաբերում է վերլուծողի անձին, ապա մենք պետք է հոգեկան իրականության առնչությամբ մի քանի նշումներ անենք: Վերլուծողին որպես իրական անձ դիմելը անհանգստություն է առաջացնում, կարծես այդ ժամանակ հոգեկան մակարդակը զոհաբերվում և փոխարինվում է նյութականով, այսինքն՝ ցանկությունների իրականացմամբ:

Անհրաժեշտ է քննել հոգեկան իրականության տեսությունը: Մենք, ինչպես և Մակլաֆլինը (McLaughlin, 1981), կարծում ենք, որ այս հարցերի լուծումներին կարող ենք մոտենալ՝ վերլուծական հանդիպումը դիտարկելով հոգեկան իրականության տեսակետից, այսինքն՝ դիտարկել այն որպես ծավալուն և բազմմաստ սխեմա: Բնական է, որ հիվանդի և վերլուծողի փորձառությունը տվյալ իրավիճակում միանգամայն կոնկրետ է՝ յուրաքանչյուրի սուբյեկտիվ ցանկություններով, աֆեկտներով, սպասումներով, հույսերով և իրենց մտածելակերպով: Քանի որ մտածում ենք մեր տարբեր հոգեկան վիճակների մասին, ապա կազմվում է մի նախագիծ, որը փորձառությունն ու իրադարձությունները դասավորում է տարածության և ժամանակի մեջ: Մարդը մեծամասամբ հետևում է իր սուբյեկտիվ մտածողության և գործողության սխեմաներին, որոնք կարգավորում են իր վարքը՝ առանց այդ խնդիրների հետահայաց քննության: Նա զգում է, որ հոգեկան իրականությունը միջանձնային հարաբերություններում ձևավորվում է իրադարձաբար: «Հոգեկան իրականությունը», ըստ Մակլաֆլինի, ընդգրկում է ինչպես կոնկրետ սուբյեկտիվ փորձառություն, այնպես էլ նրանց անգիտակցական արմատները: Վերլուծողը հիվանդի հոգեկան իրականությունը երևակայում է տվյալ գերադասված հոգեվերլուծական տեսության շրջանակներում: Այսպիսի կառուցվածքներն օժանդակում են կողմնորոշմանը: Մակլաֆլինն իր ծավալուն հայեցակարգում ընդգրկում է նաև վերլուծողի հակատրանսֆերը: Բազմաթիվ կոնկրետ հոգեկան իրականությունների իմաստային մակարդակները, ներառելով իրենց հիմքում ընկած հիվանդի և վերլուծողի մոտ առկա տեսությունները, փոխկապակցված են և հասկացվում են որպես փոխազդեցություն: Դրանով վերանում է ապահովության այն զգացողությունը, որը վերլուծողը կկարողանար երաշխավորել հայելու հետ համասնամանությամբ: Մակլաֆլինը ցույց է տալիս, որ հոգեկան իրականության հետահայաց քննությունը բավականին արդյունավետ է, նույնիսկ եթե սկզբնական շրջանում վերլուծողը հարկադրված է հարմարվել այն վտանգի հետ, որ այլևս ինքն իրեն չի կարող դիտարկել որպես իրական անձ, որը հիվանդի հետ մտնում է իրական հարաբերությունների մեջ: Ամեն ինչ հարաբերակցվում է հիվանդի տեսակետի միջոցով: Այս երկու անձանց հարաբերությունում իրականությունը դրսևորվում է փոխներգործուն գործընթացի միջոցով, ընդ որում՝ շարունակական ստուգումների միջոցով երկու մասնակիցների սուբյեկտիվ տեսակետները պարզաբանվում են, և ձեռք է բերվում որոշակի համաձայնություն: Հիվանդը և վերլուծողը համաձայնության են գալիս իրար հետ: Հաջող վերլուծության արդյունքը հոգեկան իրականությունների փոխադարձ հաստատումն է՝ «խկության վավերացումը» (մի հասկացություն, որը Մակլաֆլինը օգտագործում է փոփոխության գործընթացը նկարագրելու համար): Այս կերպ երկու մասնակիցները ձեռք են բերում հարաբերական ապահովություն իրենց տեսակետների նկատմամբ:

Վերլուծողի վրա ազդում է քննավերլուծական քննարկումը, որը տեղի է ունենում հոգեվերլուծական երկխոսությունում: Նա այն փորձագետն է,

որը օգտագործում է ոչ միայն առողջ բանականությունը, այլ նաև տեսականներ, որոնք նա ձեռք է բերել ուսուցման ընթացքում: Նրա մասնագիտական հմտությունը ձևավորել է նրա մտածողությունը: Հիվանդի «հոգեկան իրականության» վերաբերյալ իր տեսակետը, ինչպես նաև իր սեփական «հոգեկան իրականության» կենսավորձը իր կողմից կիրառվող տեսությունից անկախ չէ: Այսպիսով՝ եթե խոսքը վերաբերում է իսկության վավերացմանը, ապա մենք պետք է ավելի առաջ գնանք, քան Մակկաֆլինը, և հարց բարձրացնենք, թե արդյոք «հոգեկան իրականության» վերաբերյալ Ֆրոյդի տեսությունները չեն, որ անուղղակիորեն ստեղծել են այն խնդիրները, որոնք այժմ պետք է լուծվեն:

Մենք այստեղ մտնում ենք լարված մի դաշտ երկու բևեռների միջև, որոնք հակադիր հասկացությունների միջոցով են հատկանշվում. հոգեկան իրականություն և նյութական իրականության հասկացություններ, իրականության սկզբունքի և հաճույքի սկզբունքի հասկացություններ, հաճույքի էգո-ի և իրականության էգո-ի հասկացություններ: Վերջիվերջո, մենք մոտենում ենք իրականության ստուգմանը որպես մի գործողության, որը բնորոշում է ներքինի և արտաքինի միջև տարբերակումները, ինչպես նաև բացառապես երևակայականի և իրականության ընկալման միջև: Ֆրոյդը հոգեկան իրականությունը հակադրեց նյութական իրականությանը, երբ ստիպված հրաժարվեց գայթակղության և իրական ինֆանտիլ տրավմաների ախտածին դերի տեսություններից: Ֆանտազիաները, որոնք չեն բխում իրական իրադարձություններից, անհատի համար ունեն նույն ախտածին արժեքը, ինչ Ֆրոյդն սկզբնական շրջանում վերագրեց իսկական իրադարձությունների մասին անգիտակցական հիշողությանը: Այս երկու իրականությունների հակադրումն, այսպիսով, կապված է տվյալ իրականությունները հատկանշող բովանդակության հետ: Հոգեկան իրականությունը սուբյեկտիվ, գիտակցական և անգիտակցական ցանկությունների և երևակայությունների աշխարհն է, իսկ նյութական իրականությունը բնութագրվում է օբյեկտների բնագոյային կարիքների իրական բավարարմամբ կամ բավարարման բացակայությամբ:

Ըստ Լապլանշի և Պոնտալիսի (Laplanche, Pontalis, 1973, էջ 363)՝ «հոգեկան իրականությունը» բնորոշում է «անգիտակցական ցանկությունը և դրանց հետ զուգորդվող ֆանտազիաները»: Արդյոք անհրաժեշտ է իրականությունը անգիտակցական ցանկություններին վերագրել: Այս հարցն է ինքն իրեն տալիս Ֆրոյդը երազի վերլուծության ժամանակ և պատասխանում.

Եթե մենք դիտարկենք անգիտակցական ցանկությունները միայն որպես ամենաֆունդամենտալ և ամենաիսկական ձևերի մեջ, ապա պետք է, անկասկած, եզրակացնենք, որ հոգեկան իրականությունը առանձնահատուկ գոյություն ունեցող ձև է, որը չպետք է շփոթենք նյութական իրականության հետ (Freud, 1900, էջ 620):

Այսպիսով՝ գոյություն ունի ինչպես հոգեկան, այդպես էլ նյութական իրականություն: Նկրողների ծագման և բնույթի առնչությամբ հոգեվերլու-

ծական տեսակետի վերաբերյալ ամենակարևոր արտահայտությունը հետևյալն է. «Ֆանտազիաները, ի տարբերություն նյութական իրականության, ունեն հոգեկան իրականություն, և աստիճանաբար մենք սովորում ենք հասկանալ, որ նկրողների աշխարհում հոգեկան իրականությունն ամենահեղինակավորն է» (Freud, 1916/17, էջ 368):

Ֆրոյդի տեսությունում հոգեկան իրականությունը կարգավորվում է հաճույքի սկզբունքով, որը ձևավորվում է մարդկային զարգացման ընթացքում՝ ելնելով իրականության սկզբունքի վրա հիմնված գոյության պահանջից: Իրականության ստուգումը ստորադասվում է իրականության սկզբունքին: Աճող երեխան սովորում է անհապաղ բավարարման ձգտումը մի կողմ դնել, որպեսզի գտնի իր կարիքների իսկական բավարարումը, այսինքն՝ այնպիսին, որը համաձայնեցված է իր մերձավորի կարիքների հետ: Հոգեկան և նյութական իրականության միջև լարվածության ենթադրական պատճառն այն է, որ գոյություն ունի գոհացմանը ձգտող ցանկությունների իսկայական բազմազանություն, որոնք ձախողվում են՝ ելնելով կյանքի առաջադրած անհրաժեշտություններից ընդհանրապես և հատկապես ինքնատի արգելքի պատճառով: Եթե մենք ուզում ենք ավելի նպաստավոր պայմաններ ստեղծել, ապա վերլուծական շրջանակում պետք է լինի գոհունակություն: Հակառակ դեպքում կրկնվում են միայն հին սպասման պատրանքները: Ֆրոյստրացիայի և գոհունակության խնդիրը վերլուծական շրջանակում ավելի հեշտ է լուծել, եթե հոգեկան իրականության տեսությունը խորացվի և ֆրոյստրացիայի հետ միակողմանիորեն չկապվի: Մեր փաստարկման իմաստով բավարար է, որ հիվանդը օբյեկտի՝ այսինքն վերլուծողի հետ բազմաթիվ համաձայնեցումների ուրախությունն ապրելու և տարակարծությունները քննարկելու հնարավորություն ունենա: Սա հետաքննում է ճանապարհը դեպի անգիտակցական մանկական հուսախաբված ցանկությունները, որոնք ներկայում են ձգտում բավարարման:

Այս մեկնաբանություններով ուզում ենք ուշադրություն դարձնել այն բանին, թե ինչպիսի հետևություն է բխում հոգեկան իրականության համապարփակ ըմբռնումից: Հիվանդը փնտրում է օգնություն և հույս ունի, որ իր ախտանիշները կվերանան, իսկ կյանքի դժվարությունները կհաղթահարվեն, կարճ ասած՝ նա հույս ունի, որ փորձագետի օգնությամբ կհասնի դրական փոփոխության: Բոլոր իր զգացմունքները և մտքերն արտահայտելու փորձում ծավալվում է աշխարհի բազմակողմանի պատկեր, այսինքն՝ այն աշխարհի, որտեղ հիվանդն ապրում է: Նա տալիս է իր աշխարհի նկարագիրը՝ կախված իր տրամադրությունից և տարբեր ցանկությունների, սպասումների, հույսերի կամ տագնապների գերակշռումից: Չնայած որ հիվանդը տարբերակում է մարդկանց և առարկաների ընկալումները և դրանց մասին պատկերացումները, նա իրականությունը չի բաժանում հոգեկանի և նյութականի, թեև նրան միանգամայն ծանոթ է, որ ցանկությունները և մտքերը հակադրության մեջ կարող են լինել մեկը մյուսի հետ, և որ նա հաճույքի և գոհացման որոնման ժամանակ կախված է արտաքին

օբյեկտներից: Երբ վերլուծողը լսում է և իր հույզերին ու մտքերին թույլ է տալիս ինչ-որ եզրակացության հանգել, ապա նրա մոտ բազմապիսի գործընթացներ են տեղի ունենում: Երբ վերլուծողը որևէ պահի միջամտում է, ապա դա նշանակում է, որ հիվանդը հակառակվում է նոր տեղեկատվությանը: Այս դեպքում, ինչպես նշում են Վազլավիկը և այլոք (Watzlawick et al., 1967), հաղորդակցվելու հնարավորություն չկա, քանի որ բացասական տեղեկատվությունը, այսինքն՝ վերլուծողի լռությունը, նույնպես հաղորդակցում է, հատկապես եթե հիվանդն ինչ-որ պատասխանի է սպասում: Հոգեվերլուծողի նկատողությունները տեսակետներ են արտացոլում, որոնց հետ հիվանդը պետք է ինչ-որ կերպ ընդհարվի. նա կարող է դրանք արհամարհել, ընդունել, մերժել և այլն: Վաղ թե ուշ կհետևի տարբեր հարցերի շուրջ համատեղ խորհրդածում: Այդ խորհրդածման ընթացքում (գիտակցված, թե ոչ) ներկա են գտնվելու երրորդ կողմի բազմաթիվ ներկայացուցիչներ՝ ընտանիքի անդամներ, մերձավորներ, մարդիկ, որոնց հետ հիվանդը ծանոթ է, աշխատում և ապրում է: Անընդհատ շոշափվում են վերլուծողի սեփական կյանքի փորձը, ցանկությունները, տենչանքները, հին տագնապները և այժմյան հակասությունները: Քանի որ տառապողն ինքը չէ, վերլուծողը կարող է հիվանդի մոտ ցանկության առկայություն գուշակել, երբ հիվանդն ակնթարթային տագնապալից կերպով է հակազդում: Անշուշտ, այս պարտականության հուզական և մտավոր ծանրաբեռնումն անտանելի կլիներ, եթե վերլուծողի տրամադրության տակ մեկնաբանության համար բազմաթիվ պարզեցված ընդհանրացումներ չլինեին, որոնք պատկերում են տիպիկ կենսապատմական կոնֆլիկտային օրինակներ: Դրանք թերևս ացնում են կողմնորոշումը թերապիայի ընթացքում:

Եթե մենք հենց նոր ամփոփված տեսակետները հարաբերակցենք Ստրեչիի՝ իրականության հասկացության հետ, ապա կպարզենք հետևյալը: Իր արտահայտությունում, թե «վերլուծական շրջանակը միշտ սպառնում է այլասերվել՝ վերածվելով իրականության», նա վկայակոչում է հաճույքի սկզբունքը՝ նկատի ունենալով այդ եզրի լայն իմաստը (Strachey, 1934, էջ 146): Նա սկսում է ինտրոյեկցիայի ենթարկված իմագոներից, որոնք հետևաբար պրոյեկցվում են վերլուծողի վրա՝ անտեսելով իրավիճակային խթանի հանդիսացող գործոնները: Հիշարժան է, որ Ստրեչին ելնում է հաստատուն մեծություններից ինչպես այստեղ, այդպես էլ իրական արտաքին օբյեկտի (այսինքն՝ վերլուծողի) մասին խոսելիս: Վերը նշված մեջբերումը հաստատում է, որ Ստրեչին հնարավոր էր համարում *իրականությունից նահանջը*՝ հոգուտ հիվանդի՝ տարբերակման ունակության, երբ տրանսֆերի փոփոխական մեկնաբանությունների ժամանակ *ստուգվում է իրականությունը*:

Հայելու հետ համանմանությանը հետևելով՝ վերլուծողը կարող է հայտնվել դերային կոնֆլիկտի մեջ, որը կխոչընդոտի տրանսֆերի մեկնաբանությունների ժամանակ հիվանդի միանգամայն իրական ընկալումների հաստատմանը, ինչպես նաև ժխտումների և արտամղումների դեմ հակա-

ներգործությանը: Հայմանը (Heimann, 1956), չնայած հակատրանսֆերի (1950) մասին իր վաղ շրջանի նորարարական հոդվածին, չի նկատել, որ անհնար է մի կողմից՝ հայելի լինել, որը ո՛չ սեփական Ես-ն ունի և ո՛չ էլ անկախ գոյություն և միայն հիվանդին է արտացոլում, իսկ մյուս կողմից՝ հանդես գալ որպես անձ, վերլուծական շրջանակի և հիվանդի խնդիրների մի մաս՝ ինչպես իրատեսական, այնպես էլ երևակայության մակարդակով: Բավական է, երբ վերլուծողը ցուցաբերում է որոշակի զսպվածություն, ինչը հիվանդին հնարավորություն է տալիս տրանսֆերի ժամանակ անգիտակցաբար պահպանված, ակտիվ հարաբերության մոդելները նորից բեմադրելու:

Տրանսֆերի տեսության ընդլայնման համատեքստում (տրանսֆերի համակողմանի հասկացության իմաստով) մեր նկատառումները հանգեցնում են այն կարծիքին, որ վերլուծողի այսպես կոչված իրականությունը ձևավորվում է հիվանդի կողմից շարունակական անգիտակցական կամ գիտակցված ստուգման ընթացքում: Ինչպես ընդգծում է Ստրեչին, փոփոխական մեկնաբանությունների ժամանակ վերլուծողը ինչ-որ մի բան է իր մեջ հայտնաբերում: Սա հավանաբար պարզապես անձնական խոստովանություն չի նշանակում: Այն, ինչ օգտակար մեկնաբանություններում ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն է արտահայտվում, հարստացված է հոգեվերլուծողի մասնագիտական գիտելիքներով, ինչպես նաև այն հանգամանքով, որ իր փորձն ազատ է չափազանց նեղ սուբյեկտիվիզմից: Վերլուծողի մասնագիտական գիտելիքը խրախուսում է իմացական գործընթացը, որը հիվանդին նոր լուծումներ գտնելու հնարավորություն է տալիս: Խոսքը երբեք չի վերաբերում անձնական խոստովանություններին, այլ այն բանի հաղորդակցմանը, լինի այն ոչ խոսքային կամ մեկնաբանությունների տեսքով, թե ինչպես է վերլուծողը տեսնում հիվանդի խնդիրը, ինչ է նա մտածում այդ կապակցությամբ, ով է նա հիվանդի համար և ինչպես է հիվանդին վերաբերվում: Այսքանով մենք համաձայն ենք Ռոզենֆելդի (Rosenfeld, 1972, էջ 458) հետ, որ հոգեվերլուծողի մեկնաբանությունները կարող են բոլորովին պարզ արտացոլել, թե ինչ է նա իրենից ներկայացնում:

Մեր կարծիքով, հատկապես էական է Կլաուբերի կողմից ընդգծված՝ վերլուծողի ինքնաբերականությունը.

Տարբեր տեխնիկական հետևանքները բխում են ինքնաբերականության շեշտադրումից: Ինքնաբերական փոխներգործությունները վերլուծական հարաբերություններն ավելի մարդավայել են դարձնում՝ մասնակի նույնացումների անընդհատ, փոխադարձ փոխանակման շնորհիվ: Հենց հարաբերության այս մարդկային որակն այս տրանսֆերի տրավմատիկ բնույթի դեմ հակաթույն է նույն և նույնիսկ ավելի բարձր աստիճանով, քան վերլուծողի կողմից իմպուլսների համաձայնեցումը, որը ամրապնդում է Գեր-Էգո-ի բարերար որակները (Klauber, 1981, էջ 116):

Վերլուծողի մյուս Ես-ը ներառող իմացության գործընթացի նախապայմանը, իհարկե, այն է, որ վերլուծողը մի կողմ չի քաշվում՝ առաջարկելով

տրանսֆերի բուն վերականգնողական մեկնաբանություններ: Տրանսֆերի և մասնավորապես տրանսֆերի դեմ դիմադրության (տե՛ս գլուխ 2 և 8) առաջացման գործոնների՝ Գիլի (Gill, 1982,) սիստեմատիկ վերլուծությունը միանգամայն հավանական նախագիտակցական ընկալումներից հետո հնարավորություն է տալիս ստանալ այն հարցի պատասխանը, թե ինչ է վերլուծողը իրենից ներկայացնում՝ որպես իրական անձ թերապևտիկ շրջանակում: «Այստեղ»-ը և «հիմա»-ն պետք է դիտվեն «այնտեղի» և «այն ժամանակի» հետ փոխհարաբերության մեջ, իսկ այդ գործընթացում առաջ են գալիս նոր հեռանկարներ: Ֆրոյդը (Freud, 1933, էջ 74) վերլուծական աշխատանքը, որի միջոցով անցյալը կորցնում է իր իշխանությունը, հակադրում է արտամղվածի անփոփոխության, անգիտակցականի՝ այսպես կոչված տարաժամության հետ: «Այստեղ»-ը և «հիմա»-ն կապվում են «այնտեղի» և «այն ժամանակվա» հետ մի գործընթացում, որի ժամանակ ինչ-որ բան գիտակցվում է, և հենց այստեղ է ընկած տրանսֆերի մեկնաբանությունների փոփոխական ազդեցությունը:

Վերլուծողը պետք է լինի համբերատար, քանի որ որոշ ժամանակ է պահանջվում, մինչև անգիտակցական գործընթացները տրանսֆերի ժամանակ արտահայտվեն այնպես, որ թերապևտիկ տեսանկյունից ազդեցիկ մեկնաբանությունները հնարավոր դառնան: Այսպես է ընկալվում Ֆրոյդի հետևյալ արտահայտությունը. «Բժշկի տեսանկյունից կարող եմ միայն ասել, որ այսպիսի դեպքում մենք պետք է մեզ պահենք նույնքան «անժամանակայնորեն», որքան և անգիտակցականը, երբ նա ինչ-որ բան ուզում է ձեռք բերել և ինչ-որ բան իմանալ» (Freud, 1918, էջ 10): Անհրաժեշտ է նկատել, որ «անժամանակայնորեն» բառը չակերտների մեջ է դրված: Համատեքստից պարզ երևում է, որ համբերատար սպասման ժամանակ դժվար դեպքերում նույնպես տրանսֆերներ են առաջանում: Եթե մենք մեկ անգամ հաղթահարենք անգիտակցականի «անժամանակայնությունը», ապա ըստ Ֆրոյդի՝ ծանր հիվանդության բուժման տևողականությունը նույնպես էականորեն կրճատվում է, որովհետև ձեռք բերված փորձը վերլուծողին թույլ է տալիս իրականացնել օգտակար՝ անցյալը ներկայի հետ կապող, տրանսֆերի մեկնաբանությունները: Կրկնություններն այնպիսի տպավորություն են ստեղծում, թե իբր ժամանակը կանգնած է: Երագող Էգո-ն նույնպես ունի ժամանակի զգացում, և նա նույնիսկ ճանաչում է հակազդումը իր նկատմամբ (Freud, 1900, էջ 326, Hartocollis, 1980): Այդ պատճառով անգիտակցականի «անժամանակայնության» մասին խոսելը, մինևույն ժամանակ վկայակոչելով ժամանակի հանդեպ զգացումը գիտակցության տարբեր մակարդակներում, անհետևողական է:

Մեր փաստարկումն անհրաժեշտ է տրանսֆերի մեկնաբանությունների փոփոխական ազդեցությունը հասկանալու համար այն պատճառով, որ նրանք անցյալը ներկայի հետ են կապում: Ըստ Ֆրոյդի՝ անցած և անգիտակցաբար պահպանված ցանկությունների ազդեցությունը, գիտակցություն գալու միջոցով, կորցնում է իր ազդեցությունը: Ամենից առաջ,

անշուշտ, պետք է մի կապ ստեղծվի, մինչև որ ազդեցությունը կորցնի իր ուժը: Այստեղից բխում է, որ տրանսֆերի մեկնաբանությունները, որոնք ենթադրում են, որ հիվանդի «այստեղ և հիմա»-ում ընկալումները և ապրումները արտապատմական կրկնություններ են, հիմնավորված չեն այնպես, ինչպես «այստեղ և հիմա» մեկնաբանությունները, որոնք անտեսում են անհատի կյանքի անգիտակցական չափումը:

Անգիտակցական գործընթացների՝ որպես արտապատմականի շեշտադրումը, ինչպես նաև նրանց մեկնաբանությունը «այստեղ և հիմա» ձեռք ձեռքի տված են շարժվում հայելու գործառույթի խիստ անշեղորեն իրականացման հետ: Էզրիելը (Ezriel, 1963) իր հետազոտություններն սկսում է այն ենթադրությունից, որ տրանսֆերի ժամանակ արտապատմական վերաբեմադրումն այնքան կատարյալ է ընթանում, ինչքան պասիվ և միջամտությունից ձեռնպահ է մնում լավ պատրաստված վերլուծողը: Նրա մեկնաբանություններն ուղղվում են օբյեկտային հարաբերությունների վրա, որոնց անգիտակցաբար ձգտում կամ որոնցից անգիտակցաբար խուսափում են: Էզրիելն առաջարկում է տրանսֆերի մեկնաբանությունների մի տարբերակ, որն ուղղված է այդպիսի օբյեկտային հարաբերությունների, որոնց ձգտում են, սակայն և տագնապով խուսափում են: Այդ պատճառով նրա մեկնաբանությունները պարունակում են մի բացատրական «որովհետև», ինչպես օրինակ՝ «Դուք հիմա խուսափում եք այս կամ այն ֆանտազիայի մասին պատմել, որովհետև վախենում եք մերժված լինել»:

Էզրիելի մեթոդի ավելի մանրամասն դիտարկումը տանում է դեպի այն եզրահանգումը, որ նրա հոգեվերլուծական մեթոդի՝ որպես ոչ պատմականի նկարագրությունն արդարացված չէ: Ճիշտ է, որ մեթոդի թերապևտիկ արդյունավետությունը վերաբերում է «այստեղ և հիմա»-ին և այն իմացություններին, որոնք կարող են ձեռք բերվել վերլուծական շրջանակում: Էզրիելը ենթադրեց, որ անգիտակցական համաստեղությունները պատմության հետ գրեթե կապ չունենալով են հաղթահարվում, ասես, անցյալն է որոշում այն ամենը, ինչը ներկայում կա: Այդ պատճառով հիվանդի այժմյան իրատեսական ընկալումները Էզրիելի մոտ անկախ դեր չեն խաղում նույնիսկ այն դեպքում, երբ միայն «*այստեղ և հիմա*» մեկնաբանություններն են արվում: Այդպիսի մեկնաբանությունները վերաբերում են իբր արտապատմական, ժամանակավորապես ազդեցիկ անգիտակցական ուժերին և համաստեղություններին: Փոփոխական որակները չէին կարող կասեցվել «այստեղ և հիմա»-ում, եթե անգիտակցական համաստեղություններն իսկապես արտաժամանակային, անհատի անցյալից հեռացված և այսպիսով արտապատմական լինեին: Էզրիելի աշխատանքը ուշադրության արժանացավ, որովհետև այս հեղինակը «այստեղին և հիմա»-ին մեթոդապես յուրահատուկ իմաստ է տալիս, սակայն հավանաբար իր հետազոտություններն ապարդյուն էին, քանի որ նա չկարողացավ վերլուծողի՝ իրադրային ազդեցությանը գործնականում կարևորություն հաղորդել, ինչը նա ընդգծել էր տեսականորեն:

Անձնական ազդեցության և իրատեսական ընկալումների ներառումը տրանսֆերի մեկնաբանությունների մեջ կենտրոնական հարց է, որը Ֆրոյդի՝ վերականգնողական ծագումնաբանական տրանսֆերի մեկնաբանությունները տարբերակում է այն նորարարություններից, որոնք հաջորդել են Ստրեյչիի հրատարակություններին: Եթե մենք, ինչպես Սեգալը (Segal, 1973, էջ 123), վերլուծական շրջանակում շտկող օբյեկտային հարաբերությունների վրա հենվենք, ապա ստիպված ենք ներգործող սուբյեկտին՝ վերլուծողին, և հիվանդի կողմից նրա միանգամայն իրատեսական ընկալումը ներառել տրանսֆերի մեկնաբանություններում: Հոգեկան իրականության և անգիտակցական երևակայությունների կարևորությունը ոչ մի դեպքում չի նվազում այն հայտնաբերության լույսի ներքո, որ իրատեսական դիտարկումները, օրինակ՝ վերլուծողի հակատրանսֆերը, նրանց ծագումնաբանության մեջ դեր են խաղում:

Հիվանդը ընդունում է հոգեվերլուծողի արժեքային համակարգը, որքան որ այն նշանակություն ունի ներոտիկ կոնֆլիկտների նոր լուծումների համար: Այս նույնացող մասնակցությունը, որը Ստրեյչին նկարագրել է Գեր-Էգո-ի, պատվիրանների, հրահանգների իր վերարժևորման ընթացքում, ոչ միայն անխուսափելի է, այլ թերապևտիկ տեսանկյունից՝ անհրաժեշտ: Դրանից խուսափելը լարված մթնոլորտ է ստեղծում, որը կարելի է բնորոշել որպես մտահոգ խուսափում թերապևտիկ տեսանկյունից անհրաժեշտ մասնակցությունից:

Հասարակական գիտությունների ոլորտում հայտնագործությունները ցույց են տալիս ընկալումների և ֆանտազիաների ծագման վրա հոգեվերլուծողի ազդեցության կարևորման էականությունը: Իրական հարաբերությունների կազմակերպման մասին տեսությունները նույնպես ազդում են թերապևտիկ շրջանակի ձևավորման վրա: Քանի որ Ֆրոյդի տեսությունում իրականության սկզբունքին տրված է երկրորդական նշանակություն՝ համեմատած հաճույքի սկզբունքի հետ, և շարունակ տեղի է ունենում նյութական գոհացման որոնումը, եթե նույնիսկ այդ որոնումը կարող է հետաձգվել, ֆրոստրացիայի և ինքնահրաժարման արդյունքում բուժման ընթացքում խնդիրներ են առաջանում: Այսպիսի մթնոլորտը կարող է թեթևություն բերել արգելակման մեջ գտնվող հիվանդների մի խմբի համար, որովհետև արդեն միայն ապրումակցումը և ներողամտությունը՝ ֆրոստրացիայի միջոցով առաջացած ագրեսիայի նկատմամբ, կարող են հանգեցնել դեպի սահմանափակ Գեր-Էգո-ի բաժինների որոշ վերակազմավորման և մեղմացման: Խիստ Գեր-Էգո-ի վերաձևավորումը մեղմ Գեր-Էգո-ի ստեղծում է այլ տիպի թերապևտիկ խնդիրներ, քան այնպիսի խնդիրները, որոնք պետք է լուծվեն Էգո-ի արատավոր գործառնությունների շտկման ընթացքում կամ նախկինում չգարգացած գործառնությունների դեպքում: Այստեղ հոգեվերլուծողի հետ նույնացումը վճռորոշ դեր է խաղում: Թվում է, որ հիվանդների այս խմբի քանակը գնալով աճում է: Այդ պատճառով կարևոր է, որ սահմանվեն նույնացումը ձևավորող պայմանները:

Ստրեյխի դիրքորոշման միակողմանի ընդունման դեպքում ուշադրությունից գրեթե դուրս է մնում տրանսֆերի մեկնաբանությունների և թերապևտիկ փոխհարաբերությունների այլ ասպեկտների միջև եղած կապը: Որպես բացառություն՝ աչքի է ընկնում Կլաուբերի (Klauber, 1972) հոդվածը: Ստրեյխն բուժման գործընթացում կարևոր դեր էր հատկացնում այլ բաղադրիչ մասերին, ինչպիսիք են ներշնչումը, տագնապի նվազեցումը և այլն: Այն հարցը, թե ինչպես է վերլուծողը իր իսկական Ես-ը հիվանդին ներկայացնում փոքր չափաբաժիններով, այնուամենայնիվ, մնաց անպատասխան:

Ինչպես Գրինստոնի, Հայմանի, Վեկսլերի (1970) միջև կայացած բանավեճում, այնպես էլ մեր օրերում կրկին ու կրկին վեճ է ընթանում այն բանի մասին, թե վերլուծողը ինչպես պետք է վարվի իրատեսական ընկալումների հետ «այստեղ և հիմա» շրջանակում: Երկյուղ կա, որ այս ճանապարհը վերջիվերջո կարող է հանգեցնել կարիքների գոհացմանը, և կստացվի, որ բուժումն այլևս չի տանում դեպի ֆրոուտրացիա և աբստինենցիա: Բուժման այս տեխնիկայի հետ կապված խնդիրները կարող են կառուցողական և թերապևտիկ փոփոխության համար օգտակար լուծում գտնել, եթե մենք հասկանանք, որ նրանք ծագում են իրականության հոգեվերլուծական տեսությունից: Այս նյութի քննարկումը սկսում ենք Ադորնոյի հետևյալ դիտարկումից.

Մի կողմից նրա (հոգեվերլուծության) համար «լիբիդոն» իսկական հոգեկան իրականություն է. գոհացումը դրական է, ֆրոուտրացիան՝ բացասական, որովհետև տանում է դեպի հիվանդություն: Բայց, մյուս կողմից, հոգեվերլուծությունը, եթե ոչ առանց քննադատության, ապա գոնե հնազանդաբար, ընդունում է ֆրոուտրացիա պահանջող քաղաքակրթությունը: Հանուն իրականության սկզբունքի՝ նա արդարացնում է անհատի հոգեկան գոհողությունը՝ առանց իրականության սկզբունքը ռացիոնալ ստուգման ենթարկելու (Adorno, 1952, էջ 17):

Եթե նույնիսկ իրականության սկզբունքը, որը ներկայացնում է վերլուծողը, համեմատաբար մեղմ է, ապա այն պետք է բավականին հիասթափեցնող լինի, որպեսզի կոնֆլիկտը սրի, «այն խիստ կերպով կատարելագործի, որպեսզի դրա լուծման ցանկությունը ուժեղացնի» (Freud, 1937, էջ 231): Ֆրոյդի աշխատությունից մեջբերված այս հատվածը ցույց է տալիս, որ բուժման տեխնիկայի այս խնդիրները բխում են իրականության հոգեվերլուծական տեսությունից:

Իրականության սկզբունքը ռացիոնալ քննարկման ենթարկել բուժման տեխնիկայի նկատմամբ կարող է նշանակել միայն այն, որ հիվանդի ընկալումները լուրջ վերաբերմունք են պահանջում, քանի որ նման պարագայում նպատակասլաց որևէ գործողություն գտնում է իր օբյեկտը՝ այս կերպով ստեղծելով իրականությունը: «Այստեղ և հիմա»-ի ընկալման և պատմական ձմարտության միջև հարաբերությունների քննարկման ժամանակ մենք հետազայում կանդաքառանք այս նյութին: Քանի որ անհատի իրականության հասկացությունը բնորոշվում է սոցիալ-մշակութային համատեքստում, ապա ո՛չ այս, ո՛չ էլ այն չեն կարող բացարձակ համարվել: Այդ

պատճառով հոգեվերլուծական շրջանակի իրականությունը հաստատվում է կարծիքների փոխանակման, հարմարեցման կամ ժխտման ժամանակ:

Իրականության գնահատման ժամանակ ոչ հիվանդը, ոչ էլ վերլուծողը սկիզբ չեն առնում բացարձակ վավեր դիրքերից: Մի դեպքում մենք հարմարվում ենք գոյություն ունեցող պայմաններին, մյուս դեպքում՝ ընկնում սոլիպսիզմի մեջ: Ծայրահեղ դեպքում անհատն ընտանիքին կամ հասարակությանը համարում է խելագար և իր սեփական հիվանդության պատճառ, մյուս դեպքում՝ անհատը կախվածություն ունի արտաքին գործոններից, որոնք և նրա հիվանդության պատճառն են: Եթե այս բևեռացումը չափազանցության հասցնենք, ապա կարելի է ողջ հասարակությանը խելագար ձանաչել, իսկ հուզական խանգարումներով հիվանդները կարող են նույնիսկ առողջ համարվել, սակայն հիվանդ հասարակության դեմ ըմբոստացող: Նման դեպքում հաջող թերապիան առանց նկատելու նման մարդուն հիվանդ հասարակության հետ կհարմարեցնի: Ադորնոն հեռու գնացող նպատակներ ունի, երբ ասում է. «Նմանվելով խենթացած ամբողջությանը՝ անհատն իսկապես դառնում է հիվանդ» (1972, էջ 57):

Փոփոխական մեկնաբանությունը կարծես յուրահատուկ ազդեցություն ունի, եթե այն ուղղված է աշխատանքային հարաբերությունները ամրապնդելուն, այսինքն հոգեվերլուծողի հետ իր օժանդակ էգո-ի դերում հիվանդի նույնացմանը: Ստրեչիի աշխատությունների ունեցած մեծ ազդեցության հետևանքով ստեղծվեց «մեկնաբանության մոլեռանդության» մի նոր ձև, որը քննադատել են Ֆերենցին և Ռանկը (Ferenzi, Rank, 1924) այն հիմնավորմամբ, որ այդ ամենը վերաբերում է ծագումնաբանական վերակառուցումներին, որոնք անտեսում են փորձառությունը «այստեղ և հիմա» շրջանակում և այդ պատճառով թերապևտիկ տեսանկյունից արդյունավետ չեն: Ստրեչին (Strachey, 1935) նույնպես ուշադրություն է դարձրել այս անհաջող մեկնաբանության մոլեռանդությանը և մատնանշել է իր փոփոխական մեկնաբանությանը (ինչպես տրանսֆերի մեկնաբանությանը) բնորոշ էմոցիոնալ անմիջականությունը անհետաձգելի անհրաժեշտության պահին: Միաժամանակ նա շեշտել է, որ մեկնաբանությունների մեծամասնությունը տրանսֆերին չի վերաբերում:

Այնուհետև զարգացավ մեկնաբանության մոլեռանդության մի նոր ձև, այժմ արդեն հղում անելով «տրանսֆերին»՝ զուտ կրկնության իմաստով: Սա նույնպես սահմանափակում է հոգեվերլուծության թերապևտիկ ազդեցությունը, սակայն ոչ չափազանց ինտելեկտուալ վերակառուցման պատճառով: Եթե այն ամենը, ինչը հանդես է գալիս վերլուծական շրջանակում կամ նշվում է հիվանդի կողմից, առաջին հերթին հասկացվում է որպես տրանսֆերենտ երևույթ, ապա դրանից (ինչին Բալինտը համառորեն ուշադրություն էր դարձնում) հետևում է, որ «գործնականում ցանկացած մեկնաբանության ձևակերպման համար օգտագործվող հիմնական չափանիշը միանգամայն կարևոր ու ամենազոր օբյեկտի՝ վերլուծողի և այն անհավասարազոր սուբյեկտի միջև հարաբերություններն են, որը ներկայումս

ակնհայտորեն չի կարող մտածել, զգալ կամ ապրել վերլուծողին չվերաբերող որևէ բան» (Balint, 1968, էջ 169):

Ի հայտ է գալիս մի անհավասարություն, որը կարող է չարորակ ռեգրեսիաների հանգեցնել, եթե զբաղվելով միայն արտապատմական մեկնաբանություններով՝ անտեսվեն հիվանդի կյանքի արտաքին հանգամանքները: Նման մեկնաբանությունները բացառում են ներկան իր ցանկացած ձևերով՝ վերլուծական շրջանակը, վերլուծողի ազդեցությունը և արտաքին հանգամանքները: Եթե ներկան դիտարկվի միայն որպես անցյալի կրկնություն կամ անցյալից դուրս բերված անգիտակցական սխեմաներ, որոնք Ֆրոյդի կողմից բնորոշվել են որպես մոդելներ կամ կլիշեներ, ապա տրանսֆերի մեկնաբանությունը իրական, ներկա ժամանակի վրա հիմնվող իրադրությանը չի վերաբերելու: Կուպիտ ասած՝ նման դեպքում «այստեղ և հիմա»-ն ոչ այլ ինչ է, քան հին տիպարի կամ կլիշեի մի նոր մոդել:

Ի տարբերություն տրանսֆերի և մեկնաբանությունների վերը նկարագրված արտապատմական հասկացության՝ իսկական «այստեղ և հիմա» մեկնաբանությունները նոր փորձառություն են տալիս, որովհետև դրանք ամենայն լրջությամբ վերաբերում են ներկային: Այստեղ վերլուծողը իրականացնում է իր իրական խնդիրը, որը չի կարող սահմանափակվել հոր կամ մոր խնդրով: Հայմանը (Heimann, 1978) այս գործառույթը բնորոշել է որպես «օժանդակ էգո»՝ այն հետազոտելով ընդհուպ մինչև մայրական դերը և անվանելով «մայրական գործառույթ»: Ռեդուկցիոնիստական պատրանքների վտանգի պատճառով մենք չենք ցանկանում թերապևտիկ «օժանդակ էգո»-ն անվանել մայրական, սակայն ընդունում ենք տվյալ նշումը միայն որպես գործառույթ, որը և նրա էական ասպեկտն է:

... մայրը (վերլուծողի կերպարով) որպես «օժանդակ էգո» առաջարկում է երեխային (հիվանդին) հասկացություններ, որոնք ինքը՝ երեխան չունի: Մայրը երեխային սովորեցնում է մտածական նոր հասկացություններ և այդպիսով նրան առաջընթացի ուղու վրա է դնում (Heimann, 1978, էջ 228):

Ֆրոյդի տեխնիկային վերաբերող պահանջը, թե հիվանդը «չպետք է մեզ նմանվի, այլ հիվանդին հարկ է սովորեցնել ազատագրել և իրականություն դարձնել իր սեփական էությունը» (Freud, 1919, էջ 165), թվում է՝ հակասում է վերլուծողի հետ հիվանդի նույնացման մեծ թերապևտիկ նշանակությանը: Մեկ այլ հատվածում նշվում է. «Մենք հիվանդին տարբեր գործառույթներում ծառայում ենք որպես հեղինակավոր անձ և ծնողի փոխարինող, ուսուցիչ և դաստիարակ...» (1940, էջ 181): Մյուս կողմից Ֆրոյդը զգուշացնում է.

Ինչքան էլ վերլուծողը նպատակադրված լինի մյուսների համար դառնալ ուսուցիչ, օրինակելի կերպար և իդեալ, ըստ իր կերպարի մարդկանց ստեղծելու, չպետք է մոռանալ, որ սա նրա խնդիրը չէ վերլուծական հարաբերությունում, և նա փաստորեն դառնում է իր աշխատանքին անհավատարիմ, երբ հրապուրվում է նման հակումով (Freud, 1940, էջ 175):

Վերլուծության ավարտին նվիրված մի համաժողովում Հոֆերը (Hoffer, 1950) նկարագրել է հոգեվերլուծողի գործառնությունների հետ հիվանդի նույնացվելու ունակությունը՝ որպես թերապևտիկ գործընթացի և հաջողության ամենակարևոր բաղկացուցիչ: Բարձրացված թեման թերապևտիկ գործընթացի հասկացության համար ունի վճռական նշանակություն, թեկուզ այն պատճառով, որ այն հոգեվերլուծողի գործառնությունները սերտորեն կապում է հիվանդի նույնացումների հետ:

Անհրաժեշտ է դիտարկել մի շարք տեսական և գործնական խնդիրներ, որոնք մենք ուզում ենք վեր հանել մի քանի հարցերի միջոցով. ինչի՞ հետ է նույնացվում հիվանդը: Ինչպիսի՞ հետևանքներ են բխում նույնացման հոգեվերլուծական տեսությունից պրակտիկայի օպտիմալացման համար, ինչպե՞ս է այն հիվանդի համար հեշտացնում վերլուծողի կողմից միջնորդավորվող գործառնությունների յուրացումը: Ի՞նչ է հաղորդում հոգեվերլուծողը և ինչպե՞ս է նա այդ անում: Հնարավո՞ր է գործառնությո՞ւր և անհատին, որը կատարում է այդ գործառնությո՞ւր, տարբերել միմյանցից: Ինչպե՞ս է ցույց տալիս հոգեվերլուծողը, որ նա էականորեն տարբերվում է տրանսֆերի նկրտիկ սպասումներից և համապատասխան ընկալումների գործընթացներից: Բավարարվո՞ւմ է հիվանդը այն իմացությամբ, որ հոգեվերլուծողի մտածողությունը և գործելակերպը չեն համընկնում գոյություն ունեցող սպասման սխեմաների հետ: Բավարա՞ր է, երբ նա բացասաբար է բնորոշվում, մինչդեռ դա չի համապատասխանում հիվանդի անգիտակցական սպասումներին: Անհամապատասխանությունը, մեր կարծիքով, բավարար չէ սևեռուն նկրտիկ կրկնության ընդհատման համար, իսկ թերապևտիկ գործառնության այն է, որ հոգեվերլուծողը նորարարական կերպով է գործում, մինչդեռ նա նոր տեսակետներ է ներկայացում և հիվանդին հնարավորություն է տալիս խնդրի համար նախկինում անհասանելի լուծումներ գտնել: Այսպիսով՝ հանդես են գալիս հիմնավորված հույսեր, որոնցով հիվանդը քաջալերվում է՝ նախկինում իր խնդիրների լուծման անհասանելիության գիտակցության փոխարեն:

Նորարարական տարրերը այնպիսի բնական տեղ են զբաղեցնում բուժման ընթացքում, որ գրեթե աննկատելիորեն մի տեսակետ են ձևավորում, իբր սինթեզն ինքն իրեն է կատարվում: Սակայն հոգեվերլուծողի միջամտություններն իրականում առնվազն լատենտ նպատակադրումներ են պարունակում, որոնք որոշում են, թե ինչպես պետք է միախմբվեն ազատված տարրերը: Եթե հիվանդը հասնում է իր նպատակներին, ապա ձեռք է բերում ինքնավստահություն, որը թերապևտիկ գործընթացի հատկանիշ է: Հոգեվերլուծողի հիմնական թերապևտիկ գործառնությունն այն է, որ նա ազդում է որպես «փոխարինող»: Անկախ այն բանից, թե նա դիտարկվում է որպես օժանդակ Գեր-Էգո կամ «օժանդակ Էգո», և ինչքան էլ որ ժամանակակից դպրոցով պայմանավորված տեսության լեզուն չշեղվեր Ստրեյխի տերմինաբանությունից, հոգեվերլուծությունում լայնորեն ընդունված է, որ աջակցումը հաղորդակցման և փոխանակման գործընթացներ է առաջ բերում, որոնք տանում են դեպի նոր նույնացումներ: Արդյունքում հիվանդը

կորցնում է անկախությունը, որն իր հերթին տանում է դեպի իր թերապևտի լեզվով խոսելու անհրաժեշտությանը, ինչպես Բալինտն էր նկարագրում (Balint, 1968, էջ 93)՝ լեզվի, մտածողության և գործելակերպի միջև կապը հասկանալով:

Ձևանմուշի կամ հոգեվերլուծական տերմինաբանությամբ՝ նույնացման օգնությամբ ուսուցումը մեծ դեր է խաղում յուրաքանչյուր թերապևտիկ գործընթացում: Քանի որ տարբեր ուղղությունների հոգեվերլուծական դպրոցներին պատկանող օբյեկտային հարաբերությունների տեսությունները քննարկումների թեմա են դարձել, բոլոր այն հասկացությունները, որոնք վերաբերում են ներքինի ու արտաքինի միջև հարաբերություններին, ինչպես նաև սուբյեկտի ու օբյեկտի միջև հարաբերություններին, առանձնահատուկ տեխնիկական հետաքրքրություն են ներկայացնում (Kernberg, 1979, Meissner, 1979, Ticho՝ մեջբերված ըստ Richards 1980-ի): Օբյեկտային հարաբերությունների տեսությունների վերաբերյալ գիտաժողովում իր ներածական խոսքում Կանցերն (Kanzler, 1979, էջ 315) ընդգծեց, որ օբյեկտային հարաբերությունների շեշտադրումը հնարավոր դարձրեց չափահասների ավանդական բուժման դիաղային հասկացության զարգացումը: Նա նույնպես մատնանշում է շատ հեղինակների, ովքեր զարգացրել են այդ ուղղությունը (Balint, 1959, Spitz, 1956, Loewald, 1960, Gitelson, 1962, Stone 1961):

Ներքնայնացման, նույնացման, ինտրոյեկցիայի, ինչպես նաև ինկորպորացիայի համար ընդհանուր է այն, որ դրանք դրսից դեպի ներս շարժմանը վերաբերում են առնմանության, յուրացման և հարմարման եղանակներով (Schafer, 1968, Meissner, 1979, McDevitt, 1979): Որ իմաստն էլ վերագրենք այդ հասկացություններին (օրինակ՝ ինկորպորացիան բառացի և չափից դուրս կոնկրետացված ընկալմամբ, իսկ նույնացումը որպես խորհրդանշական հավասարեցում), նրանց միջև ընդհանրությունը այն կլինի, որ նրանք բոլորն էլ վերաբերում են օբյեկտային հարաբերությանը: Այդ պատճառով Բալինտը (Balint, 1968, 1970, էջ 6162) ուշադրություն է դարձրել, որ հնարավոր չէ նեղ իմաստով խոսել նույնացման մասին, եթե որոշ հեռավորություն չկա Ներքինի և Արտաքինի, Սուբյեկտի և Օբյեկտի միջև: Այս կապակցությամբ ուշադրության է արժանի Ֆրոյդի՝ հիմքային մարդաբանական դարձած դիտարկումը, որ անտեսված օբյեկտային հարաբերություններն արտահայտվում են նույնացումներում (Freud, 1923, էջ 29): Պետք չէ ընդգծել, թե որքան իմաստալից է նույնացման այս կողմը բաժանման և կորստի, ինչպես նաև վերլուծության ավարտի ժամանակ:

Մենք կարծում ենք, որ հոգեվերլուծական շրջանակի իրականության վերաբերյալ հին խնդիրը հիմա արդեն լուծելի է, իսկ Ստրեչիի ուղեցույցի հրատարակումից 50 տարի անց հոգեվերլուծական տեխնիկան կարող է զգալիորեն ընդլայնել և կընդլայնի իր թերապևտիկ ներուժը: Այդ կապակցությամբ տրանսֆերենտ մեկնաբանություններն առանձնահատուկ դեր են խաղում: Մեր մինչայժմյան փաստարկման մեջ մենք տարբերել ենք հետևյալ կողմերը.

1. «Այստեղ և հիմա» մեկնաբանություններն ընդգրկում են վերլուծական շրջանակում հղումների բոլոր տեսակները, սակայն ոչ վերլուծությունից դուրս հիվանդի ներկա կամ վաղ կյանքի պայմանները: Տրանսֆերի գաղափարի ընդլայնումը, որը գլուխ 2-ում ենք քննարկել, թույլ են տալիս միջամտությունների 2 ձև առանձնացնել.

- մեկը վերաբերում է այն ամենին, ինչը գտնվում է վերլուծության շրջանակից դուրս,
- մյուսը վերաբերում է այն բոլոր մեկնաբանություններին, որոնք տրանսֆերի լայն իմաստով ուղղվում են «այստեղ և հիմա»-ի վրա:

Տրանսֆերի մեկնաբանության ավանդական տարբերակի դեպքում վերլուծողը ենթադրում է, որ կրկնություն է տեղի ունենում և ուշադրությունը ուղղում է ծագումնաբանական կողմերին: Նման պնդումները հիմնված են այն ենթադրության վրա, որ այժմյան ապրումի ու վարվելակերպի և վաղ փորձառությունների միջև պայմանական կապ գոյություն ունի: Պարզ ձևակերպմամբ՝ այսպիսի տրանսֆերի մեկնաբանությունները հետևյալն են. «Դուք հիմա վախ ունեք, և ես նույնպես ձեզ կպատժեմ, ինչպես ձեր հայրը»:

2. Տրանսֆերի մեկնաբանությունները կարելի է ուղղել առավելապես ծագումնաբանական կողմերին և հիշողությունների վերակառուցմանը: Կարելի է, ընդհակառակը, «այստեղ և հիմա»-ի հայեցակարգը մղել դեպի մեկնաբանությունների կենտրոն՝ ելնելով այն ենթադրությունից, որ անգիտակցական գործընթացներն արտապատմական են: Այս տեսակի տրանսֆերենտ մեկնաբանությունների առարկան դառնում է վերլուծողը՝ որպես *հին* օբյեկտ: Բացի այդ, ակնթարթային դի-նամիկան պահպանված (արտապատմական) ծագման հետ գրեթե նույնաման է: «Այստեղ և հիմա» մեկնաբանությունների ժամանակ տարբերությունները անցյալից ներկա փոխադրվող և վերլուծողի կողմից տրանսֆերի մեջ դրվող երևույթների միջև հարթվում են: Աֆեկտիվ և կոգնիտիվ գործընթացները, որոնք ստեղծում են ակնթարթային հոգեկան իրականությունը, այստեղ չեն հետազոտվում: Վերլուծողի հայելանման արտացոլող կողմնորոշման նպատակն այն է, որ ակներև կերպով ցուցադրվեն արտապատմական անգիտակցական ֆանտազիաները և նրանց դեմ ուղղված անգիտակցական պաշտպանական գործընթացները:

3. Վերջիվերջո, հանգում ենք «այստեղ և հիմա» շրջանակում տրանսֆերի մեկնաբանություններին, որոնք իրականացնում են հոգեվերլուծական մեթոդի դիադիկ իմացական ներուժը և նրա թերապևտիկ ազդեցությունը: Մենք նկատի ենք առնում այն բոլոր տրանսֆերի մեկնաբանությունները, որոնք դիտարկում են հիվանդի քիչ թե շատ իրատեսական ընկալումների ազդեցությունն անգիտակցական գործընթացների վրա: Այդ համատեքստում մենք կարող ենք անդրադառնալ Կլաուբերի կարծիքին, որ հոգեվերլուծության ներկայիս փուլում անհրաժեշտ է տարբերել հոգեվերլուծական

շրջանակում առկա տրանսֆերենտ տարրերը ոչ տրանսֆերենտ տարրերից: Սակայն այդ ընթացքում տրանսֆերի տեսությունն այնքան է ընդլայնվել, որ ոչ տրանսֆերենտ տարրերի մասին խոսակցությունները թյուրիմացություններ են առաջացնում: Անշուշտ, չենք կարող վերլուծողի վարքում չտարբերակել երևակայելի բեմանկարը և վերլուծական շրջանակում առաջացած արտաքին աշխարհի ցանկալի պատկերը իրատեսական տարրերից: Դիադիկ իմացության տարբերակման այս գործընթացը պայմանավորում է տրանսֆերի մեկնաբանությունների փոփոխական ազդեցությունը:

Այժմ մենք կարող ենք նշել Արլոուի այն կարծիքը (Arlow, 1979), որ տրանսֆերներն իրականանում են փոխաբերական մտածողության ներքո: Անգիտակցական սխեմաների (Ֆրոյդի կադապարների) հիման վրա հակադիր և նմանատիպ տեսակետներից ստեղծվում է հոգեկան իրականությունը: Հիվանդը հոգեվերլուծական շրջանակը և հոգեվերլուծողին համեմատում է իր ընթացիկ և վաղ ապրումների հետ: Եթե տրանսֆերը դիտարկենք որպես փոխաբերական մտածողության դրսևորում, ինչպես դա անում է Արլոուն, ապա անհրաժեշտ է ենթադրել, որ *նմանությունը* հաստատում է կապ, որը թույլ է տալիս ինչ-որ մի բան մի ափից մյուսը փոխադրել, այսինքն՝ անցյալից փոխադրել ներկայի շրջանակ: Այդ պատճառով թերապևտիկ տեսակետից ելնելով՝ Կարվեթի (Carveth, 1984, էջ 506) քննադատությունը պետք է լուրջ ընկալվի: Նա նշում է, որ հոգեվերլուծողի կողմից նմանության հաստատումը այն նախապայմանն է, որը նպաստում է տրանսֆերի կադապարների փոփոխությանը, որոնք, ըստ հոգեվերլուծական տեսության, ձևավորված են՝ ելնելով իրական ընկալումները ժխտելու և աֆեկտիվ ու կոգնիտիվ գործընթացները արտամղելու անհրաժեշտությունից: Ֆրոյդի կողմից նկարագրված անգիտակցական կադապարները բավականին նման են լեզվաբանական ստորաբաժանման մեջ գտնվող «մեռած փոխաբերություններին» (Weinrch, 1968, Carveth, 1984): Սրանք կարող են կենդանանալ, դա նշանակում է՝ կարող են առաջանալ անգիտակցականի դինամիկայից, եթե նմանությունը (այն իմաստով, ինչպես դա Գիլլն էր հասկանում) հաշվի է առնվում և թույլատրվում են տրանսֆերի մեկնաբանություններում: Այլապես, կրկնվում են ժխտման գործողությունները, և հին կանխակարծիքները պահպանվում են: Նմանությունների նույնացման պահին նույնպես հայտնաբերվում են «այստեղ և հիմա»-ի և «այն տեղի ու այն ժամանակի» միջև տարբերությունը: Դիադիկ ծանաչողության իմացական տարբերակումը հնարավոր է դարձնում հուզական ազդեցության շտկումը փոփոխական մեկնաբանությունների շնորհիվ:

Վերջիվերջո, մենք ուզում ենք ուշադրություն դարձնել այն բանի վրա, որ մեր կողմից արտահայտված դիրքորոշումը բխում է Ֆրոյդի այն հիմնարար պնդումից, որ բոլոր հուզական խանգարումները պարունակում են «պատմական ծնարկության մի հատված» (Freud, 1937, էջ 269): Ֆրոյդը պնդում էր, որ եթե մենք ծանաչենք այս պատմական իրականությունը, ապա.

Կարելի էր հրաժարվել անօգուտ ջանքերից՝ հիվանդին համոզելու, որ նրա մոլորությունները սխալ են և իրականությանը չեն համապատասխանում: Ընդհակառակը, իր խոսքերի մեջ ճշմարտության ճանաչումը կնպաստի ընդհանուր հիմքեր գտնելուն՝ թերապևտիկ աշխատանքը զարգացնելու համար: Այս աշխատանքը կայանաում է նրանում, որ պատմական ճշմարտության հատվածները պետք է ազատվեն խեղաթյուրումներից ու ներկայի հետ կապվելուց և պետք է բերվեն անցյալի այն պահին, որին նրանք պատկանում են: Նյութի տեղաշարժը մոռացված հին ժամանակներից դեպի ներկան կամ ապագայի սպասումը ներդրողների մոտ ոչ պակաս կանոնավոր երևույթ է, քան պսիխոտիկների մոտ (Freud, 1937, էջ 267):

Այժմ պարզ է դառնում, թե մենք ինչ եղանակով ենք ուզում այս կարծիքը թերապևտիկ տեսանկյունից օգտակար դարձնել: Ընդհանուր հիմքը կարող է գտնվել տրանսֆերի մեկնաբանությունների ժամանակ ճշմարտության հատիկի ընդունման մեջ: Սրա համար սովորաբար բավարար է ճանաչել համամարդկային նախատրամադրվածությունները, ինչպես դա առաջարկել ենք գլուխ 3-ում: Դրան հակառակ, պատմական ճշմարտությունների կառուցումը կասկածներ է հարուցում. այն չունի համոզման ներուժ, որը սկիզբ է առնում ներկայիս ապրումներից: Մենք ենթադրում ենք, որ համեմատելով «այստեղ և հիմա»-ն և «այնտեղ ու այն ժամանակ» հայեցակարգերի հետ՝ հիվանդը, մեր կարծիքով, վերջիվերջո հեռանում է այդ երկուսից՝ ազատվելով ապագայի համար: Այդ պատճառով կցանկանայինք վերաձևակերպել Ֆրոյդի այն արտահայտությունը (1937, էջ 231-232), թե վերլուծական աշխատանքն ամենալավն է ընթանում, երբ հիվանդը հեռանում է ինչպես անցյալի ապրումներից, այնպես էլ ներկայի ճշմարտություններից, որոնք հետագայում պատմություն են դառնում:

8.5 Լռություն

Խոսքը և լռությունը հաղորդակցման 2 կողմերն են. մասնակիցները կամ խոսում, կամ լռում են: Զրուցակիցների համար գոյություն ունեն որոշակի կանոններ. կա՛մ մեկը խոսում է, կա՛մ երկուսն էլ լռում են, կա՛մ երկուսը խոսում են միաժամանակ: Խոսելու ժամանակ երկու խոսակիցներից մեկը կարող է կա՛մ միայն լռություն պահպանել, կա՛մ խոսողին ընդհատել: Եթե երկուսն էլ լռում են, ապա բացվում է մի տարածություն, որին երկուսն էլ հավակնում են, և որը կարող է միայն մեկը լրացնել՝ անորոշ տևողությամբ խոսելով: Վերլուծողի լռությունը հիվանդին հնարավորություն է տալիս խոսելու, և պատահական չէ, որ հին ժամանակներից ի վեր բժշկի սենյակն անվանվում է Sprechzimmer, այսինքն՝ սենյակ խոսելու համար:

Լավ պատճառներ կան՝ հիվանդին խրախուսելու սկսել զրույցը: Խոսելու և լռելու միակողմանի բաշխումը, այնուհանդերձ, հակասում է ամօրյա շփման կանոններին: Այդ պատճառով սպասված երկխոսության ընթացքից շեղումները տանում են դեպի անակնկալներ, մոլորություններ և, վերջիվերջո, անօգնականություն: Եթե մենք, օրինակ, առաջին զրույցների

ընթացքում, որպես վերլուծող, մեզ շատ պասիվ պահենք, ապա չափազանց ուժեղ ազդեցություն ենք գործում հիվանդի վրա, որը գալիս է գրույցի մասին մեր այնպիսի պատկերացումներով, որոնք ձևավորվել են բժշկիկներին այցելելիս: Նա սպասում է իր հիվանդության և դրա ծագման մասին հարցերի, որոնք, սովորաբար, որոշակի նպատակ հետապնդելով, տրվում են այնպես, որ հիվանդը կարողանա կոնկրետ պատասխան տալ: Որքան գրույցի ընթացքը հեռանա այս սպասումից, և որքան քիչ նա մյուս կողմից խոսելու և լռելու բաշխման մեջ հավասարվի առօրյա երկխոսությանը, այնքան մեծ կլինեն անակնկալ ազդեցությունները:

Արդեն այս փոքրաթիվ նշումներից պարզ է դառնում, որ լռությունը որպես միջոց շատ տարբեր կերպ է ազդում: Անհնար է այդ առումով ընդհանուր հանձնարարականներ տալ, քանի որ լռությունը կրնկավվի որպես վանում, թե՛ բարյացակամ խրախուսանք, կախված է շատ իրադրային հանգամանքներից: Առավել անսպասելի է մեզ համար, որ հոգեվերլուծողները ոչ միայն ծաղրանկարներում են լուռ նստում բազմոցի ետևում, այլ հաճախ լռությունը առաքինության աստիճանի է բարձացվում, այսպես կարծես թե իրենց մասնագիտությունը հետևում է «եթե խոսքը արծաթ է, ապա լռությունը՝ ոսկի» նշանաբանին:

Վերլուծական տեսակետից երկխոսության ընթացքում ձեռնպահ մնալու և ձանձրալի հարցերից խուսափելու մի շարք ողջամիտ պատճառներ կան, որոնք կարող են խանգարել հիվանդին՝ խոսել իր համար կարևոր նյութերի մասին: Այս կերպ մենք հիվանդին կարող ենք հնարավորություն տալ, որպեսզի նա առաջին քայլերն անի դեպի ազատ զուգորդում: Վերապահման միջոցով կարող ենք հիվանդին խթանել, որ նա արտահայտի այն, ինչը հարկ է համարում ասել և ունակ է արտահայտել տվյալ պահին: Երկարաժամկետ իմաստով վերլուծողի լռությունը նպաստում է նաև հիվանդի ռեգրեսիային, որը թերապևտիկ գործընթացի մի մասն է: Թեկուզ միայն այդ պատճառով լռելու և խոսելու պարբերականությունը և չափաբաժինները մեծ նշանակություն ունեն:

Գործնական անհրաժեշտության տեսակետից լռության կիրառման դեպքում անհրաժեշտ է նույնքան զգուշություն ցուցաբերել, որքան բառեր արտասանելիս: Տարակուսանք է առաջացնում այն հանգամանքը, որ լռությունը դառնում է կարծրատիպ: Շատ հաճախ այս կարծրատիպն այնպես է ներգործում, որ վերլուծողներն արդեն առաջին գրույցներում ծայրահեղ զուսպ են, այսինքն՝ այն (առաջնային հարցազրույցը) օգտագործվում է որպես մանրանրբին վերլուծության փորձ՝ պլանավորվող թերապիայի համար հիվանդի պիտանիությունը ճշտելու նպատակով:

Ինչպես այստորոշման, այդպես էլ բուժական առումով ընդմիջումները թերապիայի էական մասն են, քանի որ հիվանդին իր համար կարևոր թեմաներ առաջադրելու հնարավորություն են ընձեռում: Ընդմիջումները կարող են նաև օգտագործվել որպես հիվանդի կողմից լռությունը հանդուրժելու ունակության աստիճանը որոշելու միջոց:

Քանի որ մենք դեմ ենք, որ վերլուծության համար հիվանդի «պիտանիությունը» որոշվի նման մեթոդով, և դրան հակառակ, ջանք ենք գործադրում, որպեսզի վերլուծությունը հարմարեցվի հիվանդին, ապա անհրաժեշտ է հետազոտել, թե ինչպես պատահեց, որ վերլուծողի լռությունը դարձավ կարծրատիպ: Մեր կարծիքով՝ նման իրավիճակին նպաստող հնարավոր գործոններն են. ազատ զուգորդումների ու ռեգրեսիայի (որոնք որպես ինքնաբուժման գործընթաց են դիտվում) բարձր գնահատումը, ինքնաձանաչման՝ որպես թերապևտիկ միջոցի ինտենսիվ շեշտադրումը:

Ֆրոյդն, օրինակ, առաջարկել է, որ մեկնաբանություններն հետաձգենք այնքան ժամանակ, մինչև հիվանդին հաջողվի մոտենալ իր գիտակցության համար նախկինում անհասանելի համաստեղությանը:

Մենք հիմնովին կշռադատում ենք, թե երբ պետք է նրան հաղորդենք մեր կառուցվածքներից մեկի իմացությունը, և մենք սպասում ենք մեզ համար հարմար պահին, ինչը միշտ չէ, որ հեշտ է որոշվում: Սովորաբար մենք հապաղում ենք որևէ կառուցվածքի մասին տեղեկություն կամ մեկնաբանություն տալ, մինչև որ նա ինքը դրան այնքան մոտենա, որ նրան միայն մի քայլ մնա անելու, թեպետ հենց նման քայլն էլ վճռորոշ սինթեզ է համարվում (Freud, 1940, էջ 178):

Այս հանձնարարականը կատարելապես միավորում է 2 տեսակետ, առաջինը՝ հիվանդին հնարավորիս քիչ խանգարել, և երկրորդը՝ այն փորձը, որ ինքնուրույն ձեռք բերած իմացությունից առաջանում է ավելի մեծ թերապևտիկ ազդեցություն, քան վերլուծողի կողմից տրամադրված տեղեկությունը:

Մեջբերումից պարզ է դառնում, որ գոյություն ունի մի իդեալական պահ կամ ներքին և արտաքին գործոնների առանձնապես նպաստավոր միակցում: Վերլուծողի համար չափազանց կարևոր է գտնել այդ նպաստավոր պահը՝ լռությունը ընդհատելու համար: Լռության և խոսելու երկատու մից ստեղծվում է լռության և մեկնաբանության բևեռացումը: Դա տեղի է ունենում առանց միջանկյալ փուլերի, որոնք, բնականաբար, ի հայտ են գալիս ցանկացած հոգեվերլուծական երկխոսության ընթացքում, նույնիսկ եթե դրանք ոչ բավարար կերպով համապատասխանեն հոգեվերլուծության իդեալական պատկերին:

Այսպիսով՝ ստացվում է անակնկալ արդյունք. ավանդական տեսակետի հետ մեկտեղ, համաձայն որի վերլուծողի համար մեկնաբանությունը հնարավորին չափ պետք է լինի խոսքային շփման միակ տարբերակը, մեծ, նույնիսկ առեղծվածային դեր է հատկացվում նաև լռությանը: Լռությունը դարձնում է քողարկված համոզմունք և մեկնաբանությունների օգտակար աղբյուր: Մենք հրաժարվում ենք առեղծվածությունից, չնայած անկասկած հիվանդի և վերլուծողի միջև վայրկենապես առաջացած որոշ համաձայնություններ իրենց հիմքում ունեն խորը անգիտակցական շփում այնպես, կարծես մեկնաբանությունների վերաբերյալ իրենք նախնական պայմանավորվածությանն են եկել, այսինքն՝ հիվանդի ու վերլուծողի մոտ նույն մտքերն են առաջացել: Մենք համաձայն ենք Կրեմերիուսի հետ (Cremerius,

1969), որ անհրաժեշտ է մերժել քննադատորեն հիմնավորվածություն չունեցող, պարզապես ընդունված և պրակտիկայի վրա հիմնված լռությունը: Լռությունը գործիքներից մեկն է, տեխնիկական եղանակներից մեկը, որը, հանգամանքներից ելնելով, պետք է կիրառվի ըստ իրադրության՝ վերլուծական գործընթացի առաջընթացի ապահովման նպատակով:

Հիմնարար կանոնը և նրան լրացնող հավասարաչափ ուշադրությունը բուժման գործընթացի կանոններն են, որոնք ստեղծում են հատուկ տեսակի երկխոսություն, որը բուժման իրական ընթացքում հազվադեպ է անհամաչափ ներկայանում, ինչպես կարելի է ենթադրել՝ տեսական քննարկումներից ելնելով: Վերլուծական երկխոսությունների սեղմագիր արձանագրությունները վկայում են վերլուծողի աշխույժ մասնակցության մասին, մինչդեռ գրականության մեջ սահմանված վերլուծողի մասնակցության քանակական բաժինը հավասար է 5:1-ի կամ 4:1-ի՝ հոգուտ հիվանդի: Ըստ կանոնի՝ ընդմիջումները դիտվում են ինչպես հիվանդին պատկանող ժամանակի մի մասը՝ ելնելով նաև այն հանգամանքից, որ վերլուծողի միջամտության հարցը պաշտոնապես չի կարգավորվում: Մենք չենք կիսում այս մոտեցումը և ենթադրում ենք, որ ավելի ընդունելի է ընդմիջումները միասնական խոսքային ակտիվության մի մաս համարելը: Հիմնարար կանոնը գործում է միայն որոշ ժամանակ, եթե երկխոսությունը սպառվել է: Որոշակի պահի վերլուծողի համար հարց է ծագում, թե լռությունն ընդհատելու պահը չի՞ եկել արդյոք: Ավելի երկարատև լռության փուլերի ընթացքում գրուցակիցների միջև ներհոգեկան գործընթացները չեն դադարում, այլ շարունակում են զարգանալ: Հիվանդը կարող է լռությունը շարունակելու բազմաթիվ դրդապատճառներ ունենալ, որոնք ընդգրկում են ներոգների տեսության ամբողջ սպեկտրը: Վերլուծողը նույնպես կարող է լռությունը պահպանելու պատճառներ ունենալ: Լռակյաց հիվանդը կարող է վերլուծողի մոտ պատասխան լռություն առաջացնել: Երկու գրուցակիցների լռության դեպքում առավել նկատելի են դառնում և սկսում են ընկալվել ոչ խոսքային հաղորդակցման միջոցները: Կրեմերիուսը ցույց է տվել, որ հիվանդները լռում են՝ բազմատեսակ շարժառիթներից ելնելով, որոնք ընդգրկում են ներոգի ուսմունքի ողջ դաշտը, և վերլուծողները նրանց հետ են լռում, ինչը նույնպես բազմակողմանիորեն կարող է հիմնավորվել: Ոչ խոսքային հաղորդակցական գործընթացները երկու լռող խոսակիցների մոտ ավելի պարզ են դառնում և նույնպես ընկալելի են:

Կրեմերիուսը (Cremeius, 1969, էջ 98) զեկուցում է մի հիվանդի մասին, որը կողմնորոշվում էր լուցկիների քանակով, որոնք վերլուծողը վառում էր լռության ընդմիջումների ընթացքում. շատ քիչ լուցկիները ազդարարում էին միաբան լռություն, շատ լուցկիները մատնացույց էին անում հաղորդակցման խանգարում:

Լռության հոգեբանությունը, որի սկիզբը արդեն դրվել է, բուժման տեխնիկայի տեսանկյունից կարող է նպաստել նրան, որ օգնի Սուրբեկտ-Օբյեկտ միաձուլումը տարբերել հաղորդակցությունից հրաժարումից: Երկու

դեպքում էլ հիմնարար կանոնով կողմնորոշված բուժման տեխնիկան հասավ իր սահմաններին: Նախտը (Nacht, 1964) լուրջությունը դիտում է որպես հիվանդի և վերլուծողի միջև միավորող առեղծվածային փորձի տեսակ՝ որպես մտքերի փոխանակում՝ առանց բառերի, որը կարող է ներկայացնել վաղ զարգացման շրջանից բնորոշ միաձուլման և ամբողջ միահյուսման վիճակի նոր փորձը: Դրանով նա լուրջությունը կապում է նորոգող փոփոխության գաղափարի հետ, այսինքն՝ Ֆերենցիի նախագենիտալ սիրո միջոցով բուժման պատկերացման հետ, որի ավանդույթում էլ հավանաբար կարելի է դիտարկել այդ գործընթացը:

Էգոյի հոգեբանության դիրքորոշումից ելնելով՝ մեկնաբանությունը չպետք է օգտագործվի որպես փոփոխության միջոց: Կալոգերասը (Calogeras, 1967) դա ցույց է տալիս խրոնիկական կերպով լուրջ մի հիվանդի բուժման օրինակով: Մենք «հիմնարար կանոնից հրաժարման» պարամետրի հիմնավորումը դիտարկում ենք որպես հիմքային իդեալական տեխնիկայի քննարկման օրինակներից մեկը (տե՛ս գլուխ 1): Այս իմաստով Լյուվենշտայնը (տե՛ս Valdhorn, 1959, Seligs, 1960, Moser, 1962) փաստարկել է այն բանի օգտին, որ լուրջ հիվանդին պետք է հատկացվի այնքան ժամանակ, ինչքան նրան անհրաժեշտ է: Սրան կարելի է վերագրել նաև Ֆրոյդի այն մատնանշումը, որ բոլոր տեխնիկական քայլերը պետք ուղղվեն Էգոյի համար ամենանպաստավոր պայմաններ ստեղծելուն:

Ի լրումն վերլուծողի՝ լուրջության գործառնության և լուրջության հետևանքների ընդհանուր տեսակետներին՝ ցանկանում ենք շոշափել հոգեվերլուծական հարաբերության մեջ առկա զորության և անզորության հատուկ թեման: Մենք այն կարծիքին ենք, որ վերլուծողի լուրջությունը, երբ այն կարծրատիպային մոտեցմամբ է կիրառվում և այնուհետև ավարտվում է մեկնաբանություններով, որոնք, հնարավոր է, բավականին հեռու են հիվանդին երկար լուրջության ժամանակահատվածում հուզող խնդիրներից, կարող է բավականին բացասաբար նպաստել հիվանդի և վերլուծողի միջև անզորության և զորության բևեռացմանը: Ահա վերլուծողի նշումներից սրա մի օրինակը.

Երկար ընթացող հոգեվերլուծություն: Հիվանդը շատ և երկար տևողությամբ է լուրջ: Մինչև այժմ գոյություն չունի նման վարվելակերպի բավարար բացատրություն: Մի օր նա պատմում է մայրիկի մասին, որը շատ երկար է լռել, և որ այս երևույթը միշտ եղել է չարագուշակ և վախ առաջացնող: Երբ հիվանդը այնուհետև մի որոշ ժամանակ լուրջ էր, ապա հետևում էր մեկնաբանությունը:

Ա. Դուք ինձ հաղորդում եք չարիքի մասին և ուզում եք ինձ վախեցնել, ինչպես Ձեր մայրն է վարվել, երբ լռել է:

Հիվանդը համաձայն է մեկնաբանությանը, բայց այնուհետև նորից երկար ժամանակ լուրջ է: Այնուհետև ասում է, որ մեկնաբանությունն իրեն վիրավորանք է պատճառել, որովհետև նա ստիպված է խոստովանել, որ նա մի որոշակի բնագավառում նման է մորը, որին նա խորապես ատում է (Flader, Grodzicki 1982, էջ 164-165):

Քանի որ այս օրինակով մենք ուզում ենք հաստատել այն դրույթը, որ հենց վերլուծողի կողմից համառ լուծության և հանկարծակիորեն հետևող տրանսֆերի մեկնաբանության զուգորդումը տարան դեպի ամենագործության և անգործության բևեռացմանը, ապա պետք է ընդգծենք, որ Ֆլադերը և Գրոդզիկին այս մեջբերումը դիտում են որպես տրանսֆերի մեկնաբանության լավ օրինակ, որը ցույց է տալիս վերլուծական մեկնաբանության՝ մի թեմայից մյուսին անցնող բնույթը: «Տրանսֆերի մեկնաբանության այս օրինակում հիվանդը սկզբում համաձայնում է մեկնաբանությանը և այնուհետև խորասուզվում է լուծության մեջ՝ հավանաբար յուրացման նպատակով (Flader, Grodzicki 1982, էջ 173):

Մենք չենք կիսում հիվանդի այս հակազդման դրական մեկնաբանությունը: Անկախ նրանից, որ տրանսֆերի մեկնաբանությունը և հիվանդի հետադա լուծությունը վերաբերում են ագրեսիոյի հետ նույնացման պաշտպանողական մեխանիզմին (հիվանդի վարքագիծը մոր վարքագծին է նմանվում, և նա (հիվանդը) վերլուծողի հետ վարվում է ինչպես երեխայի հետ), այն հանգամանքը, որ հիվանդը շուտափույթ կերպով ընդունել է մեկնաբանությունը, նշանակում է, որ նա շատ հեշտ է ենթարկվել վերլուծողի ազդեցությանը: Հետևող երկար լուծության մեկնաբանությունը՝ որպես յուրացման գործընթաց դժվար թե համապատասխանում է Այզենքի՝ մեկնաբանությանը ցուցաբերված դրական հակազդման հատկանիշներին: Հիրավի, այն կարող էր յուրացման լուծություն լինել, սակայն այն, ինչը հիվանդը պետք է յուրացման ենթարկեր, հավանաբար շփոթվածության հակազդում էր՝ ի պատասխան այն հայտնագործությանը, որ նա (հիվանդը) ինչ-որ բանով իրատելի մորն է նմանվում: Համապատասխանաբար, վերլուծողը գրանցում է, որ մեկնաբանությունը հիվանդին «մեծ վիրավորանք է պատժառել» և ոչ թե պարզապես շփոթության մեջ է գցել: Այս փոքր լեզվական տարբերությունը (gefroten – վիրավորված և befroten – շփոթված) շատ կարևոր է, քանի որ այս հաղորդումը ներկայացվում է լեզվաբանի և հոգեվերլուծողի կողմից: Օրինակը նաև այն պատժառով ենք ընտրել, որովհետև այն հիշեցրել է այս տեխնիկայի հետ ունեցած մեր սեփական անհաջող փորձը:

Վերլուծողի լուծությունը և հիվանդի կողմից դեռևս չբարձրացված՝ «ես ի՞նչ եմ անում և այժմ ի՞նչ եմ իսկապես ուզում» հարցի պատասխանի հանկարծակի իրազեկությունը (վերը նշված օրինակում), կարող են այս կերպ հանգեցնել անգործության և ամենագործության բևեռացման, ինչը կարող է լինել ինչպես երկանձնային, այնպես էլ ներհոգեկան: Վերլուծողն ամենագործ է դառնում, հիվանդը՝ անգործ, և ներհոգեկան կերպով նրա մոտ ուժեղանում են ամենագործ վերլուծողի մասին անգիտակցական ֆանտազիաներն այն չափով, որ նա հոգեվերլուծական շրջանակում նվաստացում և ստորացում է ապրում: Որտեղ էլ որ մարդն ընկնի անգործ, անօգնական իրավիճակում (լինի դա կենսական գոհացում չստանալու միջոցով, լինի դա ինքնագալուծության նվազման միջոցով), ապա փոխհատուցում ստանալու փորձեր կձեռնարկվեն, որոնք կարող են սկսվել անմիջապես կամ հապաղումով:

Անզորության զգացողությունները կարող են փոխհատուցվել «ամենազորության» ֆանտազիաների միջոցով: Ախտաբանական «ամենազորության վարքագիծը», ի տարբերություն թուցիկ ամենազորության ֆանտազիաների, որոնք ձանաչում է յուրաքանչյուր մարդ, սովորաբար ճնշող գերիշխման և դեսպոտիզմի դեմ պաշտպանվելու հուսահատ փորձ է: Չնայած որ անզորության և զորության անհավասար բաշխումը բնորոշում է երեխաների հարաբերությունը շրջապատող չափահասների հետ, մեծի և փոքրի հարաբերությունը, իսկ փոխհատուցող մեծամոլ ֆանտազիաները երեխաների նորմալ մանկական զարգացման մասն են կազմում: Բևեռացումը, որն առաջանում կամ ձևավորվում է կարծրատիպային լռության և հանկարծակիորեն կատարվող մեկնաբանությունների միջոցով, դրա հետ համեմատելի չէ: Այո, մենք պետք է առաջ գնանք և առաջադրենք այն հարցը, թե արդյոք կարելի՞ է ծանր վիրավորանքը հենց այս համանմանության միջոցով բացատրել: Հատկապես եթե վերլուծողը այս փոխհատուցող մեծամոլ երևակայությունները վերագրում է աղավաղված տրանսֆերենտ ընկալումներին, ապա նա մերժում է իր ծայրահեղ լռության քննադատությունը հիվանդի կողմից: Հաջորդ քայլում հանդես է գալիս այն, որ մեծամոլության կամ ամենազորության փոխհատուցող ֆանտազիաները մեկնաբանվում են որպես պահպանված մանկական նարցիսիզմի հետևանք:

Այսպիսով՝ մենք բոլոր հիմքերն ունենք հոգեվերլուծական շրջանակն այնպես ձևավորելու, որ թերապևտիկ ռեգրեսիայի ժամանակ անզորություն – ամենազորություն բևեռացումը չտեղաշարժվի՝ ի նպաստ հակազդեցական ամենազորության ֆանտազիաների:

Ինչպե՞ս կարող է հիվանդը հասկանալ, որ իր վարքագիծը, օրինակ՝ իր լռությունը, մի հարց է ներկայացնում, և որ վերլուծողի մեկնաբանությունը պատշաճ պատասխան է այդ հարցին: Ֆլադերը և Գրոդիցկին (Flander, Grodzki, 1982) ցույց են տվել, որ հոգեվերլուծողը կարող է հիվանդի լռության մեջ պարունակվող ցանկությունը կամ շարժառիթը հայտնաբերել միայն առօրյա շփման վարքագծի կանոնների խախտման միջոցով: Շրյոտերը (Schröter, 1979) նույն կերպով մեկնաբանությունները նկարագրել է որպես առօրյա փոխներգործման ձևերի բացասում:

Մեկնաբանությունները վերլուծողի բացատրություններն են հիվանդի արտահայտությունների և գործողությունների վերաբերյալ, որոնց միջոցով նա փորձում է բացահայտել արտահայտությունների ու գործողությունների անգիտակցական իմաստը, այսինքն՝ մեկնաբանել անգիտակցական ֆանտազիաները, ցանկությունները, տագնապները: Դրանով հիվանդը ենթադրաբար բնորոշվում է որպես մի անձ, որը ոչ լիարժեք կերպով է գիտակցում, թե ինչ է խոսում՝ առնվազն իր արտահայտության մեկնաբանության տեսակետից ելնելով:

Ինչպես ինքը՝ Շրյոտերն է նկատում, քանի որ առօրյա շփման ձևերից շեղումը հիվանդը համարում է չափազանց օտար, «ոչ նորմալ» կամ նույնիսկ վտանգավոր, ապա անհրաժեշտ է ընդունել, որ այդ շեղումների չափաբաժինները վերլուծական գործընթացի համար հնարավոր

հետևանքների համաձայն պետք է որոշվեն: Այս հանձնարարականը մեր այն փորձի վրա է հիմնված, որ ոչ միայն նարցիսիստական խանգարումներով, այլ, առհասարակ, բոլոր հիվանդները շատ նրբագագ կերպով են արձագանքում առօրյա երկխոսության նորմերի խախտմանը, և դա հատկապես այդպես է, եթե նրանք (հիվանդները) գտնվում են այնպիսի իրավիճակում, որ օգնության կարիք են զգում: Շրյոտերը (Schröter, 1979, էջ 181) նկատում է, որ հիվանդները շատ հաճախ մեկնաբանություններն ընդունում են որպես քննադատություն, վիրավորանք կամ նվաստացում, և որ մենք, առանց ավելորդ խոսքերի, այդ զգացողությունները տարածում ենք նաև լռության վրա: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է գտնել երկխոսությունը վարելու օպտիմալ տարբերակ և աշխատել նվազագույնին հասցնել անբարենպաստ հետևանքները:

8.6 Արտաներկայացում

Հոգեվերլուծության մեջ գործողության հանդեպ մոտեցումը և սովորաբար բացասական գնահատումը խորհրդանշում են այն հանգամանքը, որ մեզ համար ավելի հեշտ է գործ ունենալ բառի հետ, քան արարքի: Չնայած որ հոգեվերլուծողները ջանք են գործադրում համապատասխան վերաբերմունք ցուցաբերելու արտաներկայացման նկատմամբ (*acting out*), օրինակ՝ զարգացման հոգեբանության և հոգեդինամիկ տեսանկյունից, այնուհանդերձ այդ եզրը մինչ այսօր էլ օգտագործվում է վերլուծողի համար անցանկալի և նույնիսկ նրան (վերլուծողին) սպառնացող վարքագծի կապակցությամբ: Հոգեվերլուծական շրջանակում հատուկ երևույթները այս հասկացությունը դարձրել են անհրաժեշտ և նրան բացասական երանգ են վերագրել:

Մենք պետք է պարզենք, թե ինչու է տեղի ունենում արտաներկայացումը և ինչու է այն բացասական համարվում: Այլ կերպ ասած՝ վարքագծի ո՞ր ձևերն են բացասաբար գնահատվում վերլուծողի կողմից, այսինքն՝ դիտվում որպես արտաներկայացում: Մենք ընտրել ենք այս ձևակերպումը, որպեսզի ցույց տանք, որ վերլուծողը (մի շարք այնպիսի գործոնների հետ մեկտեղ, որոնք ինքը որպես փաստ է ընդունում, այսինքն շրջանակի, վարքի, հիմնարար կանոնի հետ մեկտեղ) մեծ ազդեցություն է ունենում շրջանակի վրա՝ չնայած ակնհայտ է, որ միայն վերլուծվողը կարող է կասկածի տակ առնել կամ մերժել խաղի համաձայնեցված կանոնների մասին պայմանավորվածությունները և շեղվել երկխոսության և հարաբերության ցանկալի ձևավորումից, հատկապես բառերում ու վերհիշումներում:

Ֆրոյդը հայտնաբերեց այն երևույթը, որը նա «արտաներկայացում» անվանեց, Դորայի տրանսֆերի համատեքստում և սա նկարագրեց «Դրվագ հիստերիայի մի դեպքի վերլուծությունից» աշխատանքում (Freud, 1905): Սակայն միայն «Հիշողություն, կրկնություն և մշակում» աշխատությունից

հետո (Freud, 1914) արտաներկայացումը նշանակալի տեղ գտավ հոգեվերլուծական տեխնիկայում: Այս աշխատությունում արտաներկայացումը արտածվում է հոգեվերլուծական շրջանակից ու տրանսֆերից: Ֆրոյդը համեմատում է հոգեվերլուծական տեխնիկան հիպնոսի հետ և հիշատակում տարբեր բարդացումներ և այնուհետև այսպես է շարունակում:

Եթե մենք տարբերությունն ակնհայտ բացահայտելու համար սահմանափակվենք վերջին տարբերակով, ապա իրավունք ունենք ասելու, որ հիվանդն ընդհանրապես չի հիշում մոռացվածը և դուրս մղվածը, այլ գործում է: Նա սա չի վերարտադրում որպես հիշողություն, այլ վերաստեղծվում է որպես արարք և կրկնում է այն՝ անշուշտ, չիմանալով, որ կրկնում է (Freud, 1914, էջ 150):

Կանցերը (Kanzler, 1966, էջ 538) այդ կապակցությամբ խոսում է «տրանսֆերի շարժիչ ոլորտի մասին»:

«Արտաներկայացում» արտահայտությունն ունի երկու նշանակություն: Ինչպես մատնանշում են Լապլանշը և Պոնտալիսը (Laplace, Pontalis, 1973, էջ 4), Ֆրոյդը «չկարողացավ տարբերակել տրանսֆերում առկա մարմնավորման տարրերը շարժողական գործողությունների դիմելու ձգտումից»: Այս հասկացությունների զուգորդումը մի կողմից վերաբերում է հասկացության հայտնաբերմանը Դորայի դեպքում, մյուս կողմից՝ շարժմանը վերաբերող աֆեկտիվ և կոգնիտիվ գործընթացների մոդելին: Հոգեկան ապարատի կառուցվածքը սովորաբար թույլ է տալիս հոգեկան գործընթացին ընթանալ ընկալման ծայրից մինչև մոտորիկ ծայրը (Freud, 1900a, էջ 537):

Անդրադառնալով անգիտակցական ցանկության մղումներին՝ Ֆրոյդը նշում է. «Տրանսֆերի փաստը, ինչպես նաև պսիխոզները ցույց են տալիս, որ նրանք (անգիտակցական ցանկությունների մղումները) նախագիտակցական համակարգի միջոցով փորձում են թափանցել գիտակցություն և տիրապետել շարժառիթային ուժերին» (Freud, 1900, էջ 567): Հոգեվերլուծական շրջանակում այնպիսի աֆեկտիվ և ոչ խոսքային հաղորդակցության նկարագրությունը, ինչպեսին է «արտաներկայացումը», առաջացրել է մի խառնաշփոթություն, որը մատնանշել են բազմաթիվ հեղինակներ (Greenacre, 1950, Ekstein, Friedman, 1959, Rangel, 1968, Scheunert, 1973):

Թեև Ֆրոյդը նույնիսկ վերլուծողի վրա տրանսֆերը նկարագրում էր որպես արտաներկայացման մի ձև, նա չկարողացավ ո՛չ հստակ տարբերակել, ո՛չ էլ փոխկապակցություն ցույց տալ տրանսֆերում առկա կրկնության երևույթների և արտաներկայացման միջև:

Հետագա աշխատություններում Ֆրոյդը, այնուամենայնիվ, շեշտում է վերհիշումների և արտաներկայացման միջև կապը (1940, էջ 176): Հիվանդը «... մեզ հետ հաղորդակցվելու փոխարեն, կարծես թե արտաներկայացման միջոցով է արտահայտվում: Անշուշտ, «արտաներկայացումը» կարող է տեղի ունենալ նաև սովորական տրանսֆերից դուրս:

Մենք պետք է միշտ նկատի ունենանք, որ հիվանդը անձնատուր է լինում կրկնության սևեռում հարկադրանքին, որը փոխարինում է վերհիշելու մղումը ոչ միայն բժշկի հետ անձնական հարաբերությունում, այլ նաև

տվյալ պահին իր կյանքում տեղի ունեցող բոլոր մյուս գործողություններում և հարաբերություններում, օրինակ՝ երբ նա բուժման ընթացքում ընտրում է սիրո օբյեկտ կամ ինչ-որ խնդիր է լուծում կամ համաձայնում է մի բան ձեռնարկել (Freud, 1914d, էջ 151):

Այնուհանդերձ, արտաներկայացումը կապված է ոչ միայն հիշողության և կրկնության հետ, այլ ունի նաև նշանակություններ և գործառնություններ, որոնց բուժման տեխնիկայի տեսանկյունից դասակարգումն ու տարբերակումը բավարար չեն: Լապլանշը և Պոնտալիսը (Laplace, Pontalis, 1973, էջ 6) այդ պատճառով առաջարկում են վերանայել գործողություններին և հաղորդակցությանը վերաբերող տեսությունները, այդ թվում՝ աֆեկտիվ և իմպուլսիվ հոգեկան լարվածության նվազեցումը և վերահսկողությունը, կույր արտաներկայացումը և նպատակասլաց գործողությունները, որպես խաղ և բեմական ներկայացում ներկայացող մոտորային լիցքաթափումը և բարձր մակարդակով կազմակերպված գործողությունները, հարաբերության ձևավորումը, ստեղծագործական նվաճումները, լարվածության և կոնֆլիկտի այլ լուծումները՝ տարբերակված և բարդ շարժումների և գործողությունների հավաքածուների միջոցով, արտաներկայացման՝ որպես անհատի պաշտպանության և հարմարվելու հնարավորությունների արդյունքը:

Գոյություն ունեն մի շարք անգիտակցական պայմաններ, որոնց միջոցով արտաներկայացման միտումը կարող է ուժեղանալ: Նրանք ներառում են խորհրդանիշներ ձևավորելու վրա կործանարար ազդեցություն ունեցած վաղ շրջանի տրավմաներ, քանի որ հիշողությունը և վերհիշումները կապված են բառային խորհրդանշանների ձեռքբերման հետ, որոնք իրենց կողմից տանում են դեպի մի այնպիսի իրավիճակ, երբ հիշողության ապարատի պիտանի կառուցվածք է ձևավորվում (Blos, 1963): Իրականության զգացման խանգարումը, տեսողական զգայունացումը, «գործողության կախարդանքի» մակարդակում սևեռումները տարբեր տեսակի պայմաններ են, որոնց շնորհիվ կարող է ընդգծվել գործողության լեզուն՝ ի հակադրություն բառերի լեզվի: Միաժամանակ ֆանտազիաները և գործողությունները խնդրի լուծման և հաղորդակցման նախախոսքային հնարավոր տարբերակներն են:

Գործողությունները կարող են առաջացնել ինքնափոխության ավելի ուժեղ և անմիջական զգացում, քան բառերը. կա նաև արտաքին իրականության և արտաքին օբյեկտների վրա ներգործության ավելի մեծ ներուժ: Արտաներկայացումը կարող է լարվածություններ հաղթահարելու և իրականության զգացումը ստեղծելու կամ վերահաստատելու գործառնություններ ունենալ: Վերջիվերջո, արտաներկայացումն արտաքին աշխարհի շահագործման մի տարբերակ է՝ անխնա կերպով առավելագույն հաճույքի ձեռքբերման նպատակով (Blos, 1963):

Արտաներկայացումը կարող է ծառայել պասիվ ցանկությունների և դրանց հետ կապված տագնապների արտամղմանը, բայց նաև անգործության և տանջալից անօգնականության ապրումների արտամղմանը:

Արտաներկայացումը Բլոսը (Blos, 1963) նկարագրել է որպես դեռահասային շրջանում բաժանման խնդրի սովորական և պատշաճ լուծման տարբերակ: Կարևոր (ծնող) օբյեկտներից լիբիդոյի հեռացման պատճառով «էգո»-ի աղքատացումը փոխհատուցվում է արտաքին աշխարհով կամ նրա հետ շփվելու հնարավորության գերլիցքավորմամբ, կատեքսիտով, որը, բնականաբար, նոր ու կարևոր ապրումների աղբյուր է: Այս դեռահասային ապրումները, մեր կարծիքով, լույս են սփռում այն դերի վրա, որ արտաներկայացումը խաղում է սիրված մարդկանցից բաժանման ժամանակ, ինչպես նաև զարգացման ընթացքում անցյալից բաժանման նոր փուլերին անցնելու դեպքերում:

Արտաներկայացման նշանակությունների և գործառնությունների թվարկումը կարելի է անվերջ շարունակել: Այդ թվարկումը ցույց է տալիս հասկացության բազմիմաստությունը ու անորոշությունը և բուժման տեխնիկայի տեսանկյունից սահմանման դժվարությունները: Այդ պատճառով Բոեսկին (Boesky, 1982, էջ 52) առաջարկել է արտաներկայացման մասին խոսել միայն կրկնության և մշակման համատեքստում: Մենք նկատի ենք առնում այդ հասկացության մի քանի նշանակություններ, որովհետև արտաներկայացման տարբերակված ընկալումը հնարավոր է դարձնում այդ երևույթի տարբերակումը ինչպես վերլուծական շրջանակում, այդպես էլ այդ շրջանակից դուրս ինտեգրումը և վերլուծական աշխատանքի համար մատչելիությունը: Դրանով միաժամանակ սահմանափակվում է արտաներկայացման բացասական նշանակությունը վարքագծի այն տարբերակներով, որոնք կամ գերազանցապես դեստրուկտիվ հետևանքներ ունեն և ծառայում են ժխտմանը և խառնաշփոթությանը, կամ էլ համատեղ թերապևտիկ աշխատանքի համար լուրջ սպառնալիք են ստեղծում: Այն փաստը, որ այդ գործընթացը խանգարում է վերլուծողին և ավելորդ կերպով ծանրաբեռնում է նրա հանդուրժողականությունը, չպետք է բացասական գնահատման առիթ հանդիսանա: Այն հանագամանքը, թե նման արտաներկայացումը յուրաքանչյուր եզակի դեպքում սովորական կամ պատահական վարքի դրսևորում է, երկրորդական նշանակություն ունի:

Բուժման տեխնիկայի տեսանկյունից կարելի է ասել, որ մեկնաբանությունները, այլ ոչ թե գնահատականները և կանոնները պետք է տրանսֆերի համար արտաներկայացումը սահմանափակող միջոց հանդիսանան՝ պայմանով, որ պահպանվի բուժական գործընթացի արդյունավետ միջոցների հնարավորությունը:

Ֆրոյդը պնդել է, որ գործնականում «վերլուծական բուժման ընթացքում տեղի չի ունենում ոչ մի այլ բան, բացի հիվանդի և բժշկի միջև բառերի փոխանակումից» (Freud, 1916, 1917, էջ 17): Բայց հոգեվերլուծական բուժման հատկանիշն է: Բազմոցին պառկելու նպատակը Ֆրոյդի համար եղել է ապրումների ու վարքի էքսպրեսիվ-մոտորային ոլորտի մեկուսացումը. սահմանափակելով շարժումները՝ նա ուզում էր ընդհատել արտաքին լիցքաթափումը և ուժեղացնել ներքին ճնշումը՝ վերհիշումները

հեշտացնելու նպատակով: Աբստինենցիան և ֆրուստրացիան պետք է ուժեղացնեին ներքին ճնշումը՝ աշխուժացնելով վերհիշումները:

Քանի որ ռեգրեսիան նպաստում է ֆանտազիաների աշխուժացմանը, արդյունքում արտաներկայացման օգնությամբ կրկնության մի միտում է ի հայտ գալիս, որը հակասում է այն պահանջին, որ հիվանդը պետք է գործողությունները բառերով արտահայտի և կրկնի մտքում: Ինֆանտիլ զգացմունքները, կոնֆլիկտները և ֆանտազիաները կրկնվում են տրանսֆերում, սակայն ենթադրվում է, որ հիվանդի էգո-ն, այդուհանդերձ, պետք է գործի խոսքայնացման և ներդիտման համար հասունացած պայմաններում: Սրանք այն պայմաններն են, որոնցով սահմանվում և ապրում է վերլուծությունը: Աբստինենցիայի, ֆրուստրացիայի և գործողության տարածության փոքրացման արդյունքում լարվածության բարձրացումը նույնպես ռեգրեսիայի (լիցքաթափման, հարմարման, պաշտպանության) լրացուցիչ հնարավորություններ է ստեղծում: Քանի որ պառկած վիճակում բացակայում է նույնիսկ տեսողական կոնտակտը, խոսելը դառնում է հաղորդակցման առաջնային միջոց: Սակայն սա ազդեցիկ փոխարինում չէ ծնված կամ զսպված գործողության միտումների համար: Բլումը (Blum, 1976) մասնավորապես հիշատակում է նախախոսքային փորձառություններ, ինչպես նաև որոշ աֆեկտներ, զգացումներ և տրամադրության երանգներ, որոնք չեն կարող բառերի միջոցով արտահայտվել:

Կարելի է եզրակացնել, որ վերլուծությունը հնարավոր չէ առանց որոշակի արտաներկայացման: Անհնարին է, որ փորձառության (և ներոզի) բոլոր ասպեկտները բառերով արտահայտվեն: Բոեսկին (Boesky, 1982) արտաներկայացումը դիտում է որպես ներոզին բնորոշ տրանսֆերի իրացման ներուժ:

Արտաներկայացման նկատմամբ առկա թերահավատությունը միգուցե կապված էր Դորայի դեպքում արտաներկայացման հայտնաբերման և նկարագրության հետ, իսկ ավելի ստույգ՝ այն բանի հետ, որ այդ հիվանդը ընդհատել է բուժումը: Մենք կուզենայինք ուշադրություն դարձնել այս նկարագրության վրա, որպեսզի դրանով մեկնաբանենք այսօրվա տեսակետը: 1900թ.-ին Դորայի վերլուծությունը տևեց միայն 11 շաբաթ:

Սկզբում պարզ էր, որ երևակայություններում ես փոխարինում էի նրա հորը, ինչը, նկատի ունենալով մեր տարիքային տարբերությունը, այդքան էլ անհավանական չէր: Նա ինձ միշտ գիտակցաբար համեմատում էր իր հոր հետ, ձգտում էր հավաստիանալ, թե արդյոք ես միանգամայն անկեղծ եմ նրա հետ, քանի որ հայրը միշտ «գերադասում էր գաղտնիքներ և զարտուղի ճանապարհ»: Սակայն, երբ նա առաջին անգամ երազ տեսավ, որտեղ նա ինքն իրեն նախազգուշացնում էր, որ ավելի լավ կլիներ ինձ մոտ բուժումը դադարեցնել, ինչպես նա նախկինում պարոն Կ-ի տունն է լքել, ես ինքս պետք է որ այդ նախազգուշացմանը ականջ դնեի: Ես պետք է ասեի. «Այժմ Դուք պարոն Կ-ից փոխանցում եք կատարել ինձ վրա: Արդյոք Դուք նկատե՞լ եք, թե ինչն է Ձեզ դրդել կասկածելու, որ ես չար մտադրություններ ունեմ, որոնք նման են պարոն Կ-ի մտադրություններին

(ուղղակի կամ ձևափոխված կերպով): Կամ «Դուք ինչ-որ բան նկատել եք ինձ մոտ կամ իմ մասին տեղեկացել մի բան, որը ազդել է Ձեր երևակայության վրա, ինչպես մի ժամանակ պարոն Կ-ի հետ»: Այնուհետև նրա ուշադրությունը կսկեռվեր մեր հարաբերությունների որևէ մանրամասնության վրա, կամ իմ անձի, կամ այն հարաբերությունների վրա, որի հետևում թաքնված էր համանման մի բան, բայց անհամեմատ կարևոր, որը վերաբերում էր պարոն Կ-ին: Եվ այս տրանսֆերի կենսագործման միջոցով վերլուծությունը կկարողանար ներթափանցել նոր վերհիշումների մեջ, որոնք, հավանաբար, առնչվում էին իրականության հետ: Սակայն ես անուշադրության մատնեցի այս առաջին նախագոյացումը՝ կարծելով, որ առջևում բավականին ժամանակ կա, քանի որ տրանսֆերի մյուս փուլերը հանդես չէին եկել, և վերլուծության համար նյութը դեռևս չէր սպառվել: Այսպիսով՝ տրանսֆերն ինձ համար անակնկալ էր, և իմ բնութագրի անհայտ հատկանիշի պատճառով, որը Դորային հիշեցրեց պարոն Կ-ի մասին, նա վրեժ լուծեց ինձնից, ինչպես նա պարոն Կ-ից էր ուզում վրեժ լուծել և ինձ լքեց, քանզի կարծում էր, որ խաբված ու լքված է պարոն Կ-ի կողմից: Այդպես նա «խաղարկեց» (գործողության միջոցով արտահայտեց) իր հիշողությունների և ֆանտազիաների մի էական հատված՝ բուժման ընթացքում դրանք վերարտադրելու փոխարեն: Թե որն էր այդ անհայտ բնագիծը, ես, բնական է, չեմ կարող ասել: Ես ենթադրում եմ, որ սա վերաբերում էր փողին կամ էլ սա խանդ էր մեկ այլ հիվանդի նկատմամբ, որն իր բուժումից հետո իմ ընտանիքի հետ իր հարաբերությունները չէր խզել: Երբ տրանսֆերները ժամանակից շուտ են ներառվում վերլուծության մեջ, վերլուծության ընթացքը դանդաղում և դառնում է ոչ թափանցիկ, սակայն վերլուծության գոյությունը հանկարծակի ամենակուլ դիմադրության դեմ ավելի լավ է ապահովված (Feud, 1905, էջ 118-119):

Եթե այսօրվա գիտելիքի հիման վրա դիտարկում ենք Դորայի արտաներկայացման՝ Ֆրոյդի նկարագրությունը, ապա մենք, հավանաբար, պետք է խոստովանենք, որ անգիտակցական հիշողության հետքերի կարևորության գերագնահատումը՝ իրավիճակային գործոնի հետ համեմատությամբ Ֆրոյդին ստիպում էր համբերատար սպասել: Իրավիճակային գործոնը Դորայի դեպքում արագացրեց տրանսֆերը, որը բացասական հետևանքների հանգեցրեց: Տվյալ հանգամանքը Ֆրոյդը գիտակցեց վերլուծության ավարտից հետո. արդյոք Դորան *նրա* մոտ ինչ-որ բան էր նկատել, ինչը նրան թերահավատ էր դարձրել, ինչպես պարոն Կ-ի դեպքում, թե Դորան *նրա* (Ֆրոյդի) մոտ ինչ որ բան է նկատել, ինչը նրան հրապուրեց, ինչպես նախկինում պարոն Կ-ի դեպքում:

Դոյչի (F.Deutsch, 1957), Էրիկսոնի (Erikson, 1964) և Կանցերի (Kanner, 1966) այս դեպքի հետահայաց վերլուծության վրա հիմնվելով՝ կարելի է ենթադրել, որ Դորայի արտաներկայացման շարժառիթները բխում էին իրավիճակային գործոններից: Ֆրոյդը հետագայում շեշտում էր այդ հանգամանքը, որ նա 1905 թ. դեռևս եզրահանգումներ չէր արել տվյալ փաստից:

Ֆրոյդը փնտրում էր հիստերիայով տառապող այս աջկա սեռային ֆանտազիաները. նա հիվանդացել էր այն բանից հետո, երբ պարոն Կ-ն 2 անգամ փորձել էր գայթակղել նրան: Ֆրոյդը փորձում էր համոզվել

Դորայի ֆանտազիաների անգիտակցական «իսկության» մեջ: Դորայի հիշողությունները, թվում էր, հիմք էին ծառայում նման ենթադրությունների համար՝ նկատի ունենալով նրա հուզմունքը և բազմաձևավալ ու բազմաբնույթ զգացողությունները խստորեն մերժված գայթակղության փորձից հետո:

Սակայն Դորային անհանգստացնում էր մեկ այլ իսկություն. նա ուզում էր իր հոր և իր շրջապատի կեղծավորությունը բացահայտել: Նրա հայրն ուներ մի գաղտնի, բայց Դորային հայտնի հարաբերություն պարոն Կ-ի կնոջ հետ, և նա Ֆրոյդի գրասենյակում իր աղջկան գրանցելու ժամանակ շեշտեց, որ Դորան միայն երևակայում է պարոն Կ-ի հետ տեսարանները: Լիդցը և Ֆլեկը (Lidz, Fleck, 1985, էջ 444) Դորայի հիվանդության պատմությունը ընտանեկան դինամիկայի տեսանկյունից են մեկնաբանել: Լիդցը և Ֆլեկը մանրամասն ցույց են տալիս, որ հակառակ սեփական նպատակադրմանը՝ (1905, էջ 176) Ֆրոյդը զուտ մարդկային, սոցիալական և ընտանեկան հարաբերություններին պատշաճ ուշադրություն չի դարձրել: Լիդցը և Ֆլեկը բարձրացնում են մի շարք հարցեր, որոնք հանգում են նրան, որ Ֆրոյդը բավարար կերպով հաշվի չի առել խճճված ընտանեկան հարաբերությունների ազդեցությունը Դորայի ապրումների և հիվանդության վրա: Ֆրոյդը, օրինակ, վերլուծության չի ենթարկել այն փաստը, որ Դորայի հայրը շարունակ խախտում էր սերունդների միջև սահմանները՝ իր աղջկան սկզբում օգտագործելով որպես իր կնոջ փոխարինողի և, այնուհետև, որպես իր սիրուհու ամուսնուն՝ պարոն Կ-ին շեղելու միջոց: Լիդցը և Ֆլեկը սերունդների միջև սահմանագծի գաղափարի հետ կապված բարձացրել են ևս մի քանի հարց և հանգում են այն եզրակացության, որ Դորայի ծնողները, Կ. ամուսինների հետ մեկտեղ, անընդհատ խախտել են սահմանները:

Էրիկսոնը հետևյալ կերպ է ամփոփել այն խնդիրը, որը առաջացել է այն բանից, որ Դորան և Ֆրոյդը տարբեր իսկություններ էին փնտրում.

Եթե անգամ իսկության իր ձևին համապատասխանելու հիվանդի անկարողության մեջ Ֆրոյդն առաջին հերթին տեսավ արտամղված բնագղային ձգտումների ազդեցությունը, նա, այնուամենայնիվ, նկատեց նաև, որ Դորան նույնպես փնտրում էր իսկության մի ձև: Նա շփոթված էր այն փաստի առթիվ, որ մի ենթադրությունից անգամ, որ իրեն հիվանդագին վիճակին հասցրած հանգամանքները իր երևակայության արդյունքն են, հիվանդը գրեթե «կորցնում էր իրեն», և որ նա «մտավախությամբ ու համառորեն ձգտում էր հավաստիանալ, թե արդյոք ես անկեղծ եմ նրա հանդեպ»: Հիշենք, որ Դորայի հայրը Ֆրոյդին խնդրում էր, որ Ֆրոյդն իր աղջկան «խելքի բերի»: Ֆրոյդը պետք է նրա աղջկան համոզեր, որպեսզի նա «գլխից հանի» պարոն Կ-ի կողմից գայթակղության փորձը: Հայրը այս ցանկության համար բոլոր պատճառներն ուներ, քանի որ պարոն Կ-ի կինը նրա սիրուհին էր, և նա (Դորայի հայրը) կարծես պատրաստ էր անտեսնել պարոն Կ-ի անվայել արարքները, եթե նա (պարոն Կ-ն) իր հերթին Դորայի հորը մեղադրանքներ ներկայացնելուց զերծ մնա: Այդ իսկ պատճառով էլ Դորայի պնդումը, որ ստեղծված իրավիճակում, որպես էրոտիկ ապրանքափոխանակման առարկա՝ իր դերը տվյալ հիվանդագին վիճակի պատճառն է, բավականաչափ անտեղի էր թվում:

Անկասկած, Դորան սիրահարված էր պարոն Կ-ին, որին Ֆրոյդը միանգամայն աչքի ընկնող տղամարդ էր համարում: Բայց ուզում ենք հարցնել, թե մեզանից քանիսը կկարողանային առանց հակասության Ֆրոյդի այս պնդման հետ համաձայնել, որ մի առողջ, երիտասարդ, 14 տարեկան աղջիկ այսպիսի հանգամանքներում պարոն Կ-ի վարմունքը չհամարեր անսիրանկատ և վիրավորական: Դորայի ախտաբանական արտաներկայացման բնույթը և լրջությունը հիվանդության պատմությունը հիստերիայի դասական դեպքի են վերածել, սակայն նրա հիվանդության ծագումը և առողջանալու դրդվածության սակավությունը, ինչպես երևում է այսօրվա դիրքերից, պահանջում են այս դեպքին զարգացման տեսանկյունից մոտենալ:

Այսպիսով՝ Ֆրոյդի գեկուցումը ցույց է տալիս, որ Դորան մտահոգված էր պատմական իսկության պաշտոնական ճանաչմամբ, մինչդեռ նրա բժիշկը պնդում էր ախտանիշների հետևում քողարկված հոգեկան իսկության վրա, քանի որ, ըստ նրա, սիրո և մեկուսացման միջև առկա աղջկա սեփական կոնֆլիկտը կարող էր բացատրել աղջկա ախտանշանների էությունը: Միևնույն ժամանակ Դորան ուզում էր, որ իր բժիշկը թերապևտիկ փոխհարաբերություններում «ձմարիտ» լինի, այսինքն՝ վստահի իրեն՝ իր պայմաններից ելնելով, այլ ոչ թե ելնելով իր հոր կամ գայթակղողի կողմից առաջարկված պայմաններից: Թերևս նա որոշ չափով գնահատել է, որ հետազոտող լինելով՝ բժիշկը վստահում է իրեն. չէ՞ որ Դորան, այնուամենայնիվ, վերադարձավ: Սակայն ի՞նչն է պատճառը, որ Դորան, ծնողներին պատմական ճշմարտության մասին հարց առաջարկելով, Ֆրոյդին փաստի առաջ կանգնեցրեց (Erikson, 1962, էջ 455-456):

Ակնհայտ է, որ այստեղ Դորայի համար կարևոր է սեփական գնահատումը և դրա իրականացումը: Բլոսը (Blos, 1963) դեռահասների հետ իր աշխատանքային փորձի հիման վրա նկարագրեց, որ արտաներկայացումը կարևոր դեր է խաղում այն դեպքերում, երբ իրականությունն ինչ-որ տրավմատիկ կերպով թաքնված է երեխայից շրջապատի կողմից: Այս դեպքերում արտաներկայացումը ծառայում է իրականության զգացման վերականգնմանը: Բուժումն ընդհատելու դեպքում գործառույթն այլևս մշակման ենթակա չէ: Հետագայում Ֆրոյդի կողմից նկարագրված ընթացքը, այնուհանդերձ, ցույց է տալիս, որ Դորայի տագնապների լուրջ քննարկումը արտաներկայացման կամ բուժման ընդհատման ռիսկը կնվազեցնեք: Դորայի արտաներկայացումը պայմանավորված էր Ֆրոյդի սխալ դիրքորոշմամբ՝ նկատի ունենալով այն կետը, որտեղ նա սևեռել է իր ուշադրությունը: Այս յուրահատուկ թերապևտիկ շրջանակում, որին Ֆրոյդը ինքնաքննադատորեն է անդրադառնում, նրա սխալն անբավարար մեկնաբանական ակտիվությունն էր:

Ինչպիսի՞ եզրակացություն արեց *Ֆրոյդը* թերապևտիկ այն պահից, որ նախորդել էր Դորայի արտաներկայացմանը, այսինքն՝ չհայտարարված բացակայությամբ: Դորան նրան ունկնդրել էր ինչպես սովորաբար՝ առանց հակաճառելու, երբ Ֆրոյդը փորձել էր ավելի խորը մեկնաբանել պարոն Կ-ի կողմից կատարված գայթակղության փորձը և աղջկա գայրույթը, քանզի

Ֆրոյդի պատմությունը վերագրում են Դորայի երևակայությանը. «Ես այժմ գիտեմ այն մասին, ինչ դուք չեք ուզում, որ ձեզ հիշեցնեն, որ դուք երևակայում եք, թե իբր Կ-ի առաջարկությունը, իրոք, լուրջ էր, և պարոն Կ-ն ձեզնից չէր հրաժարվի, մինչև որ դուք նրա հետ չամուսնանայիք: Թվում էր, թե, Դորան «սրտանց հուզված էր. նա սիրալիր կերպով տարեմուտի կապակցությամբ ջերմ ցանկություններով հրաժեշտ տվեց և այլևս չվերադարձավ» (Freud, 1905a, էջ 108-109): Ֆրոյդը հայտնաբերեց Դորայի զայրույթի աղբյուրը. նա (Դորան) զգում էր, թե իր գաղտնի ցանկությունը բացահայտվում է ամեն անգամ, երբ Ֆրոյդը խոսում է իր երևակայության մասին:

1900-ին Դորան 18 տարեկան օրիորդ էր՝ դեռահասության անջատման փուլում: Նա զարգացման այն փուլում էր, որի մասին մենք այսօր կասեինք, որ արտաներկայացումը (ներառյալ բուժման ընդհատումները) անսովոր բան չէ, և ավելին, այն կատարում է զարգացման կարևոր գործառույթ, որը նման է փորձնական գործողություններին: Սակայն բուժման ընդհատումը հարկ է այլ կերպ գնահատել, քան արտաներկայացման այն ձևերը, որոնք չեն սպառնում թերապևտիկ համատեղ աշխատանքին և չեն ծառայում ժխտմանը:

Ընդ որում՝ բաց է մնում մի հարց, թե հնարավո՞ր է արդյոք, որ բուժման ընդհատումը որոշակի հանգամանքներում հանդիսանա արտաներկայացման մի տարբերակ, որը հիվանդի համար ներկայացնում է գործելու իրատեսական տարբերակը և ոչ թե միայն որևէ անգիտակցական կոնֆլիկտի արդիականացման արդյունքն է: «Դեմքի ներազդիայի» պատճառով, Դորան մեկ տարի անց ևս մեկ անգամ այցելեց Ֆրոյդին, սակայն բուժումը ավարտելու վերաբերյալ նրա որոշումը չփոխվեց: Այնուհանդերձ, այցելելով Ֆրոյդին՝ հիվանդն ընդհատումը վերածեց պաշտոնական ավարտի. նա «նորից եկավ ինձ մոտ, որպեսզի ավարտի իր պատմությունը» (Freud, 1905, էջ 120): Նա Ֆրոյդին և մեզ որոշ հետևությունների հանգելու համար բավականաչափ բան ասաց: 18-ամյա Դորայի որոշումը՝ բուժումը չշարունակել, սակայն պարզաբանել, թե նա ինչն էր իրական խնդիր համարում, իրեն կարևոր էր թվում:

Գործողությունն *անցանկալի արդյունավետացման* է վերածվում մեծամասամբ շնորհիվ իր *հեղևանքների*՝ անկախ նրանից, թե այդ *հեղևանքները* ենթադրվե՞լ են (անգիտակցաբար), թե՛ ոչ: Նման *հեղևանքների* պատճառով հիվանդներին սովորաբար խորհուրդ է տրվում հոգեվերլուծության ընթացքում կյանքի համար կարևոր վճիռներ չընդունել (Freud, 1914g): Նման խորհուրդը կարող է խելամիտ համարվել կարճատև (մի քանի ամիս տևողությամբ) վերլուծության դեպքում, հատկապես եթե հանձնարարականը խնդրանքի տարբերակով է ներկայացվում, որը հիվանդին հնարավորություն է տալիս մեկ անգամ ևս քննության ենթարկել իր անհատական իրավիճակը:

Այսօր նման միջամտությունը կասկածելի է թվում: Այնուհանդերձ, անհրաժեշտ է հետամուտ լինել նման ուղղակիորեն կամ անուղակի տրվող

առաջարկություններին (Freud, 1914): Արտաներկայացմանը հակազդելու համար ստեղծված կանոնները կարող են ճիշտ հակառակ ազդեցությունն ունենալ և հանգեցնել անգիտակցաբար վերահսկվող փոխարինման դրսևորումների հոգեվերլուծական շրջանակից ներս կամ դրանից դուրս, և դժվար կլինի հետամուտ լինել դրան: Այսպիսով, հոգեվերլուծական ակտիվությունն անխուսափելիորեն էլ ավելի կհեռացվի ենթադրյալ տրանսֆերի կոնֆլիկտից, և անկախ սադրիչ գործոնները, որոնք հանդես են գալիս որպես հոգեվերլուծական հարաբերությունների ընթացիկ փուլի արդյունք (ինչպես, օրինակ, Դորայի հիասթափությունը Ֆրոյդից), մեծ ուժ են ձեռք բերելու:

Իր տեսական հիմնական գաղափարի հիման վրա Ֆրոյդը ստիպված էր ենթադրել, որ արտաներկայացումը կրկնության հետ գտնվում է այնքան սերտ հարաբերության մեջ, որ նա, համապատասխանաբար, իր և Դորայի միջև հարաբերության մեջ անտեսեց հիասթափության և արտաներկայացման ծագման պատճառների վերաբերյալ ինքնաքննադատական դիտարկումը:

Այսօր մենք ավելի ուշադիր ենք այսպիսի զարգացումների նկատմամբ, բանի որ գիտենք, որ տեսական հիմնական գաղափարը (այն բանի վերաբերյալ, որ հուզականությունը և մոտորային գործողությունները նախորդում են մտաբերումներին) հակասում է բուժման տեխնիկայի մոդելին (մտաբերումն առավելություն ունի): Ավելին, վերլուծության տևողության երկարացումը կարող է նպաստել ռեգրեսիաներին, որոնք նախախոսքային և ոչ խոսքային շփման բնօրինակների հետ են կապված: Հոգեվերլուծական տեխնիկայի պատմության մեջ այս հակասություններն իրենց արտահայտությունն են գտել ապրումի և հիշողության թերապևտիկ գործառույթի մասին քննարկման մեջ՝ Ֆերենցիի և Ռանկի (Ferenci, Rank, 1924) կողմից գիրք գրելուց ի վեր, որը իր արձագանքն է գտել Բալինտի «նոր սկիզբ» հասկացության մեջ, ինչպես նաև այսօրվա մշակումներում (Thomä, 1983a, 1984):

Տրանսֆերում կրկնության և մեկնաբանության միջոցով դրա լուծման շեշտադրումը հանգեցրեց արտաներկայացման նորարարական ստեղծագործական կողմի անտեսմանը (մասնավորապես հոգեվերլուծական շրջանակում): Այս կարևոր բաղկացուցիչը Բալինտը ներկայացրեց նոր սկզբի համատեքստում: Պատմական տեսանկյունից դրանով նա վավերացրեց արտաներկայացման տարբերակներից մեկը (թեպետ այլ անվան տակ):

Չի բացառվում, որ նոր փոփոխվող կողմի անտեսումը կարող է հանգեցնել նրան, որ հիվանդները վերլուծությունից դուրս ակամա մղվեն արտաներկայացման: Անկասկած, ճշգրիտ է Ֆրոյդի նկարագրությունը.

Մենք չափազանց անցանկալի ենք համարում, որ հիվանդը, մտաբերելու փոխարեն, գործում է տրանսֆերից դուրս: Մեր նպատակների համար իդեալական վարվելակերպն այն կլինի, երբ նա բուժումից դուրս իրեն հնարավորին չափ նորմալ պահեր և իր ոչ նորմալ արտաներկայացումներն արտահայտեր միայն տրանսֆերում (Freud, 1940, էջ 177):

Բայց եթե «դեպի դուրս խաղարկումը» հոգեվերլուծական շրջանակում և առավելապես տրանսֆերի ժամանակ նախորդում է մտաբերումներին և ծագումնաբանական տեսանկյունից պատկանում է ավելի հին շերտերին, ապա մտաբերումը կարող է միայն որպես երկրորդ քայլ հետևել: Եթե այս քայլը վերլուծության մեջ սկզբում կատարենք, ապա արդյունքում կպակասի հուզական խորությունը: Որպես արդյունք՝ վերլուծության մեջ կգերազանցեն ռացիոնալ վերակառուցումները, իսկ հույզերի արտահայտումը կմնա վերլուծությունից դուրս:

Ցելինգսը (Zelings, 1957) հոգեվերլուծական շրջանակում՝ սեանսի ընթացքում արտաներկայացումը (այսինքն՝ հակազդում, սակայն հոգեվերլուծական շրջանակում) հասկանում է որպես ոչ խոսքային հաղորդակցմանը վերաբերող երևույթ: Եթե մենք սահմանափակվենք, օրինակ, հասկացության ու մեկնաբանությունների միջոցներով, ինչպես նաև համապատասխան տեխնիկայով և դիրքորոշմամբ, ապա «արտահայտվելը հոգեվերլուծական շրջանակում» կարող է ավելի մեծ հեշտությամբ ընդգրկվել մեկնաբանության մեջ և այնուհետև նպաստել ներհայեցմանը և փոփոխություններին, քան «հոգեվերլուծական շրջանակից դուրս «արտահայտվելը»: Այս իմաստով արտաներկայացումը մոտենում է փոփոխությանը, որին Բալինտը որպես նոր սկիզբ է նկարագրել: Եթե արտաներկայացման բացասական գնահատականը կապվում է կրկնության դասական հասկացության հետ, որը, ինչպես ենթադրվում է, պետք է հաղթահարվի հիշողության կամ ներհայեցման միջոցներով, ապա այժմ պարզ է դառնում, որ արտաներկայացումը բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է և նույնիսկ ցանկալի է, որպես հոգեվերլուծական շրջանակում կատարվող արտաներկայացում: Բուժման ընթացքում տեղի է ունենում շատ ավելին, քան պարզապես բառերի փոխանակումը. ոչ խոսքային հաղորդակցությունը շարունակվում է՝ չնայած կանոնների միջոցով գործողությունների սահմանափակմանը: Այսպիսով՝ վերլուծողին ոչինչ չի մնում, քան արտաներկայացումը որպես հաղորդակցման միջոց ձանաչելը (Balint, 1968, էջ 178): Հոգեվերլուծության մեկնաբանության մեթոդին հատուկ առավելությունները չեն վտանգվում, երբ երկխոսությունը այնպես է վարվում, որ վերլուծողը հնարավորություն է ստանում հայտնել իր կողմից վերլուծվողի արտաներկայացման իմացությունը: Իսկ տարբերակների լայն հնարավորությունները Այսլերին (Eissler, 1950) դրդել են պնդել, որ ընդունելի է ցանկացած տարբերակ, քանի որ այն ծառայում է կառուցվածքի փոփոխման նպատակին:

Վերլուծական շրջանակի ու երկխոսությունը կառուցելու ցանկացած տարբերակ՝ կոշտ թե ձկուն, անհրաժեշտ է ուսումնասիրել հետևանքների տեսանկյունից: Զրկումը «մաքուր» նեոդասական հայելու տեխնիկայի դեպքում ձեռք է բերում մի առանձնահատուկ ինտենսիվություն, և տեսության համաձայն, սրա դեպքում ի հայտ են գալիս ավելի արգասավոր վերհիշումներ: Սակայն հաճախ տեղի է ունենում ձիշտ հակառակը. հակաթերապիկ արտաներկայացումը տագնապալից աստիճանի է հասնում:

Հոգեշարժական և զգայական հաղորդակցության սահմանափակումը և խոսքային հաղորդակցման վրա սևեռումը մի գործընկերոջ հետ, որին չես տեսնում և որը թաքցնում է իր անհատականությունը, հակասում է մարդկային բնությանը: «Ես»-ի պատկերացումները հետադարձ կապի վրա են հենվում, որը դրական կամ բացասական է լինում և զգացմունքային տեսանկյունից մոդուլացված է: Բացի այդ, «Ես»-ի պատկերացումները սովորաբար բխում են բոլոր զգացմունքների և ենթագիտակցական ընկալումների ամբողջականությունից: Չի կարելի ժխտել, որ վերհիշումների գերազնահատումը և սրա հետ կապված մարմնական էգո-ի զգայությունների (որոնք կարող են նույնիսկ օթոցի վրա ի հայտ գալ, ինչպես, օրինակ, շարժվելու ցանկությունը) անտեսումը նպաստում է չարորակ արտաներկայացմանը: Վերլուծական շրջանակի ընթացքում կամ այդ շրջանակից դուրս արտաներկայացվող հիվանդն ամեն կերպ ձգտում է, որ իր անձանաչ և անանուն մնացած մարմնական ինքնազգայությունները հաշվի առնվեն: Այս ինքնազգայությունները, իմիջիայլոց, սկսում են արտահայտվել մարմնական ախտանիշների ձևով (Freud, 1895) և սերտորեն կապված են մտաբերումների հետ: Ըստ «մտաբերումների» և արտաներկայացման ամկա դասակարգումը տեսականորեն տարաբաժանել է սկզբնական կապը: Քանի որ արտաներկայացումը մարմնական ինքնազգայություններին է վերաբերում, ապա տրամաբանական կլիներ այս եզրն օգտագործել ոչ խոսքային և ոչ ռեֆլեքսավորված վարքի նկարագրության համար:

Արտաներկայացման հետ կապված բացասական զուգորդությունները բազմաթիվ են, և իրավիճակը դժվար թե կարելի է շտկել պարզապես մասնավորեցնող ածականի միջոցով. «բարորակ» արտաներկայացում: «Բարորակ» արտաներկայացումը բուժման տեսակետից ցանկալի է, սակայն քիչ հավանական է, որ վերլուծողների մեծամասնությունը «Ձեզ համար արտաներկայացումը ցանկալի՞ է» հարցին դրական պատասխան տա: Դրանից կարելի է ենթադրել, որ տվյալ հասկացության վերաբերյալ կարծիքը ամուր տեղ է գրավում և չի կարող փոփոխվել մի նախանշանի միջոցով: Մենք արդեն նշել և քննարկել ենք նման բացասական վերաբերմունքի, իսկ, ըստ ըության, արտաներկայացման նկատմամբ վերլուծողների վախի՝ մի քանի տեսական և բուժման տեխնիկայից բխող պատճառները: Մենք ենթադրել ենք, որ բացասական վերաբերմունքի կարևոր պատճառներից մեկն այն է, որ արտաներկայացումը, նման վիճակի համար բնորոշ անգիտակցական ու դժվար հետազոտվող շարժառիթներից բխող իմպուլսիվ և բարդ մարմնական ու ռեգրեսիվ հատկանիշներով, վերլուծողի անձին և մասնագիտական հմտություններին մեծ պահանջներ է ներկայացնում:

Այդ պատճառով վերլուծողի համար անչափ կարևոր է իրատեսություն գնահատել իր իրավասության սահմանները և բուժման շրջանակում պահպանել ինքնավստահության զգացումը: Բնորոշ կողմերից մեկն այն է, որ վերլուծողը պետք է բաց չթողնի ընդհանուր տեսադաշտը՝ այն, թե ինչ է

տեղի ունենում վերլուծությունում՝ այդ նպատակով որոշակիորեն սահմանափակելով փոփոխական մեծությունները ու արտահայտման հնարավորությունները: Սրանք են հիվանդի իրավունքներից բխող՝ բուժման համար անհրաժեշտ պայմանները:

Արդյոք վերլուծողը թույլատրո՞ւմ է արտաներկայացումը, ինչպե՞ս է նա սրա հետ աշխատում և ինչպե՞ս է նա նոր լուծումների հասնում. այս ամենը մեծ հաշվով կապված է ոչ միայն հոգեծին գործոններից, այլ նաև տվյալ հոգեվերլուծական շրջանակում հոգեվերլուծողի ձկունության հակվածությունից և ունակություններից: Այլ կերպ ասած՝ դա կապված է հոգեվերլուծողի կարողությունից՝ ըմբռնումով մոտենալ տվյալ իրավիճակում տեղի ունեցող երևույթներին՝ վարքի դերսևորումներին, գաղափարներին, զգայություններին, որոնք սովորաբար ավելի դժվար է նկարագրել որպես «այստեղ և հիմա» շրջանակում կատարվող երևույթներ, քան անցյալի կրկնություններ: Հետևելով ընթացիկ դինամիկային և սկստուալ զգացմունքներին ուշադրություն դարձնելու սկզբունքին՝ կարելի է ավելի լավ ճանաչել անցյալը և այդպիսով ներկան անցյալից ավելի անկախ դարձնել:

8.7 Մշակում

Մշակումը Ֆրոյդի կլինիկական աշխատանքում կարևոր դեր էր գրավում դեռևս իր «Հիստերիայի ուսումնասիրությունների» ժամանակ: Ախտանիշների թերապևտիկ մշակման հիմքն են կազմում դրանց գերսահմանումը և գիտակցության նեղացումը.

Միայն մեկ մասնակի հիշողություն կարող է ներթափանցել էգո-ի գիտակցությունը: Հիվանդը, որը զբաղված է նման հիշողության մշակումով, չի տեսնում ոչ մի բան, ինչը, հետևից մղելով, առաջ է անցնում, և մոռանում այն, ինչն արդեն իր համար ճանապարհ է բացել դեպի դուրս (Freud, 1895, էջ 291):

Այդպիսով՝ թերապևտիկ գործընթացը այն ժամանակ արդեն ընկալվեց պատճառական կապերով, երբ ախտածին հիշողությունները և նրանց պատկանող աֆեկտները գիտակցական էին դառնում և մշակվում էին, ապա դրանցից կախված ախտանիշները վերջնականապես պետք է վերանային: Թերապիայի ընթացքում ախտանշանների, ինչպես նաև իրենց վերջնական վերացման բազմազանությունը բացատրվեց, ախտածին հիշողությունները վերամշակվում էին, և այդ ընթացքում ի հայտ էր գալիս գուգորդման ընդդիմությունը: Հարցը դեռ լուծված չէ, եթե ևս ինչ-որ մանրուք մոտաբերվեց, և «ճնշված աֆեկտը» արտաներկայացման միջոցով թուլացավ, կամ, ինչպես այսօր կասեինք, անգիտակցական կապի մասին ներհայեցում ձեռք բերվեց:

Բազմաթիվ պատճառական կապերի շնորհիվ յուրաքանչյուր ախտածին միտք, որից հիվանդը դեռ չի ազատվել, գործում է որպես շարժառիթ բոլոր նկրտիկ արդյունքների համար, և միայն վերլուծության վերջին

բառով է անհետանում ամբողջական հիվանդության կլինիկական պատկերը ... (Freud, 1895, էջ 299):

Ախտածին պատկերացումները կրկին ու կրկին առաջ են բերում զուգորդման նոր դիմադրություններ, որոնց վերամշակումը քայլ առ քայլ, բառ առ բառ գնալով դեպի ախտածին էությունը՝ վերացնում է ախտանշանների ախտածին հիմքը և, վերջիվերջո, հանգեցնում է արտագործման: Այդպես էր Ֆրոյդը նկարագրել թերապևտիկ գործընթացը: Մշակումն այնուհետև ընդգծվեց «Հիշողություն, կրկնություն և մշակում» աշխատության վերնագրում (1914d), չնայած որ Ֆրոյդը բուժման տեխնիկայի այս խնդիրը տվյալ աշխատության միայն մեկ էջի ծավալով էր քննարկում: Այդ խնդիրը մինչ օրս դեռ վերջնականապես լուծված չէ (Sedler, 1983):

Այժմյան հակասությունները և մեր առաջարկները լուծումներ ձեռք բերելու համար պտտվում են այն հարցերի շուրջ, որոնք ավելի պարզ կդառնան, եթե մենք անդրադառնանք Ֆրոյդի՝ ուղեցույց հանդիսացող աշխատությունների ամենակարևոր հատվածներին: Պարզվեց, որ սխալ է ենթադրել, որ «դիմադրությանը անվանում տալը կհանգեցնի դրա անհապաղ վերացմանը»: Ֆրոյդը շարունակում է.

Մենք պետք է հիվանդին ժամանակ հատկացնենք, որպեսզի նա խորանա իրեն անծանոթ դիմադրության մեջ, այն մշակի, հաղթահարի՝ վերլուծական աշխատանքը շարունակելով հանդերձ, վերլուծական հիմնական կանոնի հիման վրա: Միայն երբ դիմադրությունը հասնի իր գագաթնակետին, այդ ժամանակ վերլուծողը կկարողանա հիվանդի հետ համատեղ աշխատանքում բացահայտել արտամղված բնագդային իմպուլսները, որոնք սնել են դիմադրությունը, և հենց այսպիսի ապրումների միջոցով հիվանդը համոզվում է, որ նրանք գոյություն ունեն և հզոր են (Freud, 1914, էջ 155):

Համատեղ աշխատանքը, այսպիսով, հասցնում են դիմադրության գագաթնակետին, և այնտեղ մշակումը դառնում է աշխատանքի այն հատվածը, որն ամենամեծ փոփոխական ազդեցությունն ունի հիվանդի վրա, և որով վերլուծական բուժումը տարբերակվում է յուրաքանչյուր ներշնչման ազդեցությունից (Freud, 1914d, էջ155-156):

Երբ մենք հայտնաբերեցինք, որ «դիմադրությանը անվանում տալը» բավական չէ, և փոփոխություններին հասնելու համար մանրակրկիտ մշակում է անհրաժեշտ, շատ բաներ, որոնք քննարկվում էին Ֆրոյդի և նրան հաջորդող բազմաթիվ վերլուծողների կողմից, մնացին չպարզաբանված: Մենք մեր առջև ունենք մի պարզ պատճառաբանական հաստատում. եթե դիմադրությունը իսկապես ուսումնասիրված է, ապա ախտանշանները պետք է որպես հասուն պտուղներ «իմացության ծառից» ընկնեն: Ոչ մի նոր ախտանիշ չպետք է նորից առաջանա, «ձյուղավորվի»: Սակայն մենք պետք է ավելի ձգգրտորեն իմանանք, թե որն է փոփոխության հանգեցնող փոփոխականը, որը առաջանում է մշակման արդյունքում: Եթե պատճառականորեն հիմնավորված թերապևտիկ նախաիմացությունը ձգգրիտ է, ապա կարելի է հետևյալ տեսական հարցերը պարզաբանել և ստուգել թերապիայի

ընթացքում: Ո՞ր փուլում է գտնվում «համատեղ աշխատանքը»: Միգուցե դիմադրության հաղթահարման գործընթացում վերլուծողի ներդրումը անչափ մեծ կամ, ընդհակառակը, անչափ փոքր է: Արդյոք մշակումը բացառապես հիվանդի գո՞րծն է: Ի՞նչ հարաբերության մեջ են գտնվում մշակումը, ապրումները, արտագործումը և ներհայեցումը: Որտե՞ղ է տեղի ունենում մշակումը. միայն թերապևտիկ շրջանակում, թե՞ նաև այդ շրջանակից դուրս: Շրջանակից նե՞րս, թե դու՞րս. արդյոք այս առաջադրումը մատնանշո՞ւմ է, որ մշակման ժամանակ խոսքը վերաբերում է ինքնիմացության և ինքնագիտակցման փոփոխությանը, որը տանում է դեպի պրակտիկ գործողություններ և վարքագծային փոփոխություններ:

Հարցերի այդ ոչ լրիվ ցանկը ակնհայտ է դարձնում, որ մենք հոգեվերլուծական թերապիայի գործնական և տեսական խնդիրների լիարժեք լուծման ճանապարհի կեսին ենք գտնվում, ինչը նշանակում է, որ պրակտիկան բարելավելու համար անհրաժեշտ է ջանք գործադրել՝ անհաջողությունները բացատրելու համար:

Մշակման ուսումնասիրության պատմությունը ցույց է տալիս, որ տեսության և պրակտիկայի առաջադիմությունը ոչ միշտ է համընթաց եղել: Սրա հետ են կապված մշակման, այսինքն՝ թերապևտիկ ձախողումների բացատրության Ֆրոյդի փորձերը: Մենք բացատրության զարտուղի ճանապարհներն ենք ընտրում, որովհետև նման մոտեցումը ներկայիս լուծումների առաջարկներն ավելի մատչելի է դարձնում:

Չնայած թերապևտիկ տեսանկյունից ազդեցիկ մշակումները սկզբնապես վերաբերում էին հիվանդի կյանքի պատմությունից առաջացած սևեռումների կրկնությանը և տրանսֆերում իրենց կրկնություններին (Freud, 1914), Ֆրոյդը 10 տարի հետո ձախողումը վերագրում էր անգիտակցականի դիմադրությանը (1926, էջ 159–160):

Մենք բաժին 4.4-ում արդեն քննարկել ենք այս դիմադրության ձևը և սևեռուն կրկնությունների Ֆրոյդի սպեկուլյատիվ բացատրությունները: Ընթերցողը կարող է այդ հատվածը կարդալով եզրակացնել, թե ինչու սևեռուն կրկնությունների մասին Ֆրոյդի բնափիլիսոփայական սպեկուլյացիաները խոչընդոտում են մշակման հոգեբանական խորության ընկալումը, ինչը համոզիչ կերպով մատնանշել է Կրեմերիուսը (Cremerius, 1978):

Բնագղների պահպանողական բնույթը՝ «կայունությունը» (Freud, 1916, 1917), «իներցիան» (1918) կամ լիբիդոյի «թուլությունը» (1940a) և դեպի վաղ վիճակը վերադառնալու հակումը՝ մահվան բնագղը, դժվարեցնում են բուժման գործընթացը կամ նույնիսկ խոչընդոտում են մշակումը որպես փոփոխության կարևոր նախադրյալ: Իսկապես այստեղ խոսքը վերաբերում է սահմանող գործոնների մասին մտածական շահարկումներին, որոնք հավանաբար առկա են այս կամ այն ձևով և հասանելի չեն հոգեվերլուծական մեթոդով ուսումնասիրության համար: Թերապևտիկ մշակման գոտու սահմանները պետք է ցույց տրվեն մեթոդի կիրառման ամենավաղ փուլում: Այդ պատճառով պետք է ընդգծենք, որ Ֆրոյդը ոչ մի անվանի կենսաբանի

կողմից (Angst, 1980) չընդունված մահվան բնագրի ուսմունքի պատճառով կրկնությունների հոգեբանական պայմանների պարզաբանումը և դրանց մշակումը ինչպես վերլուծական շրջանակում, այդպես էլ վերլուծական շրջանակից դուրս տրամաբանական եզրահանգման չի հասցրել: Սա ի՞նչ է նշանակում: Մեզ համար կարևոր է հետազոտել Ֆրոյդի աշխատություններում առկա մոտեցումները դեպի սևեռուն կրկնությունների բացատրությունը, ապա քննարկել հոգեվերլուծական շրջանակը, որպեսզի բնորոշենք՝ արդյոք այդ շրջանակի ստանդարտ ձևը մոբիլիզացնո՞ւմ է միջին հիվանդի փոփոխման ներուժը:

Կան սևեռուն կրկնությունների թերապևտիկ տեսանկյունից արդյունավետ այլընտրանքային բացատրություններ, ինչպես օրինակ՝ տրավմատիկ իրադարձությունների կրկնությունները երազներում: Ֆրոյդը դրանք դիտարկում էր որպես տրավմատիկ ներոգներ հոգեկան հավասարակշռությունը վերականգնելու էգո-ի կողմից ձեռնարկվող մի փորձ: Սկզբում Ֆրոյդը (1900, էջ 193) ենթադրել էր «տիրանալու դրդման» առկայությունը, որին հետագայում փորձեց անդրադառնալ Հենդրիկը (Hendrick, 1942, 1943): «Տիրանալու դրդման» նման օրինակներ կարող են ծառայել նոր հմտությունների ձեռքբերումը, հսկայական մանկական հետաքրքրությունը կամ շարժվելու ցանկությունը: Ֆրոյդը կրկնությունը դարձրել է մանկական խաղերի իր տեսության կորիզը, սակայն անտեսել է հաճույք պատճառող նոր գործողությունների և ընկալումների փորձը: Այդ անտեսումը հանգեցրեց հոգեվերլուծական տեսության և կիրառականության որոշակի միակողմանիության: Սևեռումների ու ռեգրեսիաների համար պայմանների, ինչպես նաև նրանց հետ կապված կրկնությունների համար պայմանների իմացությունը մետադադրամի մի կողմն է միայն: Ինչպե՞ս և ինչո՞ւ են մարդիկ անգիտակցաբար փնտրում և հաստատում «ընկալման նույնությունները», այսինքն՝ ինչո՞ւ և ինչպե՞ս է տեղի ունենում այն, որ մարդիկ անգիտակցաբար փնտրում են և հաստատում ընկալական ինքնություններ, այսինքն՝ չեն հրաժարվում իրենց սովորություններից ու ախտաբանական հակումներից. սա էր Ֆրոյդի՝ գիտական ուսումնասիրությունների գերադասելի առարկան: Մյուս կողմում հայտնվում է փոփոխության մասին հարցը: Հաճույքը ոչ միայն ձգտում է մնալ հավերժ և կրկնվող: Մենք ձգտում ենք մի նոր բան իմանալ ու հասկանալ, և ինչքան մեծ լինի ապահովությունը, որը ձևավորվել կամ նոր է ձևավորվում որպես հիմք ունենալով միջանձնայնորեն հաստատված «ընկալման նույնությունները», այնքան շատ կհամարձակվենք շարժվել դեպի անհայտը: Միայնակ հայտնագործողների և գյուտարարների տառապանքները և ուրախությունները մենք անտեսում ենք: Գուցե կարողանայինք կարճ ասել, որ այս անձինք ազատվել են և անկախ են դարձել միջանձնային հաստատումից: Նրանք ճգնաժամի իրենց երջանկությունը գտնում են այն պահին, երբ հայտնաբերվում է, որ իրենց ֆանտազիաներում, գիտական կառուցվածքներում և ընկալումներում առկա սպասումները համընկնում են նախկինում չձանաչված արտաքին աշխարհի կամ

մարդու էությանը վերաբերող իրականության հետ: Իրականության այդ ասպեկտը հաճախ հայտնագործողի անունով է անվանվում, որն այդ պահից ի վեր նույնացվում է իր կողմից արված այդ գյուտի հետ:

Քանի որ անծանոթ ոլորտում ձեռնարկումները կապված են տագնապների և անհանգստությունների հետ, ապա էական է, որ թերապևտիկ շրջանակում ստեղծվեն այնպիսի պայմաններ, որոնք նպաստավոր են փոփոխությունների համար (փոփոխությունների համատեքստը, ի տարբերություն առաջացման պայմանների, հայտնագործության համատեքստում): Որոշ տեսական մշակումներ միակողմանիորեն են ազդել հոգեվերլուծական տեխնիկայի վրա և սահմանափակել են նրա ընդգրկունությունը: Այսպիսով՝ մշակումը հաճախ անտեսվում էր մշակման ինտեգրացնող դերի և Ֆրոյդի սկզբնական պահանջին հակառակ. «Բուժումը բաղկացած է 2 բաժիններից. 1) բժշկի արած հետևություններից և ասածից, 2) լսածի վրա հիվանդի կատարած աշխատանքից (Freud, 1910, էջ 141): Միայն լսելը և արտահայտվելը բավական չէ, ավելի կարևոր է գործելը: Մշակումը տեղի է ունենում արտաքինի և ներքինի միջև հատման կետում և ունի միասնականացնող գործառույթ: Յուրաքանչյուր անտեսված տեսակետ կարող է դժվարացնել «պառակտված կապերի» միավորումը (Freud, 1937):

Այնտեղ, որտեղ Ֆրոյդը կարծում էր, որ ստիպված է ձախողումը վերագրել «Այն-ի դիմադրությանը, մենք այսօր կարող ենք օգտվել Ֆրոյդի՝ տիրանալու համար խաղի ընթացքում կրկնության մասին այլընտրանքային գաղափարի՝ Լյովինգերի (Loevinger, 1966), Ուայթի (White, 1959, 1963) և Կլայնի (Klein, 1976, էջ 259-260) կողմից նկարագրված հետագա տեսականի՝ հոգուտ պրակտիկայի զարգացումից: Ֆրոյդը այս այլընտրանքային գաղափարը ներկայացրել է հետևյալ կերպ.

Էգո-ն, որը տրավման պասիվ է ապրել, այժմ ակտիվորեն է կրկնում այն՝ թուլացված տարբերակով, այն հույսով, որ կկարողանա նրա ընթացքն ինքնուրույն վարել: Անկասկած է, որ երեխաները նմանատիպ ձևով են վարվում իրենց վշտացնող ցանկացած տպավորության հետ՝ վերարտադրելով այն խաղերի միջոցով: Երբ երեխան պասիվությունից անցնում է ակտիվությանը, ապա այդ եղանակով ձգտում է հոգեբանորեն տիրապետել իր սեփական ապրումներին (1926, էջ167):

Կլայնը Ֆրոյդի այդ այլընտրանքային գաղափարը հետևյալ կերպ է մեկնաբանել. անձի մոտ դեռևս ամկա է անգիտակցական մտադրությունը՝ ակտիվորեն վերափոխել պասիվ ապրած և Ես-ի համար օտար մնացած իրադարձությունը: Այսպիսի իրադարձությունները տրավմատիկ տագնապ են առաջացնում և հասցնում են արտամղման: Ինքնաբուժման փորձերը ձախողվում են արտամղման պատճառով, քանի որ անգիտակցական մտադրությունների հետևանքները չեն կարող ընկալվել հետադարձ կապերի միջոցով: Մենք պետք է ավելացնենք, որ մշակման գործընթացում հոգեվերլուծողի կողմից մեկնաբանության օժանդակությունը կայանում է նրանում, որ հիվանդը սովորում է ընկալել և վերահսկել իր վարքագծի և

վարվելակերպի հիմքում ընկած անգիտակցական մտադրությունները: Հետևելով Էրիկսոնին՝ Կլայնը տիրանալու այս դրդման համար չի տեսնում առանձնահատուկ գոհացման կարիք, այլ տեսնում է Ես-ի մի վերապրում, այսինքն՝ Ես-ն իրեն զգում է որպես գործողություն նախաձեռնող: Այսպիսով՝ Ես-ի սխեման տարբերակվում է Պիաժեի կողմից նկարագրված յուրացման, պատշաճեցման և ուսուցման այլ գործընթացների համաձայն ուրվագծված մոդելից:

Ամերիկյան հոգեվերլուծական ասոցիացիայի մշակման հանձնաժողովը 1964 թվականին նույնպես վկայակոչում է ուսուցման տեսության որոշ տեսակետներ (տե՛ս Schmale, 1966), որոնց կանոնադաշտնաճ 8.8 բաժնում:

Տեսության և պրակտիկայի ծավալուն գաղափարը բարձրացնում է այն հարցը, թե ինչպիսի հարաբերության մեջ են գտնվում դիմադրության վերլուծությունը և ներհայեցումը: Ֆենիխելը (Fenichel, 1941) և Գրինակրը (Greenacre, 1956) նկարագրել են մշակումը որպես ինտենսիվ և խտացված դիմադրության վերլուծություն: Գրինսոնը (1965) ուսումնասիրության սահմանման ժամանակ ներհայեցումը և փոփոխությունը դրեց մշակման իր սահմանման կենտրոնում:

Մենք վերլուծական աշխատանքը չենք դիտարկում որպես մշակում, մինչև հիվանդը ձեռք չբերի ներհայեցում. այն մշակում է դառնում միայն ներհայեցումը ձեռք բերելուց հետո: Մշակման նպատակը ներհայեցումն ավելի արդյունավետ դարձնելն է, ինչը նշանակում է հիվանդի մոտ առաջացնել զգալի և կայուն փոփոխություններ: Ներհայեցումը առաջնային խնդիր դարձնելով՝ մենք կարող ենք ուրվագծել դիմադրության տարբերակը, որը արգելակում է ներհայեցումը և դիմադրությունը, որը խոչընդոտում է դրա՝ փոփոխությունների վերածվելուն: Դիմադրության առաջին տեսակի հետ վերլուծական աշխատանքն իսկապես վերլուծական աշխատանք է: Նման աշխատանքը ոչ մի հատուկ նպատակ չունի: Այն դիմադրությունների վերլուծությունը, որոնք ներհայեցմանը արգելում են փոփոխություններ առաջացնել, մշակման գործն է: Ինչպես վերլուծողը, այնպես էլ հիվանդը իրենց ներդրումն ունեն այս գործընթացում:

Մշակման հասկացությունը լուծում է բուժման տեխնիկայի հետ կապված մի շարք դժվարություններ: Նա թույլ է տալիս գնահատել Քրիսի կողմից (Kris, 1956) նկարագրված շրջափուլային գործընթացների (ներհայեցում – թերապևտիկ օգուտ – Էգո-ի փոփոխություն – նոր ներհայեցում) արդյունավետությունը կամ արդյունավետության բացակայությունը, ինչով և բնորոշվում է այդ հասկացության էական կարևորությունը: Սակայն ոչ միշտ է, որ այդ շրջափուլում առաջընթաց է նկատվում: Ներհայեցումը կանոնավոր կերպով չի վերածվում փոփոխությունների: Ըստ Ֆրոյդի՝ «կարելի է պատկերացնել, որ ամենայն հավանականությամբ դժվարություններ կառաջանան, երբ մի բնագոյային գործընթաց, որը տասնամյակներ շարունակ ընթացել է մի որոշակի ճանապարհով, հանկարծակի պետք է գնա իր առջև բացված նոր ճանապարհով» (Freud, 1926, էջ 255): Հին ճանապարհները թողնելը և նոր ճանապարհներ գտնելը, այսինքն՝ բաժանվելը և

հրաժեշտ տալը մշակման այս կողմին հաղորդում է սգո գործընթացի հետ համեմատելիություն:

Ֆենիխելը (Fenichel, 1941), Լևինը (Lewin, 1950), Քրիսը (Kris, 1951, 1956) մատնանշել են սգալու և մշակման միջև առկա նմանությունները և տարբերությունները: Մենք կարծում ենք, որ 2 գործընթացների միջև տարբերությունները նույնիսկ ավելի մեծ են, քան Ստյուարտն է ենթադրել (Stewart, 1963): Այս հեղինակը մեր ուշադրությունը հրավիրում է այն հանգամանքի վրա, որ սգալու նպատակն այն է, որ մենք հարմարվենք որևէ սիրո օբյեկտի կորստի հետ, մինչդեռ մշակման դերը նախորդող գոհացման ձևերի ու նպատակների փոփոխությունը և նոր ձևերի որոնումն է: Իրական կորստի դեպքում անգամ ժամանակը, որպես այդպիսին, նպաստում է սպիացման գործընթացին, և սգո ժամանակահատվածում մահացածի հետ երկխոսությունը փոփոխվում է գիտակցական և անգիտակցական գործընթացների շնորհիվ:

Ներոտիկ գործընթացները մեկ այլ բնույթ են կրում: Նրանք հաճախ չեն ընդհատվում միայն ներհայեցման պատճառով, քանի որ անգիտակցական հոգեկան պայմաններից ելնելով՝ արտաքին աշխարհում անգիտակցական հիմնավորված դիրքորոշումների նորից ու նորից հիմնավորման որոնում է տեղի ունենում: Այդպիսով՝ չնայած սեանսի ընթացքում հիվանդի ներհայեցմանը՝ վերլուծությունից դուրս ավտանշանները կարող են կրկին ու կրկին կայունանալ (ամրապնդվել)՝ համաձայն հին մոդելների: Ուզում ենք շեշտել, որ համաձայն ենք Ռոսի (Ross, 1973, էջ 334) հետ, երբ նա պնդում է, որ մշակումը տեղի է ունենում ոչ միայն վերլուծական շրջանակում:

Բաժանումը, նույնիսկ պառակտումը ներհայեցման և գործողության (ներքին և արտաքին գործունեությունների) ավելի հեշտ տեղի կունենա, եթե վերլուծողը սահմանափակվի տրանսֆերի մեկնաբանություններով, կամ մշակումը գլխավորապես համարվի ավարտական փուլի մի մաս: Ուելդերը (Waelder, 1960, էջ 224) ընդգծում է, որ սուգը և մշակումը, ընդհանուր առմամբ, տևում են 1-2 տարի: Սակայն եթե յուրաքանչյուր աննշան քայլը դիտարկվի որպես բաժանում և կորուստ, ապա հիվանդը նույնպես մշակումը կհետաձգի մինչև վերլուծության ավարտը, երբ բաժանումը և ողբը հայտնվում են առջևի պլանում՝ նման իրադարձությունը որպես մշտական գոյություն ունեցող խնդիր դիտարկելու փոխարեն: Որպես ավարտական փուլում մշակման օրինակ՝ Ուելդերը (Waelder, 1960, էջ 216) հիշատակում է հիվանդի ինքնասերշնչումը. «Ես պետք է ինձ այլևս այսպես չպահեմ, և ինքս ինձ հետ խաղաղություն հաստատեմ»: Հաջող մշակման համար հեռանկարները այդքան էլ փայլուն չեն, եթե արդյունքում միայն տխրահոգակ բարի մտադրությունն է մնում:

Ուսումնասիրության նպատակը ներհայեցումն արդյունավետ դարձնելն է: Այդ պատճառով մեզ առանձնապես հետաքրքրում են այն դեպքերը, որոնց ժամանակ ներհայեցումը բարի մտադրություններից առաջ չի անցնում, այսինքն՝ երբ հիվանդը չի կարողանում ինքն իր հետ խաղաղություն

հաստատել: Ինչո՞ւ դիմադրության վերլուծության ժամանակ ձեռք բերված ներհայեցումը չի հասցնում հիվանդի որոնած և ձգտած փոփոխություններին: Այս հարցին շատ պատասխաններ կան, որոնք մեծամասամբ վերաբերում են նրան, որ ներհայեցումը բավականին խորը չէր կամ նրան պակասում էր համոզվածությունը, որովհետև այն ձեռք չի բերվել ինտենսիվ տրանսֆերենտ հարաբերությունների ընթացքում կատարվող մեկնաբանությունների շնորհիվ:

Բալինտն (Balint, 1968, էջ 8, 13) այն կարծիքին է, որ մշակումը կապված է դիմադրության մեկնաբանության հետ և հնարավոր է միայն այն հիվանդների մոտ, որոնք ենթարկվում են բառերի ուժի ազդեցությանը: Սակայն ամեն մարդ չէ, որ ընդունում է որպես հաստատուն փաստ խոսքային հաղորդակցման և ոչ խոսքային հարաբերությունների անդունդը: Բալինտն ինքն է այդ «անդունդի» հաղթահարման կոչ արել: Այսպիսով՝ պարզ է, որ դիմադրության մեկնաբանությունները պետք է հետազոտվեն իրենց հնարավոր բացասական հետևանքների տեսակետից: Այդ հետևանքները հավանաբար ծագում են անլուծելի հակասություններից՝ կապված նրա հետ, թե ինչպես է վերլուծողը ուրվագծում հիվանդի անգիտակցական ցանկությունների ու հնարավորությունների պատկերը՝ բացահայտ կերպով տալով իր մեկնաբանությունները և միաժամանակ ձգտելով պահպանել իր չեզոքությունը, ինչպես նաև հիվանդի՝ որոշումներ ընդունելու ազատության նկատմամբ հարգալից վերաբերմունքը: Վերլուծական նմանատիպ վարվելակերպը նպաստում է հիվանդի «ազատագրմանը» և դրանով նաև անուղղակիորեն սովորությունների կայունացմանը նպաստող հակազդեցությանը:

Մյուս կողմից՝ աճում է հիվանդի և վերլուծողի միջև անհավասարությունը՝ ի նպաստ վերջինիս, հատկապես այն ժամանակ, երբ գլխավորապես արվում են ծագումնաբանական մեկնաբանություններ: Ինչպես ցույց է տվել Բալինտը, նման դեպքերում վերլուծողը ընկալվում է հիվանդի կողմից որպես ամենագետ՝ հիվանդի անցյալի և դիմադրության առաջացման առումով: Վերլուծողը ենթադրում է, որ ոչինչ չպետք է անի (կամ իրավունք չունի անելու)՝ մեկնաբանելու դիմադրությունը անգիտակցական բնագույնին իմպուլսների և հիշողությունների համատեքստում: Ցուցաբերելով նմանատիպ վարվելակերպ՝ վերլուծողը հետևում է Ֆրոյդի ենթադրությանը, որ սինթեզը, այսինքն՝ հոգեկան տարրերի համադրության ստեղծումը, ինքն իրեն է տեղի ունենում վերլուծության ընթացքում (Freud, 1919, էջ 161):

Արդարև, մեկնաբանությունները կարող են անուղղակիորեն նպաստել սինթեզին, քանի որ նոր ուրվագծերը, այլ հանգամանքներից բացի, ձևակերպվում են նաև վերլուծողի ունենած նպատակաուղղված միտումների միջոցով: Այնուհանդերձ, ստեղծվում է մի մթնոլորտ, որը հիվանդի համար չի հեշտացնում դատարկության սարսափի հաղթահարումը. այն կարող է կապված լինել ինչ-որ նոր բանի հետ և նրա ներհայեցումը վերածել իրական փորձառության: Այդպիսով՝ անխուսափելիորեն բախվում ենք այն

հարցին, թե ինչքան «լավ» ներհայեցում և փորձնական գործողություններ են անհրաժեշտ, իրական կյանքում ախտանշանների ու վարքագծի փոփոխության հասնելու համար: Հիվանդը և վերլուծողը ռեգրեսիայում կարող են իրենց այնքան լավ զգալ, որ երկուսն էլ կաշխատեն հետաձգել իրենց ձեռքբերումները իրականությունով ստուգելը: Մրա համար միշտ գոյություն ունեն քիչ թե շատ հարմար հիմնավորումներ, օրինակ՝ հիվանդը կարծում է, թե դեռ չի կարող փոփոխել իրեն և իր շրջապատին տանջող վարքագծային դրսևորումները, իսկ վերլուծողն այս անկարողության համար անցյալում ավելի խորը հիմքեր է փնտրում:

Վերջիվերջո, հենց մշակման գործընթացի շնորհիվ է, որ հիվանդը հոգեկան ակտերն ավարտի է հասցնում և այդ ընթացքում դրական ապրումներ է ունենում: Նման դրական ապրումները քաջ հայտնի և հասկանալի են հոգեվերլուծության ոլորտում և այդ պատճառով ավելի քիչ են քննարկվում, քան բացասական ապրումները: Դրականն ինքնին չափազանց հասկանալի է: Նման անհավասարակշռությունը կարող է հենց մշակման այն վայրկյաններին աճել, երբ տեղի է ունենում փորձնական գործողությունների համար լավ ելակետի, այսինքն՝ հաստատման և ընդունման որոնումը: Այնուհետև, ներհայեցման և փորձի միջոցով ձեռք բերված դեռևս բավական դյուրաբեկ ինքնավստահությունը վերանում է: Սովորաբար դեպի ինքնավստահության ավելի մեծ աստիճանի տանող մշակման փոխարեն, որը կարող էր այնուհետ հեշտացնել հիվանդի մոտ հետագա խնդիրների լուծման մշակումը «Էգո-ի ծառայության ներքո գտնվող ռեգրեսիայի» դեպքում (Kris, 1936, էջ 290), այն կարող է ոչ մի թերապևտիկ ազդեցություն չունենալ և նույնիսկ տանել դեպի չարորակ ռեգրեսիա: Հոգեվերլուծական շրջանակի «կառուցվածքը» կարող է նմանօրինակ արդյունքների հանգեցնող էական գործոն լինել, և նման դեպքերում Կրեմերիուսը (Cremierius, 1978, էջ. 210) առաջարկել է փոխել իրերի դասավորությունը: Մինչ օրս պարզաբանում է պահանջում վերլուծողի ներդրած ավանդը չարորակ ռեգրեսիայի առաջացման գործընթացում: Սովորաբար ուշ չի լինում ամեն ինչ նորից սկսել՝ փոխելով տեխնիկան կամ շրջապատը: Քննադատական արտահայտությունները, որ իբր վերլուծողը հիվանդին մանիպուլյացիաների է ենթարկում, իրականությանը չեն համապատասխանում այն դեպքում, երբ նա անկեղծ է հիվանդի հետ, իսկ շրջանակի փոփոխությունը հիմնավորված է ու մեկնաբանված:

Մշակումն ունի որակական և քանակական կողմեր, որոնք դիտարկելի են նաև ուսման գործընթացների և մասնավորապես վերապատրաստումների ժամանակ: Շատ հիվանդներ իրենք իրենց և վերլուծողին հարցնում են, թե քանի՞ անգամ նրանք պետք է հանդուրժեն որոշակի իրավիճակներ, մինչև կարողանան նման իրավիճակներին այլ կերպ և ավելի լավ տիրապետել: Օրինակ՝ հարց է առաջանում. քանի՞ անգամ հիվանդը պետք է դրական ապրումներ ունենա հեղինակություն ունեցող անձի հետ շփվելիս, որպեսզի կարողանա իր սոցիալական տագնապը և ավելի հիմնավորված՝

սեռատման տագնապը հաղթահարել: Մշակումը, այսպիսով, տեղի է ունենում վերլուծական շրջանակի և՛ ներսում, և՛ այդ շրջանակից դուրս: Ուսուցման տեսության վերաբերյալ տեսակետները մենք կքննարկենք հաջորդ՝ 8.8 բաժնում:

Մենք կարծում ենք, որ մշակման հետ կապված խնդիրները հոգեվերլուծության մեջ վերջին տասնամյակներում այն պատճառով են անտեսվել, որ մշակումը տեղի է ունենում նաև վերլուծական շրջանակից դուրս, և վերաուսուցումը բացատրելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել ուսուցման տեսությունը: Մեր փորձը և կշռադատությունները թույլ են տալիս Գրինսոնի՝ մշակման սահմանումը՝ որպես դիմադրության վերլուծություն, որը խոչընդոտում է ներհայեցմանը ձևափոխումների վերածվել, համարել չափից դուրս նեղ և միակողմանի: Նույնիսկ վերլուծության ժամանակ ոչ այդքան լավ առաջադիմություն ունեցող հիվանդների մոտ ակնհայտ դիմադրության մշակման ժամանակ գլխավոր հարցը մնում է այն, թե ինչպես հասնել հաջողության վերլուծական շրջանակում և այդ շրջանակից դուրս:

Ինչպե՞ս կարող է վերլուծողը ապահովել հիվանդի երկչոտ փորձերի և փորձնական գործողությունների հաջողումը, և որ վերլուծության ժամանակ ստացած խրախուսանքից հետո հիվանդը շարունակի այդ ուղղությամբ ջանքեր գործադրել նաև վերլուծական շրջանակից դուրս: Հիվանդներն ավելի, քան առողջ անձինք, ձգտում են և կարիք ունեն հավաստիացումների և այլ միջանձնային ապրումների, որոնք ամրապնդում են իրենց էգո-ն: Ստանդարտ տեխնիկայում հիվանդները միայն քիչ աջակցություն են ստանում, որը հնարավորության դեպքում զրոյի է հավասարվում: Թվում է, թե հիվանդը կարող է ընդունել վերլուծողի մեկնաբանությունների միայն այն կողմերը, որոնք ինքն է անգիտակցաբար փնտրում կամ որոնք վերաբերում են նպատակին հասնելուն խանգարող ներքին ուժերին:

Անշուշտ, շատ մեկնաբանություններ անուղղակի խրախուսանք են պարունակում: Սակայն եթե վերլուծողը ենթադրում է, որ ինքը կարող է հիվանդին ոչ մի աջակցություն չցուցաբերել, ապա սրանով նա հիվանդին ծանր և նույնիսկ վտանգավոր դրության մեջ է գցում: Վերլուծողը չգիտակցելով, ըստ Բեյթսոնի և մյուսների (Bateson et al, 1963), կրկնակի կապեր է ստեղծում՝ տրամադրելով հակասական տեղեկություններ: Մի կողմից՝ անգիտակցական ցանկությունների մեկնաբանությունները նոր հնարավորություններ են ստեղծում, և հիվանդը համաձայնում է իրեն վերլուծողի հետ: Մյուս կողմից՝ եթե վերլուծողը, հիվանդի վրա ազդելուց խուսափելով, զուսպ է արտահայտում իր հավանությունը, ապա հիվանդի կողմից նոր ձեռք բերված ապահովությունը կարող է նորից կորչել: Անորոշ հակասական մեկնաբանությունները շփոթեցնում են հիվանդին և խոչընդոտում են տրանսֆերենտ հարաբերությունների մշակումը: Մշակումը բացառություն չի կազմում. ինչպես տրանսֆերի ներդրումների դեպքում, այդպես էլ այստեղ տեսակետները խիստ տարբերվում են դպրոցից դպրոց, և ինչպես կոնկրետ տրանսֆերենտ շրջանակներում, այդպես էլ այստեղ վերլուծողի ներդրումը

միանգամայն մեծ է նույնիսկ շատ յուրահատուկ հիվանդությունների դեպքում: Կոհուի վաստակն այն է (Kohut, 1971, էջ 86, 168), որ նա մատնանշել է, թե ինչքան էական է հաստատումը տրանսֆերի ձևավորման և մշակման ժամանակ: Ինչպես ցույց են տվել Վալերշթայնը (Wallerstein, 1983) և Տրեուրնիեն (Treurniet, 1983), Կոհուի՝ տեխնիկայի վերաբերյալ առաջարկությունները կապված չեն նարցիսիզմի վերաբերյալ նրա տեսակետների հետ, ինչպես նաև կապված չեն իր Ես-ի հոգեբանության հետ: Բոլոր հիվանդները ունեն նարցիսիստական հատկություններ, քանի որ իրենց Ես-ի զգացումը կախված է հաստատումից, սակայն նույնը ճշմարիտ է ցանկացած այլ անձի համար: Ցանկացած մշակման ընթացքում անխուսափելիորեն առաջացող անորոշությունները, որոնք վերակառուցման նպատակ են հետապնդում, հիվանդի համար ավելի հանդուրժելի են, եթե անգիտակցական ցանկությունների և նպատակների վերաբերյալ իր հետաքրքրությունն ամրապնդված է աջակցության վերաբերմունքով:

8.8 Ուսուցում և կառուցում

Ուսուցման Պավլովի մոդելի վրա հիմնված բացատրությունների սահմանափակ արժեքը պարզ դարձավ 30-ական թվականներին (երբ այդ մոդելը առավել տարածված էր) այն բանից հետո, երբ մարդու ուսուցման բարդ գործընթացի ըմբռնումը լավացնելու նպատակով փորձարարական հետազոտությունների արդյունքները փորձեցին կիրառել հոգեբանության ոլորտում: Հետագա իմացական ուսուցման մոդելները, որոնք, օրինակ, նկատի են առնում հասկացական փոփոխությունները և ներքին իմացական վերակառուցումները, հոգեթերապիայում տեղի ունեցածը հասկանալու համար ավելի առատաձեռն ու հետաքրքիր են: Ուսուցման համապատասխան մոդելների կիրառումը հատկապես արդյունավետ է թվում այնտեղ, որտեղ հոգեվերլուծական միտքը հակասական ու թերի է, ինչպես, օրինակ, մշակման դեպքում: Այդ իմաստով կուզենայինք անդրադառնալ Ֆրենչին, որը դեռևս 1936 թվականին հույս է հայտնել, որ.

Շարունակ մտքում պահելով վերլուծական թերապիայի հիմքում ընկած ուսուցման գործընթացը՝ մենք կկարողանայինք որոշակի չափով բարելավել մեր տեսանկյունը և համաչափության ու հարաբերական կարևորության զգացողությունը անգիտակցական ներքին մղումների և հիշողությունների վերաբերյալ, որոնք հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում դեպի մակերես են ձգտում (French, 1936, էջ 149):

Այս հատվածում ուզում ենք մեր ուշադրությունն ուղղել այն գործոններից մի քանիսին, որոնք ախտանշանները պահպանում են կամ, հակառակը, հասցնում են թերապևտիկ փոփոխությունների:

Այս գործոններից առաջինները հատուկ դեր են խաղում հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում, հատկապես, երբ խոսքը վերաբերում է թերապևտիկ փոփոխությունների ու վերաուսուցման (որը շատ է մոտենում

մշակմանը) միջոցով դրանց չեզոքացման մեր ձգտումներին: Այս համատեքստում մենք չենք անդրադառնա այն գործընթացներին և գործոններին, որոնք հասցրել են ախտանշանների և ներոզների առաջացմանը: Այդ կերպ վարվելով՝ մենք լիովին գիտակցում ենք, որ որոշ չափով արհեստական տարբերակում ենք մտցնում ախտանշանների ծագման և պահպանման միջև: Հետագայում մենք կանդրադառնանք այն հանգամանքին, թե ինչպես կարելի է բացահայտել՝ արդյոք փոխվել է վարք (գործողություն, գաղափարներ, հույզեր) դրսևորելու հավանականությունը բարդ շրջանակում:

Եթե որևէ մեկը որոշակի իրավիճակում բազմիցս մի բան է անում կամ չի անում, մինչդեռ նա այդպես չի վարվել նախկինում նման հանգամանքների բերումով կամ եթե նրա գործողությունները նախկինից ավելի արագ ու հստակ են դարձել, ապա մենք խոսում ենք ուսուցման գործընթացի մասին: Վերջինս սխալ է, եթե մենք լավ պատճառ ունենք ենթադրելու, որ վարքի փոփոխությունները պայմանավորված են այլ գործոններով (օրինակ՝ ինտոքսիկացիայով, ուղեղի վնասվածքներով կամ պարզապես նորմալ հասունացման գործընթացով (Foppa, 1968, էջ 13):

Ինչպես հայտնի է, գոյություն ունի ուսուցման 3 հարացույց.

1. դասական պայմանավորվածությունը (ազդանշանային ուսուցումն՝ ի պատասխան որոշակի ազդանշանի), որը մասնավորապես կապված է Պավլովի, իսկ հոգեբուժությունում՝ Այզենկի և Վոլպերի անունների հետ,
2. օպերանտային կամ գործիքային պայմանավորմամբ ուսուցում (ուսուցում ունեցած հաջողությունների հիման վրա), որը կապված է Թորնդայկի և Սկինների աշխատության հետ,
3. սոցիալական ուսուցում (ուսուցում մոդելների կամ նույնացումների միջոցով), որը մասնավորապես մշակվել է Բանդուրայի կողմից:

Լաբորատոր պայմաններում գիտափորձի ժամանակ հնարավորություն կա ուսուցման այս մոդելները իրարից տարբերակել և, փոփոխելով պայմանները, առանձին-առանձին ուսումնասիրել: Սակայն իրական կյանքում, որը հատկանշվում է ներքին և արտաքին պայմանների անհավասար մեծ բազմազանությամբ և բարդությամբ, ուսման գործընթացները պայմանավորված են լինում նկարագրված բոլոր հարացույցներով, որոնք ի հայտ են գալիս տարբեր հարաբերությամբ:

Թվում է, թե հոգեվերլուծական բուժման ընթացքը նկարագրելու տեսակետից ուսուցման ամենահամոզիչ նմուշը նախևառաջ հարացուցային ուսուցումն է՝ հատկապես վերլուծողի մոդելի միջոցով: Սա վերաբերում է հիվանդի կողմից վերլուծողի էգո-գործառույթները ընդունելուն, այն եղանակն ընդունելուն, որը վերլուծողը կիրառում է կապերի, մեկնաբանությունների ընդհանուր կողմերի ու տարբերությունների նույնացման ժամանակ, այն ռազմավարություններն ընդունելուն, որոնք վերլուծողը կիրառում է կոնֆլիկտների լուծման աֆեկտիվ և կոգնիտիվ տարբերակների դեպքում, ընդունելուն այն, թե ինչպես է վերլուծողը ձևակերպում հարցերը և ինչպես է կարողանում զսպել հույզերը և տիրանալ թերապևտիկ հարաբե-

րություններին: Սոցիալական ուսուցման տեսությունը ձևակերպում է մի շարք պայմաններ, որոնք կարող են ազդել սոցիալական ուսուցման արդյունքների վրա: Որպես օրինակ կարող են ծառայել «տիպարի» (հոգեվերլուծողի) և «դիտողի» (հիվանդի) միջև նմանությունը՝ այնպիսի անձնական հատկանիշների տեսակետից, ինչպիսիք են սոցիալական դիրքը, տարիքը, սեռը, հոգեբանական անհատականության կառուցվածքը, ինչպես նաև «տիպարի» և «դիտողի» միջև հարաբերության բնույթը, օրինակ՝ արդյոք «դիտողը» ցանկանո՞ւմ է արժանանալ «տիպարի» կապվածությանը, արդյոք նա վախենո՞ւմ է կորցնել այդ կապվածությունը, թե՞ աշխատում է խուսափել «տիպարի» կողմից պատժվելուց:

Փոխներգործության այսպիսի պայմանները կարող են զգալի կերպով սահմանել տրանսֆերի ներդրի ծավալումը: Այստեղ խոսքը հոգեվերլուծողի վարքի կամ մտածելակերպի պարզ ընդօրինակման մասին չէ, չնայած որ դա նույնպես կարող է տեղի ունենալ: Սոցիալական ուսուցման տեսության համաձայն ավելի կարևոր է այն, որ մենք պետք է երկարատև ու ներքնայնացված արդյունքներ ակնկալենք, այսինքն՝ այնպիսի արդյունքներ, որոնք ամբողջանում են «դիտողի» վարքագծի և ապրումների ողջ ռեպերտուարի մեջ: Վերոնշվածը առավել ճշմարիտ է այն դեպքերում, երբ վերլուծողը իր գործառնությունները կատարում է կոգնիտիվ ոճով՝ խորհրդանիշներ օգտագործելով: Այստեղից երևում է, որ տիպարների օգտագործման միջոցով ուսուցումը վարքագծի արտաքին ձևերի նմանակումից ավելի առաջ է անցնում, և ուսուցման այս հարացույցը նմանվում է նույնացման գործընթացներին, որոնք հացկացականացված են հոգեվերլուծության մեջ: Բացի այդ՝ էմպիրիկ հետազոտությունները վկայում են, որ տիպարի հիման վրա ուսուցումը կարելի է զգալի կերպով արագացնել խոսքային խորհրդանիշների օգնությամբ:

Ուսուցման մյուս երկու հարացույցներն ավելի քիչ անմիջական հարաբերություն ունեն հոգեվերլուծական թերապիայում տեղի ունեցող իրադարձության հետ: Մի քանի հոգեվերլուծողներ 1930-ական թվականների սկզբում (օրինակ, French, 1933, Kubie, 1935) կիրառել են դասական պայմանավորվածության հարացույցը հոգեվերլուծական բուժման տեխնիկայի առումով և փորձել են այս հարացույցի միջոցով հիմնավորել տեխնիկան: Շիլդերը (Schilder, 1935) կտրուկ մերժեց այս ձեռնարկումները՝ հայտնելով այն տեսակետը, որ պավլովյան ուսուցման տեսությունը հնարավոր չէ կիրառել ավելի բարդ մարդկային ուսուցման ոլորտում և հետևաբար այն չի կարող կիրառվել նաև հոգեվերլուծական մտածողությունը և վարքագիծը բացատրելու համար: Դրա փոխարեն Շիլդերը փորձեց նկարագրել պայմանական ռեֆլեքսները հոգեվերլուծական իմաստով, որը նույնքան թույլ արդյունավետություն ունեցող մոտեցում էր (տե՛ս Շտրաուսի հիմնարար աշխատությունը 1935-ին):

Հայզլը և Տրիբելը (Heigl, Triebel, 1977) ուսուցման տարբեր սկզբունքներն ամփոփեցին հոգեվերլուծական թերապիայում դրանց կիրառելիության

տեսակետից: Այս հեղինակներն ընդլայնեցին սովորական հոգեվերլուծական բուժման տեխնոլոգիան՝ ընդգրկելով «տրանսֆերենտ փոխհարաբերություններում նույնիսկ նվազագույն հաջողությունների հաստատման» այն տարբերակները, որոնք հիմնավորված են ուսուցման տեսության մեջ, իսկ շտկող հուզական ապրումներին հատուկ ուշադրություն էին դարձնում: Սակայն մենք կասկածներ ունենք. արդյոք այսքան ընդգրկուն հասկացությունները և այդ հասկացություններից դուրս բերված հրահանգները ունա՞կ են էապես ընդլայնել ու խորացնել հոգեվերլուծական թերապիայի և նրա ընթացքի վրա վերլուծողի ազդեցության վերաբերյալ մեր ընկալումը: Ուոտչելը (Watchel, 1977) այս հարցի հիմնովին և լայնածավալ ամփոփում է տալիս:

Կցանկանայինք Ձեր ուշադրությունը հրավիրել ուսուցման տեսության 2 հատուկ գաղափարի վրա, որոնք կենտրոնական նշանակություն ունեն ուսուցման նշված 3 հարացույցներից յուրաքանչյուրի համար և թվում է, թե օգտակար են հոգեվերլուծական թերապիայում տեղի ունեցող ուսուցման գործընթացները հասկանալու համար. դրանք ընդհանրացման և տարրորոշման գաղափարներն են:

Համաձայն ընդունված ուսուցման տեսությունների՝ մենք հասկանում ենք, որ ընդհանրացումը վերաբերում է միանման հանգամանքներում ընդհանրացված կամ նույն կերպով հակազդելու միտմանը, իսկ տարրորոշման տակ հասկացվում է նույն հանգամանքներում տարբերությունները նկատելու և համապատասխանաբար տարբեր, այսինքն՝ տարբերակված կերպով հակազդելու միտումը: Հիշատակված ուսուցման տիպարների շրջանակում ուզում ենք փորձել այս լրացուցիչ զույգ հասկացողությունները օգտագործել տրանսֆերի երևույթի տիպային նկարագրության համար:

Շատ պարզ ամփոփված ձևով տրանսֆերը հոգեվերլուծական թերապիայում բնորոշվում է նրանով, որ հիվանդը վերլուծողի (մի կողմ թողած թերապևտիկ շրջանակից դուրս բազմակի այլ հարաբերությունները) հետ իր հարաբերությունները (այնուամենայնիվ, այդ հարաբերությունների առավել կոնֆլիկտային կողմերը) ձևավորելիս ու ընկալելիս հատկապես կողմնորոշված է վաղ մանկության հասակում ձևավորված մոր և հոր, քույրերի ու եղբայրների հետ հարաբերությունների մոդելների վրա (տե՛ս գլուխ 2): Վերլուծական շրջանակի արտաքին հատկանիշները և վերլուծողի վարքագիծը պետք է նպաստեն տրանսֆերի առաջացմանը: Հոգեվերլուծական թերապիայի էական բաղկացուցիչ մասը՝ տրանսֆերի վերլուծությունը, կարող է միայն այն ժամանակ սկսվել, երբ տրանսֆերը բավականաչափ ուժգնանա և տարբերակված ձևով զարգանա: Տրանսֆերի վերլուծության ընթացքում տրանսֆերենտ հարաբերությունների և թերապիայից դուրս յուրահատուկ հարաբերությունների ընդհանրությունները և նմանությունները շարունակ մեկնարկվում են և առանձնապես ընդգծվում վերլուծողի կողմից: Երբ տրանսֆերը լիովին ընդարձակված է, ապա թերապևտիկ հարաբերության, իր ծագումնաբանական նախորդների և թերապիայից դուրս

հարաբերությունների միջև տարբերություններն առավելապես պարզ են դառնում: Ամենատարբեր ձևերով վերլուծողը հնարավորություն է տալիս հիվանդին (այնուամենայնիվ, անուղղակիորեն և, որքան էլ դա զարմանալի չթվա, հաճախ ոչ միտումնավոր կերպով, սակայն անխուսափելիորեն) թերապևտիկ շրջանակում հարաբերությունների այլընտրանքային, մասնավորապես առավել ձկուն տարբերակներ փորձարկել: Վերջիվերջո, հիվանդը չի կարող խուսափել թերապիայից դուրս իր հարաբերությունները ավելի ձկուն կերպով ձևավորելու ունակությունները կիրառելուց (որոնք նա ձեռք է բերել և նույնիսկ փորձարկել է թերապիայի ընթացքում)՝ հարմարվելով փոփոխվող հանգամանքներին:

Այս համառոտ նկարագրությունը բացահայտում է ուսուցմանը վերաբերող որոշ գիտափորձերի ընթացքի հետ նմանությունը: Նոր ուսուցանող փորձը ներդրվում է ընդհանրացման գործընթացների միջոցով. նմանություններ են որոնվում ազդակների մեջ: Եթե այս կերպ կայուն պատասխանների նմուշ է ձևավորվել, ապա գիտափորձ կատարողը կարող է փորձել պայմանների, մասնավորապես՝ ամրապնդման ձևերի, փոփոխության միջոցով տարբերակման գործընթացներին նպաստել, որի շնորհիվ օրգանիզմը սովորում է տարբեր կերպով արձագանքել ազդակների տարբեր փոխդասավորություններին: Սակայն չի բացառվում, որ նախքան այդ կերպ ձեռք բերված արձագանքման մոդելների ընդհանրացումը, փորձարարական շրջանակից դուրս կիրառման համար հիվանդին նոր (ոչ փորձարարական) պայմաններում ուսուցման լրացուցիչ փորձ կպահանջվի:

Այսպիսով՝ հոգեվերլուծական գործընթացի և որոշ ուսուցման գիտափորձերի միջև մի շարք ընդհանրություններ են հայտնաբերվում: Ֆրենչը (French, 1937, էջ 191) նույնիսկ խոսում է «տրանսֆերի փորձարարական բնույթի» մասին և շեշտում է «տրանսֆերի ժամանակ իրականության ստուգման կարևորությունը»:

Ինչքան էլ որ սևեռուն կրկնությունների արտահայտությունները ապշեցուցիչ են, տրանսֆերն, այնուհանդերձ, ոչ միայն վաղ իրադարձությունների սևեռուն կրկնությունն է, այլև ինֆանտիլ մոդելները ուղղելու փորձ:

Բացի այսպիսի գլոբալ ձևակերպումներից ուսուցման մոդելների շրջանակում անշուշտ հնարավոր չէ ձեռք բերել հիշարժան գիտելիքների աճ՝ հիմք ընդունելով համանմանությունները: Պարզվում է, որ հիմնական ուսուցման տեսության վրա հիմնված մատչելիության գաղափարը չափից դուրս ձանձրալի և նվազ կենսունակ է ուսուցման բարդ հուզական և կոգնիտիվ գործընթացները ըմբռնելու համար: Չնայած, ինչպես դա ընդգծեց Մուրերը (Mourer, 1960), նմանատիպ բարդ ուսուցման գործընթացները հնարավոր է հասկանալ ուսուցման տեսության ներքո ընդհանրացման/տարբերակման եղանակով, սակայն անհրաժեշտ է մի շարք նոր գաղափարներ ներդնել, օրինակ՝ երկրորդային գորեղարարի գաղափարը և հակազդման դիտարկումը՝ տարբերակիչ ազդակի տեսանկյունից: Այսպիսով՝ մենք կուզենայինք ավարտել հիմնարար ուսուցման մոդելի քննարկումը և

ընտրել խոսքային նկարագրության բավականին բարձր մակարդակը, որպեսզի հնարավորություն ունենանք դիտարկել ուսուցման կոգնիտիվ մոդելները, ինչպես նաև վերակառուցման այն գործընթացները, որոնք այդ մոդելները պետք է արտացոլեն:

Երբ խոսքը վերաբերում է ուսուցմանը, ապա սովորաբար մտածում են մանուկ հասակում սովորելու և մանկավարժների երբեմն անօգուտ ջանքերի մասին: Ինչպես ընդգծում էր Բալինտը (Balint, 1952), հնուց եկած դաստիարակչական ջանքերը բնորոշվում են որպես «Գեր-Էգո»-ի մանկավարժություն»։ Երեխաները պետք է որպես բարոյական և կարգին մարդիկ դաստիարակվեն: Այս մանկավարժական նպատակին Բալինտը հակադրում է «Էգո-մանկավարժությունը» հոգեվերլուծության մեջ՝ կապելով այն հոգեվերլուծության դաստիարակչական կողմերի վերաբերյալ ընդհանուր նկատառումների հետ: Ինչպես պարզվում է, դաստիարակությունը հոգեվերլուծության մեջ երբեք բոլորովին չի մերժվել և հատուկ նշանակություն է ունեցել երեխաների վերլուծության ժամանակ (A.Freud, 1927):

Գիտության զարգացման պատմության դիտարկմամբ կարելի է միացնող գիծ քաշել հոգեվերլուծության մեջ մանկավարժական գաղափարների կիրառման փորձերի և Պիաժեի «ծագումնաբանական իմացաբանության» միջև: Կլինիկական-փորձարարական հետազոտությունների միջոցով Պիաժեն ուսումնասիրում էր մանուկ հասակում ուսուցման և զարգացման տարբեր փուլերը: Վերջերս Պիաժեի գաղափարները Տենցերի (Tenzer, 1983, 1984) ուշադրությանն արժանացան. վերջինս դրանք մշակման որոշակի տարրերին է նմանեցրել: Սակայն նման կապի նախապայմանը (այսինքն՝ այն ենթադրությունը, որ մշակման գործընթացը ծավալվում է Պիաժեի կողմից նկարագրված մանուկ հասակում զարգացման և ուսուցման գործընթացի նմանությամբ) կասկածելի է: Մեր կարծիքով՝ մշակման ըմբռնման համար մեծ նշանակություն ունի Պիաժեի «կոգնիտիվ սխեմայի» գաղափարը, որի հիմքում ընկած են «պատշաճացման» և «յուրացման» զարգացող գործընթացները: Այժմ մենք կուզենայինք անդրադառնալ այս 3 գաղափարներին:

Կոգնիտիվ սխեման ընկալվում է որպես էկրան, որը կառուցում են ընկալման և ինտելեկտուալ ապրումները և որի կառուցվածքը և բարդությունը կապված են Պիաժեի կողմից նկարագրված զարգացման փուլերի հետ: «Յուրացում» հասկացությունը կիրառվում է, երբ մի նոր փորձ ներառվում է գոյություն ունեցող կոգնիտիվ կառուցվածքի մեջ և մեծացնում սխեմայի կողմից կառուցած փորձի ընդհանուր ծավալը: Եթե մի նոր փորձ չի կարող ներառվել գոյություն ունեցող կոգնիտիվ սխեմայի մեջ, ապա, հանգամանքներից կախված, կարող է հետևել կառուցվածքի վերափոխություն (մոդիֆիկացիա) կամ, ընդհակառակը, այս օտար, նոր փորձի անտեսում: Վերափոխության (մոդիֆիկացիա) գործընթացը կոչվում է «պատշաճեցում»: Դժվար չէ պատկերացնել, թե ինչպես այդ հասկացությունները կարող են օգտակար կերպով կիրառվել հոգեվերլուծական թերապիայում

փոփոխության մեր ընկալման առումով: Ուոտչելը (Watchel, 1980) համոզիչ կերպով ապացուցեց, որ յուրացման և պատշաճեցման դիրքերից մոտեցումը կարող է արդյունավետ լինել տրանսֆերենտ երևույթների՝ մեր տեսական և կլինիկական ընկալման համար:

Այստեղ ցանկանում ենք նմանատիպ փորձ կատարել և մշակման վերաբերյալ պարզաբանել այս տեսական մոտեցումը: Այդ համատեքստում մենք կանդրադառնանք Զ.Կլայնի (G.Klein, 1976, էջ 244) տեխնիկայով առաջնորդվող ՄակՌեյնոլդսի (McReinolds, 1976) կողմից կատարված Պիաժեի մոտեցման շարունակությանն ու ընդլայնմանը:

Մշակման փուլը սկսվում է այն ժամանակ, երբ հիվանդը հասել է նախկինում անգիտակցական կոնֆլիկտներն արտացոլող փոխկապվածությունների ու գործընթացների ներհայեցմանը: Նպատակը կոգնիտիվ և աֆեկտիվ ներհայեցման օգտագործումն է վարքագծային փոփոխություններ առաջացնելու համար: Որոշ հիվանդներ հասնում են վարքագծային փոփոխությունների առանց վերլուծողի օգնության, որը, որպես կանոն, քիչ հավանական է: Մանկավարժական հոգեբանությունից գիտենք, որ իմացության տարբեր ասպարեզները, ինքնաբուխ գործընթացները, հոգեշարժական ունակությունները կարող են մեծամասամբ իրարից անկախ զարգանալ (Birbauer, 1973): Հետադարձ կապի միջոցով ներհոգեկան գործընթացներն ամբողջացնելու համար հատուկ ընդհանրացման գործընթացներ են պահանջվում:

Հոգեվերլուծական թերապիայում սա տեղի է ունենում մշակման ընթացքում: Անցած անգիտակցական ախտաբանական երևույթների դետեմինանտների խորքային վերլուծությունն իր տեղը գիջում է հոգեվերլուծական մանրամասների միավորմանը կամ վերամիավորմանը: Այս կապակցությամբ անհրաժեշտ է հիշատակել Ալեքսանդերի (Alexander, 1935) կողմից նկարագրած մեկնաբանության էգո համադրող և միասնականացնող գործառնությունը (Nunberg, 1931): Այս համադրման նվաճումը հիվանդի խնդիրն է, որը կարող է ակնկալել վերլուծողի աջակցությունը, սակայն գործնականորեն երբեմն հենց այս աջակցությունը խոչընդոտ է հանդիսանում:

Կանոնավոր կլինիկական դիտարկումները ցույց են տալիս, որ հիվանդի կոնֆլիկտներին վերաբերող անգիտակցական նյութի հայտնաբերումը կարող է առաջացնել հոգեկան հավասարակշռության կորուստ, անհանգստություն և տագնապ: Նման ապակողմնորոշումը կարելի է բացատրել՝ ելնելով վերոնշյալ ընդհանրացման և տարորոշման գործընթացներից, որոնք կոգնիտիվ հոգեբանության տեսանկյունից համոզիչ նկարագրվել են ՄակՌեյնոլդսի (McReynolds, 1976) կողմից: Անդրադառնալով Պիաժեին՝ ՄակՌեյնոլդսը ձևակերպում է իր յուրացման վերաբերյալ տեսությունը՝ տարբերակելով համատիպ կամ ոչ համատիպ գաղափարները և ընկալումները: Կոգնիտիվ համատիպություն ասելով ենթադրվում է գոյություն ունեցող կառուցվածքի մեջ նոր ընկալումների՝ կոնֆլիկտից զերծ յուրացումը: Դրան հակառակ՝ կոգնիտիվ անհամատիպություն ասելով ենթադրվում է նոր

ընկալումները գոյություն ունեցող կառուցվածքի մեջ միավորելու (յուրացնելու) անցողիկ կամ երկարատև անընդունակությունը: Հնարավոր է, որ մինչ այժմ համատիպ և յուրացված գաղափարները կամ ընկալումները ապայուրացվեն կոգնիտիվ կառուցվածքի փոփոխությունների արդյունքում: Չյուրացված և յուրացված գաղափարների և ընկալումների հարաբերությունը բնորոշվում է որպես կոգնիտիվ յուրացման պակասորդ: Այս յուրացման պակասորդը համարվում է տագնապի գլխավոր դետերմինանտ:

Կոգնիտիվ-աֆեկտիվ համակարգի համար մշակվել են երեք տարրական ձևակերպումների համար նախատեսված կանոններ.

1. Փորձ է ձեռնարկվում՝ վերացնել կոգնիտիվ անհամատիպությունը:
2. Կոգնիտիվ յուրացման պակասորդը պետք է նվազագույն չափով պահպանվի:
3. Կոգնիտիվ նորարարությունները (հետաքրքրությունը, ներշնչումը, խթանի որոնումները և այլն) պետք է պահպանվեն օպտիմալ մակարդակով:

Այս գործառական կանոնները ձևավորված են կենսաբանական հարմարվողականության տեսակետից: Այդ պատճառով յուրացման պակասորդի և, հետևաբար, տագնապի առանձնահատուկ հանկարծակի կտրուկ աճն առաջանում է այն ժամանակ, երբ բարձրագույն մակարդակով կոգնիտիվ փոփոխությունները տանում են դեպի մինչև այժմ համատեղված, միասնականացված գաղափարների ու բազմաձևավալ կապերի ապայուրացում:

Մշակման տեսանկյունից հոգեվերլուծական թերապիայում յուրացման տեսությունը բացատրում է այն, որ անսպասելի ու արտասովոր մեկնաբանությունները կարող են առաջացնել անհանգստությամբ և տագնապով ուղեկցվող հանկարծակի ապայուրացում: Այս դեպքերում մեկնաբանությունը խզում է աստիճանակարգորեն ավելի բարձր, նախկինում համատեղված (կոնգրուենտ) գաղափարները և նպաստում է նախկինում նույնպես համատիպ ստորադաս գաղափարների մասնատմանը: Նմանատիպ ազդեցությունն անշուշտ կարող է առաջանալ նաև ինտեգրացնող մեկնաբանությունների շնորհիվ, երբ, օրինակ, իրարից հեռու, մինչև այժմ չմիավորված գաղափարները միացվում են, ինչը կարող է հանգեցնել ստորադաս գաղափարների հանկարծակի ապայուրացման: Վերլուծողը կարող է հիվանդին օգնել խուսափել ավելորդ տագնապներից այն դեպքում, երբ իր մեկնաբանությունները լավ նախապատրաստված և մանրագնին չափորոշված են: Որպես օրինակ կարելի է նշել մեկնաբանությունների ժամանակավոր սահմանափակումը աստիճանակարգայնորեն ստորին գաղափարների միջոցով: Ձգտելով յուրացման պարտքը նվազագույն չափով պահպանել՝ հիվանդը երբեմն հրաժարվում է ընդունել միջամտությունը, որը ենթադրաբար կարող է ապայուրացնող ազդեցություն ունենալ: Նման մերժումը կլինիկորեն դրսևորվում է որպես դիմադրություն: Վերլուծողի կողմից խրախուսումը և հավաստիացումը, որ ինքը կաջակցի յուրացնող միավոր-

ման գործընթացին, կարող է օգնել հիվանդին, չնայած տագնապալից կանխագուշակումներին, համարձակ քայլի դիմել:

Անհրաժեշտ է ստուգել և փորձարկել ներհոգեկան կոգնիտիվ վերակառուցումը կյանքի իրականությունը հաղթահարելու և թերապիայից դուրս հարաբերությունները բավարար կերպով ձևավորելու ունակության տեսակետից: Մենք սա մշակման կարևոր ասպեկտ ենք համարում: Տրանսֆերի տարբեր ձևերը հնարավորություն են տալիս հիվանդին գրեթե առանց ռիսկի փորձարկել հարաբերությունների տարբեր նմուշները: Վերլուծողի օժանդակությամբ այս ամրապնդված ակտիվությունը հիվանդը կփոխանցի թերապիայից դուրս գտնվող հարաբերությունների վրա (ընդհանրացում) և դրա հետ մեկտեղ, բնականաբար, կգիտակցի թերապևտիկ տրանսֆերի ու աշխատանքային հարաբերությունների և թերապիայից դուրս առավել բազմակողմանի հարաբերությունների միջև տարբերությունը (տարրորշում): Ընդ որում՝ դրական ապրումները կարող են ամրապնդվել, դրանով կայունացնել փոփոխված կոգնիտիվ սխեման և նոր վարքագծի մոդելը:

Հիվանդի փոփոխված սոցիալական գործելակերպը կարող է, սակայն, անսպասելի ապրումներ առաջացնել գործընկերների, ընկերների և ծանոթների մոտ, ինչպես նաև հիվանդի համար բացասական ապրումներ առաջացնել: Նոր ձեռք բերված, դեռևս անապահով կոգնիտիվ սխեմայի հետագա գոյությունը, այնուհետև վտանգվում է, և առաջանում է հիվանդության կրկնության վտանգ: Այնուհետև, հիվանդը վերլուծողի մոտ ակտիվորեն կփնտրի ավելի շատ հաստատում և աջակցում՝ նոր փորձնական գործողություններ վերսկսելու համար: Թերապևտի՝ համապատասխան կերպով արձագանքելու անկարողությունը նույնպես կարող է բացասական հետևանքներ ունենալ հիվանդի կողմից վարքագծի նոր մոդելներ փորձարկելու առումով: Այս դեպքում կարող է անհետանալ նոր ձեռք բերված փխրուն ինքնավստահությունը: Վերլուծողի կողմից ցուցաբերված ավելորդ զսպվածությունը կարող է ֆրուստրացիայի ենթարկել հիվանդի ապահովության կարիքը, նույնիսկ կարող է հանգեցնել չարորակ ագրեսիայի, ռեգրեսիայի կամ դեպրեսիայի:

Կոգնիտիվ սխեմայի փոփոխությունները, այսինքն՝ կոգնիտիվ վերակառուցումը, ուղղակիորեն չի կարելի դիտարկել, այլ միայն դատողություններ կազմել՝ ելնելով վարքի հարատև փոփոխություններից (տե՛ս Strupp, 1978): Այդ կապակցությամբ վերլուծողի ենթադրությունները հիվանդի կողմից ձեռք բերած կառուցվածքային փոփոխությունների մասին դիտելի վարքի յուրահատուկ ձևերի տեսակետից (ներառյալ խոսքային վարքը) սկզբունքորեն պետք է ստուգելի լինեն: Ավելին, նման էմպիրիկ ճշտումը պետք է իրոք կատարվի: Դա նշանակում է, որ պետք է հնարավորություն լինի հիվանդի ապագա վարքի վերաբերյալ անել այնպիսի ստուգող կանխագուշակումներ, որոնք բխում են կառուցվածքային փոփոխությունների մասին ենթադրությունից՝ ներառելով կանխագուշակումներն այն մասին, թե ինչպես նա կվարվի յուրահատուկ կոնֆլիկտների դեպքում (օրինակ՝

կոնֆլիկտի լուծման ռազմավարությունը, կոնֆլիկտին դիմակայելու և պաշտպանողական մեխանիզմները, ախտահիշների զարգացումը ու հարաբերությունների կազմավորումը): Հակառակ դեպքում՝ կառուցվածքային փոփոխությունների մասին բանավեճերը դառնում են անսիմաստ (Sargent et al., 1983):

Նման կերպ կարելի է լրացնել կլինիկական երևույթների հոգեվերլուծական ըմբռնման հետ կապված բացերը՝ վկայակոչելով այլ մասնագիտությունների ներքո մշակված հասկացությունները: Ավելին, հոգեվերլուծողին անհրաժեշտ է հարակից մասնագիտությունների լավ իմացությունը, որպեսզի նա հնարավորություն ունենա այդ մասնագիտությունների հասկացությունները նույնպես կիրառել և այդ կերպ հասնել սեփական տեսական հասկացությունների ու կլինիկական գործողությունների ավելի լայն ընկալման:

8.9 Ավարտ

8.9.1 Ընդհանուր նկատառումներ

Ինչքան էլ որ վերլուծությունը երկարատև և դժվարին լինի, ավարտի փուլը երկու մասնակիցների համար էլ խնդիրներ է ստեղծում: Հազվադեպ չէ, որ հիվանդի և վերլուծողի բուժման նպատակների մասին պատկերացումները տարբերվում են (E.Ticho, 197): Գործնական մեծ նշանակություն ունի այն, թե վերլուծողին որքանով է հաջողվում հիվանդին համոզել, որ աշխատանքը պետք է սահմանափակվի բուժման ենթակա նպատակներով, որպեսզի հիվանդն անվերջանալի վերլուծությունը տարբերի ավարտուն վերլուծությունից: Հոգեվերլուծական բուժման վերջում հիվանդը պետք է ձեռք բերի ինքնավերլուծելու ունակություն: Սա նշանակում է, որ հիվանդը ռեֆլեքսիայի հատուկ ձև է յուրացնում, որը բնորոշում է հոգեվերլուծական երկխոսությունը: Սրա հետ են կապված այնպիսի սպասումները, որ ինքնավերլուծելու հնարավորությունը կաշխատի ռեգրեսիայի դեմ (որը, այնուամենայնիվ, կարող է առաջանալ վերլուծությունից հետո նոր խնդիրների հետ առձակատվելիս), և այսպիսով՝ կկանխվի նոր ախտանշանների ձևավորումը: Նման տեսակետին հաճախ հակասում է «կատարելության առապելը», այսինքն՝ վերջնական վերլուծության առասպելը, որը ձևավորում է սեփական իդեալների ազդեցության տակ գտնվող վերլուծողների վերաբերմունքը վերջնական փուլի հանդեպ (Gaskill, 1980): Դժվար չէ հասկանալ, որ բարեկեցիկ հիվանդներն ընդունում են նման վերլուծողի կողմից վերլուծությունը շարունակելու ցանկացած առաջարկ:

Եթե մենք դիտարկենք փոխաբերությունները, որոնք օգտագործվում են ավարտական փուլը նկարագրելու համար, ապա կարելի է կռահել այն անգիտակցական երևակայությունները, որոնք կապված են վերլուծության

դադարեցման հետ: Վայգերտի (Weigert, 1952) վերջնական փուլի համեմատությունը բարդ վայրէջք կատարելու ընթացքի հետ, որի ժամանակ լիբիդոզ և ագրեսիվ ուժերի համախմբումը ներդրվում է գործողության մեջ, պարզ ցույց է տալիս, որ կարելի է դրամատիկ տեսարաններ ակնկալել: Հիրավի, հիասթափեցման վտանգ կա, եթե բուժման ընթացքը բնութագրվել է նարցիսիստական կատարելության և տրանսֆերի լիարժեք լուծման ձգտմամբ, ինչպես նաև նման առասպելներով: Այս ավարտվածության առասպելաբանությունը բացասական հետևանքներ կունենա, եթե իրեն և հիվանդին իդեալական կերպարների նմանեցնող վերլուծողը բուժման վերջում հիասթափված է հիվանդի հետ իր աշխատանքով, իսկ հիվանդը, ընդհակառակը, իր երախտագիտությունն է հայտնում: Այս կատարելության պահանջը ժխտում է մարդու գործողությունների սահմանափակ բնույթը և խանգարում է վերլուծողին իր աշխատանքով բավարարվել ու հպարտանալ: Բացի դրանից, հիվանդը չի կարող բաժանվել վերլուծողից, որովհետև նա գիտակցաբար կամ անգիտակցաբար զգում է նրա հիասթափությունը: Այնուհետև, հիվանդը երկարատև ջանքեր կգործադրի վերլուծողին բուժման հաջողության մեջ համոզելու համար կամ կնույնացվի վերլուծողի հիասթափության հետ: Գրականության մեջ երբեմն բուժման պատմագրեր են հանդիպում, որտեղ նման փոխադարձ անբավարարության ճիշտ հակառակ պատկերն է նկարագրվում: Սակայն ավելի հաճախ բուժման արձանագրություններում թաքցվում է բոլորիս ծանոթ հոգեվերլուծական պրակտիկայի անխուսափելի անկատարելությունը, իսկ բուժման ավարտը՝ տեսության հետ համահունչ է ներկայացվում:

Հիմնվելով ուսուցման մեջ գտնվող թեկնածուների 48 եզրափակիչ հաշվետվությունների վրա՝ Գիլմանը (Gilman, 1982) կիրառեց հարցերի մի ցանկ՝ ավարտական փուլը գնահատելու համար: Ապագա բոլոր վերլուծողները տեղեկացրել են խիստանիշների վերացման և ներդրող կոնֆլիկտի լիարժեք մշակման մասին, սակայն այլ առումներով զգալի բազմազանություն է նկատվում: Բացի այդ՝ ավարտը կարծես թե երբեք պայմանավորված չէր արտաքին գործոններով, օրինակ՝ հիվանդի կյանքում տեղի ունեցած փոփոխություններով կամ ֆինանսական դժվարություններով, սակայն միշտ փոխադարձ համաձայնությամբ էր իրագործվում: Նման եզրափակիչ հաշվետվությունները մի հատուկ գործառնություն են՝ ցույց տալ, որ վերլուծողը արժանի է որևիցե մասնագիտական ասոցիացիայի անդամ դառնալ, ինչը, մեր կարծիքով, ավելի քան պարզ է դարձնում եզրափակիչ փուլի կոնֆորմիստական նկարագրությունները: Էրլի (Earle, 1979) հետազոտություններում ուսուցման մեջ գտվող թեկնածուների միայն 25%-ը բավարարել են վերլուծությունն ավարտելու փոխադարձ համաձայնության ցուցանիշին՝ մի արդյունք, որը միայն նվազ չափով է ցածր որակավորված վերլուծողների մոտ ստացած տոկոսից:

Սրանով մենք կուզենայինք ավարտել «կատարելության նվաճման» ու «վաղաժամ ավարտի» հակադրության քննարկումը և շոշափել այն

բազմաթիվ պատճառները, որոնք կարող են արդարացնել հոգեվերլուծական բուժման ավարտը: Վերլուծությունը պետք է ավարտվի, երբ համատեղ վերլուծական աշխատանքը էականորեն նոր ներհայեցումների համար սպառված է: Այստեղից պարզ է դառնում, որ բուժման ավարտը դիադիկ գործընթաց է, որը սկզբունքորեն թերի է, եթե մենք ենթադրենք, որ երկու անհատներ միշտ միմյանց ասելու բան ունեն: Անտեսելով բոլոր արտաքին հանգամանքները՝ կարող ենք ենթադրել, որ հիվանդն այն ժամանակ է կանգ առնում, երբ թերապևտիկ փոխանակումը կորցնում է իր իմաստը, և բուժման հետ կապված ծանրաբեռնումները այլևս չեն հավասարակշռվում նոր իմացություններով: Այս կետում կավարտվի նույնիսկ անվերջ վերլուծությունը:

Մենք ստիպված ենք հրաժարվել այն պատկերացումից, որ ձիշտ բժշկական ցուցմունքները կարող են երաշխավորել գոհացուցիչ վերջնական փուլ և մի լավ ավարտ, ինչպես ենթադրել է Գլովերը (Glover, 1955): Վերլուծական գործընթացը բնորոշվում է բազմաթիվ գործոններով, որոնք դժվար է հաշվառել, և նրա ավարտը, ելնելով միայն ախտորոշումից (ցուցմունքներից ու նախատեսությունից), անկանխատեսելի է (տե՛ս գլուխ 6): Մոտեցումները, որոնց հիմքում ընկած է կանխագուշակելիության այս հասկացությունը, սերտորեն կապված են հիմքային տիպարի մեթոդի հետ, որի սխալ հիմքային դրույթները մանրամասների վերաբերյալ դատարկ վիճաբանությունների աղբյուր են հանդիսացել: Հաջող և գոհացող ավարտը միշտ այն ժամանակ է տեղի ունենում, երբ լավ աշխատանքային հարաբերության զարգացումը նախապայման է ստեղծում ռեգրեսիվ գործընթացների արդյունավետ զարգացման համար՝ (Hofmann, 1983) թե՛ բարձր, թե՛ ցածր հաճախականությամբ թերապևտիկ սեանսների ժամանակ:

8.9.2 Տևողություն և սահմանափակումներ

Հոգեվերլուծական ընթացակարգը երբեք հնարավորություն չի ունեցել ստեղծել արագ, հրաշագործ բուժման պատրանք: Դեր Բրեյերը և Ֆրոյդը 1895 թ. գրում էին, որ ընթացակարգը բժշկի համար տանջալից է և ժամանակատար: Սակայն, քանի որ հոգեվերլուծական մեթոդը սկզբնապես կիրառվել էր շատ ծանր դեպքերում, այն անհատների մոտ, որոնք ունեին հիվանդության բազմամյա տևողություն և ընդունակ չէին նորմալ կյանք վարելու, Ֆրոյդը հույս էր փայփայում, որ ավելի թեթև հիվանդությունների դեպքում բուժման տևողությունը կարող է կրճատվել, և հնարավոր է էական նվաճումներ ձեռք բերել ապագա կանխարգելակման իմաստով (Freud, 1904, էջ 254): Միննույն ժամանակ Ֆրոյդը մեղմ տարակուսանք էր հայտնում թերապիայի սահմանափակումների վերաբերյալ: Թեպետ հատուկ արդարացումներ չէին պահանջվում, Ֆրոյդը, այնուամենայնիվ, գրում էր. «Մեր փորձը սովորեցնում է, որ այսպիսի ջանքերը մի կողմից կարիք չունեն արդարացման», մյուս կողմից նշվում է. «Փորձը մեզ սովորեցրել է, որ

հոգեվերլուծական թերապիայի միջոցով ներոտիկ ախտանիշներից, ընկճվածությունից և բնավորության շեղումներից հիվանդին ազատելը մի աշխատանք է, որը երկար ժամանակ է պահանջում (1937c, էջ 216):

Բուժման սահմանափակումը, որպես տեխնիկական միջոց, Ֆրոյդի Գայլ Մարդու դեպքում օգտագործեց պատասխան բուժման ընթացքում զարգացման բացակայությանը. «Միայն այն ժամանակ, երբ հուսալի հատկանիշները ստիպեցին ինձ համոզվել, ես որոշեցի, որ նշանակված օրը բուժումը անհրաժեշտ է դադարեցնել անկախ նրանից, թե ինչպիսի առաջընթաց է գրանցվել» (1918, էջ 11):

Ֆերենցին և Ռանկը (Ferenczi, Rank, 1924), միանալով այս գաղափարին, շարունակեցին, որ բուժման ավարտը՝ «կրծքից կտրելը», բուժման ամենակարևոր փուլերից է: Սակայն դեռ 1925 թ. «Սեսական սովորությունների հոգեվերլուծություն» հոդվածում Ֆերենցին (Ferenczi, 1950 [1925], էջ 293) վերանայեց այս տեսակետը. ֆիքսված ամսաթվի՝ որպես բուժման ավարտի մոտեցման և հոգեվերլուծողի հետ բաժանման արագացման «ազդեցիկ» միջոցը նա խիստ ցածր գնահատեց: 1928 թ. գրված «Վերլուծության ավարտման խնդիրը» աշխատությունում (Ferenczi, 1955 [1928a], էջ 85) նա պնդում էր, որ «ո՛չ բժիշկը, ո՛չ էլ հիվանդը չեն կարողանում ավարտի բերել վերլուծությունը, սակայն ... այն եզրափակվում է՝ սպառելով նյութը»: Այնուհետև Ֆերենցին շարունակում է. «... առաջին պայմանն այն է, որ հիվանդը այլևս չի տառապում իր ախտանիշներով և իր տագնապը հաղթահարել է, ինչպես և իր արգելքները»:

... այլ կերպ ասած՝ վերլուծվողը վերջիվերջո համոզվում է, որ ինքը շարունակում է վերլուծությունը միայն այն պատճառով, որ օգտագործում է այն որպես թարմ, թեպետ երևակայական, բավարարման աղբյուր, որն իրականում ոչ մի բան չի տալիս: Նման հայտնագործության կապակցությամբ տխրությունը հաղթահարման ընթացքում հիվանդն անխուսափելիորեն սկսում է փնտրել հաճույքի այլ, ավելի իրական աղբյուրներ:

Այս տեսակետը համընկնում է Ֆրոյդի կողմից բուժման ավարտի համար սահմանված երկու պայմանների հետ.

Առաջինը՝ հիվանդը այլևս չպետք է տառապի իր ախտանիշների պատճառով և պետք է կարողանա հաղթահարել իր տագնապները ու արգելակումները: Երկրորդն այն է, որ վերլուծողը պետք է գա այն եզրակացության, որ արտամղված նյութից հիվանդը գիտակցել է այնքանը, նրան նախկինում անխտրաբար գոյություն ունեցող նյութից բացատրվել է այնքանը, իսկ ներքին դիմադրությունը մեծամասամբ հաղթահարված է այնչափ, որ այլևս կարիք չկա անհանգստանալու ախտաբանական գործընթացների վերսկսման կապակցությամբ (1937c, էջ 219):

Ըստ Ֆրոյդի, հոգեվերլուծական բուժման հնարավոր արդյունքի դետերմինանտները հետևյալն են. տրավմաներ, կենսաբանական բնագոյային ուժեր, Էգո-ի փոփոխություններ: Ներոզների տրավմատիկ էթիոլոգիան նպաստում է բուժման բարձր հնարավորություններին: «Միայն գերազանցապես տրավմատիկ դեպքում վերլուծությունը հաջողությամբ կկատարի

այն, ինչ կարող է» (1937c, էջ 220): Էգո-ի մեջ բնագդների հաջող ինտեգրումը կախված է բնագդների ուժից (լինեն դրանք սահմանող կամ ակնթարթային): Սակայն Ֆրոյդը թերահավատորեն էր վերաբերվում Էգո-ի մեջ ընդմիշտ և ներդաշնակորեն բնագդներն ինտեգրելու վերլուծության հնարավորություններին: Որոշ հանգամանքներում դա այդպես չէ, քանի որ բնագդների ուժը կարող է մեծանալ պատահականորեն կամ նոր տրավմաների ու ակամա ֆրուստրացիաների շնորհիվ:

Ինչպես մենք այսօր գիտենք, Ֆրոյդը, անդրադառնալով Ֆերենցիի վերլուծությանը, նկատել է, որ հնարավոր չէ վերլուծությունում ներգործել քնած բնագդային կոնֆլիկտի վրա, և նա կոնֆլիկտների մանիպուլյատիվ ակտիվացնելը համարեց անբարոյական:

Բայց եթե անգամ ընդունենք, որ նա (վերլուծողը) չի նկատել բացասական տրանսֆերի որոշ թույլ նշաններ (ինչը չի բացառվում՝ հաշվի առնելով այն վաղ տարիներին վերլուծության սահմանափակ հեռանկարները), այնուամենայնիվ, կասկածելի է որ նա ուժ կունենա թեման կամ ինչպես ասում ենք, «կոմպլեքսն» ակտիվացնելու՝ միայն մատնանշելով այն, քանի դեռ այն հիվանդի մոտ ակտիվ չէ (1937, էջ 221-222):

Այդպիսով՝ թեպետ բնագդային ուժը և դրա ձևափոխությունն անկանխատեսելի են, Ֆրոյդը հատուկ նշանակություն է տալիս Էգո-ի փոփոխությունների վերլուծությանը, որոնց տակ նա հասկանում էր Էգո-ի այն փոփոխությունները, որոնք առաջանում են պաշտպանության և երևակայական նորմալ Էգո-ից հեռացման արդյունքում: Ենթադրվում է, որ վերլուծությունը Էգո-ի գործունեության համար ավելի նպաստավոր պայմաններ է ստեղծում: Այսպիսով՝ Ֆրոյդն ընդունեց այն գաղափարները, որոնք Ա. Ֆրոյդը մի տարի առաջ հրապարակել էր «Էգո և պաշտպանողական մեխանիզմներ» գրքում (1937): Ռայխը դեռ 1933 թ. նշում էր, որ բնավորության մեջ արմատավորված դիմադրությունը, որը դիտվում է ինչպես Ես-ի ձեռք բերած գրահ, հաճախ խոչընդոտում է վերլուծության առաջընթացը: Հոգեվերլուծական տեսության փոփոխությունները կառուցվածքային և պաշտպանության մեխանիզմների տեսություններ ներածելուց հետո, դիմադրության ու բնավորության վերլուծության դերի աճման հետ մեկտեղ, Ռայխի ազդեցության շնորհիվ հանգեցրին վերլուծության տևողության երկարացմանը:

Այնուամենայնիվ, վերլուծության տևողության ձգձգումը պայմանավորված է բազմաթիվ պատճառներով: Երկար տարիներ շարունակ Լոնդոնի հոգեվերլուծական ինստիտուտի հետազոտական աշխատանքների համար պատասխանատու անձ Գլովերի կողմից արտահայտված կարծիքը տագնապ է ներշնչում.

Վերլուծության երկարացման վերաբերյալ որոշումն ընդունելիս հարկ է հիշել, որ նախկինում վերլուծությունը անցկացվում էր 6-12 ամսվա ընթացքում և, որքան որ ես տեղյակ եմ, նման վերլուծության վերջնական արդյունքները շատ չեն տարբերվում (ըստ հոգեվերլուծողների զեկույցների) 4-5 տարիների ընթացքում ձգձգված վերլուծության արդյունքներից (Glover, 1955, էջ 382-383):

Իրենց անկեղծության շնորհիվ հատուկ ուշադրության են արժանի թերապևտիկ վերլուծության տևողության վրա ուսուցողական վերլուծության և վերլուծական պատրաստության ազդեցությանը նվիրված Բալինտի (Balint, 1948, 1954) հետազոտությունները: Հետագա ուսումնասիրությունները հաստատեցին Բալինտի կողմից ստացված արդյունքները: Ըստ երևույթին, աշխարհում ամենուրեք թերապևտիկ վերլուծության տևողությունը ուսումնական վերլուծության տևողությունից կախված մեծություն է: Բալինտը ցույց տվեց, որ սուպերթերապիան անդրադառնում է 1927 թ. Ֆերենցիի կողմից առաջադրված պահանջին:

Նախկինում ես հաճախ պնդում էի, որ սկզբունքորեն կարող եմ ընդունել, որ թերապևտիկ և ուսումնական վերլուծության մեջ տարբերություն չկա Իսկ այժմ ես ուզում եմ ավելացնել, որ թերապևտիկ հոգեվերլուծություն կատարելիս ամեն դեպքում չէ, որ անհրաժեշտ է ներթափանցել այն խորությամբ, որը մենք ենթադրում ենք՝ վերլուծության կատարյալ ավարտի մասին խոսելիս: Ինքը՝ վերլուծողը, որից այդքան մարդկանց ճակատագիր է կախված, պետք է գիտակցի և վերահսկի իր բնավորության նույնիսկ ամենաանհասկանալի թերությունները, որը առանց լիովին ավարտված վերլուծության հնարավոր չէ (Ferenczi, 1955, էջ 84):

Այս լիովին ավարտված վերլուծությունը Բալինտը անվանում էր «սուպերթերապիա» և այն նկարագրում էր՝ օգտագործելով Ֆրոյդի խոսքերը:

Մենք հարցնում ենք, թե արդյոք վերլուծողն այդքան խո՞րն է ազդել հիվանդի վրա, որ վերլուծության շարունակությունը չի կարող հետագա փոփոխություններ խոստանալ: Սա նշանակում է վերլուծության միջոցով կատարյալ հոգեկան նորմայի հասնել, եթե դա առհասարակ հնարավոր է: Ավելին, դա նշանակում է հասնել մի մակարդակի, որի կայունության վերաբերյալ ոչ մի կասկած չի (Freud, 1937, էջ 219-220):

Բալինտի կարծիքով տագնապեցնող է այն, որ վերլուծական շարժման ընթացքում դպրոցների ձևավորումն ու մասնագիտական դժվարությունները ուսումնական վերլուծության երկարացման պատճառ հանդիսացան: Նման վերլուծությունների շարունակությունը կրթության պաշտոնական ավարտից հետո համընկավ այն փաստի հետ, որ վերլուծության ինքնակամ շարունակությունը (որը միանշանակ տվյալ հիվանդի անձնական գործն է) բարձր հեղինակություն էր վայելում: Բալինտը հաղորդում էր, որ միայն վերջին տարիներին մի քանի վեհերոտ ձայներ կհամարձակվեին կասկածի ենթարկել այս սուպերթերապիան: Նշվում էր, որ սուպերթերապիան ենթադրում է ոչ թե թերապիա և նույնիսկ ոչ էլ ուսուցողական վերլուծություն, այլ, ավելի շուտ, ինքնաճանաչում՝ այդ բառի բուն իմաստով:

Ըստ Բալինտի՝ ուսումնական վերլուծության պատմության մեջ առաջին փուլը կապված է ուսուցման հետ, երկրորդը՝ ցուցադրման հետ, երրորդը՝ բուն վերլուծության հետ: Բալինտը նշում էր նաև չորրորդ փուլը, որը կապված է հետազոտության հետ:

Մեզ թվում է, որ հանուն սուպերթերապիայի սուպերթերապիայով ոգևորվածությունը ոչ մի ընդհանրություն չունի այն բանի հետ, ինչը

սովորաբար հասկացվում է որպես հետազոտություն: Այն, թե ինչ է տեղի ունենում երկարացված ուսուցողական վերլուծության ընթացքում, երբեք գիտական վերլուծության նյութ չի դարձել: Առանձնապես ուսուցողական է, որ ամբողջ հոգեվերլուծական շարժումը համակված էր սուպերթերապիայի գաղափարով, ուղղակի դրանով էր ապրում: Ուսումնական և սուպերվիզիոն վերլուծություններն այն միջոցներ էին, որոնց օգնությամբ սուպերթերապիաների տարբեր ձևերի շուրջ դպրոցներ էին հիմնվում: Արդյունքը հակառակն էր նրա, ինչը Ֆերենցին ակնկալում էր ուսուցողական վերլուծության կատարելագործումից, որը նա վերլուծության երկրորդ հիմնական կանոն էր անվանում:

Այս կանոնի հաստատումից ի վեր միշտ ավելի է նվազում վերլուծողի կողմից ներմուծվող անձնական տարրի նշանակությունը: Յուրաքանչյուրը, որը հիմնովին վերլուծության է ենթարկվել, որը սովորել է լիովին ճանաչել և տիրապետել իր սեփական բնավորության անխուսափելի թուլությունները և բնավորության յուրահատկությունները, նույնատիպ հոգեբանական խմոր նյութի դիտարկման և բուժման ընթացքում անխուսափելիորեն կհանգի նույն օբյեկտիվ հետևություններին, և տրամաբանական է, որ կկիրառի նույն տակտիկան և տեխնիկական միջոցները: Ինձ մոտ որոշակի կարծիք է ստեղծվել, որ երկրորդ հիմնական կանոնը ներածելուց ի վեր վերլուծական տեխնիկայի տարբերություններն անհետանալու միտում են ձեռք բերում (Ferenczi, 1955 [1928], էջ 89):

Բալինտը սրան հետևյալ մեկնաբանությունն է տալիս.

Սրտառույշ և զգաստացնող է այն, որ չնայած այս իդեալականացված ուտոպիստական նկարագրությունը հոգեվերլուծական շարժման մեջ գոյություն ունեցող այժմեական խմբերից մեկի միանգամայն ճշմարտացի պատկեր է ստեղծում, սակայն պատկերը լիովին սխալ է, եթե այն վերագրվի շարժմանը իր ամբողջությամբ: Ֆերենցին միանգամայն ճիշտ նախագուշակեց մեկ «սուպերթերապիայի» հետևանքները, բայց նա անտեսեց այն հնարավորությունը, որ իրական զարգացումը կրերի մի քանի սուպերթերապիաների գոյությանը, որոնք իրար հետ մրցելիս հասնում են լեզուների խառնակվելուն (Balint, 1954, էջ 161):

Այս մրցակցությունը պետք է կշռադատվի ըստ որակական չափանիշների: Սակայն, քանի որ անհատական սուպերթերապիայի դեպքում այդ չափանիշները չեն կարող հետազոտման առարկա դառնալ, ապա մարդիկ նախընտրում են քանակական տվյալները. ինչքան երկար տևեն վերլուծությունները, այնքան լավ: Մրցակցության արդյունքը վճռում է սուպերթերապիայի տևողությունը (Thomä, 1991):

Նույնացումները, որոնք զարգանում են ուսումնական և սուպերվիզիայի ենթարկվող վերլուծություններում, հանգեցնում են այն բանին, որ թերապևտիկ վերլուծությունները և դրանց տևողությունը համեմատվում են սեփական փորձի հետ: Արդյունքում հիվանդների վերլուծությունները երկարում են ուսուցողական վերլուծությունների տևողությանը համաչափ: Վերջինը միակ պատճառը չէ, սակայն մենք այն այստեղ կդիտարկենք, քանի որ չափազանց բարդ գործընթացի այս կողմը, որպես կանոն, չի քննարկվում:

Որպես թերապևտիկ վերլուծությունների երկարացման պատճառ նշվում է նախաէդիպյան փուլում արմատավորված ախտաբանական պայմանների հայտնաբերումը: Տևական վերլուծության ընթացքում օբյեկտային հարաբերությունների տեսության կիրառումը նարցիսիստական և սահմանային անձանց խանգարումների արդյունավետ բուժման հնարավորություն է տալիս: Սա անուղղակիորեն բերեց նևրոտիկ հիվանդների մոտ բուժման տևողության երկարացմանը, որոնց մոտ ավելի ու ավելի հաճախ նարցիսիստական անձի հատկություններն են ախտորոշվում: Սակայն ինչքան էլ որ վաղ ծագման խանգարումների տեսությունները միմյանցից չտարբերվեն, նրանք բոլորը միասին վերաբերվում են խորքային շերտերին, որոնց կարծես թե կարելի է հասնել միայն մեծ դժվարություններով և երկարատև աշխատանքի արդյունքում: Այստեղ միաժամանակ տարածայնություն է ի հայտ գալիս, որին ուշադրություն է դարձրել Ռանգելը (Rengel, 1966). նա համարում էր, որ վաղ նախախոսքային ապրումները հնարավոր չէ վերակենդանացնել վերլուծության ընթացքում: Համապատասխանաբար հոգեկան կյանքի առավել խորը շերտերի վերլուծությունը չի կարող հասցնել այնտեղ, ուր պետք է հասցնի Ֆերենցի ու Կլայնի օբյեկտային հարաբերությունների և Կոհութի Ես-հոգեբանության ավանդույթների դիրքերի վրա հենված տեսաբանների ենթադրությամբ: «Եվ այդպիսով՝ որտե՞ղ ենք մենք գտնվում». մի հարց, որը կարելի է տալ ցանկացած դպրոցի ներկայացուցչի՝ վերլուծական բուժման շարունակական երկարացման կապակցությամբ:

Ֆրոյդը հստակ նկարագրել է քանակական և որակական հարաբերությունը թերապիայի տևողության և հիվանդության խրոնիկական բնույթի ու ծանրության միջև.

Ճշմարիտ է, որ ծանր նևրոզի բուժումը կարող է տևել երկար տարիներ, բայց հաջողության դեպքում եկեք մտածենք, թե ինչքան երկար կտևեր տառապանքը: Հավանաբար, տասը տարի բուժման յուրաքանչյուր տարվա դիմաց, որը նշանակում է, որ հիվանդությունը երբեք չէր վերանա, ինչպես մենք հաճախ տեսնում ենք չբուժված հիվանդների մոտ (Freud, 1933, էջ 156):

Իր կտրուկ հայտարարության մեջ Ֆրոյդը ամփոփում է. «Վերլուծությունն ավարտված է, երբ հիվանդն ու վերլուծողն այլևս վերլուծական աշխատանքային ժամեր չեն ունենում, որովհետև հիվանդն այլևս չի տառապում ախտանշաններից, և իր հիվանդության կրկնությունից վախենալու առիթ չկա» (Freud, 1937, էջ 219):

Եթե մենք լուրջ ընդունենք Ֆրոյդի հիմնավորումները, ապա վերլուծության տևողությունը կապված կլինի որոշումներից, որոնք վերլուծողից մեծ պատասխանատվություն են պահանջում: Շատ այլ վերլուծողների հետ միասին մենք կոչ ենք անում մեծ անկեղծության՝ հոգեվերլուծական սեանսների հաճախականության ու տևողության առումով: Մենք խորհուրդ ենք տալիս կողմնորոշվել ախտանիշների ծանրությամբ և թերապիայի

նպատակներով: Անշուշտ, հիվանդության ծանրությունը և բուժման սեանսների հաճախականությունը չի կարելի ընդունել ուղղակի քանակական հարաբերության իմաստով: Ինչքան ծանր է հիվանդությունը, այնքան ինտենսիվ (այսինքն՝ առավել բարձր հաճախականությամբ) պետք է լինի թերապիան: Վճռորոշ է վերլուծողի միջնորդական գործունեության որակը, նաև այն, ինչ հիվանդն ունակ է ընդունել և վերամշակել: Ավելի ծանր հիվանդները ձգտում են ավելի մեծ օժանդակություն ստանալ և միաժամանակ ունեն մեծ դժվարություններ՝ մոտեցման և հեռացման իրենց կարիքները կանոնավորելու: Չափաբաժինների որոշման հարցերն անչափ նուրբ և կարևոր են, որի պատճառով շրջանակը պետք է գնահատվի որակական տեսանկյունից:

Հատկապես անհանգստացնող է այն հանգամանքը, որ քանակական հարցերը (տևողությունը և հաճախականությունը) այդքան մեծ դեր են խաղում հոգեվերլուծական ուսուցման ընթացքում: Հոգեվերլուծական ասոցիացիաները սահմանում են ժամերի նվազագույն քանակը նման վերահսկված ուսուցողական վերլուծական բուժման համար: Այսպիսով՝ մասնագիտական նպատակին հասնելու թեկնածուի սեփական հետաքրքրությունը գրեթե անխուսափելիորեն արտացոլվում է հիվանդի հետ աշխատելիս՝ բուժման տևողության և հաճախականության ընտրության վրա: Օրինակ՝ նվազագույն ժամաքանակը Գերմանական հոգեվերլուծական ասոցիացիայում ուսուցում ստացողների համար սահմանված է 300 ժամ եզրափակիչ քննության դեպքերում՝ նկատի ունենալով, որ վերլուծությունը կշարունակվի նաև ուսուցումն ավարտելուց հետո: Միջին քանակով ավարտական քննարկման ժամանակ սահմանված ժամաքանակը զգալիորեն ավելի բարձր է: Քանակական պահանջները (ընդհանուր տևողության և հաճախականության առումով) բարդությունների են հանգեցնում, քանի որ գերմանական ապահովագրական համակարգի կողմից 300 ժամը գերազանցող հոգեթերապիայի և հոգեվերլուծության դեպքում հատուկ չափանիշներ են նախատեսվում (տե՛ս բաժին 6.6): Նման հանգամանքներում ոչ միայն թեկնածուների, այլև ցանկացած վերլուծողի համար, ելնելով որակական գնահատումներից, դժվար է գոհացուցիչ լուծումներ գտնել:

8.9.3 Բուժման ավարտի համար նախատեսված չափանիշները

Միշտ գոյություն ունի այն վտանգը, որ վերլուծողը կսահմանի բուժման ավարտի իր չափանիշները և նպատակները՝ ըստ իր անձնական և/կամ տվյալ պահին մոդայիկ գաղափարների և գերադասվող տեսությունների: Ոմանք իրենց նպատակները ձևակերպում են մետահոգեբանական մակարդակով, ուր նրանք առավելապես քիչ կարող են քննադատության ենթարկվել, մինչդեռ մյուսները կողմնորոշվում են կլինիկական պրակտիկայի մակարդակով:

Բուժման նպատակների հետ առնչվող հարցերը սահմանում են ստացվող պատասխանները: Վայսը և Ֆլեմինգը (Weiss, Fleming, 1980) հարց են բարձացնում, թե ինչ վիճակում պետք է գտնվի հիվանդի անձը, երբ նա ավարտում է բուժումը: Նրանց կարծիքով լավ կատարված վերլուծությունը հատկանշվում է դրանով, որ հիվանդն առաջվա համեմատ ավելի ազատ է կոնֆլիկտներից, ավելի անկախ է և ավելի մեծ վստահությամբ է լցված սեփական ունակությունների հանդեպ: Ուժգնանում է երկրորդային գործընթացային մտածողությունը, և մեծանում է իրականության քննադատական գնահատման ու սուբլիմացիայի ունակությունը, բարելավվում են օբյեկտային հարաբերությունները: Հիվանդը ավելի լավ է սկսում հասկանալ «վերլուծողի՝ որպես պրոֆեսիոնալի» և «վերլուծողի՝ որպես տրանսֆերի օբյեկտի» միջև տարբերությունը:

Անհանգստացնում է նաև մեկ այլ հարց. արդյոք հիվանդն ունի՞ բավարար միջոցներ և ունակություններ, որպեսզի ինքնուրույն շարունակի վերլուծական գործընթացը: Կուզենայինք անդրադառնալ ինքնավերլուծության թեմային, որը շատ կարևոր է: Ինչպես նշել ենք վերլուծողի հետ հիվանդի նույնացման գործընթացների առնչությամբ (տե՛ս բաժին 8.4-ը), վերլուծողի նույնացումը նրա վերլուծական տեխնիկայի հետ մենք որպես վճռորոշ քայլ ենք դիտարկում հետագա վերլուծական գործընթացի համար: Մենք համաձայն ենք Հոֆերի (Hoffer, 1950), Գ. Տիխոյի (G. Ticho, 1967, 1971) և Ե. Տիխոյի (E.Ticho, 1971) ան դիտարկման հետ, որ ինքնավերլուծության ունակության ձեռքբերումը հոգեվերլուծական բուժման առաջնային նպատակն է: Չնայած սրան՝ առ այսօր շատ քիչ բան է գրված այն մասին, թե իրականում ինչ է կատարվում հիվանդի հետ, երբ նա փորձում է զբաղվել ինքնավերլուծությամբ բուժման ավարտից հետո: Գ. Տիխոն (G. Ticho, 1971) իր գործընկերների հետ հարցազրույցից հետո մի սխեմա մշակեց, որն օգտակար է հետագա հետազոտությունների համար: Տիխոյի համար ինքնավերլուծությունը տարբեր աստիճաններից բաղկացած մի գործընթաց է, որոնք հարկավոր է հետևողականորեն ուսումնասիրել.

1. Ձևավորվում է անգիտակցական կոնֆլիկտի ազդանշաններն ընկալելու ունակությունը: Օրինակ, իռացիոնալ կամ չափազանցված հակազդումն ընկալվում է առանց պաշտպանական մեխանիզմների միջոց անմիջական գերփոխհատուցման (հիպերկոմպենսացիա), ինչպես փոխադրումը և պրոյեկցիան:
2. Մտքերին առանց տագնապի ազատ ընթացք տալու, ազատ զուգորդելու և դեպի Այն ազատ ներթափանցում ստեղծելու ունակությունը:
3. Անգիտակցական կոնֆլիկտի նշանակության ընկալմանը երկար ժամանակ սպասել կարողանալու ունակությունը՝ առանց հիպաթափվելու և հանձնվելու: Այս ունակության զարգացումը ցուցանիշն է նրա, թե հիվանդն ինչքան էր ունակ նույնացվել վերլուծողի այն մասի հետ, որ վերլուծության ընթացքում համբերատար սպասում էր, մինչև որ վերլուծվողը պատրաստ լինի կոնֆլիկտի լուծմանը:

4. Ձեռք բերված ներհայեցմանը հետևելու և սեփական անձի մեջ (կամ շրջապատող միջավայրում) փոփոխություն առաջացնելու ունակությունը: Այս ունակությունը ձևավորվում է, հենց որ էգո-ն բավականաչափ ուժեղ է դարձել, և վերլուծողը վերլուծության ընթացքում ի վիճակի է տեղեկանալ, որ ներհայեցումը իսկապես կարող է հասցնել էգո-ի փոփոխությունների (G.Ticho, 1971, էջ 32):

Մենք ենթադրում ենք, որ վերլուծվողը ինքնավերլուծության ունակություններ է ձեռք բերում տևական, գրեթե անկանխագուշակելի ուսուցման գործընթացի շնորհիվ, որի ընթացքում վերլուծվողը նույնացվում է վերլուծական գործառնությունների հետ (տե՛ս բաժին 8.4): Վերլուծողը կարող է պլանավորել բուժման ավարտը, երբ նա զգում է, որ վերլուծվողը ձեռք է բերել ինքնավերլուծության ունակությունը: Հենց որ այդ նպատակն իրականացվում է, ավարտման մյուս չափանիշները հարաբերական իմաստ են ստանում: Ֆերեսթայնը (Ferestein, 1981) ամփոփել է այդ չափանիշների ցուցակը՝ ներածելով.

- ախտանիշների բարելավումը,
- կառուցվածքային փոփոխությունները,
- հուսալի օբյեկտիվ մշտականությունը հարաբերություններում,
- ինչպես նաև Այն-ի և Գեր-էգո-ի ու պաշտպանողական կառույցների միջև լավ հավասարակշռվածության առկայությունը:

Այս չափանիշների հարաբերականությունը չի նշանակում, որ իրենք մերժվում են, այլ մանրագնին կերպով գնահատվում են՝ նկատի առնելով այլ հասանելի նպատակները վերլուծական աշխատանքի երկարացման պարագայում: Ելնելով անհատականության յուրահատկություններից և ոչ թե այնպիսի ունակություններից, ինչպիսիք են ինքնավերլուծելու ունակությունը, հնարավոր չէ բավարարել Ֆրոյդի պահանջը, որը արտացոլված է «Ավարտուն և հարատև վերլուծությունը» ակնարկում (1937c, էջ 250):

Փոփոխության ունակությունը հաճախ սահմանափակ է՝ մեր ցանկություններին հակառակ: Սեփական սահմանափակումների իմացության հասնելը հաճախ ավելի կարևոր նշանակություն ունի հիվանդի համար, քան ուտոպիային հետևելը: Այս կարծիքը կարող է զարմանք առաջացնել, քանի որ մենք շարունակ պնդել ենք, որ փոփոխությունը բուժման և հետազոտման մեջ արժեքավոր օղակ է (տե՛ս գլուխ 10): Սակայն «կառուցվածքային փոփոխությունը» բուժման նպատակն է, որը, թվում է, անձի հոգեվերլուծական հոգեբանության ամենադժվար հասանելի տեսական և էմպիրիկ կառույցներից է: Այդ պատճառով մենք բավարարվում ենք այն փոփոխություններով, որոնք հիվանդին հնարավորություն են տալիս իր կյանքը կառուցելու այն ձևով, որն ավելի լավ է համապատասխանում իր ցանկություններին և սահմանափակումներին, քան բուժումից առաջ: Ֆրոյդի խոսքերը՝ «որտեղ Այդ-ն էր եղել, այնտեղ պետք է «Ես»-ը լինի», վերլուծական բուժման իրատեսական նպատակներն են արտացոլում, երբ էգո-ն ներհայեցումը և գործելու ունակություն է ձեռք բերում (Freud, 1933a, էջ 80):

8.9.4 Հետվերլուծական փուլ

Հոգեվերլուծական բուժման ավարտից հետո հիվանդի հետ հարաբերության պահպանման հարցերին քիչ ուշադրություն է դարձվել: Հոգեվերլուծողների միջև խոսքային հաղորդակցման ընթացքում այդ թեմային վերաբերող մեկնաբանությունները բավականի հազվագյուտ են՝ ի տարբերություն այլ հարցերի շուրջ ինտենսիվ փորձի փոխանակման: Մեր պատկերացումը, թե ինչպես էր Ֆրոյդը լուծում այս հարցերը, աղավաղվում է այն հանգամանքի շնորհիվ, որ բուժման մասին գեկուցումները, որոնք վերլուծական հասարակությանը հայտնի դարձան վերջին տարիներին, Ֆրոյդի բացառիկ հիվանդներին էին վերաբերվում, օրինակ՝ Բլանտոնը (Blanton, 1971), որը հոգեվերլուծող էր, կամ Դուլիտլը (Doulittle, 1956), որը Ֆրոյդի հարգանքը վայելող գրող էր: Այդ տեղեկություններից ելնելով՝ հնարավոր չէ պարզել, թե Ֆրոյդը նման դեպքերում ինչպես էր վարվում: Թեև մեր օրերում բոլորը նույն կարծիքին են, որ հետվերլուծական փուլը մեծ նշանակություն ունի բուժման ընթացքում սկիզբ առած հասունացման գործընթացների զարգացման համար: Սակայն Մենինգերի և Հոլցմանի (Meninger, Holzman, 1958, 1977, էջ 179) դասագրքում հանդիպում ենք միայն հակիրճ հավաստմանը. «Պայմանագիրը կատարված է: Կողմերը բաժանվում են իրարից»:

Այն, ինչ իրականում կատարվում է վերլուծողի և հիվանդի բաժանումից հետո, մի ասպարեզ է, «որտեղ վերլուծողները գիտական մոտեցման բացակայության պատճառով իրենք են իրենց գրկում այնպիսի իմացությունից և հակասություններից, որը կենսականորեն կարևոր է հոգեվերլուծությունը որպես գիտություն զարգացնելու համար» (Schlessinger, Robins, 1983, էջ 6): Տարիներ շարունակ ոչ ոք չէր զբաղվել հոգեվերլուծության հետևանքների սխտեմատիկ ուսումնասիրություններով: Եզակի մանրագնին հետազոտությունները, որոնք մենք կքննարկենք, չափազանց պարզ ցույց են տալիս, որ հետվերլուծական փուլը և հոգեվերլուծական թերապիայի փորձի հետագա յուրացումը արժեքներ են, որոնց կողքով մենք երկար ժամանակ պարզապես անցել ենք: Ինքնավերլուծության փորձը, ինչպես նկարագրել են Կրամերը (Kramer, 1959), Գ. Տիխոն (G.Ticho, 1971) և Կեդլերը (Cadler, 1980), կարելի է միայն մեծ զգուշությամբ փոխանցել հիվանդների վրա: Կրթություն ստանալուց հետո, հոգեվերլուծողները մասնագիտական խմբի անդամ են դառնում, մշտական կոնտակտի մեջ են այլ վերլուծողների հետ և ամենօրյա աշխատանքում մշտապես պետք է հենվեն ինքնավերլուծության վրա: Հետվերլուծական փուլի հասկացությունը, ինչպես այն ներածվել է Ռենգելի (Rangell, 1966) կողմից, համապատասխանում է թերապևտիկ գործընթացի մասին մեր պատկերացումներին: Հետվերլուծական այսպիսի կոնտակտների ձևերը մի վիճարկելի կետ են, որոնց հիմքում ընկած է տրանսֆերի վերացման մասին ոչ վավերական կարծիքը (տե՛ս գլուխ 2) և հետևաբար տրանսֆերի վերակազմավորման մտավախությունը:

Արդյոք ենթադրվո՞ւմ է, որ վերլուծողը պետք է հասնի մի իրավիճակի, երբ հիվանդը նրա հետ շփումներին այլևս չի ձգտում այն նպատակով, որպեսզի վերլուծությունը հիվանդի կյանքի հետ միաձուլվի այն աստիճան, որ ինքը՝ վերլուծությունը, մանկական հիշողությունների նման ամենեզիայի ենթարկի: Թե՛ վերլուծողը պետք է կոնտակտները վերսկսելու հնարավորության դուռը չփակի: Տիլտն (մեջբերված ըստ՝ Robbins, 1975) այն կարծիքն է պաշտպանում, որ վերլուծողը չպետք է հիվանդին հավաստիացնի, որ նա հիվանդի տրամադրության տակ է հետագա կոնսուլտացիաների համար, քանի որ նա դրանով կարող է կործանել հիվանդի ինքնավստահությունը: Դրան հակառակ՝ Հոֆերը (Hoffer, 1950) այս փուլում ցուցաբերում է օժանդակություն, քանի որ հիվանդները դրա կարիքն են զգում: Բուկսբաումը (Buxbaum, 1950) համարում է, որ հաջող վերլուծության նշան է, երբ հիվանդը կարող է ասել. «Ես կարող եմ և՛ բաժանվել, և՛ շարունակել հանդիպել վերլուծողի հետ»: Նրա կարծիքով՝ առավել հեշտ է, եթե վերլուծողը հիվանդին թույլ է տալիս վերսկսել շփումը, երբ նա ցանկանա և դրա կարիքն ունենա՝ նույնիսկ ախտանիշների բացակայության դեպքում: Իր փորձից հետևում է այն, որ հիվանդները երբեմն արձագանքում են այս առաջարկին, սակայն երբեք չեն չարաշահում: Խիստ «այլևս երբեք»-ը հիվանդի վրա ավելի շուտ տրավմատիկ ազդեցություն կունենա, որովհետև դրանով հիվանդը պասիվ դիրքում է հայտնվում: Դեվալդը (Dewald, 1982) առաջարկում է հետվերլուծական կոնտակտների հարցին մոտենալ ներմբռնողաբար: Մի հիվանդի համար հետագա շփումից հրաժարվելը տանջանքի աղբյուր է, մյուս հիվանդի համար հետագա վերլուծական շփումները կարող են իրեն հիվանդ համարելու միտման անառողջ խրախուսանք հանդիսանալ: Գրինստոնը (տե՛ս Robbins, 1975) բուժման ընթացքում փորձ կատարեց վերլուծությունից հետո հիվանդին հանդիպել 4 շաբաթը մեկ՝ մի քանի ամիսների ընթացքում: Այդպիսով՝ վերլուծողի դերը փոխվել է. նա հիվանդի հոգեվերլուծողից դարձել է ունկնդիր, որին նախկին հիվանդն ինքնավերլուծության մասին էր պատմում:

Ակնհայտ է թվում, որ վերլուծողը պետք է ձկուն մոտեցում կիրառի: Եթե հոգեվերլուծական շփումը անհրաժեշտ է՝ ելնելով որոշ տրանսֆերենտ ներտոյիկ հարաբերություններից, ապա Բրյոտիգամի (Bräutigam, 1983, էջ 130) նկարագրած բուժումը ընդունելի է: Այնուհանդերձ, իմաստ ունի հիվանդին տեղեկացնել, որ նա իր սեփական ինքնավերլուծական ունակությունների ձախողման դեպքում առաջացած կյանքի խնդիրների հաղթահարման համար կարող է նորից շփում վերահաստատել իր նախկին վերլուծողի կամ մեկ այլ վերլուծողի հետ (տե՛ս Zetzel, 1965):

Մեկ այլ հարց է, թե ինչպես է վերլուծողը շփվում բուժման ավարտից հետո՝ մասնագիտակա՞ն, թե՞ պատահական մակարդակով: Վերլուծական շրջանակին բնորոշ սահմանազատված հարաբերությունները այլևս չեն կարող նպատակահարմար լինել. նրանք վնասաբեր և ճնշող են: Մյուս ծայրահեղությունը չեզոքությունից խուսափելն է, որն ուղղակիորեն

խրախուսում է հիվանդին դեպի վաղաժամ և անպատշաճ մտերմություն: Հիվանդը հաճախ հակազդում է դրան՝ ինչպես մի սպառնալի գայթակհության: Երկու մոտեցումներն էլ ունեն անբարենպաստ հետևանքներ: Առաջինը հասցնում է ընկճվածության և ռեգրեսիվ կախվածության, մինչդեռ մյուսն ուժեղացնում է շփոթմունքը, տագնապը կամ հիպոմանիակալ արտաներկայացումը: Բուժման ավարտից հետո սոցիալական և մասնագիտական շփումների ամենալավ ձանապարհը գտնվում է այս երկու ծայրահեղությունների միջև (Rangell, 1966):

Ինչ վերաբերում է վերլուծական հարաբերությունների հետագա զարգացմանը, ապա կառաջարկելինք լիակատար բաժանումը փոխարինել անգիտակցական կառուցվածքով, որը բնորոշ է անհատի՝ իր ընտանեկան բժշկի հետ ունեցած հարաբերություններին: Ինչպես ցույց է տվել Բալինտը, ընտանեկան բժշկի հանդեպ վերաբերմունքի հիմնական գիծը մի զգացում է, որ անհրաժեշտության դեպքում բժիշկը հասանելի է: Մեր կարծիքով, բաժանման խնդիրը մշակելիս անհրաժեշտ է հիվանդին առաջ մղել՝ հիմք ընդունելով այդ զգացումը: Երբ բաժանումը համեմատվում է մահվան հետ, ապա սա վերլուծական հարաբերության ոչ պատշաճ չափազանցումն է: Նման համեմատությունը հանգեցնում է արհեստական ողբերգականացման և ուժեղացնում է անգիտակցական ամենազորության երևակայությունները և նրանց պրոյեկցիան, որը բաժանումն ավելի է դժվարացնում: Պետք է պահպանվի անհրաժեշտության դեպքում հարաբերությունները վերահաստատելու հիվանդի լատենտ պատրաստականությունը՝ իրացնելու հնարավորությունը, քանի որ կյանքի ընթացքում փոփոխությունների առաջացման դեպքում յուրաքանչյուրը կարող է ենթարկվել նման ազդեցությունների, և հնարավոր է վերլուծողի օգնությամբ դիմելու պահանջ առաջանա: Երկրորդական է, թե սա նույն վերլուծողը կամ արտաքին պատճառներից ելնելով՝ մյուս վերլուծողը կլինի: Կարևոր է լավ փորձի հիմնական զգացումը, որը հիվանդին հավաստիացնում է, որ վերլուծողը կարող է օգնել:

Հետվերլուծական փուլի երկարատև դիտարկումները այն ոլորտներից են, որին քիչ ուշադրություն էր հատկացվում և որը Ուեդլերի (Waedler, 1956) կարծիքով անհրաժեշտ է ուսումնասիրել: Ընդ որում՝ նպատակահարմար է տարբերակել հետվերլուծական փուլի ոչ սիստեմատիկ կլինիկական հետազոտությունները սիստեմատիկ էմպիրիկ հետազոտություններից: Երկուսն էլ ունեն իրենց նշանակությունը: Պրակտիկայով զբաղվող վերլուծողը կարող է կարևոր երկարատև դիտարկումներ կատարել: Տրանսֆերների ավելորդ վերակազմավորման համար սովորաբար չափազանցված անհանգստությունը խիստ սահմանափակել է վերլուծողների հետաքրքրությունը և շփումներ հաստատելու պատրաստականությունը:

Պֆեֆերը (Pfeffer, 1959) ներածեց հետաձգված հետազոտման ընթացակարգը, որն իրականացվում էր հոգեվերլուծական հարցազրույցի ձևով: Հետագա ուսումնասիրությունները հաստատեցին այդ ընթացակարգի օգտավետությունը (Pfeffer, 1961, 1963): Յուրաքանչյուր հետազոտված դեպքում

պարզորոշ ցուցադրվեցին մնայուն անգիտակցական կոնֆլիկտների հետևանքները, որոնք կապված էին առաջնակիորեն ախտորոշված կոնֆլիկտների հետ: Հոգեվերլուծական բուժման դրական արդյունքը գերազանցապես այն էր, որ հիվանդն այդ կոնֆլիկտների համար պատշաճ լուծումներ գտնելու ունակություն էր ձեռք բերում:

Հոգեվերլուծողներն աստիճանաբար համոզվում են, որ այսպիսի հետազա ուսումնասիրությունները ոչ միայն արտաքին կերպով են ծառայում հոգեվերլուծության վավերականացմանը, այլ նաև հետվերլուծական փոփոխությունների ուսումնասիրության արդյունավետ միջոց են (Norman, 1976, Sclessinger, Robbins, 1983): Հիվանդության պատմությունների ուսումնասիրությունները ցույց են տվել կոնֆլիկտի նմուշների կրկնման մշտականությունը: Այդպիսի նմուշները ձեռք են բերվում մանկության ընթացքում և, որպես այսպիսիք, բավականին անփոփոխ են: Նրանք կազմում են անհատական հասունացման և զարգացման գործընթաց, ձևավորում են մանկական ապրումը և կազմում նկրողի միջուկը: Հոգեվերլուծական բուժման ազդեցությունը հանգեցնում է ոչ թե կոնֆլիկտի նմուշի վերացմանը, այլ ավելի բարձր դիմացկունությանը, ինչպես նաև ինքնավերլուծության ունակությունների զարգացման շնորհիվ ֆրոստրացիային, տագնապին և դեպրեսիային տիրապետելու բարձր ունակությանը: Այս ունակությունը հաստատվում է որպես դիտարկելու, հասկանալու և հոգեբանական ընթացքները միավորելու վերլուծողի ջանքերի հետ նույնացման միջոցներով առաջացած նախագիտակցական կոնֆլիկտները մշակելու ռազմավարություն: Շլեսինգերը և Ռոբինսը, (Sclessinger, Robbins, 1983) ամփոփում են իրենց հետազա հետազոտությունների արդյունքները: Մենք կարծում ենք, որ այս տվյալները որոշակի կերպով թեթևացնում են վերլուծողների բեռը: Նրանք գոհացնում են մեզ նաև այն պատճառով, որ, ի տարբերություն այլ մեթոդների, նման հետազոտությունների շնորհիվ վերլուծական աշխատանքը կարելի է նկարագրել ավելի իրատեսորեն և հավասարակշռված կերպով:

Հետվերլուծական համակարգված հետազոտությունները նաև այլ նպատակներ են հետապնդում, որոնք հատկապես հասանելի դարձան հոգեվերլուծական ամբուլատոր կլինիկաներում այն բանից հետո, երբ Ֆենիխելն (Fenichel, 1930) անցկացրեց Բեռլինյան հոգեվերլուծական ինստիտուտին կից կատարած վերլուծությունների արդյունքների իր առաջին հետազոտությունները (տե՛ս Jones, 1936, Alexander, 1937, Knight, 1941): Նման հետազոտությունների նպատակն է գնահատել տարբեր գործոնների ազդեցությունը թերապևտիկ գործընթացի և նրա արդյունքների վրա, ինչը հնարավոր է միայն մեծ քանակությամբ տվյալների դեպքում (օրինակ՝ Kernberg et al., 1972, Kordi et al., 1983, Luborsky et al., 1988, Sashin et al., 1975, Wallerstein, 1976): Հոգեթերապիայի արդյունքներին նվիրված հետազոտությունների ամփոփումը ներկայացված է Բերգինի և Լամբերտի (Bergin, Lambert, 1978) կողմից:

Շատ քիչ վերլուծողներ են ընդունում արդյունքների այսպիսի ընդհանրական գնահատումները՝ դրանց ունեցած սոցիալական և քաղաքական մեծ արժեքով հանդերձ: Գերմանիայում նման հետվերլուծական հետազոտությունները վճռորոշ դեր են խաղացել բժշկական ապահովագրության համակարգում հոգեվերլուծության ներառման գործընթացում (Dührssen, 1953, 1962): Քանի որ թերապևտիկ արդյունքների հետազոտությունների արդի վիճակը պարզեցված թերապևտիկ ընթացակարգով չի սահմանափակվում (Kächele, Schors, 1981), ապահովագրությամբ երաշխավորված բուժման համակարգում տևական հոգեվերլուծությունների ընդգրկման հիմնավորվածության կանոնավոր հետվերլուծական հետազոտությունները մշտապես անհրաժեշտ են՝ հատկապես նկատի ունենալով կարճատև հոգեվերլուծական թերապիաների տպավորիչ արդյունքները (Luborsky, 1984, Strupp, Binder, 1984):

9. ՀՈԳԵՎԵՐԼՈՒԾԱԿԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՅ

Չնայած նախորդ գլուխներում քննարկել էինք հոգեվերլուծական բուժման տարբեր հանգամանքներ, շեշտը չէինք դրել թերապևտիկ գործընթացում այդ գործոնների ունեցած դերի վրա: Ուսումնասիրեցինք տարբեր տևողությամբ բուժման հատվածները և վերլուծական գործընթացի մակրո-տարրերից անցում կատարեցինք դեպի միկրոտարրերը (տե՛ս Baumann, 1984): Մի կողմից կարծես խոշորացույց ենք օգտագործել՝ կենտրոնանալով բուժման գործընթացի ամենանուրբ եզրերի, օրինակ այն հարցերի վրա, որոնք սովորաբար տալիս է հիվանդը: Մյուս կողմից՝ անտեսելով ավելորդ մանրուքները, հետազոտել ենք հոգեվերլուծողի ընդհանուր ռազմավարությունները:

Հոգեվերլուծական բուժումը կարելի է տարբեր կերպ բնութագրել: Հոգեվերլուծության բնութագրական և էական հատկանիշները նկարագրելու համար բազմաթիվ փոխաբերություններ ենք օգտագործել: Քննարկել ենք թե ինչպես էր Ֆրոյդը վերլուծական գործընթացը շախմատ խաղալու հետ համեմատում, քննարկել ենք նաև համանմանությունը, որն ըստ Ֆրոյդի, նկատելի է հնագետի, նկարչի, քանդակագործի և վերլուծողի աշխատանքում: Թեպետ Ֆրոյդը ոչ մի կասկած չուներ այն բանում, որ վերլուծողը կարող է վճռորոշ, դրական կամ բացասական ազդեցություն ունենալ հոգեվերլուծության ընթացքի վրա, նա, այնուամենայնիվ, ընդգծում էր վերլուծության ընթացքի անկախությունը:

Վերլուծողը սկիզբն է դնում մի գործընթացի, որը հանգեցնում է առկա խնդիրների լուծմանը: Նա կարող է հետևել այդ գործընթացին, նպաստել դրա զարգացմանը, արգելքները վերացնել, ինչպես նաև, անկասկած զգալի վնաս հասցնել: Սակայն սկսված գործընթացն ընթանում է իր ճանապարհով՝ չթողնելով թելադրել ո՛չ ուղղությունը, և ո՛չ էլ ընտրվող թեմաների հերթականությունը (1913, էջ 130):

Փոխաբերություններում կան ներակա տեսություններ և մոդելներ, որոնք կուգենայինք հետազոտել: Սանդլերի (Sandler, 1983) պահանջը, ըստ որի՝ հարկ է մշակել հասկացությունների մասնավոր նշանակության հարթությունը՝ իրական առաջընթացի հասնելու համար, նույնպես հասցեագրված է պրակտիկայով զբաղվող վերլուծողին:

«Հետազոտությունը պետք է հակված լինի նրան, որ ենթադրվող հասկացությունները միանգամայն պարզ դառնան պրակտիկայով զբաղվող վերլուծողի համար՝ նկատի ունենալով, որ այս գործընթացը կարագացնի հոգեվերլուծական տեսության զարգացումը: Այս տեսության հիմքը պետք է ընդգրկի այն հայեցակարգերը, որոնք վերաբերվում են վերլուծողի կողմից տարած աշխատանքին, և այդ պատճառով հիմնական ուշադրությունը պետք է ուղղված լինի կլինիկային » (էջ 43):

Այս խնդրի իրականացմանն աջակցելու համար հետևյալ բաժինները պարունակում են գործընթացային մոդելների գործառույթների և նրանց

գնահատման էական հատկանիշների քննարկումը (9.2), ինչպես նաև այս գործընթացի տարբեր ընկալումներ (9.3), ներառյալ մեր սեփականի (9.4) նկարագրությունը:

9.1 Գործընթացային մոդելի գործառույթը

Եթե ուշադրությունը սևեռենք թերապևտիկ գործընթացի վրա, այսինքն՝ այն ողջ ձանապարհի, որը վերլուծողը և հիվանդն անցնում են միասին առաջին հարցազրույցից մինչև վերլուծության ավարտը, ապա անպայման հարկ կլինի ետին պլան մղել կատարված իրադարձությունների մեծ մասը: Պետք է սահմանափակվենք ամենաէականով, քանի որ հակառակ դեպքում ծառերի պատճառով անտառը չենք տեսնի: Գործառույթի և ընդհանուր դժվարությունների հարցի էությունն այն է, որ իրադարձությունները ինքնըստինքյան կարևոր չեն, այլ կարևոր են դառնում այն նշանակության շնորհիվ, որը մենք վերագրում ենք այդ իրադարձություններին: Հոգեվերլուծողի կողմից թերապիայի ընթացքում մեծ կարևորության արժանացող երևույթների ընտրությունը կախված է նշանակությունների այն ձևանմուշներից, որոնք նա ներքնայնացրել է՝ կապված հոգեվերլուծական գործընթացի կազմակերպման և դրա ընթացքի հետ: Կարող ենք հետաձգել այն հարցի պատասխանը, թե որչափ բացահայտ և տարբերակված են հոգեվերլուծական գործընթացի վերաբերյալ գոյություն ունեցող գաղափարները: Այս պահին ուզում ենք շեշտել միայն, որ ոչ մի հոգեթերապևտ չի կարող անցկացնել կամ գնահատել բուժումը, եթե նա իր տրամադրության տակ չունի թերապիայի տիպիկ ընթացքի վերաբերյալ ձևանմուշներ, որոնք պարունակում են իր գործողությունների վերաբերյալ հրահանգներ և գնահատման չափանիշներ:

Գործընթացի վերաբերյալ վերլուծողի ունեցած ընկալումը շատ կարևոր կարգավորող դեր է կատարում այն իմաստով, որ թույլ է տալիս իր (վերլուծողի) մտադրությունները գործողությունների համակարգի վերածել: Այդպիսով՝ գործընթացի ընկալումը վերացական կամ տեսական հարց չէ: Ընդհակառակը, այդպիսի ընկալումը քիչ թե շատ մշակմամբ յուրաքանչյուր վերլուծողի առօրյա գործունեության մասն է: Սակայն հենց այստեղ է, որ ի հայտ են գալիս մանրամասնորեն մշակված մոդելների և հոգեվերլուծական գործընթացին վերաբերող ոչ ակնհայտ տեսակետների միջև (իմպլիցիտար) որակական տարբերությունները: Որքան քիչ է մոդելը բացատրվում կամ որքան ընդհանրացված կերպով է այն սահմանված, այնքան ավելի հեշտ է այն խուսափում քննադատական մտածողության միջոցով անցկացվող քննությունից: Այդ պատճառով վերլուծողների մեկ սերնդից հաջորդ սերնդին փոխանցվող մոդելները հաճախ այնքան ընդհանրացված կերպով են ձևակերպված, որ չեն կարող հերքվել ոչ մի ուսումնասիրության միջոցով: Սակայն կասկած է հարուցում այն

հանգամանքը, թե նման մոդելները համապատասխանում են այն առարկային, որի նկատմամբ նրանք կիրառվում են:

Վերլուծողի գաղափարների համապատասխանությունը վերլուծական գործընթացին բնորոշվում է այն դերով, որը այդ գաղափարները խաղում են «բարդության աստիճան» և «եզրահանգումների հարաբերական կշիռ» սանդղակների վրա: Մոդելի կարգավիճակ ենք վերագրում այնպիսի հասկացությանը, որը տեղավորված է «բարդ» (ի տարբերություն չտարբերակվածի) և «եզրահանգումների հնարավորություն տվող» (ի տարբերություն անզննելիի) բևեռների մոտ:

Կլաուսը և Բուրը (Klaus, Buhr, 1972, էջ 729) ենթադրում են, որ մոդելը.

«...օբյեկտ է, որը ներածվում և օգտագործվում է սուբյեկտի կողմից, որպես հիմք ունենալով կառուցվածքային, գործառության կամ վարքագծային համանմանությունը՝ որոշակի խնդիր լուծելու համար... Մոդելի օգտագործումը հատկապես անհրաժեշտ է որոշակի իրավիճակներում ելակետային օբյեկտի մասին նոր գիտելիքներ ստանալու համար...»

Տվյալ սահմանումը սկիզբ է առնում բնագիտության և տեխնիկայի բնագավառում առաջացած մոդելի հասկացությունից, ինչը և պարզաբանում են Կլաուսը և Բուրը.

«Բոլոր մոդելների ընդհանուր հատկությունն այն է, որ նրանց չի կարելի ստեղծել (ընտրել կամ առաջ բերել) կամայական կերպով: Ընդհակառակը, նրանք սեփական ներքին կանոնակարգի են ենթարկվում, որը և սուբյեկտի մոդելների դիտարկման փորձում, ճանաչողության կամ վարքի յուրացման ընթացքում վերլուծության իրական օբյեկտն է» (էջ 730):

«Մոդել» հասկացության այս սահմանումը չի կարող կիրառվել հոգեվերլուծական գործընթացի դեպքում: Ճանաչողական գործընթացը, որն իրագործվում է մասնակից-դիտորդի դերում գտնվող վերլուծողի կողմից, ակնհայտորեն տարբերվում է այն ճանաչողական գործընթացից, որը տեղ է գտնում հետազոտողի կողմից դիտարկման պատճառով չփոփոխվող օբյեկտի ուսումնասիրությամբ բնորոշվող գիտություններում: Հետազոտող գիտնականն օբյեկտի վրա ներգործությունն իրականացնում է միայն որպես վերահսկվող գիտական փորձի մի մաս: Սակայն ամենակարևոր հանգամանքն այն է, որ որպես ազդեցություն ունեցող անձ՝ հետազոտողը հետազոտվող օբյեկտի մասը չէ: Եթե նույնիսկ գիտական իմացաբանության այսպիսի դիրքորոշումը վիճարկելի է համարվում, օրինակ, ժամանակակից ֆիզիկայում, որակյալ տարբերություններ են մնում բնագետ գիտնականի և հոգեվերլուծողի կողմից ճանաչման համար ընտրված եղանակների միջև: Վերլուծողը, որն իր օբյեկտին՝ հոգեվերլուծական գործընթացին մոտենում է մոդելի յուրահատուկ ընկալման տեսակետից, *իր սպասումների միջոցով ներգործում է այնպիսի իրադարձությունների ի հայտ գալու վրա, որոնք համապատասխան են այդ մոդելին:* Այդպիսով՝ վերլուծողը, որը թերապիան ընկալում է որպես կանխորոշված փուլերի հաջորդականություն, ուշադրությամբ փնտրում է հաջորդ փուլին անցնելու մասին ազդանշող

հատկանիշներ: Միաժամանակ նա ընտրողաբար կկենտրոնանա հիվանդի այն արտահայտությունների վրա, որոնք հոգեվերլուծական գործընթացի իր մոդելին են համապատասխանում: Այսպիսով՝ նա իրոք կարող է պայմանավորել այն ուղղությունը, որն ընդունում է գործընթացը, մինչդեռ համոզված է, որ դիտում է միայն: Այդպիսով՝ նա իր գործընթացային մոդելը, որը նկարագրական բնույթ է կրում, վերափոխում է կարգադրող թերապևտիկ գործողության:

Այս ասպեկտը շեշտելու պատճառն այն չէ, որ նման ընթացակարգը դատապարտելի է: Հակառակը՝ վերլուծողն այլընտրանք չունի, քան թերապևտիկ գործընթացն ըմբռնել այդ գործընթացի՝ իր մոդելի դիրքերից և, այդ մոդելից ելնելով, վարկածներ առաջ քաշել, և բուժումն անցկացնել այդ վարկածների համաձայն: Վճռորոշ նշանակություն ունի ոչ թե այն, որ վերլուծողն իր գործողությունների ընթացքը կառուցի՝ ելնելով իր մոդելից, այլ այն, որ նա գործողությունների այդ ընթացքին հետևի խիստ կարգադրություններով:

Թերապևտիկ կանոնների և ռազմավարությունների քննարկման ժամանակ (տե՛ս գլուխ 7 և 8) կարևորում ենք կարծրատիպային և էվրիստիկական մոդելների տարբերակումը: Գործընթացային մոդելները նույնպես կարող են օգտագործվել վերլուծողի կողմից, այսինքն՝ այնպես, կարծես նրանք ալգորիթմ լինեն: Ալգորիթմը ենթադրում է առանձին քայլերի հստակ հաջորդականությունը, որը, քայլերի հերթականության ճշգրիտ պահպանման պարագայում, հանգեցնում է ցանկացած նպատակի իրականացման: Գործընթացային մոդելները չեն կարող ընդունել այդպիսի կարգադրական գործառույթ: Նրանք միշտ պետք է կիրառվեն էվրիստիկական և ստեղծագործական ոճով (Peterfreund, 1983): Մոդելը կարող է որպես ալգորիթմ կիրառվել, միայն եթե այն համապարփակ է. մի պայման, որը հոգեբանության գործընթացի առնչությամբ երբեք չի կարող բավարարվել: Գործընթացային մոդելները հուշում են, թե ինչպես կարող է կազմակերպվել բարձր աստիճանի բարդ և բուն մասնագիտական տեղեկատվությունը, որը կուտակվում է երկար ժամանակի ընթացքում: Նույնիսկ երբ կազմակերպման ձևը ընտրված է, անհրաժեշտ է նորից ու նորից փորձարկել այն՝ նոր տեղեկատվության ինտեգրացման ունակության առումով:

Վերլուծողը պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնի այն տեղեկատվությանը, որը չի համապատասխանում իր գործընթացային մոդելին: Հարուստ նյութի մեջ նա միշտ ընդունակ է գտնելու իր մոդելը հաստատող պահեր, սակայն սա դեռ շատ քիչ բան է ասում վերլուծական գործընթացի նրա ընկալման մասին: Այն տեղեկատվությունը, որը չի կարող ինտեգրվել, ընդհակառակը, դրդում է վերափոխել հոգեվերլուծական գործընթացի ըմբռնումը նոր տեղեկատվության հետ համատեղելու ուղղությամբ: Այդ կերպ էլ վերլուծողի մոտ եղած պատկերը քայլ առ քայլ մոտենում է օբյեկտին:

Մեզ համար հասկանալի է, որ վերլուծողից մեծ հոգեկան լարվածություն է պահանջվում խոստովանելու, որ իր կողմից օգտագործվող վերլու-

ծական գործընթացի ընկալումը պիտանի չէ և այդպիսով առաջ բերել այնպիսի վտանգավոր իրավիճակ, որն անխուսափելիորեն հետևում է նման խոստովանմանը: Գործընթացային մոդելի էական գործառույթն ի վերջո կայանում է տարատեսակ տեղեկությունները կարգի բերելու, թերապևտի ուշադրությունը և վարքը համապատասխան կերպով ուղղելու և, այդպիսով, սեփական գործողությունների հաջորդականությունն ապահովելու մեջ: Բնականաբար ոչ ոք չի ցանկանա զրկվել նման հենարանից, նույնիսկ ժամանակավորապես: Այդ կարճատև կողմնորոշման կորստին ավելի հեշտ է դիմակայել, եթե վերլուծողը հրաժարվում է վերլուծական գործընթացի անվրեպ մոդելի առկայության հրապուրիչ գաղափարից: Մեր կարծիքով՝ «անվրեպ գործընթացային մոդելի» հասկացությունը նույնքան կեղծ է, որքան «անվրեպ հոգեվերլուծական գործընթաց» հասկացությունը, որն ընթանում է բնական օրենքներով և ներհատուկ օրինաչափություններով, քանի դեռ վերլուծողի միջամտությունը չի խախտում այն: Գործընթացային մոդելներն ուղղակի ազդեցություն ունեն թերապիայի վրա: Այն, թե արդյոք վերլուծողը կողմնակից է բնական գործընթացի հնարովի գաղափարին, կամ արդյոք նա դիտարկում է բուժումը որպես երկու անձանց միջև ընթացող յուրահատուկ գործընթաց, հիվանդի համար միանգամայն իրական հետևանքներ ունի: Վերլուծողը, որը վերջին տեսակետի կողմնակից է, պետք է շարունակ որոշի՝ արդյոք վերլուծական գործընթացի վերաբերյալ իր ենթադրությունները համընկնո՞ւմ են յուրաքանչյուր առանձին դեպքում համագործակցության վերաբերյալ իր դիտարկումների հետ:

Ընդհանուր առմամբ՝ վերլուծողից է կախված, թե արդյոք իր կողմից գործընթացային մոդելը (սխալմամբ) որպես իրականություն է ընդունվում, և նա, կարծրատիպով առաջնորդվելով, իր միջամտությունն է իրականացնում, թե նա գործընթացային մոդելը որպես գործիք է դիտարկում՝ գործընթացը կազմակերպելու համար, որը պետք է վերանայվի էվրիստիկական ռազմավարությունների շնորհիվ հակասող տեղեկատվության ձեռքբերումից անմիջապես հետո: Անշուշտ, որոշ մոդելներ կարծրատիպային մեկնաբանությունների են հանգեցնում, մինչդեռ այլ մոդելները հեշտացնում են էվրիստիկական ռազմավարությունների օգտագործումը: Ստորև կքննարկենք վերը նշված տեսակետից գործընթացային մոդելների տարբեր հատկանիշները:

9.2 Գործընթացային մոդելների հատկանիշները

Ինչպես արդեն նկատեցի՞ք, հարցի էությունն իրական և կեղծ գործընթացային մոդելների տարբերակումը չէ: Ավելի կարևոր է, թե ինչքանով պիտանի է այս կամ այն գործընթացային մոդելն արդյունավետ թերապևտիկ ռազմավարություն մշակելու համար: Մեզ թվում է, որ այդ համատեքստում կենտրոնական չափանիշն այն է, թե արդյոք մոդելը

ենթադրում է, որ հոգեվերլուծական գործընթացն ունենալու է քվազի-բնական ընթացք: Նման մոդելներն անպայմանորեն չեն հանգեցնում հոգեվերլուծողի կողմից կարծրատիպի կիրառման, բայց դրանք սատարում են հոգեվերլուծողին՝ ակնկալվող, բնական ուղու անշեղ կողմնորոշման միտման առումով: Դիտման արդյունքները, որոնք չեն համապատասխանում մոդելին համահունչ ընթացքին, հաճախ անտեսվում են կամ մեկնաբանվում որպես դիմադրության արտահայտություն:

Կարելի է հատկապես պարզ տեսնել՝ ուշադրություն դարձնելով, թե ինչպես է վերլուծողը վերաբերվում հիվանդների այն արտահայտություններին, որոնք որոշ մեկնաբանություններ չհասկանալու կամ չընդունելու մասին են վկայում: Եթե հիվանդը մերժում է որոշակի մեկնաբանություն, հետագայում այն մեկնաբանվում է՝ հիմք ընդունելով նույն հիվանդի կողմից մերժված վարկածը, և, հետևաբար, ընկալվում է իբրև դիմադրություն, ապա վերլուծողն իր կանխատրամադրվածության գերին է մնում, իսկ հիվանդը զրկվում է նախագիտակցության մեջ կարևոր ուղղումներ անելու հնարավորությունից: Թեպետ (ինչպես տեսանք գլուխ 4-ում) դիմադրության հասկացությունը լավ հիմնավորված է, այնուամենայնիվ, կարող է պատահել այնպես, որ առօրյա շփման իրավիճակում հիվանդի կողմից մեկնաբանության մերժումը ձանաչվի ընդունելի և հիմնավոր (Thomä, Houben, 1967, Wisdom, 1967):

Բուժման քվազի-բնական ընթացքը առաջադրող մոդելների շարքում առանձնանում է մի շատ տարածված տեսակետ, որ թերապևտիկ գործընթացը նմանվում է մանուկ հասակին բնորոշ զարգացմանը: 9.3 բաժնում կքննարկենք Ֆյուրշտենաուի (Fürstenau, 1977) գործընթացային մոդելը՝ որպես այդ տեսակի տիպիկ օրինակ: Այդ մոդելների հիմքում ընկած է մի ենթադրություն, որ թերապիայի ընթացքում հիվանդը զարգացման վաղ փուլերից առաջադիմում է դեպի հետագա փուլերը: Նմանատիպ զարգացումը պարտադիր չէ, ինչը կարելի է տեսնել «հիվանդների բուժման հատուկ փուլի» վերաբերյալ Բալինտի դատողություններից: Բալինտն այդ փուլը նկարագրում է հետևյալ կերպ.

«Իմ կլինիկական փորձը, համառոտ ներկայացմամբ, հետևյալն էր. երբեմն, երբ վերլուծությունը բավականաչափ առաջացած էր լինում, այսինքն՝ բուժման ավարտին էինք մոտենում, իմ հիվանդները սկսում էին նախ շատ անվտանգ ցանկանալ, սպասումներ ունենալ և նույնիսկ հիմնականում, սակայն ոչ բացառապես վերլուծողից պահանջել որոշակի պարզ գոհունակության դրսևորումներ» (1966, էջ 281):

Հիվանդները, որոնց մասին Բալինտը խոսում է, ի վիճակի չեն բուժման ընթացքում հետագոտել սեփական հիմնական ախտածին ենթադրությունները՝ Վայսի և Սիմպսոնի (Weiss, Simpson, 1984) կողմից նկարագրված իմաստով, մինչև չհաղթահարվի հիմնական Էդիպյան բարդույթը, որի արդյունքում հիվանդները կզգան ամբապնդված Էգո և կունենան ավելի մեծ անվտանգության զգացում: Անձնական զրույցի ընթացքում

Ա.Մայերն առաջարկեց այն անվանել «Ժամանակագրական հետադիմական տիպար»:

Այդ քննարկման մեջ հիվանդների գործընթացային մոդելներն ունեն իրենց ուրույն արժեքը, քանի որ դրանք ստույգ կերպով արտացոլում են հիվանդների արձագանքը գործընթացին: Հիվանդները հաճախ խոսում են վերլուծության մասին, ինչպես կխոսեին սեփական տան զննության մասին: Այս փոխաբերությունը հանգեցնում է շենքի ներքին կառուցվածքի ուսումնասիրությանը: Եթե անգամ արտաքինի ուշադիր զննմամբ հմուտ ճարտարապետն ունակ է ընդհանուր առմամբ պատկերացնել շինության ներքին դիզայնը, ապա հատակագծի, ինչպես նաև սենյակների կահավորման մասին իմացությունը կարող է ձեռք բերվել միայն ներքին զննման արդյունքում: Անշուշտ, շենքերը բազմաթիվ ընդհանուր մանրամասներ ունեն, որոնց մասին կարող ենք գաղափար կազմել՝ հիմք ընդունելով կառույցների գործառնությունների մասին մեր իմացությունը: Հոգեկան զարգացումը նույնպես ընթանում է որոշակի փուլերով, ինչպես դա նկարագրվել է մի շարք հեղինակների կողմից (օրինակ՝ Erikson, 1970b): Մենք ձեռք ենք բերում մեր հոգեկան կառուցվածքը զարգացման խնդիրները լուծելու միջոցով. սիմբիոզից անջատում, եռանկյունավորում. էդիպային կոնֆլիկտացիա, դեռահասության շրջան և այլն: Թերապևտիկ աշխատանքի նման կառույցների մատչելիությունը կախված է բազմաթիվ գործոններից, որոնք փոխազդեցության մեջ են մտնում բուժման տեխնիկայի հետ և մեր կողմից ընկալվում են որպես ներհոգեկան պաշտպանություն ու հոգեհասարակական հարմարեցում (տե՛ս Մենցոսի նկարագրությունը իր եռաչափ ավստորոշիչ մոդելի կապակցությամբ (Mentzos, 1982, էջ 109):

Թերապիայի գործընթացի և վաղ հասակի զարգացման՝ որպես գուգահեռ երևույթների դիտարկումը անշուշտ հաճախակի ճիշտ է և կարող է թերապևտիկ միջամտության համար որպես արդյունավետ ձեռնարկ ծառայել: Սակայն ոչ ճիշտ օգտագործման դեպքում տվյալ մոտեցումը վիճելի է դառնում, օրինակ՝ երբ վերլուծողը անտեսում է այն հանգամանքը, որ հասունացած հիվանդի հետ ձևավորվող թերապևտիկ գործընթացը որոշ պահերում (մեծամասամբ անհատական փորձի շնորհիվ) էապես տարբերվում է վաղ մանկական ապրումներից: Վաղ շրջանի փորձը հնարավոր չէ մեկ անգամ ևս իսկապես ապրել, քանի որ թերապևտիկ գործընթացը միշտ որոշակի կերպով առնչվում է չափահաս մարդու ապրումների հետ: Գործընթացային մոդելը, որը հիմնվում է հոգեբանական զարգացման վրա, պետք է հաշվի առնի այդ ապրումները:

Ինչպես արդեն ասվել էր, նման մոդելների հրապուրանքն այն է, որ առանձին փուլերը անշեղելի հերթականությամբ հաջորդում են մեկը մյուսին: Արդյունքում, վերլուծողը հնարավորություն ունի, անտեսելով մնացածը, դիտարկել և օգտագործել միայն այն տեղեկատվությունը, որն ընթացիկ փուլին է համապատասխանում: Այսպիսով՝ փուլը փուլի հետևից կարող է համագործակցության մեջ մտնել, մինչդեռ փուլերի հաջորդականությունը

կարող է մեկնաբանվել որպես գործընթացին բնորոշ կանոնավորություն: Այն մոդելների կիրառման դեպքում, որոնց հիմքում ընկած է այն գաղափարը, թե հոգեվերլուծական գործընթացը բնական ուղղությամբ է ընթանում, հիվանդի զարգացումը տրամաբանորեն ուշադրության կենտրոնում է գտնվում: Դրան հակառակ, եթե հոգեվերլուծական բուժումը դիտարկվում է որպես երկու անձանց միջև յուրահատուկ համագործակցության գործընթաց (տե՛ս բաժին 9.4), ապա շատ կարևոր է դառնում թերապևտի ներդրումը:

Գործընթացային մոդելների գնահատման մյուս էական չափանիշը բխում է հետևյալ հարցերից. ի՞նչ է ասում մոդելը վերլուծողի դերի վերաբերյալ, ինչպիսի՞ գործառույթ է կատարում նա գործընթացի ձևավորման ժամանակ: Ընդհանուր առմամբ, կարելի է ենթադրել՝ որքան շատ է գործընթացը գնահատվում որպես «բնական» ու ինքնավար, այնքան քիչ կարելի է խոսել վերլուծողի դերի և պատասխանատվության մասին: Ծայրահեղ դեպքում՝ վերլուծողն իր դերը կատարում է պարզապես իր մոդելով կանխագրված գործընթացի կարգավորվածությունը գիտակցելու միջոցով՝ չխախտելով այդ կանխագրված գործընթացը: Այդ դեպքում էվրիստիկ մոդելների օգտագործումը ո՛չ անհրաժեշտ է, ո՛չ էլ ցանկալի: Բոլոր դեպքերում նրա պահվածքը մեծամասամբ կողմնորոշվում է ոչ թե ըստ հիվանդի, այլ, ավելի շուտ, ըստ գործընթացի վերաբերյալ նրա ունեցած «բնական» տեսակետի, որը նա փորձում է պահպանել չեզոքության ու մեկնաբանությունների շնորհիվ:

Տրամաբանական է, որ նման մոտեցման դեպքում մեծ նշանակություն է ստանում այն հարցը, թե արդյոք հիվանդը, որը քիչ առաջ նախնական հարցազրույցն է անցել հոգեվերլուծողի հետ, պիտանի՞ է այս գործընթացի համար, որի ընթացքը պատճառաբանված է իրերի բնույթով: Այդ շրջանակներում հարմարեցվող ցուցումները, մեր կողմից առաջարկված իմաստով (տե՛ս գլուխ 6), անհնար են դառնում, քանի որ մեծ ձկնություն են պահանջում վերլուծողի կողմից, որը փոխհամագործակցության ընթացքում պետք է ինքն իրեն փոփոխվող դերերում առաջարկի:

Մենք այստեղ ծայրադեղ դեպք ենք նկարագրել, որպեսզի պարզաբանենք այն ռիսկը, որն աճում է ձիշտ այնքան, որքան վերլուծողը հոգեվերլուծական գործընթացը «բնական է» համարում: Նման դեպքում կա վտանգ, որ վերլուծողը աչք կփակի այն հանգամանքի վրա, որ թերապևտիկ գործընթացը համագործակցության ընթացքում է կառուցվում և ձկուն է: Այս դեպքում կարելի է ենթադրել, որ վերլուծողը գնալով ավելի ու ավելի հաճախ կսկսի հիվանդներին սխալմամբ դասակարգել՝ որպես վերլուծության համար ոչ պիտանի:

Այժմ կնկարագրենք Մեննինգերի և Հոլցմանի (Menninger, Holzman, 1958, 1977) տեսակետը՝ որպես վերլուծողի դերը ոչ ձիշտ կերպով բնութագրող օրինակ: Հեղինակները առաջարկում են մի գործընթացային մոդել, որի համաձայն՝ «հարմար» հիվանդը վերլուծողի հետ պայմանագիր է

կնքում, տիպային գործընթացի վերջում փոփոխում է իր հոգեկան կառուցվածքը և լուծում իր տրանսֆերը: Այս տեսակետը, ի դեպ, հերքվել է Շլեսինգերի և Ռոբինսի (Schlessinger, Robbins, 1983) կողմից, որոնց հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հաջող թերապիայի վերջում տրանսֆերի լուծումն առասպել է: Ընդհակառակը, նույնիսկ հաջողությամբ վերլուծված հիվանդները հետագա հարցազրույցների ընթացքում տրանսֆերի ակնհայտ նշաններ են ցուցաբերել: Համաձայն Մենինգերի և Հոլցմանի՝ վերլուծողը ներկայանում է որպես ոչ ավելին, քան սովորաբար լռակյաց ընկերակից, որի համբերատարությունն ու բարյացակամությունը համոզում են հիվանդին, որ իր սիրո և ասելության տրանսֆերները ներկայումս չունեն ո՛չ դրական, ո՛չ բացասական հիմնավորում:

Հոգեվերլուծական գործընթացի այս կեղծիքը, որը անտեսում է վերլուծողի իրական անձը, ենթադրում է, որ գոյություն ունի «միջին» վերլուծող և վերլուծության համար «հարմար» հիվանդ: Այս տեսակետը, որն անտեսում է այն փաստը, որ նման գույգ՝ վերլուծող և հիվանդ, գոյություն չունի, թույլ չի տալիս համատեղել սոցիալական գիտությունների կողմից ստացված տվյալները թերապևտիկ փոխհարաբերությունների էության հետ: Հոգեվերլուծական բուժման տեխնիկայի ակտուալ խնդիրները հնարավոր չէ լուծել՝ հետևելով բուժման ավելի կարծրացած ընկալմանը՝ իբրև ինքնության ձգնաժամին արձագանք: Մենք, դրան հակառակ, բնութագրում ենք վերլուծողի դերը՝ որպես թերապևտիկ գործընթացի ակտիվ մասնակից, որը կախված է սեփական անձնավորությունից և հիվանդից: Թերապևտի դերի վերաբերյալ նման տեսակետն անգուգադրելի է՝ որպես բնական արդյունք հոգեվերլուծական իրադարձության հասկացության հետ:

Ներկայացված երկու հակադիր տեսակետներից յուրաքանչյուրն առաջին հերթին համոզմունքի արտահայտություն է: Միայն հոգեվերլուծական գործընթացի գնումը կարող է հաստատել այս կամ այն գործընթացային մոդելի պիտանիությունը: Նախնական պայման է հանդիսանում մոդելների ձևակերպումը այդ եղանակով, որը հնարավոր է դարձնում դիտարկման միջոցով դրանց հաստատումը կամ հերքումը: Մենք դիտարկում ենք գործընթացային մոդելների էմպիրիկ հաստատման հարցը՝ որպես գնահատման կարևոր չափանիշ, մինչդեռ իրականում սա գործընթացային մոդելների կիրառելիության գնահատման եզակի միջոց է:

Նմանատիպ նախապայմանը պահանջում է, որ մոդելները հնարավորինս բացատրելի լինեն: Որքան շատ մոդելները մոտեցվեն դիտման մակարդակին, այդքան պարզ ու հստակ կլինեն ածանցյալ գործառնական վարկածները, որոնք հետագայում կարող են փորձարկվել հարցազրույցների ընթացքում դիտարկվող իրադարձությունների հիման վրա: Անհրաժեշտ է վարկածների ստուգման և, որն առավել կարևոր է, մոդելի հետ չհամակերպվող տվյալները հավաքագրելու հնարավորություն ունենալ: Դա նշանակում է, որ մոդելները, որոնք հեշտությամբ կարող են բացատրել նախնական կանխորոշմանը հակասող արդյունքները, անգնահատելի են:

Չնայած դրան՝ հոգեվերլուծական տեսությունները կառուցելիս, խիստ տարածված է անհերքելի մոդելներ ստեղծելու միտումը: Մասամբ դա պայմանավորված է առաջնային անօգնականության զգացումով, որն ունենում է վերլուծողը, երբ առնչվում է ծայրահեղ բարդ խնդրի հետ: Վտանգավոր է կանխագուշակումներ անել, երբ մարդկային վարքը գերկանխորոշված է, երբ ցանկության և պաշտպանության միջև պայքարը ավարտված չէ: Անորոշությունը մեծանում է, եթե երկարում է ժամանակահատվածը, որի վերաբերյալ կանխագուշակում է արվում: Այդպիսով, գործընթացային մոդելների ձևակերպումը միշտ վտանգներով լի նախաձեռնություն է: Սա առավելապես ճշմարիտ է, եթե իդեալական մոդելը մեծ քանակությամբ փոխներգործուն, միմյանցից կախված իրադարձությունների դասակարգման հնարավորություն է ապահովում՝ առանց նրանց միջև գոյություն ունեցող փոխհարաբերությունների բնույթի մասին ստույգ իմացության:

Այդ դժվարությունների հաղթահարման համար երկու հնարավոր ճանապարհ կա: Առաջինը գործընթացային մոդելների վերացական ձևակերպումն է, որի շնորհիվ նրանք «համապիտանի» և այդ իմաստով անհերքելի են դառնում: Նմանատիպ տեսականեցումը փակուղի է տանում և ավելի շուտ աղավաղում, քան պարզեցնում է նոր նյութի ընկալումը: Որպես վերածական ընդհանրացման դրսևորումների օրինակ՝ կարելի է նշել որոշ վերլուծողների ակնհայտ ձգտումը՝ կարճատև ծանոթությունից հետո դեպքերը տեղադրել հասկանալի տեսական կառուցվածքի սահմաններում, մի փաստ, որը կլինիկական սեմինարների ժամանակ զարմանք է առաջացնում: Այդպիսով՝ չհամապատասխանող տեղեկատվությունն անուշադրության է մատնվում, և ենթադրվում է, որ պակասող տեղեկությունները համապատասխանում են տեսությանը:

Հոգեվերլուծական գործընթացի դժվարությունները հաղթահարելու մեկ այլ տարբերակը գործընթացի համընդհանուր ընկալումը ձևավորող մոդելի հավակնությունների սահմանափակումն է: Արդյունավետ մոտեցումն այն է, որ «եթե – ապա» տարբերակով նախապես այնպիսի վարկածներ առաջարկվեն, որոնք թերապիայի ընթացքում սովորաբար կրկնվող տարբեր իրադարձությունների են վերաբերվում: Թե՛ «եթե», թե՛ «ապա» բաղադրիչները պետք է հնարավորինս ստույգ սահմանված լինեն, ինչն ապահովում է վարկածի հերքման հնարավորությունը:

9.3 Հոգեվերլուծական գործընթացային մոդելները

Ֆրոյդի՝ բուժումն անցկացնելու և, հետևաբար, գործընթացի վերաբերյալ տեխնիկական խորհուրդները բավականին մակերեսային են՝ դիտավորյալ աղոտ և անորոշ բուժման ընդհանուր ընթացքի առումով: Չնայած որ այդ խորհուրդները կարող են հիմք լինել մի շարք օրենքների (տե՛ս գլուխ 7) ու ռազմավարությունների (տե՛ս գլուխ 8) ստեղծման

համար, հնարավոր չէ առանձնացնել գործընթացի քիչ թե շատ ամբողջական ըմբռնումը՝ բացի սկզբնական, միջին ու եզրափակիչ փուլերի առանձնացումից, ինչպես դա նկատել է Գլովերը (Glover, 1953): Արդեն հիշատակվել է, թե ինչպես էին Մենինգերը և Հոլցմանը հասկանում այդ գործընթացը: Անկախ նրանց դիրքորոշմանը տրվող գնահատականից, ողջ գործընթացը հասկանալու այդ հեղինակների փորձը վկայում է խնդրի գիտակցման մասին, և հավանության է արժանացել 1958թ. հրապարակվելուց հետո: Մարիենբադյան համաժողովում 1936թ. Բիբրինգի՝ հարցը բարձրացնելուց հետո պարզվեց, որ հոգեվերլուծական բուժման տեսության զարգացումը, որն ավելին է, քան միմյանց հետ թույլ կապակցվածություն ունեցող տեխնիկական սկզբունքների հավաքածուն, անլուծելի խնդիր է: Հնարավոր է, որ նման կացությունը կապված է այն բանի հետ, որ վերլուծողների մեծ մասը նախընտրում է հիվանդության պատմության էսսենսնան նկարագրությունը (Kächele, 1981), ինչպես նաև կապված է նյութի բարդության հետ: Ստորև բերված գործընթացային մոդելների ձևակերպման որոշ փորձերի նկարագրությունները արտացոլում են տեսության զարգացման ներկայիս վիճակը:

Գործընթացի շուրջ մտորումների համար ընդհանուրը «փուլ» հասկացությունն է: Ընդունված մոդելների համաձայն բուժման փուլերի տարբերակումը բնութագրական է ինչպես ուսումը շարունակող թեկնածուների դեպքերի նկարագրության համար, որոնք հաճախ վառ պատկերայնություն պարունակող վերնագրեր են օգտագործում, այնպես էլ Մելցերի կողմից ընդունված մոտեցման համար: Վերջինս առանձնացնում էր ըստ Կլայնի մեթոդի անցկացվող, երեխաների վերլուծության ընթացքին բնորոշ գործընթացների հետևյալ փուլերը.

1. տրանսֆերի հավաքագրում,
2. աշխարհագրական խառնաշփոթության տեսակավորում,
3. գոտիների շփոթության տեսակավորում,
4. դեպրեսիվ կեցվածքի շեմը,
5. «կրծքից կտրելու» ընթացքը:

Փուլերի այդպիսի հաջորդականությունը, ըստ Մելցերի, իսկական բնական օրգանական գործընթացի արտահայտումն է այն դեպքում, երբ բուժումը ստույգ համապատասխանում է Կլայնի մեթոդներին: Զարգացման փուլերի հաջորդականությունն ակնհայտ է մանկական վերլուծությունը հասկանալու առումով, սակայն այն դժվարանում և խնդրահարույց է դառնում, երբ օգտագործվում է չափահաս մարդու վերլուծական գործընթացը հասկանալու համար: Որպես օրինակ կարող է ծառայել Ֆյուրշտենաուի (Furstenau, 1977, էջ 858) «ոչ կիզակետային հոգեվերլուծական բուժման շարունակական կառուցվածքը»: Այդ շարունակական կառուցվածքը հոգեվերլուծական շրջանակում դինամիկ գործոնների փոխգործության արդյունքն է:

Հոգեվերլուծական շրջանակում կարևոր է տարբերակել երկու փոխկապակցված գործընթացներ, որոնք միասին կազմում են շարունակական կռուցվածք: Ըստ Ֆյուրշտենաուի (Furstenau, 1977, էջ 858)՝ այդ երկու մասնակի գործընթացներն են.

1. Ես-ի քայլ առ քայլ կառուցման և նորմալացման գործընթացը, որն ուղեկցվում է ժամանակ առ ժամանակ առաջացող, կառուցվածք ձևավորող ծանր կրիզերով՝ ներառյալ այն եղանակները, որոնց օգնությամբ վերլուծողը հաղթահարում է դրանք՝ օգտագործելով փոխարինումը և աջակցությունը:
2. Տեսարանների միջոցով հանելուկների լուծման և սևեռումների մշակման փուլ, որն ընթանում է շերտ առ շերտ, տրանսֆերի և հակա-տրանսֆերի վերլուծության միջոցով:

Այժմ համառոտ կնկարագրենք շարունակական մոդելի 7 փուլեր՝ ըստ Ֆյուրշտենաուի և կիիշատակենք դրա հետ առնչվող խնդիրները: Ըստ Ֆյուրշտենաուի՝ յուրաքանչյուր փուլը նկարագրվում է՝ ելնելով միասնական տեսակետից՝ «հիվանդի մոտ ի հայտ եկած կարծրացած մոդելների մշակում» և «նոր փոխհարաբերությունների մոդելի կառուցում»:

1. Առաջին փուլում վերլուծողը հիվանդի համար մոր դեր է խաղում. նա պետք է միջնորդի անվտանգության ապահովման համար:
2. Երկրորդ փուլում հիվանդը զարգացնում է իր ախտանիշները, նա դեռևս քիչ է հետաքրքրվում անգիտակցական կապերի ընկալմամբ, սակայն կարևոր հայտնագործություններ է անում վերլուծողի հուսալիության և վստահության առումով:
3. Երրորդ փուլում անցնում են մայր-երեխա վաղ փուլին բնորոշ փոխհարաբերությունների բացասական ասպեկտներին:
4. Չորրորդ փուլում դիմում են սեփական Ես-ին թաքնված ագրեսիայի և մայր-երեխա վաղ շրջանի հարաբերությունների ոլորտից վիրավորանքների բացահայտման միջոցով, որն ուղեկցվում է տարածված դեպրեսիվ ախտանիշների բարելավմամբ: Վերլուծական հարաբերություններում հիվանդն իմանում է, որ վերլուծողը հետաքրքրություն է ցուցաբերում իր թաքնված ֆանտազիաների նկատմամբ, սակայն ոչ սևեռուն կերպով, և չի ստիպում իրեն մեղավորության զգացում ապրել իր նարցիսիստական նահանջի համար:
5. Հինգերորդ փուլում բացահայտվում է հիվանդի սեռական ինքնությունը. վերլուծողն իրեն տարբեր կերպ է պահում կին և տղամարդ հիվանդների հետ:
6. Այս թեման շարունակվում է վեցերորդ՝ էդիպյան եռանկյունավորման փուլում:
7. Բուժման ավարտը հեշտացվում է նոր զարգացող հարաբերությունների շտրիկով, որոնք հիվանդը կարողացավ հաստատել ինչպես ինքն իր հետ, այնպես էլ գործընկերոջ հետ: Ուշադրության կենտրոնում է գտնվում հրաժեշտի՝ սգո մշակումը:

Ֆյուրշտենաուն տարբերում է հոգեկան խանգարման երկու դասեր, որը նա հարաբերականորեն անեղծ էգո-յով ներդներ և էգո-ի կառուցվածքային խանգարումներ է անվանում: Վերջին դասը ներառում է պսիխոտիկ հիվանդների, նարցիսիստորեն ինքնամոխի մարդկանց, հակասոցիալական, կախվածություններ ունեցող, այլասերված և հոգեմարմնական խնդիրներ ունեցող հիվանդների: Ի տարբերություն անեղծ էգո-յով հիվանդների բուժմանը, որը վերոնշյալ եղանակով և փուլերով է ընթանում, էգո-ի կառուցվածքային խանգարումներով հիվանդների ոչ կիզակետային հոգեվերլուծական բուժման ընթացքում մասնակի գործընթացները սերտորեն միահյուսվում են: Ավելին, վերջին խմբի համար թերապիան փոփոխվում է հատկապես առաջին երեք փուլերի ընթացքում: Օրինակ՝ առաջին փուլում վերլուծողը ստիպված է ընթացքին զուգահեռ ավելի ու ավելի շատ որդեգրել փոխարինող գործառույթ: Ավելին, գոյություն չունի պարզ անցում դեպի չորրորդ փուլ, և այդ գործընթացի երկրորդ կեսի ընթացքում գերակշռում է հիվանդի՝ ինքն իր հետ զբաղմունքի և ուրիշների հետ զբաղմունքի հերթագատումը: Համապատասխանաբար տեղի է ունենում վերլուծողի միջամտության հերթագայում. վերլուծողն աշխատում է մեկ տրանսֆերի և դիմադրության հետ, մեկ հիվանդի Ես-ի ամրացման վրա (Fürstenau, 1977, էջ 869):

Վերը ներկայացրած գործընթացային մոդելին հակառակ (բաժին 9.4)՝ Ֆյուրշտենաուի գործընթացային մոդելը բնորոշվում է ֆիքսված բովանդակությամբ, որն ինքնըստինքյան ունի թերապևտիկ գործառույթ, քանի որ վերլուծողին վստահություն է ներշնչում: Ֆյուրշտենաուն զարգացրել է այդ գործառույթի կառուցվածքը՝ ելնելով իր կլինիկական սուպերվիզիայի փորձից: Այդ մոդելի՝ մեր տեսակետի հետ համընկնող կողմերից է այն, որ թերապևտիկ գործընթացը բաժանվում է փուլերի, որոնցից յուրաքանչյուրին տարբեր թեմաներ են բնորոշ: Մեր կարծիքով, պարզ չէ այն ենթադրությունը, որ յուրաքանչյուր գործընթացի փուլերի հաջորդականությունը կազմակերպված է՝ որպես զարգացման օնտոգենետիկ գծային մշակում: Հասարակական գիտությունների տեսակետից քիչ հավանական է, որ այս մոդելը հավակնի համընդհանուր կիրառության: Սակայն բուժման տիպային ընթացքի մոդելի ստեղծումը, անկասկած, հոգեվերլուծության ընթացքի ու ելքի նկարագրությունն առաջ կմղեր:

Նման մոդելի առավելությունն այն է, որ հոգեվերլուծական մեթոդը հարմարվում է հիվանդների երկու խմբի իրական հատկություններին: Սա ազատում է «դասական տեխնիկայի» քիչ թե շատ նեղ ընկալման արդյունքում անընդհատ տրվող նոր սահմանումներից: Համապատասխանաբար, սա վերացնում է բանավեճերի աղբյուրը, որոնց արդյունքում «դասական տեխնիկա» կոչվածի կիրառումը սովորաբար սահմանափակվում է էդիպյան մակարդակի վրա գտնվող ներհոգեկան կոնֆլիկտներով: Մնացած հիվանդներն ուղղորդվում են հոգեվերլուծական հոգեթերապիայի կամ պսիխոդինամիկ հոգեթերապիայի կուրսը անցնելու, կամ էլ իրենց բուժման

համար թերապիայի նոր դպրոց է ստեղծվում: Մեթոդի պոտենցիալ հնարավորությունների վրա կենտրոնացումը վերջիվերջո հանգեցնում է տարբերակման՝ համաձայն հիվանդության տիպի, ինչին կոչ էր անում Ֆրոյդը (Freud, 1919): Սա համապատասխան ճկունություն է ենթադրում առանձին հիվանդների պահանջներին հարմարվելու իմաստով: Դժվար չէ նկատել, որ Ֆյուրշտենաուի թերապևտիկ ակտիվության մոդելը վերաբերում է նույնպես նարցիսիստական խանգարումների ոլորտին, քանի որ այն ընդգրկում է «Ես-ի՝ քայլ առ քայլ կառուցման և նորմալացման» գործընթացը:

Իր վերջին աշխատություններում Կոհութը (Kohut, 1971, 1977) տարբերակում է մտցնում բնագոյների տեսության և Էգո-ի հոգեբանության վրա հիմնված տեխնիկաների և վերլուծության, ինչպես նաև Ես-ի վերականգնման իր ընկալման միջև: Կոհութի Ես-ի վերականգնման տեսության գործընթացային մոդելը բնորոշվում է հետևյալ վարկածներով. անձի օբյեկտը փնտրում է ինքն իրեն ուրիշների մեջ: Դա է յուրաքանչյուր խանգարման հիմքը, որը ծագում է նրանից, որ

1. Ես-օբյեկտը ինքն իրեն ուրիշների մեջ է որոնում:
2. Առկա է մոր կողմից ապրումակցող արձագանքի պակաս: Ապրումակցող արձագանքի բացակայության աստիճանը վերջիվերջո բնորոշում է Ես-ի դեֆիցիտը: Ապրումակցող արձագանքը բաղկացած է զարգացմամբ բնորոշվող մի շարք աստիճաններից. հայելային տրանսֆեր, երկվորյակային տրանսֆեր և Ես-ի իդեալականացնող տրանսֆեր: Այդ աստիճանները սահմանում են էմպատիկ արձագանքի ձևը և նկարագրվում են որպես մարդու հիմնական կարիքներ:
3. Անձի դեֆիցիտը որոշակի հիմք է բոլոր խանգարումների համար: Իր վերջին աշխատություններում Կոհութը նույնիսկ Էդիպյան բարդույթը դիտում է որպես ապրումակցումից զուրկ մոր և հոր արտաբխում (Kohut, 1984, էջ 24): Նրա կարծիքով, եթե Ես-ը սկզբնականորեն վնասված չէ, ապա տեղի չեն ունենալու ո՛չ սեռատման վախ, ո՛չ էլ այդ վախի ավտաբանական հետևանքները:
4. Այն բանից հետո, երբ Ես-օբյեկտային ֆրուստրացիաների (ֆրուստրացիաներ, որոնք հետևանք են այն բանի, որ ուրիշը այդպիսինը չէ, ինչպես մենք կուզեինք) վերակենդանացման դեմ ուղղված դիմադրությունը հաղթահարված է, թերապևտիկ գործընթացում ի հայտ է գալիս Ես-օբյեկտային տրանսֆերների մոբիլիզացում, որն ուղեկցվում է վերլուծական հարաբերություններում անխուսափելի կոնֆլիկտներով: Կոնֆլիկտը տեղի է ունենում Ես-օբյեկտային հակազդումների մշտական կարիքի և Ես-ի վնասման հանդեպ հիվանդի ունեցած վախի միջև: Եթե հիվանդն զգում է, որ իրեն հասկանում են, ապա Ես-օբյեկտային տրանսֆերի մեջ վերակենդանանում են Ես-օբյեկտի նկատմամբ հնացած (արխայիկ) պահանջները, որոնցից նա հրաժարվել էր:
5. Վերլուծվողի Ես-ի և Ես-օբյեկտի, այսինքն՝ վերլուծողի Ես-ֆունկցիայի միջև հարաբերությունները անխուսափելիորեն լիարժեք չեն:

Քանի որ վերլուծվողի հետ լիակատար ապրումակցման ներդաշնակություն հաստատելու փորձը անհաջողության է մատնված, տեղի է ունենում Ես-ի ռեգրեսիա և ախտանիշներ, որոնք ընկալվում են՝ որպես կազմալուծման արդյունք:

6. Իր ապրումակցման արձագանքի շնորհիվ վերլուծողը զգում է, որ հիվանդն իսկապես կարիքն ունի իր Ես-օբյեկտի գործառնություն: Այս կարիքները թաղված են աղավաղված դրսևորումների մեջ: Նա պարզաբանում է իրադարձությունների ընթացքը և ուղղում է իր սեփական թյուրըմբռնումները:
7. Թերապիայի նպատակն է «Ես-օբյեկտ վերլուծողի Ես-օբյեկտային գործառնության փոխարկումը վերլուծվողի Ես-ի գործառնության» (Wolf, 1982, էջ 312): Հոգեվերլուծության մեջ սա հայտնի է «այլափոխվող ներքնայնացում» անվանմամբ: Նշանակալից է, որ Ես-ի կառուցվածքի ամրապնդումը չի նշանակում Ես-օբյեկտներից անկախություն: Ընդհակառակը, նշանակում է Ես-օբյեկտները գտնելու և օգտագործելու ավելի մեծ հնարավորություն:

Այս վարկածի կիրառումը «դասական տրանսֆերի ներդի» գործընթացի նկատմամբ, որը կարող է սահմանափակվել Էդիպյան բարդությո՞վ, հանգեցնում է փուլերի հետևյալ կառուցվածքին (Kohut, 1984, էջ 22)։

1. Ընդհանուր առմամբ լուրջ դիմադրությունների փուլ:
2. Ավանդական իմաստով Էդիպյան ապրումների փուլ, երբ գերակշռում են ծանր սեռատման տագնապի ապրումները (սեռատման բարդությո՞):
3. Լուրջ դիմադրության փուլի վերսկսում:
4. Կազմալուծման տագնապի փուլ:
5. «Թեթև անհանգստության» փուլ, որը «մեկընդմիջվում է լավատեսական սպասումով»:
6. Ավարտական փուլ, որի համար Կոհուքն առաջարկում է «Էդիպյան փուլ» եզրը, որպեսզի մատնանշվի նրա կարևորությունը որպես առողջ, ուրախ ձեռնարկված քայլ զարգացման ուղղությամբ, հստակ տարբերակցված սեռ ունեցող կայուն Ես-ի սկիզբ, որն արդյունավետ և ստեղծագործ ապագայի խոստումն է:

Կոհուքն ինքը մատնանշում է, որ փուլերի տվյալ դասակարգման հիմքում ընկած «տեսական ենթադրություններից մեկն» այն է, որ «վերլուծության գործընթացը մակերեսից դեպի խորքերն է զարգանում», և «տրանսֆերների հաջորդականությունը սովորաբար կրկնօրինակում է զարգացման հաջորդականությունը՝ հակառակ հերթականությամբ» (Kohut, 1984, էջ 22): Այդ գործընթացի նպատակն ու շարժիչ ուժն այն է, որ հիվանդին ցույց տրվի, որ «ապրումակցման արձագանքը պահպանող ելևէջումն այս աշխարհում, իրոք, գոյություն ունի» (1984, էջ 78):

Վերջին աշխատությունում, որը հրատարակվեց հետմահու, իր դիրքորոշումը նկարագրելու համար Կոհուքը այլևս չի խուսափում ծանաչված, սակայն վարկաբեկված «շտկող հուզական փորձ» արտահայտությունից:

Նա պնդում է, որ տվյալ արտահայտության շուրջն ի սկզբանե ծավալվող բանավեճերն առաջացել են այն պատճառով, որ հուզական ապրումը, մշակելու փոխարեն, մանիպուլյատիվ կերպով էր օգտագործվում: Իր կյանքի վերջում Կոհուրը պնդում էր, որ, չնայած բոլոր փոփոխություններին, իր դիրքորոշումը բխում է դասական տեխնիկայից, քանի որ իր դիրքերի հիմքում ընկած են չեզոքությունը և չափավորությունը, որոնք լրացվում են դինամիկ մեկնաբանություններով (տրանսֆերի) և գենետիկ վերակառուցումներով:

Անձի տեսության քննադատական գնահատումը որպես ելակետ պետք է ունենա այն փաստը, որ Կոհուրի բոլոր աշխատություններում օգտագործվող բացատրական մեխանիզմն անվտանգության սկզբունքի ժամանակակից տարբերակն է: Բնագդային ցանկության փոխարեն տեղադրվում է նշանակալի ուրիշի հետ հարաբերությունների կարգավորումը, որը հասկացվում է նարցիսիզմի տեսության համատեքստում:

Առաջնային սիրո մասին Բալինտի աշխատությունը հատվում է Քուլեյի և Միդի սոցիալական հոգեբանական դրույթների հետ: Կոհուրը ժխտում էր խորհրդանշական փոխազդեցությունը, նույնիսկ այն ձևով, որով այն ներկայացված է էրիկսոնի մոտ, ինչով և զգալիորեն աղքատացրել է իր տեսությունը և պրակտիկան: Այս համատեքստում անհրաժեշտ է նշել Պիաժեի հարմարեցման և պատշաճեցման գործընթացը հոգեվերլուծական զարգացման տեսության մեջ ինտեգրելու առաջին փորձերը (տե՛ս Wolff, 1960, Greenson, 1979, 1981): Հոգեվերլուծական «օբյեկտային հարաբերությունների տեսությունը» լիարժեք կերպով չի ընդգրկում սոցիալական համագործակցության ունակությունը: Առաջին վեց ամիսների ընթացքում երեխան անընդհատ «փորձում է մորը տրամադրել իր հետ խաղալու, ապա սկսում է հաղորդակցվել նրա հետ» (Stern, 1977): Հոգեվերլուծական գործընթացի առնչությամբ այդ նոր հնարավորությունները կենտրոնական դիրք են վերագրում կարգավորման կարողության հարցին, որը բերում է գործընթացի այդպիսի ընկալմանը, որը կարող է հաղթահարել Կոհուրի միակողմությունն ու ավելորդ ընդհանրացումները՝ միևնույն ժամանակ չանտեսելով, սակայն, այն փաստը, որ Կոհուրը բացահայտեց մի կարևոր գործոն՝ բարեկեցության և անվտանգության կարգավորումը աստիճանակարգորեն բարձր է առանձին ցանկությունների իրականացումից:

Ստորև քննարկվող Մոզերի և ուրիշների գործընթացային մոդելները կներկայացվեն սահմանափակ կերպով, քանի որ իմացական հոգեբանության ոլորտը (տե՛ս Holt, 1964) դեռևս օտար է հոգեվերլուծողների մեծ մասի համար, ինչը դժվարացնում է այդ հասկացությունների ներկայացումը դասագրքին հատուկ ոճով: Մոզերը և ուրիշները (Mozer et al., 1981) հոգեկան գործընթացների կարգավորման տեսությունը, որի ներքո նրանք նկարագրում էին օբյեկտային հարաբերությունները, հույզերը և պաշտպանական գործընթացները, ներկայացնում էին՝ կիրառելով այնպիսի տերմինաբանություն, որը սովորաբար կիրառվում է համակարգիչներ նմանակող մոդելների

նկարագրության համար: Այդ մոդելի մեջ վերլուծող-վերլուծվող հարաբերությունները դիտվում են որպես ակնհայտ և թաքուն կանոններին հետևող գործընթացային համակարգերի փոխազդեցություն: Հետագա քննարկումը հասկանալու համար անհրաժեշտ է պատկերացում ունենալ գործընթացային համակարգերի մասին: Միգուցե օգտակար կլինի հայտնի հոգեվերլուծական գործընթացային մոդելը դիտարկել որպես գործընթացային համակարգ, որտեղ երեք կարգավորող համատեքստ են փոխհամագործակցում՝ էգո, Սուպեր-էգո և Այդ: Որպես «համատեքստ» հասկացվում են աֆեկտիվ կոգնիտիվ գործառույթների ազատ խմբավորումները, որոնց փոխհամագործակցությունը (քիչ թե շատ) լարված է, ինչը կարելի է համեմատել Ուելդերի (Waelder, 1960)՝ սահմանամերձ գոտիներում տրանսպորտային տեղափոխությունների փոխաբերության հետ, որոնք նորմալ են խաղաղության դեպքում, սակայն արգելված են պատերազմի ժամանակ: Ֆոն Ցեպելինը (von Ceppelin, 1981) ընդգծում էր, որ գործընթացային մոդելի գլխավոր ենթադրությունն այն է, որ հիվանդը և վերլուծողը շարունակ կարգավորող համակարգերի ինչպես սեփական, այդպես էլ ուրիշների և նրանց կողմից ակնկալվող փոխհամագործակցության պատկերներ են ստեղծում: Մոդելի կարևորագույն բնութագիրն այն է, որ հարաբերությունների առաջացման և պահպանման համար սահմանվում է մասնագիտական կարգավորման համատեքստ, որը պարունակում է ցանկություններ և կանոններ հարաբերությունների իրականացման համար: Հարաբերությունը կառավարող կանոնները պարունակում են նաև փոխներգործությունը կարգավորող հաղորդակցման համար անհրաժեշտ «պարագաները» (hardware), և պետք է դասակարգվեն որպես Հաբերմասի՝ համապարփակ պրագմատիզմի տեսության մի մասը միայն: Այդպիսի օրենքները թերապևտիկ գործընթացի համար հետաքրքրություն չեն ներկայացնում, եթե նրանք լրջորեն խանգարված չեն և ի հայտ չեն գալիս որպես ախտաբանական երևույթ: Կարևոր կլինիկական նշանակություն ունեն, այսպես կոչված, «Ես-ի հետ առնչվող» հարաբերությունների կանոնները, որոնք կարևոր են կարգավորող համակարգի ընդհանուր կայունությունը պահպանելու համար: Սրանց ստորադաս են օբյեկտի հետ առնչվող հարաբերությունների կանոնները, որոնք հետևում են տրված սոցիալական հարաբերությունների կանոններին: Տրանսֆերի առաջին անգամ տեղի ունեցող ընկալումը հանգեցնում է կանոնների այս երկու հավաքակազմերի տարբերակմանը. տրանսֆերը տեղի է ունենում միայն այն դեպքում, երբ ընդգրկված են Ես-ին առնչվող կանոններ:

Թերապևտիկ գործընթացը սկսվում է այն ժամանակ, երբ վերլուծվողը ձգտում է վերլուծողից օգնություն ստանալ՝ օգտագործելով վերջինիս կարգավորող կարողությունը: Նա անում է դա՝ իր զարգացման մակարդակով պայմանավորված յուրահատուկ, իրեն բնորոշ եղանակով: Թերապևտիկ գործընթացի խնդիրն անգիտակցաբար առաջացող սպասումների (որոնք վերլուծվողը կապում է վերլուծողի հետ) պարզաբանման մեջ է:

Այդ նպատակով մոդելը սահմանում է թերապևտիկ հարաբերությունների չորս գլխավոր գործառնություններ (von Zeppelin, 1981)։

1. Աֆեկտիվ կոգնիտիվ գործընթացի ընդլայնումը կարգավորման ակտիվացման հաշվին, հատկապես ինքնարտացոլման ունակության ընդլայնման հաշվին։
2. Վերլուծողի և վերլուծվողի փոխհարաբերությունների մոդելի նախապատրաստումը և ներառումը. այս կերպ ձեռք է բերվում «այստեղ և հիմա» իրավիճակում փոխհամագործակցության ունակություն, որը հետագայում պետք է վերածվի վերլուծությունից դուրս իրական հարաբերությունների։
3. Վերլուծողի և վերլուծվողի միջև կարգավորման գործառնությունների վերաբաշխման իմաստով թերապևտիկ փոխազդեցության աստիճանաբար փոփոխությունը։
4. Վերլուծվողի կարգավորման համակարգի փոփոխումը Ես-արտացոլող գործառնությունների ավելի մեծ տարբերական միջոցով։

Տրանսֆերի և հակատրանսֆերի վերլուծությունը սկիզբ է առնում այդ 4 հիմնական գործառնությունների թերապևտիկ հարաբերությունների նկատմամբ կիրառման ժամանակ։ Դրանից հետևող գործընթացները անցնում են տարբեր փուլեր, որոնցում նորից ու նորից վերամշակվում են տարբեր կիզակետերը (տե՛ս 9.4 բաժինը)։ Ներհայեցումը կարելի է նկարագրել ավելի ու ավելի ստույգ եղանակների կառուցման իմաստով, որոնց որոնումը շարունակ կրկնվում է։

Հնարավորություն չունենալով խորանալ առաջարկված ձևական մոդելի տարբերակված նկարագրության և ներկայացուցչական հնարավորությունների մեջ՝ կուզենայինք ընդգծել «կարգավորող կարողություն» հասկացության հատուկ նշանակությունը, որի ռազմավարական և մարտավարական խնդիրը գտնվում է վարկածային «սուբյեկտ-պրոցեստորի» կենտրոնում։ Եթե նույնիսկ այստեղ օգտագործվող տերմինաբանության պատկերները խորթ են թվում, այնուամենայնիվ, ճշգրիտ կերպով են նկարագրում անվտանգության հասկացությունը, ինչի մեջ կարելի է համոզվել Վայսի և Սեմպսոնի կողմից դեկավարվող «Սիոնի սար» հոգեթերապևտիկ հետազոտական խմբի (Mount Zion Psychotherapy Research Group) գործընթացային մոդելի օրինակի վրա, որի նկարագրությունը ներկայացնում ենք ստորև։

Սկսած 1971թ. մի շարք հետազոտությունների արդյունքում, հենվելով պաշտպանության վերլուծության կլինիկորեն և տեսականորեն մշակված կոնցեպտուալիզացիայի վրա՝ այդ խումբը առաջ է քաշել վարվերացման նոր էմպիրիկ մոտեցումներ։ Չխորանալով առանձին, գործնականորեն նկարագրված պսիխոդինամիկ ուրվանկարի մեջ՝ ասենք միայն, որ այդ խումբը հոգեվերլուծական բուժումը սահմանում է որպես իր ախտաբանական համոզմունքներն արտահայտելու հիվանդի պահանջի և հոգեվերլուծողի ջանքերի միջև առկա կոնֆլիկտ։ Այդ ծայրահեղ իրավիճակները (որոնք «թեստեր» են անվանվում) անհրաժեշտ է անցնել այդպես, որ հիվանդն իր

բացասական սպասումների ոչ մի հաստատում չապրի: Եթե թեստը դրական է ավարտվում, ապա հիվանդը կարող է ունենալ անվտանգության զգացում, որի հիմքում ընկած է այն իմացությունը, որ իր պատկերացումների համակարգի համար (որոնք ցանկություն-պաշտպանություն ինֆանտիլ նմուշներից են կազմված) այլևս ոչ մի արդարացում չկա, և այդ պատճառով նա այդ կարգավորող գործառույթի գործողությունները վերսկսելու կարիք չունի: Ֆրոյդի՝ առավել վաղ (բնագդային) և առավել ուշ (Էգո-ի) փուլերի հոգեբանության քննադատական վերլուծությունից բխող այդ տեսակետին կարելի է հանդիպել Լյովենշթայնի (Loewenstein, 1969, էջ 387), Քրիսի (Kris, 1950, էջ 554), Լյովալդի (Loewald, 1973, էջ 284) և Գրինսոնի (Greenson, 1967, էջ 178) աշխատություններում: Թեստի հասկացությանը նախորդող հասկացությունը Ֆրոյդի այն դրույթն է, որ Էգո-ն բնագդով պայմանավորված պահանջի և այդ պահանջը բավարարող գործողության միջև ընդմիջարկում՝ ինտերպոլացիա է կատարում: Սրա հետ մեկտեղ, հիմնվելով ներկայի վրա և գնահատելով ավելի վաղ փորձը, մտքի գործունեությունն ուղղված է ակնկալվող գործողությունների հետևանքները հաշվարկելու վրա (1940a, էջ 199): Այն կիրառվել է Վայսի (Weiss, 1971)՝ «Սիոնի սար» խմբի ներկայացուցիչ տեսաբանի կողմից տրանսֆերի իրավիճակի հանդեպ: Ռանգելը (Rangell, 1971) և Դեվալդը (Dewald, 1978) հանդես են եկել նույնատիպ նկատառումներով:

Հոգեվերլուծական բուժման ընթացքը համապատասխանաբար դիտվում էր որպես թեստերի հաջորդականություն, որոնց ժամանակ առանձին հիվանդների համար բնորոշ թեմաներ են փորձարկվում և մշակվում: Վայսի և Սեմպսոնի առանձնահատուկ վաստակը կարելի է համարել այն, որ նրանք գործնական եղանակով ստուգել են ֆրոյստրացիային վերաբերող վարկածը: Չնայած որ այդ երկու տեսակետները բուժման նույնատիպ փուլերի համար վճռորոշ են համարվում, Վայսի և Սեմպսոնի վարկածի կանխիմացության ուժը զգալիորեն գերազանցում է ֆրոյստրացիայի վարկածի կանխիմացության ուժը: Իրոք, բուժման առաջընթացը կարելի է դիտարկել որպես անգիտակցական ախտածին ենթադրությունների հերքումների հաջորդականություն: Հետագայում ցույց էր տրված, որ եթե ապահովվում է հիվանդի համար անհրաժեշտ անվտանգությունը, ապա արտամղված նյութը կարող է ի հայտ գալ առանց տագնապի՝ նույնիսկ ծավալուն մեկնաբանությունների բացակայության պարագայում (Sampson, Weiss, 1983):

Այդպիսով՝ կոնցեպտուալիզացված և գործնականորեն ստուգված էր կենտրոնական թեման, չնայած «Սիոնի սար» խմբի կողմից հետազոտված գործընթացները բարդ իրադարձությունների միայն մի մասն են պարզաբանել: Ավելի ընդգրկուն մոդել մինչ օրս հնարավոր չի եղել ստեղծել, քանի որ ընդհանուր գործընթացի նպատակները մանրամասնորեն մշակված չեն. այս գործընթացի միայն մի քանի քայլեր են դիտարկված: Այդ գործընթացային մոդելի համաձայն կարելի է ենթադրել, որ թերապիայի բավարար արդյունքով ավարտը հավանական է, եթե հերքվեն հիվանդի բոլոր

ախտածին սպասումները: Այս ուտոպիստական նպատակը մի հարց է բարձրացնում, թե հիվանդի ախտածին ենթադրություններից որո՞նք են իրականանում կոնկրետ գործընթացում այնպես, որ ընկնում են տրանսֆերի տրամախաչվող կրակի հետ:

Ըստ Սենփոսնի և Վայսի՝ բուժումը բնութագրող ձևական քայլերը տեղի են ունենում միշտ, յուրաքանչյուր բուժման ընթացքում և կախված չեն նրանից, թե համաձայն է արդյոք վերլուծողը տվյալ տեսությանը, թե՞ ոչ: Այդպիսով՝ տվյալ մոդելը համընդհանուր վավերականության է հավակնում՝ անկախ հիվանդության առանձնահատկություններից, բուժման փուլից կամ վերլուծողի տեխնիկայից: Այն վերաբերում է բուժման ընթացքի միայն մեկ կողմին. վերլուծվողի կողմից վերլուծողին յուրահատուկ ձևով գործել պարտադրելուն և դրա նկատմամբ վերլուծողի ցուցաբերած հակազդմանը: Ողջ գործընթացը դիտվում է որպես նմանատիպ հերթականությունների շղթա և ոչ մի բան չի ասվում հետևողականության հնարավոր փոփոխությունների վերաբերյալ: Տարբերվում են միայն ենթադրությունների հերքման կարճատև և երկարատև էֆեկտները: Անմիջական էֆեկտն այն է, երբ նվազում է հիվանդի անհանգստությունը. նա ավելի հանգիստ է, ավելի ակտիվ կերպով է մասնակցում վերլուծական աշխատանքին և ավելի մեծ խիզախությամբ է ընդունում իր խնդիրները: Նոր վերհիշումների առաջացումը երկարատև էֆեկտ է համարվում:

Կարելի է ակնկալել, որ, ելնելով իրենց մոդելից, հեղինակները որքան շատ են փորձում մեկնաբանել իրենց կլինիկական դիտարկումները և գործընթացի հետազոտությունների արդյունքները, այդքան ավելի անհրաժեշտ է դառնում կոնկրետացնել և լրացնել մոդելը հետագա ենթադրություններով: Սա կարող էր նաև հնարավորություն տալ ավելի լավ նկարագրել բարդ հոգեբանական գործընթացները, թեպետ արդյունքում հնարավոր է, որ տուժի մոդելի պարզությունը:

9.4 Ուլմյան գործընթացային մոդելը

Հոգեվերլուծական բուժման տեխնիկայի զարգացման ընթացքում հենց սկզբից դիտվեց երկու անտագոնիստական միտում. մեկը՝ մեթոդաբանական միասնականության ուղղությամբ, մյուսը՝ տեխնիկայի համախտանիշային յուրահատկության բազմազանության ուղղությամբ: Օրինակ՝ *թերապևտիկ գործունեության* առնչությամբ Ֆրոյդը հիշատակում է տեխնիկական ձևափոխությունները ֆոբիաների և կոմպուլսիվ ներգոյնների դեպքերում. «... քանի որ աստիճանաբար մեծանում է այն գիտակցությունը, որ հիվանդությունների մեծ մասը չի կարող բուժվել նույնանման տեխնիկայի միջոցով, ի հայտ է գալիս մեկ այլ, զգալիորեն տարբերվող գործունեության անհրաժեշտության գիտակցություն» (1919, էջ 191): Ներգոյնների ընդհանուր և մասնավոր տեսությունների սահմաններում հոգեկան և

հոգեմարմնական հիվանդությունների ծագման վերաբերյալ մշակված վարկածները քիչ թե շատ գործնականորեն հիմնավորված են: Հիվանդությունը ախտորոշելիս և նախինաացությունը մշակելիս կիրառում ենք մոր ոչ ճշգրիտ գիտելիքներն այն բանի մասին, թե ինչ պետք է տեղի ունենար ախտանիշի բարելավմանը կամ ապաքինմանը հասնելու համար՝ տագնապի ներքոյի, անորենքսիայի ներքոյի կամ դեպրեսիվ հակազդման հոգեվերլուծության ընթացքում:

Թերապևտիկ գործընթացը սկսվում է նախքան առաջին բուժման սեանսը: Արդեն պոտենցիալ հիվանդի՝ վերլուծողին դիմելու փաստը, ինչպես նաև իր կողմից շփման հաստատումը և հանդիպման մասին պայմանավորվածության ձեռքբերումն այնպիսի գործոններ են, որոնք ինքնին տիպարներ են ստեղծում, որոնք իրենց հերթին ազդում են բուժման սկզբի վրա և վճռում են բուժման մեկնարկի հաջողությունը: Հենց այս վաղ փուլում է, որ հարց է ծագում, թե անկեղծության և ձկունության ինչ աստիճան է անհրաժեշտ վերլուծողին՝ հատուկ վերլուծական շրջանակ ստեղծելու համար: Թերապևտիկ գործընթացի ավարտը հնարավորություններ է ստեղծում հրաժեշտի և բաժանման նյութերին տիրապետելու համար: Մենք տրանսֆերի ներքոյը դիտում ենք որպես հիվանդի ներքին հոգեկան կոնֆլիկտների թերապևտիկ հարաբերությունների *փոխներգործուն պարկեր* (Thomä, Kächele). այս կոնֆլիկտների կոնկրետ դասավորությունը վերլուծական գործընթացի գործառնություններից է: Դա յուրահատուկ է յուրաքանչյուր դիադայի համար, և այդ պատճառով հոգեվերլուծությունը միանգամայն կարող է պատմական գիտություն համարվել: Մյուս կողմից՝ վերացարկման ավելի բարձր մակարդակում սա հնարավորություն է տալիս նույնացնել վերլուծության ընթացքի տիպային ձևանմուշները: Այստեղ առաջարկվող պարզեցումը թերապևտի անձի առանձնահատկությունների և այդ առանձնահատկությունների տեսական ըմբռնման անտեսման վտանգ է պարունակում: Կոնկրետ ախտանիշների հիման վրա մշակված բուժման ռազմավարության իրականացման հնարավորությունը շատ անկանխատեսելի պահերից է կախված, որոնք հիմնականում վերլուծողի վերահսկողությունից դուրս են գտնվում: Հիվանդի կյանքում տեղի ունեցած իրադարձությունները նոր իրավիճակներ են ստեղծում, որոնք պահանջում են վերանայել ռազմավարությունը:

Այդ պատճառով կիրառելի գործընթացային մոդելը պետք է հիվանդի նկատմամբ դրսևորվող անհատական մոտեցման ձկունությունը համատեղի թերապևտիկ խնդրի հետ կապված կանոնավորության հետ: Այդ պահանջը բավարարելու փորձի ընթացքում կառուցեցինք մեր գործընթացային մոդելը, որի հիմքում ընկած է արքիոմների հետևյալ հավաքակազմը.

1. Հիվանդի ազատ գուգորդումներն ինքնաբերաբար չեն հանգեցնում կոնֆլիկտի անգիտակցական ոլորտների հայտնաբերմանը:
2. Հոգեվերլուծողն ընտրություն է կատարում իր մարտավարական և ռազմավարական խնդիրներին համապատասխան:

3. Հոգեվերլուծական տեսությունները ծառայում են կանխավարկածների առաջացմանը, որոնք պետք է շարունակ ստուգվեն փորձարկման և սխալանքի սկզբունքով:
4. Թերապևտիկ միջոցների պիտանելիության մասին կարելի է դատել՝ ելնելով նրանից, թե իրականանո՞ւմ է արդյոք ցանկալի փոփոխությունը: Եթե փոփոխությունը տեղի չի ունենում, անհրաժեշտ է փոխել բուժումը:
5. Միանմանության մասին առասպելները տանում են դեպի ինքնախաբեություն:

Այս ցուցակը պարզորոշ կերպով բնութագրում է հոգեվերլուծական թերապիայի մեր ընկալումը, որը բնորոշվում է որպես ռազմավարական խնդիրներին համապատասխան կարգավորվող բուժման գործընթաց: Նման տեսակետը միանգամայն անսովոր է, քանի որ ուշադրությանը հավասարաչափ բաշխելու կոչը՝ մի կողմից, իսկ ազատ գուգորդությունների կիրառման կոչը՝ մյուս կողմից, լրիվ հակառակ բուժման ծրագիր են ենթադրում: Ավելորդ հակասություններից խուսափելու համար հարկ է հիշել, թե ինչպես է Ֆրոյդը հիմնավորում հավասարաչափ բաշխված ուշադրության վերաբերյալ իր հանձնարարականները. սա գերազանց միջոց է տեսական կանխատրամադրվածությունների ուղղման և յուրաքանչյուր հիվանդության առաջացման սկզբնաղբյուրը ավելի հեշտ հայտնաբերելու համար: Այսպիսով՝ հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը և ֆոկուսավորումը լրացնում են մեկը մյուսին. առավելագույն քանակությամբ տեղեկատվության ստացումը (հավասարաչափ բաշխված ուշադրությունը) և այդ տեղեկատվության կազմակերպումը (ֆոկուսավորումը) հերթագայվում են վերլուծողի ուշադրության կենտրոնում:

Արդեն իսկ ներկայացրեցինք ուլմյան գործընթացային մոդելի կենտրոնական հասկացություններից մեկը՝ կիզակետի հասկացությունը: Նախքան այդ հասկացության բազմաթիվ նշանակությունների ընդգրկվելը հոգեվերլուծական գրականության մեջ, հարկ է դիմել այդ հասկացության ծագմանաբանությանը: «Կենտրոնացում» նշանակում է լույսի ձառագայթների մեկ կետում հավաքվելը, ինչի պատճառով կիզակետում այրման գործընթաց է առաջանում: Այն փաստը, որ վերլուծական գործընթացի մեր ընկալման շրջանակներում ֆոկուսավորմանը առանձնահատուկ տեղ է հատկացվում, ամենևին չի ենթադրվում մեկ նյութի վրա կարծրացած սևեռում: Ուշադրություն դարձնենք մարդո՜ւ տեղեկատվություն յուրացնելու և վերամշակելու սահմանափակ ունակության վրա, որը ենթադրում է ընկալման ընտրողականություն և, հետևաբար, ուշադրության կենտրոնացում՝ ֆոկուսավորում:

Ինչպես նշվել է սկզբում, գործընթացային մոդելները պետք է հնարավորություն տան բուժման ընթացքի վերաբերյալ նմանօրինակ կանոններ հաստատել: Կենտրոնացման գործընթացի հասկացությունն իրականացնում է նման գործառույթ: Թեև կարող ենք թերապևտիկ գործունեությանը (անկախ դրա ուղղվածությանից) արժանին մատուցել միայն

գաղափարագրական միջոցներով, այսինքն՝ նկատի ունենալով առանձին դիադաները, այնուամենայնիվ, հայտնաբերում ենք նյութեր, որոնք կանոնավորապես կրկնվում են հոգեվերլուծական գործընթացում: Օրինակ՝ եթե հիվանդը խոսում է իր տագնապների մասին, ապա այդ թեման հոգեդինամիկ կիզակետ է դառնում, եթե.

1. Վերլուծողն ունակ է այնպիսի կանխավարկածներ առաջարկել, որոնք հիվանդին իմաստավից են թվում:
2. Վերլուծողին, որը համապատասխան միջամտություն է իրականացնում, հաջողվում է հիվանդին մոտեցնել այդ նյութին:
3. Հիվանդը կարող է ակտիվ աֆեկտիվ և կոգնիտիվ հետաքրքրություն զարգացնել այդ թեմայի վերաբերյալ:

Մենք դրական պատասխան ենք տալիս այն հարցին, թե արդյոք հիվանդի մոտ առկա՞ է կիզակետը՝ անկախ վերլուծողի կազմավորող միջամտություններից, քանի որ հիվանդի մոտ, այնուամենայնիվ, ախտանիշներ են ձևավորվել: Սակայն բուժման տեխնիկայի տերմինաբանության շրջանակներում այդ պատասխանը բացասական է: Նկատի ունենալով անգիտակցական մոտիվացիոն կառուցվածքների բարձր աստիճանի փոխկապակցվածությունը, դժվար թե կարելի լինի ենթադրել այն հնարավորությունը, որ կիզակետային ախտորոշիչ որևէ գործունեություն ազդեցություն չունենա կենտրոնացված ակտիվության ներգործուն ձևի վրա (տե՛ս Գեբելի և ուրիշների կողմից ներկայացված էմպիրիկ արդյունքները [Gebel, et al, 1981]): «Ապրումակցում» և «փորձնական նույնացում» եզրերով քննարկվող վերլուծողի ճանաչողական գործընթացները, որոնք կարգավորում են իր հակազդումը և ընտրողականությունը (Heimann, 1969), հավանաբար, մեծամասամբ գտնվում են գիտակցական ընկալումից դուրս: Նրանք վերլուծողի համար մատչելի են դառնում միայն կոգնիտիվ և աֆեկտիվ հակազդումների վրա իր աշխատանքի շնորհիվ: Մեր ընկալմամբ, ընդհանուր առմամբ, կարևոր չէ, թե արդյոք վերլուծողը հասնո՞ւմ է իր ֆոկուսավորված բանաձևերին առավելապես ինտուիտիվ ապրումակցմամբ կամ, ընդհակառակը, գլխավորապես հենվում է տեսական նկատառումների վրա: Կարևոր է թվում այն, որ ֆոկուսավորումը ընկալվի որպես էվրիստիկական գործընթաց, որը պետք է ապացուցի իր օգտակարությունը հոգեվերլուծության առաջընթացի համար: Կոնկրետ ֆոկուսավորման ձևավորման համար ցուցումը ընդհանուր կիզակետային թեմաների առաջին պլանում ի հայտ գալն է, ինչպես, օրինակ, անգիտակցական բաժանման տագնապը՝ իր տարբեր դրսևորումներով: Հիվանդի առօրյա կյանքում այս կարգի տարբեր երևույթները մանրամասն մեկնաբանական աշխատանքի առարկա են դառնում, որը պետք է ուղղորդվի անհատական բուժման ընթացքի մասին ձգրիտ գիտելիքներով:

Մենք ենթադրում ենք, որ բարեհաջող դեպքում կիզակետի մշակման ժամանակ յուրահատուկ կերպով փոփոխության կենթարկվի հիվանդի (իսկ միգուցե նույնիսկ վերլուծողի)՝ կիզակետային նյութի հետ վարվելու ձևը:

Փոփոխության այս գործընթացի մասին ավելի ստույգ իմացությունը հնարավոր է վերլուծության ընթացքում և միայն այն դեպքում, երբ փոփոխվում է նաև տրանսֆերի ու դիմադրության, աշխատանքային հարաբերությունների և ինքնիմացության ունակության համաստեղության քննարկման եղանակը: Եթե որոշ ժամանակ անց նույն կիզակետը նորից է հայտնվում, ապա բարձրացվող հարցերը սկզբունքորեն նույնն են մնում: Սակայն կարելի է ակնկալել, որ ձեռք բերված առաջընթացը կորսված չէ, և որ բուժումը կշարունակվի ավելի բարձր մակարդակով:

Որպես արդյունք կարելի է համարել այն, որ համագործակցությամբ ձևավորված կիզակետը դիտարկում ենք որպես հոգեվերլուծական գործընթացի առանցք, և այդպիսով, հոգեվերլուծական տեսությունը կոնցեպտուալիզացնում ենք որպես շարունակական, ժամկետներով չսահմանափակված փոփոխական կիզակետ ունեցող կիզակետային թերապիա:

Այդ ձևանմուշը պատշաճ կերպով արտացոլում է կլինիկական փորձը, ինչը վկայում է, որ տրանսֆերի ներդրի ընթացքը վերլուծողից կախված փոփոխական միավոր է: Հոգեթերապիայում կան բազմաթիվ հետազոտություններ, որոնք ուսումնասիրում են թերապևտի հետ կապված տարբեր փոփոխականներ, և այդ փոփոխականները պետք է դիտարկվեն հոգեվերլուծական գործընթացի ըմբռնման շրջանակներում (տե՛ս Parlof et al., 1978, Luborsky, Spece, 1978): Մենք չենք կարող վերադառնալ մի իրավիճակի, որը նախորդում էր այն հայտնագործությանը, թե հոգեվերլուծական գործընթացը հաստատված է և զարգանում է փոխներգործուն փոխհամագործության շնորհիվ: Այդպիսով՝ ի տարբերություն որոշ, վերը քննարկված ձևանմուշների, կիզակետերի հաջորդականությունը դիտարկում ենք որպես հիվանդի պահանջների և վերլուծողի համար բաց հնարավորությունների միջև անգիտակցական փոխանակման հետևանք: Վերլուծողի փոփոխումը, որպես կանոն, հանգեցնում է լիովին նոր ապրումների: Չնայած այս երևույթի մասին հաճախ բանավոր կերպով էին հայտնում, այն հազվադեպ էր քննարկվում հոգեվերլուծական գրականության մեջ (օրինակ՝ տե՛ս Guntrip, 1975): Մի գործընթաց, որը հիվանդը և վերլուծողը ապրում են միասին, փակուղի է մտնում, երբ այն այլևս դադարում է արդյունավետ լինել, նույնիսկ եթե բուժումը դեռ շարունակվում է: Որոշ գործընթացներ երբեք տեղից չեն շարժվում այն պատճառով, որ երկու մասնակիցներին էլ չի հաջողվել կիզակետային նյութերի մշակման մեջ փոխհամագործակցող շղթայակցում հաստատել (տե՛ս Huxter, et al., 1975):

Ոչ միայն վերլուծողի անձնավորությունը, այլև գործընթացային մոդելն ազդում է թերապիայի ընթացքի վրա: Եթե վերլուծողը, օրինակ, ելնում է այն դրույթներից, որ բուժումը պետք է ընթանա ըստ որոշակի փուլերի ենթադրյալ բնականոն հաջորդականությամբ, ապա նա բուժումը համապատասխան կերպով է կառուցում: Այն նշանակությունը, որը վերլուծողը տալիս է նյութերին՝ ելնելով վերլուծական գործընթացի իր յուրահատուկ ըմբռնումից, ազդում է առանձին թեմաների մշակման ինտենսիվության և որակի վրա:

Վերլուծական գործընթացի մեր ըմբռնումը չի բացառում այն, որ թերապիան ընթանում է համապատասխան զարգացման օրինաչափությունների (տե՛ս բաժին 9.3-ը):

Նախքան Ուլմյան գործընթացային մոդելի մանրակրկիտ ներկայացմանն անդրադառնալը, կուզենայինք քննարկել կիզակետային հասկացության պատմական նախադրյալները, որոնք մեզ ոգեշնչել են: Կիզակետի մասին գաղափարը երազների սիստեմատիկ վերլուծության համատեքստում առաջին անգամ արտահայտվել է Ֆրենչի կողմից (French, 1952):

Երազի ճանաչողական կառուցվածքը պատկերացնում ենք որպես փոխկապակցված խնդիրների համաստեղություն: Այդ համաստեղությունը պարունակում է մեկ խնդիր, որը հավաքագրում է ամենախորը խնդիրներ և որից մակերեսային խնդիրներ են ծագում: Դա երազ տեսնելու պահին երազ տեսնողի կիզակետային խնդիրն է: Յուրաքանչյուր կիզակետային կոնֆլիկտ անցած օրվա որոշակի իրադարձության կամ հուզական իրավիճակի նկատմամբ հակազդումն է, որը հանդես է եկել որպես «օրվա նստվածքների արդյունքում առաջացած խթան» (French, 1970, էջ 314):

Այս մոդելն մշակվել է Չիկագոյի ինստիտուտի կողմից ձեռնարկված հայտնի համատեղ ուսումնասիրությունների ընթացքում որպես երազները հասկանալու համակարգ: Այդ անհատական թերապիայի ընթացքում գերակշռող կոնֆլիկտների ուսումնասիրությանն ուղղված հետազոտությունների մասնակիցներից մեկը Կոհութն էր (Seitz, 1966, էջ 212): Առաջ քաշվեց մի ենթադրություն, որ յուրաքանչյուր հարցազրույցի ընթացքում նախագիտակցական մտածողությունը հակված է կենտրոնանալու (ենթադրաբար խտացված և մանրամասն սահմանված) նյութի վրա: Գիտակցության մեջ ներթափանցելու ունակ զուգորդությունների բազմազանությունը խտացված է մեկ կետում: Այդպիսով ակտիվանում են զուգորդված անգիտակցական ժառանգական կոնֆլիկտները ... որոնց հուզական լիցքի համար բնորոշ է նախագիտակցության մեջ տեղափոխումը առանձին վերցրած գերլիցքավորված կիզակետային կոնֆլիկտի վրա: Հետևելով Ֆրոյդին՝ Զայտը ենթադրեց, որ.

«...կիզակետային կոնֆլիկտը սովորաբար բաղկացած է հոգեվերլուծողի վրա ընթացիկ տրանսֆերից և տեսականորեն լավագույն կերպով կարող է հասկացվել դինամիկ օրվա մնացորդի տեսանկյունից: Քանի որ այդ գերլիցքավորված նախագիտակցական կոնֆլիկտները հանդիսանում են հոգեբանական ոլորտում դինամիկ ուժերի հանդիպման կետ, դրանք անհատական հարցազրույցի ընթացքում առաջացող բարդ, տարասեռ թվացող, ասոցիատիվ նյութի մեկնաբանող սահմանումների միացման և ինտեգրացման համար օգտակար կիզակետ են ստեղծում (Seitz, 1966, էջ 212)»:

Ըստ Զայտցի՝ կիզակետային կոնֆլիկտը նույնական է հարցազրույցի ընթացքում գերիշխող տրանսֆերին: Մելանի (Melan, 1963) կողմից նկարագրված կիզակետային թերապիային նվիրված սեմինարում կիզակետի հասկացության հետագա մշակման արդյունք հանդիսացավ կիզակետի

բյուրեղացումը: Այդ հասկացությունը պետք է արտահայտեր այն գաղափարը, որ կիզակետը չի ընտրվում վերլուծողի կողմից, այլ աստիճանաբար զարգանում է հիվանդի և թերապևտի միասնական աշխատանքի շնորհիվ:

Այդ հարցերի շուրջ Բալինտի գաղափարները, որոնք իրենց արտացոլումը գտան հենց Բալինտի հիվանդի՝ Բ. ազգանունով անձի կիզակետային թերապիայի մասին զեկույցում (Balint, et al. 1972), գտնվում էին կիզակետային թերապիային նվիրված սեմինարի ժամանակ քննարկվող կայծակնային գիտակցման փորձի ազդեցության տակ: Բալինտը պնդում է, որ կիզակետային ծրագիրը չի կարող կազմվել առանց կիզակետի ճշգրիտ ձևակերպման, որն իր հերթին համապատասխանում է կայծակնային գիտակցման փորձի խոսքայնացմանը: Որպես բուժմանը ճշգրիտ ուղղություն տվող գործոն, կիզակետի ձևակերպումը պետք է յուրահատուկ լինի (այլ ոչ թե ընդհանրացված «հոմոսեքսուալության» կամ «Էդիպյան բարդությի» նման), հստակ ուրվագծված (այլ ոչ թե լողզված, ինչպես, օրինակ, «հիվանդի հարաբերությունները մոր հետ») և չպետք է լինի երկիմաստ (Balint, et al. 1972, էջ 198): Գտնում ենք, որ նույնիսկ այս համատեքստից դուրս անհրաժեշտ է ունենալ յուրահատուկ ձևակերպումներ: Դեպքերի սովորական քննարկումներն անբավարար են դառնում, եթե քննարկումների մասնակիցները գերընդհանրացված և, հետևաբար, գրեթե իմաստազուրկ բնութագրերից առաջ չեն անցնում, ինչպես օրինակ՝ «Էդիպյան» կամ «նախաէդիպյան» և այլն: Այսպիսի եզրերը մեզ չեն օգնում հասկանալ անհատի ախտածնությունը՝ պարզեցնելը, ոչ էլ տրամադրում են հստակ ցուցումներ՝ համապատասխան գործողություններ ձեռնարկելու համար:

Մեզ թվում է՝ վերացարկման նպատակահարմար մակարդակի ընտրությունը մի խնդիր է, որն ամենահեշտ կերպով լուծվում է կիզակետային թերապիայի միջոցով: Սա ենթադրում է ախտորոշման և թերապիայի միջև եղած ձեղքվածքի հարթում, քանի որ մեկից մյուսին անցման հնարավորություն է ստեղծվում: Կիզակետը մեկնաբանության միջոցով արտահայտելու պահանջը կարծես թե շատ վերլուծողների կողմից ցանկալին իրականության տեղ ընդունելու միտում է արտացոլում: Թվում է, թե նույնիսկ Բալինտը գտնվում էր այդ գաղափարի ազդեցության տակ, երբ խորհուրդ էր տալիս, որ կիզակետը պետք է արտահայտվի մեկնաբանության ձևով, որպեսզի բուժման վերջում այդ մեկնաբանությունը հիվանդին մատուցվի հասկանալի և բանական եղանակով (Balint, et al. 1972, էջ 152):

Կիզակետի մեր ընկալումը, որը հետևում է Բալինտի ձևակերպմանը, դուրս է գալիս Ֆրենչի առաջարկած հասկացության սահմաններից, քանի որ ավելի երկարատև ժամանակաշրջանի վրա է տարածվում: Սրա հետ մեկտեղ, առանձին հարցազրույցների համար կիզակետի բանաձևից հրաժարվելու պատճառներ չկան, սակայն բուժման ռազմավարության տեսակետից ցանկալի է ավելի երկար ժամանակի ընթացքում մշակել հիմնական թեմաները: Բուժման լավագույն տևողությունը և այն, թե արդյոք այն պետք է որոշվի՝ ելնելով սեանսների կոնկրետ քանակից կամ որպես ցուցանիշ

ընդունելով հիվանդի առաջընթացը, գուտ կլինիկական հարցեր են, որոնք պետք է որոշվեն էմպիրիկ եղանակով:

Բուժման գործընթացի վերաբերյալ ցուցումները կարելի է գտնել ուսուցում անցնող թեկնածուների եզրափակիչ զեկուցագրերում, որոնք, որպես կանոն, բուժման գործընթացը բաժանում են ըստ չորս կամ հինգ փուլերի՝ թեմատիկ խորագրերի ներքո:

Համենայնդեպս, այդ զեկույցներից պարզ է դառնում, որ փուլերի տևողությունը կախված է վերլուծողի կողմից կիրառվող տեխնիկական ընթացակարգից: Ըստ այդմ էլ, անհրաժեշտ է տարբերել կիզակետի մեր ընկալումը Բալինտի կողմից առաջարկված կիզակետային կոնֆլիկտի նկարագրությունից, որը ձևավորվում է վերլուծողի կողմից բուժումն անցկացնելու համար: Համոզիչ կարող է թվալ, որ կարճատև հոգեվերլուծական թերապիայի ընթացքում ընտրվում է միայն մեկ կիզակետ, որը և ենթարկվում է մշակման, սակայն կիզակետային թերապիայի Համբուրգյան (Meyer, 1981b, և հատկապես Gabel, et al., 1981) ծրագրի հետ կապված փորձը որոշ կասկածներ է առաջացնում: Մենք առավելապես շեշտում ենք խնդրի համագործակցային կողմը՝ հիվանդի և վերլուծողի մշտական աշխատանքը, որոնց կիզակետը հաստատելու ուղղությամբ ջանքերը արտացոլում են համաձայնության և անհամաձայնության ստեղծագործական գործընթացը:

Ալեքսանդրի և Ֆրենչի աշխատությունների քննարկումների մեջ միշտ քննադատվում էր այն հանգամանքը, որ կիզակետային գործընթացի դեպքում հիվանդը մանիպուլյացիայի է ենթարկվում թերապևտի կողմից: Այդպիսի առարկությունը հիմնավորված չէ մեր ընկալման տեսանկյունից, քանի որ մենք շեշտադրում ենք կիզակետի հետ տարվող համատեղ աշխատանքը: Ընդհակառակը, այս մոտեցումն ավելի բաց է, քան ստանդարտ տեխնիկայի դեպքում, երբ վերլուծողը ծածուկ է աշխատում և հաճախակի առանց բավականաչափ արտացոլման մանիպուլյացիաներ է կատարում: Իր սեփական աշխատանքից և գրականության տվյալներից ելնելով՝ Պետերֆրյոնդը (Peterfreund, 1983, էջ 7-50) նման գործընթացների մի քանի օրինակներ է ներկայացրել:

Վերլուծական գործընթացի մեր ըմբռնումը հստակ օրինակներով ներկայացնելու նպատակով կնկարագրենք մի հորինյալ հիվանդի բուժման կուրսը: Ինչպես պարզվում է, մեծ կարևորություն է հատկացվում նաև թերապևտիկ աշխատանքի գլխավոր նյութին, որն ի հայտ է գալիս հիվանդի կողմից առաջարկված նյութից ու այն ըմբռնելու վերլուծողի ջանքերից: Ենթադրում ենք, որ տվյալ ժամանահատվածում հիվանդը տարբեր նյութեր է ներկայացնում, և կիզակետի ձևավորումը իրականացվում է վերլուծողի կողմից ընտրողական աշխատանքի շնորհիվ: Գործընթացի առնչությամբ ակնկալում ենք, որ կիզակետի վրա համատեղ աշխատանքը կբացահայտի հետագա էական հարցեր, որոնք կարող էին ուրվագծվել միայն նախկինում կատարված աշխատանքի արդյունքում:

Եկեք քննարկենք մի օրինակ, երբ սկզբնական փուլում հիվանդը չորս տարբեր թեմա է առաջարկում: Մենք այդ առաջարկները հասկանում ենք Ֆրենչի (French, 1952, 1970) «միջուկային կոնֆլիկտների» իմաստով՝ ինչպես ինֆանտիլ կոնֆլիկտային համաստեղություններ, որոնք հիվանդի բնավորությունն ու ախտանիշերը պատճառաբանող հոգեծին կերպով ձեռք բերված անգիտակցական կառույցներ են:

Նախնական առաջարկների որոշակի թվի սահմանումը կամայական է, քանի որ հոգեվերլուծական տեսությունը մեծ թվով ինֆանտիլ կոնֆլիկտներ է ընդգրկում: Մենք կարող ենք ավելի քիչ, կամ ավելի շատ, կամ այլ արմատական կոնֆլիկտներ առանձնացնել, կամ նույնիսկ այլ արմատական կոնֆլիկտները դիտարկել համաձայն մեր ուշադրության ուղղվածության, որն իր հերթին այս տեսության հետ է կապված: Ավելի յուրահատուկ խանգարումների դեպքում ակնկալվող արմատական կոնֆլիկտների քանակը հավանաբար նվազում է և մեծանում ավելի լուրջ խանգարումների դեպքում: Նախնական հարցազրույցի ախտորոշիչ փուլում (T_0 ժամանակը, տե՛ս գլուխ 6) վերլուծողը ձգտում է ստանալ հնարավոր կոնֆլիկտների մասին առաջին տպավորությունը, որն այդ պահին թերապևտիկ մեկնաբանություններից անկախ է: Այնուհետև նախնական հարցազրույցի ընթացքում առաջին թերապևտիկ քայլերն են կատարվում (T_1 ժամանակը), ձևավորվում է առաջին կիզակետային համաստեղությունը (F_1), որի օգտակարությունը պետք է ցուցադրվի բուժման առաջին փուլում: Այդ համաստեղության դիտարկման ժամանակ ճշգրիտ կերպով հետևում ենք *կիզակետային կոնֆլիկտի* հատկանիշների՝ Ֆրենչի կողմից առաջարկվող նկարագրությանը, որը ենթադրում է տեղեկություններ աղբյուրի (անգիտակցական ինֆանտիլ խթանների), (վերջին ժամանակաշրջանի և ընթացիկ իրադարձությունների թողած) նստվածքների վրա հիմնված պատճառների, պաշտպանության հիմնական ձևերի և լուծումներ գտնելու փորձերի մասին:

Ի տարբերություն Ֆրենչի, չենք ցանկանում սահմանել ժամանակահատվածը, որի ընթացքում տվյալ կիզակետային նյութը գերակշռող է: Որոշ ժամանակահատվածում (մենք ստույգ ճշգրտության հետևից չենք ընկնում) առաջին կիզակետի վրա աշխատանքը դուռ է բացում դեպի երկրորդ կիզակետ: Մեր օրինակում երկրորդ կիզակետի մշակումը նորից դեպի առաջին կիզակետ է վերադարձնում, ինչը հետագայում աշխատանքի կենտրոն է դառնում, թեպետ հաստատապես որակական այլ դրսևորմամբ:

Մեր կողմից ընտրված սկզբնական ախտորոշման վրա հիմնված օրինակում F_1 կիզակետը՝ հիմնական նյութը, ամբողջ գործընթացի լեյտմոտիվն է: Այն համապատասխանում է հիմնավորված կլինիկական մի փաստի, որ առանձին կիզակետերը կապակցված են միմյանց հետ կենտրոնական կոնֆլիկտի միջոցով: Որպես սխեմատիկ օրինակ կարող են ծառայել հիստերիկ խանգարումները, երբ բարդություններ ունեցող դեպքերում առաջնային կոնֆլիկտը կապված է դրական էդիպյան հարաբերությունների հետ: Սակայն, միևնույն ժամանակ, խանգարումը կարող է նաև ընդգրկել էդիպ-

յան բացասական ոլորտը (F_2), ինչպես նաև անալ (F_3) կամ օրալ (F_4) կոնֆլիկտային թեմաներ, որոնք, կախված վերլուծական գործընթացի կառուցվածքից, կարող են և ամենայն հավանականությամբ ի հայտ կգան որպես երկրորդային կիզակետ:

Այդ առումով ընդունելի է Լուբորսկու (Luborsky, 1984) առաջարկը, ում հաջողվել է էմպիրիկ կերպով ցույց տալ կոնֆլիկտային թեմաների այդ դասակարգման ճշգրտությունը: Այս հիմնական տրանսֆերենտ խնդիրը նա անվանեց միջուկային կոնֆլիկտային հարաբերությունների թեմա: Դա տեսականորեն և գործնականորեն լավ հիմնավորված կենտրոնական կոնֆլիկտային դինամիկայի հասկացություն է, որը թերապիային ուղղություն է հաղորդում, կարող է հիմք ծառայել նաև կիզակետային ընթացակարգի համար (Balint et al, 1972, Kľwer, 1985, Malan, 1963, Strup, Binder, 1984): Մեր օրինակում մյուս բոլոր կիզակետերը (F_2 , F_3 , F_4), հանդիպում և մշակվում են բուժման ընթացքում: Դրանցից յուրաքանչյուրը գլխավոր տրանսֆերենտ կոնֆլիկտը (F_1) ներթափանցման նոր միջոցներ է տրամադրում:

Դիդակտիկ հիմքերից ելնելով՝ ընտրել ենք բուժման ընթացքի բավականին կոպիտ օրինակը: Այդ մոդելը կարող է արտահայտել գործընթացը: Մեր մոդելի կիրառմամբ՝ կարելի է նկարագրել գործընթացը տարբերակման բազմազան մակարդակների վրա՝ կախված մեր նպատակներից:

Վերադառնալով հոգեվերլուծության՝ որպես տան հետազոտման փոխաբերական նկարագրությանը, կարելի է ասել, որ ինտերիերի ուսումնասիրությունը հիմնականում կենտրոնանում է մի սենյակի վրա, որը, շնորհիվ իր կենտրոնական դիրքի, մուտք է ապահովում դեպի այլ սենյակներ, սակայն այդ սենյակ կարելի է մուտք գործել նաև հարակից այլ սենյակներից:

Մտադիր չենք այստեղ մանրամասնորեն ներթափանցել այլ բազմաթիվ մանրուքների մեջ, որոնք մեր մոդելի մի մասն են կազմում: Մեր նպատակն է ներկայացնել հոգեվերլուծական գործընթացի ընկալումը, որը բավարարում է մի շարք կարևոր չափանիշների: Ակնհայտ է, որ գործընթացի կարծրատիպային ընկալումը ավելորդ քարացածություն է մտցնում հոգեվերլուծական աշխատանքի մեջ: Մեր մոդելը ամենատարբեր պայմաններում հոգեդինամիկ գործընթացների ընկալման համար հենք է ստեղծում և կարող է կիրառվել ինչպես կարճատև, այդպես էլ երկարատև թերապիայի դեպքում: Այն համատեղելի է հոգեվերլուծության մեջ տարբեր մոտեցումների հետ, որոնք օգտագործվում են որպես միջոց՝ հիվանդի կողմից առաջարկվող նյութի ընկալման համար:

Գտնում ենք, որ այս գործընթացի մեր ընկալումը բխում է սոցիալական գիտություններից և հակադրվում է գործընթացի վերաբերյալ առկա այն տեսություններին, որոնց հիմքում ընկած է ենթադրությունը, թե գործընթացը բնական երևույթ է: Նման տեսությունները զարգանում են այնտեղ, որտեղ դպրոցների և գաղափարախոսությունների ձևավորումը զուգահեռաբար և անբակտելիորեն են ընթանում:

Հոգեվերլուծական գործընթացը, ինչպես այն ընկալվում է, գոյատևում է իր բազմազանության և բաց լինելու շնորհիվ, ինչը տեղ է տալիս ստեղծագործելու համար, սակայն ինքն իրեն սահմանափակում է, հենց որ կոնկրետություն է ի հայտ գալիս: Այդպիսով, մոդելը չի թելադրում՝ արդյոք հաջորդ հանդիպման ընթացքում նույն նյութը կզարգանա՞, թե՞ իրավիճակային խթանների ազդեցության տակ մեկ այլ կիզակետ կառաջանա: Յուրաքանչյուր սեանսին ի հայտ է գալիս անխուսափելի իրավիճակ, երբ անհրաժեշտ է ընտրություն կատարել ուղղությունների միջև: Վերլուծական գործընթացը դիալեկտիկ լարվածության մեջ է՝ ընկած լինելով «ճանապարհը նպատակ է» հասկացության (von Blarer, Brogle, 1983, էջ 71) և այն փաստի միջև, որ աննպատակ ճանապարհորդություն՝ որպես երևույթ, գոյություն չունի: Ժամանակ առ ժամանակ երկու ճանապարհորդները կանգ են առնում և խորանում են մի նյութի մեջ, որը երկուսի համար էլ կարևոր է թվում: Բլարերի և Բրոգլի գրավիչ թվացող փոխաբերությունը, որտեղ վերլուծական գործընթացը ճանապարհի հետ է համեմատվում, որտեղ թե՛ վերլուծողը, թե՛ վերլուծվողը ոտք են դրել առաջին հարցազրույցի պահից, կարող է ընդունվել այն դեպքում, եթե ճանապարհը խնդիրներից դեպի խնդիրների լուծմանն է տանում:

Ուզում ենք գործընթացի՝ որպես շարունակական, որակապես փոփոխվող կիզակետով և ժամանակով չսահմանափակված կիզակետային թերապիա ընկալումը հակադրել մաքուր հոգեվերլուծական գործընթացի մասին կեղծ գաղափարին: Կողմնակից ենք ձկուն գործընթացային մոդելին, այսինքն՝ մի տեխնիկայի, որն էվրիստիկական կողմնորոշում ունի, այսինքն՝ պիտանի է որոնումների և հայտնագործությունների համար և ուղղված է փոփոխությունների համար լավագույն պայմաններ ստեղծելուն: Համոզված ենք, որ հոգեվերլուծական գործընթացի ավանդական կանոնները շատ օգտակար դրույթներ են պարունակում, սակայն նրանց արդյունավետությունը կորչում է, եթե մեթոդն ինքնըստինքյան նպատակ է համարվում: Նույնը վերաբերում է գործընթացի գաղափարին: Կանոններն ունեն կողմնորոշիչ գործառնություն և առաջին հերթին գործիքի դեր են խաղում, որը վերլուծողին օգնում է կազմակերպել սեփական աշխատանքը, հեշտացնում է հաղորդակցումը վերլուծողների մեջ: Նրանք (կանոնները) թերապիայի համար սպառնալիք են ներկայացնում, եթե դիտարկվում են որպես անխուսափելի իրականություն և այդ պատճառով անհրաժեշտ շարունակական վերանայմանը չեն ենթարկվում:

10. ՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՊՐԱԿՏԻԿԱՅԻ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

10.1 Ֆրոյդի մրցանակային հարցը

Վաթսուն տարի առաջ Ֆերենցին և Ռանկը (Ferenczi, Rank, 1924) փորձեցին հստակեցնել «վերլուծական տեխնիկայի և վերլուծական տեսության միջև հարաբերությունները» ու հետազոտել, «թե ինչ չափով է տեխնիկան ազդել տեսության վրա, և որքանով են նրանք օգնում կամ խանգարում միմյանց»: Այսպես է հնչում Ֆրոյդի կողմից 1922 թվականին ձևակերպված մրցանակային հարցը: Տեղին է ներկայիս խնդիրները համատեղել նախկին չլուծված խնդիրների հետ: Մի քանի ընդհանուր պնդումներ արդիական են մինչև այսօր: Այսպես՝ Ֆերենցին և Ռանկը ենթադրել են, որ կանխավարկածները ստուգվում են ինչպես էմպիրիկ, այդպես էլ դեդուկտիվ ընթացակարգերի միջոցով: Ըստ նրանց՝

«Հավանաբար չափազանցություն չէ պնդելը, որ ծանաչողության փոխադարձ այդ ստուգումը փորձի միջոցով (էմպիրիկ փաստեր, ինդուկցիա) և նախորդ ծանաչողության փորձը (համակարգում և դեդուկցիա) միակ միջոցն է, որը կարող է գիտությանը զերծ պահել սխալների վտանգից: Գիտության այն ճյուղը, որը օգտագործում է ստուգման այս տարբերակներից միայն մեկը կամ փորձում է խուսափել վերստուգման միջոցով վերահսկողությունից, դատապարտված է անհաջողության. նրան պակասում է արգասաբեր միտքը, մաքուր տեսությունը վաղաժամ ամենաճանաչողության պատճառով կհանգեցնի հետազոտությունների շարժառիթի կորստին» (Ferenczi, Rank, 1924, էջ 47):

Տեսության և պրակտիկայի փոխհամագործությունը գնահատելիս անհրաժեշտ է տարբերել ներոգների սպեցիֆիկ տեսությունների շրջանակներում գիտության ձեռքբերումները և դրա համակարգումը այդ գիտության հաջող գործնական կիրառումից: Այն փաստը, որ տեսական փուլը, որի շրջանակներում Ֆերենցին ու Ռանկը ընդգրկում էին, օրինակ, անգիտակցական հոգեկան մեխանիզմների իմացությունը, թերապևտիկ վարպետությունից առաջ էր ընկնում, և այն ստիպեց վերլուծողներին մեծ նշանակություն վերագրել վերհիշումներին և անցյալի ռացիոնալ վերակառուցմանը: Քննադատության առարկա դարձավ անարդյունավետ «մեկնաբանության ֆանատիզմը», որը բխում էր էթիոլոգիական տեսությունից:

Հիշողության և մեկնաբանության թերապևտիկ գործառույթի և մանկության պատմության վերարտադրության օրինակով կարելի է լուսաբանել քննարկվող խնդրի մեկ այլ կողմ: Էթիոլոգիական տեսության մեջ միշտ առաջնորդվել են այն գաղափարով, որ էմոցիոնալ հիվանդությունների առաջացման համար էական է արտամղված հիշողությունների հուզական և աֆեկտիվ կոմպոնենտը: Մեկնաբանման ֆանատիզմի մեջ տեսական գիտելիքները միակողմանիորեն և ոչ ամբողջականորեն են թարգմանվել

թերապևտիկ պրակտիկայի լեզվով: Հետևյալ օրինակով ցանկանում ենք մի ընդհանուր բան պարզաբանել՝ մեջբերում անելով Գյոթեի «Բանաստեղծություն և ձմարտություն»-ից. «Տեսությունը և պրակտիկան անընդհատ ազդում են միմյանց վրա. մարդկանց գործերից կարելի է տեսնել, թե նրանք ինչ են մտածում, իսկ կարծիքներից՝ կռահել, թե ինչ կանեն»:

Ֆերենցին և Ռանկը օգտագործել են «մեկնաբանման ֆանատիզմ» արտահայտությունը՝ քննադատելով տեսական գիտելիքների փոխակերպման եղանակի թերապևտիկ անարդյունավետությունը: Ըստ երևույթին՝ նրանք կարծում էին, որ արդեն համակարգված գիտելիքը իրենց գործընկերների կողմից տեխնիկայի տեսակետից թերի էր օգտագործվում, ընդ որում՝ իրենց պատկերացումը անգիտակցական հոգեկան համատեքստի մասին կարող է միանգամայն ճիշտ լինել:

Ներկայումս կարծիքների բազմազանությունը ներկայացնելու համար կարող ենք անդրադառնալ նշանավոր վերլուծողների՝ հոգեվերլուծական տեխնիկայի և տեսության փոխհարաբերության մասին կյոթ սեղան քննարկմանը: Ռիչարդի մանրամասն հաշվետվությունը (Richards, 1984), Վալերշթայնի ներածական գեկույցը, Ռանգելի, Կերնբերգի և Օրնշթայնի ելույթները, ինչպես նաև բանավեճային դիտողություններն ամբողջական պատկեր են ստեղծում այսօրվա տեսակետների մասին:

Դեռևս Ֆերենցին և Ռանկը խոսել են *circulus benignus*-ի, այսինքն՝ բարենպաստ շրջանակի մասին՝ «տեսության վրա պրակտիկայի ներգործման և պրակտիկայի վրա տեսության ներգործման փոխադարձաբար նպաստավոր ազդեցության մասին» (Ferenchi, Rank, 1924, էջ 47): Սակայն նրանք նաև հավասարապես շեշտել են *circulus vitiosus*-ը (արատավոր շրջանակը): Ռանգելը (մեջբերումը Richards-ի, 1984, էջ 588) առաջընթացը տեսնում է որպես «թերապևտիկ գործընթացի առաջընթաց մշակում այնպիսի հաջորդականությամբ, որը սերտ կապի մեջ է էթիոլոգիական տեսության ընդլայնման հետ»: Որպես օրինակ նշվում է Էգո-հոգեբանությունը, որը իրար է հավասարեցնում դիմադրության և բնազդների բովանդակության վերլուծությունը (Richards, 1984, էջ 588): Քանի որ, նման տեսակետի համաձայն, բոլոր տեսական դրույթները, ներառյալ ըմբռնման համար ավելի դժվար մետահոգեբանական դրույթները, այս կամ այն կերպ կապված են բուժման տեխնիկայի հետ, Ռանգելը կարողանում է սերտ և ոչ հակասական թվացող կապ գտնել: Նույնիսկ եթե որոշակի ժամանակահատվածում տեսությունը ավելի արագ զարգանա, քան տեխնիկան, երկուսն էլ գտնվում են զարգացման մշտական գործընթացում, որը նկարագրվում է որպես էվոլյուցիա:

Համապատասխանաբար՝ Ռենգելը խնդիրներ է տեսնում միայն այնտեղ, որտեղ համակողմանի դիտարկումը սահմանափակված է տեսական կամ գործնական միակողմանիությամբ: Իդեալական պայմաններում տեսությունը և տեխնիկան լավագույն կերպով լրացնում են միմյանց: Նման պարագայում ստեղծվում է տպավորություն, որ հոգեվերլուծությունը հետագայում էլ կարող էր զարգանալ բարենպաստ շրջանակի՝ *circulus*

benignus-ի ուղղությամբ, եթե միայն որպես զարգացման հենարան հանդես գային նույն ծանոթ հիմքերը: Նման տեսակետ ներկայացրել է Ա. Ֆրոյդը (A. Freud, 1954a): Ռենգելը տեխնիկական կամ տեսական սխալները բացատրում է անձնական կամ ուսումնական դպրոցին բնորոշ միակողմանիությամբ, որոշ գործոնների գերշեշտադրմամբ կամ անտեսումներով, նույնիսկ սխալներով, որոնք սկզբից եւթ քննադատել էին Ֆերենցին և Ռանկը:

Սակայն չի բացատրվում այն, թե ինչը կարելի է դասել սխալների շարքին: Ռանգելը նույնիսկ չի բարձրացնում այն հարցը, թե ինչն է բնութագրում որևէ տեսության գիտական վավերականությունը: Բացի այդ, նա չի քննարկում թերապիայի արդյունավետության խնդիրը և չի բարձրացնում այն հարցը, թե ինչ չափով են տեսությունը և թերապևտիկ պրակտիկան փոխադարձաբար իրար օժանդակում կամ խանգարում: Այդպիսով՝ նա էական խնդիրները թողնում է չիշատակված և միայն հիմնալի ներդաշնակության տպավորություն է ստեղծում: Մետահոգեբանության ամենավերացական բաղադրիչ մասերը նույնպես, թվում է, առնչվում են կլինիկական դիտարկումների հետ ճիշտ այնքան, որքան կլինիկական փորձը ներամփոփվում է առաջին հայացքից կայունացած տեսության հիմնական ուղղությունների մեջ: Մնում է չիշատակված, որ տասնամյակների ընթացքում թափված ջանքերն առ այն, որ ամենախելացի վերլուծողների տեսության վերացարկման տարբեր մակարդակների միջև ներքին համաձայնություն հաստատող օրենքներ սահմանվեն, ապարդյուն են մնացել, ինչպես նաև ապարդյուն են մնացել թե՛ տեսության ներքին համապատասխանությունը բարելավելու (Hartmann et al 1953), թե՛ ընդգրկուն համակարգման (Rapoport, 1953) ջանքերը: Քանի որ Ռանգելը ելնում է տեխնիկայի և տեսության սերտ կապվածության մեջ անընդհատ զարգացման գաղափարից, նրան պետք չէ փնտրել շեղումներ, որոնք այս կամ այն ձևի ոչ համաչափ զարգացման հետևանքն են: Ռանգելը գտնում է, որ նման խախտումները բացառապես անհատի կամ դպրոցի կողմից տեխնիկայի կամ տեսության թերի ըմբռնման արդյունքն են: Նա հետաքրքրված չէ հոգեվերլուծական տեսությունների ձմարտացիությամբ, տեխնիկայի արդյունավետությամբ կամ օպտիմալացմամբ: Թույլ տեղերը և թերությունները պետք է փնտրել ինչ-որ այլ տեղ, այսինքն՝ վերլուծողի մեջ, որին, իր անհատական հատկություններից ելնելով, չի հաջողվում հասնել տեխնիկայի և տեսության չափորոշիչների գիտակցմանը: Չնայած նրան, որ յուրաքանչյուր վերլուծող ի վիճակի է իրականացնելու գործող հոգեվերլուծական ընկերության կողմից ու գրականության մեջ կուտակված տեսական և տեխնիկական գիտելիքների միայն մի որոշակի մասը, Ռենգելի ad hominem փաստարկները միևնույն է, հնացել են: Այն ի սկզբանե դժվարացրել, իսկ երբեմն անլուծելի է դարձրել բարդ խնդիրների գիտական պարզաբանումները:

Վալերշտայնը (տե՛ս Richards, 1984), դրան հակառակ, կասկածի տակ է առնում այն դոգմայի ձմարտացիությունը, թե տեխնիկան և տեսությունն այդքան սերտ են կապված միմյանց հետ, և որ տեսության յուրաքանչյուր

փոփոխություն պետք է հանգեցնի նաև տեխնիկայի ձևափոխմանը: Իսկապես, տեսությունը մի հարյուրամյակի ընթացքում էականորեն փոխվել է, սակայն շատ դժվար է ցույց տալ, թե ինչպես է տեխնիկան փոխվել տեսության լույսի ներքո: Տեխնիկայի և տեսության համընկնումը շատ ավելի չնչին է, քան դրա մասին պնդում են: Ահա թե ինչու Վալերշտայնը խորհուրդ է տալիս տեսության և տեխնիկայի միջև հարաբերությունը անկանխակալ դիտարկել:

Այսպիսի դիտարկումների նպատակով հարկ է հիմնվել պրակտիկայի վրա և կոնկրետ այն խնդիրները հետազոտել, որոնցից շարունակ խուսափում էին այն պնդման պատճառով, որ տեսությունը և տեխնիկան անվերջ զարգացող *circulus benignus*-ի մեջ իրար օժանդակում են: Այն միամիտ տեսակետը, որի համաձայն կարելի է ենթադրել *circulus benignus*-ի գոյությունը՝ առանց էմպիրիկ հետազոտությունների, խանգարում է ընդհանուր առաջընթացին, քանի որ հաշվի չի առնվում այն պահանջը, որը պետք է ներկայացվի պրակտիկային, եթե տեխնիկան և տեսությունը ենթադրաբար օժանդակում են միմյանց:

Բյուրիմացություններից խուսափելու համար անհրաժեշտ է ընդգծել, որ վերջին տասնամյակների ընթացքում, իհարկե, տեղի են ունեցել տեսության և տեխնիկայի էական զարգացումներ և փոփոխություններ: Իրար հետ կապված տեսության և տեխնիկայի զարգացման մի ակնառու օրինակ է Կոհուրթի Ես-հոգեբանությունը, որը, ըստ Ռիչարդսի (Richards, 1984) զեկույցի, ելակետ հանդիսացավ Օրիշթայնի համար:

Սակայն տեսության և տեխնիկայի փոխկապակցված զարգացումը չի կարելի հավասարեցնել այն պնդմանը, թե տեխնիկան և տեսությունը իրար օժանդակում են երկկողմանի առաջընթացի իմաստով, որի հետևանքով տեսությունը դառնում է ավելի ճշմարտացի, իսկ տեխնիկան՝ ավելի ազդեցիկ: Կոհուրթը, ինչպես նաև մի շարք այլ վերլուծողներ, գտնում են, որ գործնականը և տեսականը լիարժեք գործառական միասնություն են ստեղծում.

«Գիտությունների մեծ մասի դեպքում կա քիչ թե շատ հստակ բաժանում գործնական, էմպիրիկ կիրառության ոլորտի և տեսության ոլորտի միջև, բայց և այնպես վերլուծության ժամանակ սրանք միանում են՝ դառնալով մի յուրահատուկ, գործառական միասնություն» (Kohut, 1973, էջ 25):

Պարզամիտ տեսակետը, որ տեխնիկայի արդյունավետության աճը և տեսության՝ առավել ճշմարտացիությունը փոխկապակցված են, զարգացվել է այն ավանդի հիման վրա, որ մեզ թողել է Ֆրոյդը թերապիայի և հետազոտության անքակտելիության վերաբերյալ: Բուժման և ճանաչողության, այսինքն արդյունավետության և ճշմարտացիության միջև անքակտելի կապ գոյություն ունի: Մենք կփորձենք հետագա հատվածներում ցույց տալ, թե ինչ հարցերի ու խնդիրների տեղիք է տալիս այսպիսի անքակտելիությունը, և կարծում ենք, որ հիմք ընդունելով Ֆրոյդի անքակտելի կապերի հայեցակարգը, կարող ենք տեսության և տեխնիկայի միջև առկա հարաբերությունների համար ընդհանուր լուծումներ առաջարկել:

Ֆերենցիի և Ռանկի ձախողումն ավելի պարզ է դառնում մեր այսօրվա այն գիտելիքի լույսի ներքո, որ նրանց առաջադրած փաստարկման հիմքում ընկած էին խմբային դինամիկայի միայն հայտնի գործընթացները: «Հոգեվերլուծողների աճող ապակողմնորոշումը հատկապես գործնական տեխնիկական հարցերի առումով», որը հեղինակները հույս ունեին բացատրել, հոգեվերլուծության հարացույցի պատմության մի մասն է: Թերապևտիկ հարացույցի փոխակերպումը հոգեվերլուծությանը՝ որպես գիտության համապատասխանող հետազոտման մեթոդի, ըստ Կունի (Kuhn, 1961), կարող էր միայն աստիճանաբար կատարվել: Այժմ ակնհայտ է, որ հիվանդությունների (որոնք թեպետ մասամբ հոգեկան են) առաջացման հոգեվերլուծական տեսության վավերականությունը չի կարելի գնահատել այն չափանիշով, որով գնահատվում է բուժման տեխնիկայի տեսությունը:

10.2 Վերլուծական պրակտիկան անքակտելի կապի լույսի ներքո

Թերապիայի և տեսության, պրակտիկայի և հետազոտության միջև կապը Ֆրոյդը բնութագրում է հետևյալ 3 դրույթով.

1. Ի սկզբանե հոգեվերլուծության մեջ անքակտելի կապ գոյություն ուներ բուժման և գիտական հետազոտման միջև. գիտելիքը թերապևտիկ հաջողության էր բերում, հնարավոր չէր բուժել հիվանդին՝ առանց ինչ-որ նոր բան իմանալու, անհնարին էր նոր ներհայեցման հասնել առանց դրա բարերար ազդեցությունը զգալու: Մեր վերլուծական մեթոդը միակն է, որտեղ այս արժեքավոր գուգադիպությունն անպայման է: Միայն վերլուծական հովվերգության շնորհիվ է, որ խորացվում է մարդկային հոգեկան կյանքի մեր պայծառացող ըմբռնումը: Գիտական շահի այս հեռանկարը վերլուծական աշխատանքի ամենանշանավոր և ամենաուրախալի գիծն է» (Freud, 1927a, էջ 293):
2. Կարճ ժամանակում նպաստավոր ելքի տանող վերլուծությունները արժեքավոր են թերապևտի ինքնագնահատման համար և հաստատում են հոգեվերլուծության բժշկական նշանակությունը, սակայն նրանց նշանակությունը գիտությունն առաջ մղելու իմաստով մեծամասամբ աննշան է մնում: Դրանցից ոչ մի նոր բան հնարավոր չէ սովորել: Նրանք միայն այն պատճառով են այդքան արագ հաջողության հասնում, որ այն ամենը, ինչն անհրաժեշտ է նրանց ավարտման համար, արդեն վաղուց հայտնի է: Նոր բան կարելի է իմանալ միայն առանձնահատուկ դժվարություններ առաջացնող վերլուծության դեպքերից, որոնց հաղթահարման համար բավականին երկար ժամանակ է պահանջվում: Միայն այս դեպքում է հաջողվում իջնել դեպի հոգեկան զարգացման ամենախորը և ամենապարզունակ շերտերը և այնտեղից էլ գտնել ավելի ուշ ձևավորված խնդիրների լուծումները: Այդ ժամանակ ասում ենք, որ միայն այն վերլուծությունը,

որը այդքան խորն է թափանցել, հիրավի, կարող է հոգեվերլուծություն անվանվել» (Freud, 1918, էջ 32):

3. Ես ձեզ ասել եմ, որ հոգեվերլուծությունը սկիզբ է առել որպես բուժման միջոց, սակայն ես չեի ուզենա հոգեվերլուծության վրա հրավիրել ձեր ուշադրությունը որպես բուժման միջոցի: Այն արժանի է հետաքրքրության իր մեջ պարունակվող ճշմարտությունների շնորհիվ, մարդուն վերաբերող և մարդու էության մասին մեզ հատկացվող տեղեկատվության շնորհիվ, և մարդու գործունեության ամենատարբեր ասպարեզների միջև բացահայտվող կապերի շնորհիվ: Որպես բուժման մեթոդ՝ այն շատերից մեկն է՝ չնայած, անշուշտ, *primus inter pares* (հավասարների մեջ առաջինը): Եթե այն իր թերապևտիկ արժեքը չունենար, չէր ճանաչվի հիվանդների կողմից և չէր զարգացվի ավելի քան 30 տարի» (Freud, 1933a, էջ 169):

Այս հատվածից բխում է այն բարձր պահանջը, որը Ֆրոյդը ներկայացնում էր «խսկական վերլուծությանը»: Անքակտելիության պահանջը միայն այն ժամանակ կարող է բավարարվել, երբ հոգեվերլուծական պրակտիկայի թերապևտիկ արդյունավետությունը պայմանավորված է ձեռք բերված գիտելիքների ճշմարտացիությամբ: Այս պնդումը դժվար է ապացուցել, քանի որ անքակտելի կապը չի ծագում ինքնըստինքյան: Նման պատկերացումը պատրանք է, որի դեպքում յուրաքանչյուր վերլուծություն դիտվում է ինչպես թերապևտիկ, այնպես էլ հետազոտության խիզախ ձեռնարկում: Արդյունավետ թերապիայի և իրական իմացության արժեքավոր միասնությունը՝ որպես հոգեվերլուծական մեթոդի արդյունք, չի կարող դիտվել որպես հոգեվերլուծական պրակտիկայի անխուսափելի չափանիշ: Կան պայմաններ, որոնք պետք է բավարարվեն, մինչև հնարավոր կլինի պնդել, որ անքակտելի կապն, իրոք, գոյություն ունի: Տեսության և պրակտիկայի միջև հարաբերությունների վերակառուցման օգնությամբ մենք կաշխատենք սահմանել այդ պայմանները:

Ֆրոյդի անքակտելիության մասին պնդումների մի կողմը վերաբերում է հոգեվերլուծական ճանաչողության առաջացման պայմաններին, այսինքն՝ այն ամենին, ինչը առնչվում է հայտնագործությունների և գիտելիքների ձեռքբերման հետ: Պրակտիկայի վերաբերյալ այն համատեքստը, որտեղ հոգեվերլուծական գիտելիք է հայտնաբերվում, հոգեբուժական էվրիստիկայի առարկա է, որն առնչվում է այն հարցի հետ, թե ինչպես են վերլուծողի մոտ մեկնաբանություններ առաջանում, և եզրահանգման ինչ եղանակով են դուրս բերվող գործընթացները ձևավորում սպեցիֆիկ դիադիկ հարաբերությունների վերլուծական հայտնագործությունը: Կլինիկական քննարկումները մեծ մասամբ էվրիստիկայի հետ են առնչվում: Սա վերաբերում է նաև անգիտակցական ցանկությունների բացահայտմանը, որոնք բերում են կոնֆլիկտների՝ կյանքի իրականության հետ բախվելիս: Այդ պատճառով հաճույքի սկզբունքը, նույնիսկ որոշ չափով փոխակերպված ձևով, նույնիսկ մետահոգեբանության մահից հետո հոգեվերլուծության մեջ կենտրոնական

տեղ է զբաղեցնում: Հոգեվերլուծական էվրիստիկայում մեծ դեր է խաղում անկեղծությունը, որը ենթադրում է հնարավոր փոխհարաբերությունների բազմազանությունը:

«Հիվանդության դեպքերը, որոնք հայտնվում են հոգեվերլուծողի դիտարկումների ոլորտում, իհարկե, հավասարաթեք չեն: Կան այնպիսի դեպքեր, որոնց ժամանակ նա պետք է օգտագործի այն ամենը, ինչ գիտե, և որոնց դեպքում նա նոր գիտելիքներ ձեռք չի բերում: Կան նաև այլ դեպքեր, որոնք հատկապես պարզ և արտահայտիչ կերպով ցույց են տալիս նրան այն, ինչ իրեն արդեն հայտնի է այնպես, որ նա այդ դեպքերին պարտական է ոչ միայն իր գիտելիքների հաստատման, այլ նաև ընդլայնման համար» (Freud, 1913h, էջ 40):

Այստեղ տեղին է ծանոթագրություն ներմուծել հայտնագործության և հիմնավորման հասկացողությունների հարցի վերաբերյալ: Մենք Ռայխենբախի (Reichenbach, 1938) կողմից ներմուծված այդ տարբերակումը համարում ենք նպատակահարմար՝ առանց, սակայն, արմատական երկատման, և այդ պատճառով, ի հակադրություն Պոպերի (Popper, 1969), իռացիոնալ միստիցիզմին չենք վերագրում այն, թե ինչպես է բժշկի կամ գիտնականի գլխում առաջանում այս կամ այն գաղափարը: Մեր տեսակետից ելնելով՝ Շպինները (Spinner, 1974) համոզիչ կերպով ապացուցել է, որ բացահայտման և հիմնավորման խիստ տարբերակումը վավերական չէ ո՛չ էվրիստիկայի տեսակետից, ո՛չ էլ հետազոտման գործընթացում հաստատման և հիմնավորման տեսակետից (Spinner, 1974, էջ 118, էջ 174, էջ 262): Անշուշտ, պետք է ընդունենք, որ հոգեվերլուծության մեջ այդ տարբերակումն, ընդհանուր առմամբ, չի կատարվում: Ի հակադրություն Ֆրոյդի հայացքների՝ գործառնությունը, որը շատ վերլուծողներ վերագրում են էվրիստիկային՝ հայտնագործության համատեքստին, զգալի չափով զերազանցում է յուրահատուկ դիադային բնորոշ հարաբերությունների շրջանակը:

Դիադայում թերապևտը այնքանով է հետազոտող, որքանով որ հոգեվերլուծական միջոցների օգնությամբ (օրինակ՝ ազատ զուգորդություններ, հակատրանսֆերի ընդունում, մեկնաբանությունների միջոցով միջամտություն) հետազոտություն է կատարում: Հետազոտության այս ձևը հոգեվերլուծական տեսության ձևավորման համար «մայր հող» է (Mutterboden) հանդիսանում: Այդ պատճառով իր 34-րդ դասախոսությունում Ֆրոյդը այսպես է ասում իր երևակայական լսարանին.

«Ինչպես ձեզ հայտնի է, հոգեվերլուծությունը ծագել է որպես բուժման մեթոդ, դրանից բավականին առաջ է անցել, սակայն իր «մայր հողից» չի հրաժարվել, և դրա խորացումն ու զարգացումը դեռևս կապված են հիվանդների հետ: Կուտակված տպավորությունները, որոնցից մենք զարգացնում ենք մեր տեսությունները, այլ եղանակով չեն կարող ստացվել» (Freud, 1933a, էջ 163):

Հոգեվերլուծական հետազոտության էությունը դիադայում այն է, որ վերլուծողը այս իրավիճակում ստանում է վերլուծական գիտելիքներ հիվանդի, ինչպես նաև թերապևտի հետ նրա հարաբերությունների մասին: Մենք այդ գիտելիքները հետազայում անվանում ենք դիադային բնորոշ:

- Բուժումն այն բանի արդյունքն է, որ վերլուծողը հիվանդի հետ կիսում է իր տպավորությունները՝ ներառելով հուզական գործընթացների փոխգործունեության (տրանսֆեր և հակատրանսֆեր)՝ տվյալ արվեստի կանոններին համաձայն, այսինքն՝ մեկնաբանությունների ձևով:
- Այս դիադային բնորոշ գիտելիքների տրանսֆերը դրդում է հիվանդին իր ապրածի և հատկապես իր անգիտակցական շարժառիթների հետագա վերլուծության: Հիվանդի մտորումների նկարագրված ձևը անվանում են ներհայեցում:
- Ներհայեցման գործընթացի հետևանքը կարող է լինել նոր նյութի մակերևույթ դուրսբերումը, որն իր հերթին նշանակում է գիտելիքի ընդլայնում, և դրանով հնարավորություն է տալիս հիվանդին՝ հասնելու նոր ներհայեցման, որն էլ տանում է դեպի առողջացում:
- Անհրաժեշտ է հստակ տարբերակել այն գիտելիքները, որոնք հայտնվում են հիվանդին մեկնաբանությունների ընթացքում և այն գիտելիքները, որոնք «կուտակված տպավորությունների արդյունքն են» և որոնք ընդհանրացված կերպով հոգեվերլուծության տեսությունն են ձևավորում:

Թեև հատուկ դիադային գիտելիքը ստացվում է հոգեվերլուծական տեսությունից բխող հիպոթեզների ֆոնի վրա, այն, այնուամենայնիվ, կարող է տանել գոյություն ունեցող ենթադրությունների ընդլայնմանը և փոփոխմանը: Հետևաբար, ճանաչողությունն անցնում է ավելի ընդհանրական ձևի, որն էլ տեսական ֆոն է ստեղծում նոր կոնկրետ դիադային ներհայեցումների համար: Հոգեվերլուծական գիտելիքի ձեռքբերումը ընթանում է ըստ հերմենևտիկ շրջափուլի: Ֆրոյդի վերլուծական պրակտիկայում «անքակտելի կապի» գոյատևության վերաբերյալ պնդումն անմիջապես չի բխում ընդհանուր տեսությունից, այլ ուղղորդվում է հատուկ դիադային ճանաչողությամբ:

Այստեղ ներկա հետազոտության հասկացության տարբերակումը և՛ օգտակար է, և՛ հոգեկան թեթևություն է բերում: Էթոլոգը դաշտային հետազոտություններ է կատարում՝ ծանրաբեռնված չլինելով ընդհանուր տեսություններ կազմելու անհրաժեշտությամբ: Ինչպես և հոգեվերլուծողը, նա իր տեսությունները զարգացնում է սեղանի շուրջ և ոչ թե դաշտում: Հետևաբար, հատուկ դիադային ճանաչողությունը մի առանձնահատուկ քայլ է, որն ամեն դեպքում կարող է իրագործվել միայն հոգեվերլուծական շրջանակում: Այնուհետև այս իմացությունից մի ճյուղ է արձակվում ընդհանուր տեսության ուղղությամբ, մեկ այլ ճյուղ էլ արձակվում է արդյունավետ շփման ուղղությամբ: Այս տեսանկյունից հատուկ դիադային գիտելիքը ձեռք է բերվում միատեսակ ընթացակարգի կիրառմամբ, որը միևնույն ժամանակ թե՛ հետազոտման, թե՛ բուժման միջոց է: Հետևաբար, «անքակտելիության» դրույթը ենթադրում է, որ.

1. Առողջացման գործընթացը հիվանդին հուզական և ինտելեկտուալ փորձի փոխանցման արդյունքն է, որը վերածվում է հատուկ դիադային ճանաչողության:

2. Գիտելիքի փոխանցումը պետք է տեխնիկապես ձիշտ տեղի ունենա, այսինքն՝ թերապևտիկական արվեստի կանոններին համաձայն:
3. Բուժման տեխնիկան տանում է դեպի հետագա, ավելի խորը և լայն ըմբռնումների՝ հիվանդի հոգեկան գործունեության և վերլուծողի նկատմամբ նրա վերաբերմունքի, այսինքն՝ թերապևտիկ տեխնիկան նպաստում է հատուկ դիադային ճանաչողության ընդլայնմանը:

Հոգեվերլուծական պրակտիկան կողմնորոշվում է կուտակված հոգեվերլուծական գիտելիքին համաձայն: Տեսության և պրակտիկայի հարաբերության հետագա պարզաբանման համար անքակտելի կապի լույսի ներքո մենք ցանկանում ենք տարբերակել հոգեվերլուծական գիտելիքը, որպեսզի կարողանանք ավելի ճշգրիտ բացատրել, թե որ գիտելիքն է կանոնակարգում վերլուծական հետազոտությունը և վերլուծական պրակտիկան:

- *Նկարագրող և դասակարգող գիտելիքը* պատասխան է տալիս «ինչ է», սակայն ոչ «ինչո՞ւ է» հարցին: Այն ծառայում է նկարագրմանը և կարգավորմանը, և հոգեվերլուծությանն է հանձնում այն փաստերը, որոնք հարկ է քարտեզագրել խնդրի ճանաչման համար: Տվյալ գիտելիքին վերաբերող հարաբերությունների մասին պնդումները միայն հարաբերակցական՝ կոռելացիոն բնույթ են կրում, իսկ հարաբերությունների կախվածության կամ պայմանավորվածության մասին ոչ մի տեղեկատվություն չեն պարունակում: Կլինիկական ոլորտում սրա օրինակ կարող են ծառայել որոշակի ախտաբանական վիճակներին հատուկ ապրումները կամ վարքագիծը: Օրինակ՝ գիտելիքն այն մասին, որ սևեռուն ներոգով տառապող հիվանդների համար բնորոշ է վերահսկման խիստ պահանջը, իսկ մտերմիկ կապի պահանջը, բաժանման վախը և ագրեսիայի քիչ թե շատ թաքնված ձևերը հաճախ լինում են ներոտիկ դեպրեսիաների ժամանակ: Այս իմաստով ախտանշանաբանության ոլորտը կարելի է համարել նկարագրական և դասակարգող ճանաչողության դաշտին պատկանող:
- *Պարձառական գիտելիքը* պատասխանում է այն հարցին, թե ինչու է ինչ-որ բան կատարվում, ինչպես են իրերը իրար համաձայնեցվում, տրված փաստերի միջև ինչպիսի փոխադարձ կախվածության հարաբերություններ գոյություն ունեն: Այս գիտելիքը հիմք է տալիս հոգեվերլուծական բացատրությունների համար: Պարձառական գիտելիքների թվին են պատկանում, օրինակ, կլինիկական ոլորտից վերցված հետևյալ պնդումները: 1) Հիվանդները, որոնք մեկնաբանությունների շնորհիվ սկսել են գիտակցել իրենց անձի ագրեսիվ կողմերը, սակայն վտարել են դրանք իրենց գիտակցությունից, կժխտեն իրենց ագրեսիվ մղումները որոշակի սահմանային պայմանների բավարարման դեպքում: 2) Եթե մենք դիմում ենք անհատի գիտակցության ոլորտի սահմաններից դուրս ունեցած մտքերին և զգացմունքներին, ապա անձը հակազդում է պաշտպանությամբ: Երկու վարկածներն էլ վերաբերում են պաշտպանության տեսությանը, սակայն երկրորդը ձևավորված է վերացարկման

ավելի բարձր մակարդակի վրա: Այդ իմաստով հոգեկան հիվանդությունների էթիոլոգիայի և ախտաճնության կլինիկական գիտելիքը կարող է դիտվել որպես պատճառական գիտելիք:

- *Թերապիայի և փոփոխության* մասին գիտելիքը (Kaminski, 1970, էջ 45-46) ընդհանուր կարծիքի համաձայն, օգտակար է պրակտիկայի համար: Այս գիտելիքը բնորոշվում է իր՝ իրականության հետ հարաբերությամբ: Այն ընդգրկում է որոշ նպատակներին արդյունավետորեն հասնելու համար անհրաժեշտ երևույթներ և պայմաններ ստեղծելու պնդումներ: Հետևաբար, այս գիտելիքը վերաբերում է երևույթներին և փաստերին, որոնք դեռևս գոյություն չունեն, այսինքն՝ վերագրվում են նպատակներին, որոնք այս գիտելիքի օգնությամբ կարող են իրագործվել: Ի հակադրություն վերոնկարագրյալ պատճառական գիտելիքի՝ բուժման և փոփոխության մասին գիտելիքը ոչինչ չի հայտնում տվյալ հանգամանքների դեպքում հարաբերությունների պայմանական բնույթի մասին, այլ ավելի շուտ խոսում է գործունեության օգնությամբ որոշակի հանգամանքներ ստեղծելու մասին:

Հետևյալ պնդումները գիտելիքի այն ձևի օրինակներն են, որը մենք անվանում ենք *գործողության գիտելիք*.

- եթե վերլուծողը հիվանդի բոլոր հարցերը ետ է վերադարձնում, առաջանում են հոգեվերլուծական գործընթացի համար անցանկալի հետևանքներ,
- վերլուծողի կողմից հիվանդի ասածների ճշմարտացիությունը ճանաչելու մեթոդը կամ անտեսումը նպաստավոր չէ հիվանդի կողմից իրականության հետագա ընկալման համար,
- եթե հիվանդի դիմադրությունը որոշակի բովանդակությանը նախորդող մեկնաբանությունների հետևանքով աճում է, եթե վերլուծողը մտավախություն ունի, որ հիվանդը կարող է «փակվել» և լռել, ապա վերլուծողին խորհուրդ է տրվում հրաժարվել բովանդակությանը վերաբերող մեկնաբանություններից և դրա փոխարեն քննարկել դիմադրությունը:

Այսպիսով, այս վերլուծական բուժման տեխնիկային վերաբերող պնդումները կարելի է անվանել բուժման և փոփոխության մասին գիտելիք:

Այս իմաստով կարելի է ասել, որ փոփոխության (բուժման) մասին գիտելիքը ուղղորդում է տարբեր ոլորտներում հոգեվերլուծական կլինիկական հետազոտությունները: Հակառակ սրան՝ *նկարագրող (դասակարգող)* և *պատճառական* գիտելիքի ձևերը չեն առաջանում հատկապես կամ բացարձակապես կլինիկական իրավիճակում, այլ ծագում են կլինիկական իրավիճակից դուրս՝ հոգեվերլուծողի մտորումների արդյունքում: *Պատճառական* գիտելիքը, որը հոգեվերլուծության տեսության առարկան է, կարող է միայն մտավոր ոչ ակնհայտ վերամշակման արդյունք լինել: Մի կողմից՝ *նկարագրական (դասակարգող)* գիտելիքը հակադրության մեջ է գտնվում *պատճառական* և *փոփոխության կամ բուժման* գիտելիքի հետ, քանի որ *նկարագրական* գիտելիքը չի պարունակում պնդումներ պատճառի և արդյունքի մա-

սին: Մյուս կողմից՝ *փոփոխության* մասին գիտելիքը՝ որպես գիտելիքի տեխնիկային վերբերող դրսևորում, հակադրվում է *նկարագրական* և *պարզառական* գիտելիքներին, որոնք գիտելիքի տեսական ձևերն են: *Տեխնիկայի մասին* գիտելիքը մեզ ցույց է տալիս, թե ինչպես մենք կարող ենք վարվել: *Տեսական* գիտելիքը մեզ հնարավորություն է տալիս հայացք գցելու երևույթի էության մեջ: Սակայն ինչպե՞ս են կախված այդ երկու գիտելիքի ձևերը իրարից: Կարո՞ղ է արդյոք *տեխնիկական* գիտելիքը (*փոփոխության* կամ թերապիայի գիտելիքը) ածանցվել *տեսական* գիտելիքից (*նկարագրական* կամ *դասակարգող* գիտելիքից և *պարզառական* գիտելիքից): Այս հարցերը տանում են դեպի խնդիրներ, որոնք սովորաբար քննարկվում են հիմնավորման լույսի ներքո:

10.3 Փոփոխության կամ թերապիայի գիտելիքի հիմնավորման համատեքստը

Ընդհանրապես հիմնավորման համատեքստի շրջանակներում հարց է առաջանում պնդումների ճշտության մասին, այսինքն՝ պնդումների ճշգրիտ (ճշմարիտ) լինելու հարցը: Գոյություն ունի հիմնավորման երկու տեսակ.

1. Մենք կարող ենք պնդման ճշտությունը հիմնավորել՝ ածանցելով այն մեր տրամադրության տակ եղած այն գիտելիքներից, որոնց ճշմարտացիությունն արդեն ապացուցված է:
2. Պնդումը կարող է նաև հիմնավորվել էմպիրիկ եղանակով՝ սեփական փորձից ելնելով, որի դեպքում փորձ է արվում ճշտելու, թե արդյոք ենթադրությունը արտացոլում է՞ իրականությունը: Ստորև *հիմնավորման* համատեքստում *փոփոխության* մասին գիտելիքը քննարկելիս մենք առավելապես կանդրադառնանք առաջին մոտեցմանը: Մենք մտահոգված ենք այն հարցով, թե կարելի՞ է արդյոք տրամաբանորեն ճշգրտությանը հասնել և հաստատել հանձնարարականի արդյունավետությունը՝ ելնելով պատճառական գիտելիքից, թե՞ անհրաժեշտ է դիմել գիտելիքի մեկ այլ ձևի: Օրինակ՝ հարց է առաջանում, թե հոգեվերլուծական գիտելիքի՝ հետևաբար, տեսական գիտելիքի օգնությամբ կարելի՞ է արդյոք բացատրել և հիմնավորել այն պնդումը, որ հիվանդի դիմադրությունը կարող է արդյունավետ կերպով լուծվել այդ դիմադրության մեկնաբանության միջոցով: Ավելի մանրամասն կներկայացնենք մեր կարծիքով երկու ամենակարևոր մոտեցումները:

Վեստմայերի կողմից (Westmeyer, 1978, էջ 111) առաջ քաշված, այսպես կոչված, *շարունակականության ենթադրությունը* լայն տարածում ունի: Ընդհանուր գիտական տեսությունում այն ներկայացվում է օրինակ Ալբերտի (Albert, 1960), Վեբերի (Weber, 1968), Պրիմի և Թիլմանի (Prim, Tilmann, 1973) կողմից, հոգեբուժությունում Մյուլլերի (Möller, 1976), հոգեվերլուծությունում Ռայթերի (Reiter, 1975), իսկ վարքագծային թերապիայում Այզենքի, Ռախմանի (Eysenk, Rachman, 1968) և Շուլթեի (Schulte, 1976) կողմից:

Հատկանշական է Վեբերի (Weber, 1968, էջ 267) պնդումը, որ անհրաժեշտ է միայն հակառակ կարգով փոխել պայմանների և հարաբերությունների մասին պնդումների հաջորդականությունը՝ տեղեկանալու, թե ինչպես կարելի է ինչ-որ բան փոխել: Ասում են նաև, որ փոփոխության մասին արդյունավետ գիտելիքը հարաբերությունների վերաբերյալ ձմարիտ պնդումների հակառակ կարգով փոփոխության արդյունք է: Ընդունենք, որ հետևյալ հոգեվերլուծական պնդումը ձմարիտ է. «Եթե հիվանդը գիտակցում է անգիտակցական կոնֆլիկտները, ապա լուծվում են դրանց վրա հիմնված ախտածին կոնֆլիկտները»: Որպես արդյունք՝ բխում է արդյունավետ փոփոխության մասին հետևյալ գիտելիքը. «Ախտածին կոնֆլիկտները լուծելու համար այցելուն պետք է ընդունակ դառնա գիտակցելու անգիտակցական գործընթացները, որոնք նշված կոնֆլիկտների հիմքում են ընկած»: Այս իմաստով կարելի է նաև հասկանալ հետևյալ պնդումները. «Եթե մարդը ինչ-որ բան ճիշտ է հասկացել, ապա նա դա կարող է նաև անել», «Եթե մարդը ինչ-որ բան կարող է անել, ապա նա դա ճիշտ է հասկացել»: Այս պնդումներում հասկանալը և գործողություն կատարելը դիտարկվում են որպես սկզբից ի վեր իրար հետ փոխկապակցված: Ենթադրվում է, որ երևույթի էության ըմբռնումը բավական է այս կամ այն բանն անելու համար, և եթե ինչ-որ մեկը ունակ է ինչ-որ բան անել, ապա մարդիկ ենթադրում են, որ նա այդ բանը հասկացել է: Այս պարագայում ինչ-որ բանի ճիշտ ըմբռնումը զուգահեռ է ընթանում համապատասխան գործողության հաջող իրականացման հետ: Ընդունումը և հաջող իրականացումը պետք է մի անբակտելի շղթա կազմեն: Սա սխալ է բազմաթիվ պատճառներով, և այժմ կմեկնաբանենք դրանցից երկու ամենակարևորները:

Ընդհանուր առմամբ, կապերի և պայմանական հարաբերությունների վերաբերյալ պնդումները միայն իդեալական պայմաններ են ենթադրում, այսինքն՝ այն ոլորտը, որտեղ կիրառելի են այս դրույթները, շատ ավելի քիչ տարատեսակներ ունի, քան իրականությունը: Օրինակ՝ վերահսկվող լաբորատոր իրավիճակում ավելի քիչ տարատեսակներ կան, քան իրական կյանքում: Տարբեր առանձնահատկությունները (պարամետրերը, փոփոխականները) դիտարկելիս մենք բախվում ենք խիստ իդեալականացման և վերացարկման հետ, ինչպես, օրինակ՝ Սկինների գիտական փորձերում: Կա մի մեծ տարբերություն, երբ մարդը սովորում է իրական կյանքում, և երբ նույն բանն անում է առնետը Սկինների արկղում: Եվ այդ տարբերություններն անհրաժեշտ է շարունակ հաշվի առնել, երբ, օրինակ, մանկավարժը ուզում է միջամտել իր աշակերտների ուսման գործընթացին: Այն, ինչ բավական է տեսաբանն՝ սահմանափակ (իդեալական) պայմաններում վարքագիծը բացատրելու համար, ոչ մի դեպքում բավարար չէ գործնական մարդուն համար, որը վարքագիծը փոփոխելու նկատառումով միջամտում է իրական և բարդ կյանքի իրավիճակում: Իդեալականացված ոլորտի և գործունեության իրական ոլորտի միջև տարբերության պատճառներից մեկն էլ այն էր,

որ վարքագծային թերապիան ձախողվել է որպես ուսուցման կիրառական տեսություն և չի կարողացել ցույց տալ, որ լաբորատոր պայմաններում իրականացվող փորձերի ընթացքում մշակված ուսուցման կանոնները բավարար հիմք են արդյունավետ պրակտիկայի համար:

Պատճառական գիտելիքը տեղեկություն է տալիս այն մասին, թե որ փաստերն են պայմանավորում այլ փաստեր, բայց ոչ այն մասին, թե որ գործողություններն ինչ փաստերի են հանգեցնում: Այսպես օրինակ. կա դատողություն, որ մի կոնկրետ Ա հանգամանք հանգեցնում է մեկ այլ Բ իրավիճակի: Սակայն պրակտիկայով զբաղվող հոգեվերլուծողի դերում, ես պետք է հարցնեմ, թե ինչպես կարող եմ ես ստեղծել Ա հանգամանքը, որպեսզի այնուհետև այն հանգեցնի Բ իրավիճակին: Հետևաբար, վերլուծողը ստիպված է հարցնել ինքն իրեն, թե ինչպես ինքը կարող է անգիտակցական գործընթացները գիտակցված դարձնել՝ ախտածին կոնֆլիկտները լուծելու համար: Գործնականում նախապայմանների և հետևանքների ծանաչողությունը բավական չէ՝ ի՞նչ և ինչո՞ւ: Բուժողը պետք է իմանա, թե ինչպես նա կարող է ստեղծել նախադրյալներ, դա նշանակում է, որ նա «գիտեմ ինչ և ինչու»-ից բացի պետք է իմանա նաև «ինչպես»-ը:

Այդ իսկ պատճառով շարունակականության դրույթը չի կարելի օգտագործել փոփոխությունների մասին իմացությանը վերաբերող արդյունավետության կանխավարկածի բացատրության և հիմնավորման համար՝ վկայակոչելով պատճառական գիտելիքը:

Բունգեի *foundations մոդեցումը* (Bunge, 1967) հաշվի է առնում բանական առաջարկությունները, որոնք հակադրվում են շարունակականության ենթադրությանը: Այս մոտեցման և շարունակականության մասին դրույթի միջև տարբերությունն այն է, որ պատճառական գիտելիքից դեպի փոփոխությունների մասին գիտելիք անցումն իրականանում է ոչ թե անմիջականորեն, այլ միջանկյալ քայլի միջոցով, և այդ անցումն ավելի շուտ էվրիստիկական է, քան հիմնավորող:

Տիպային ելակետային ենթադրությունը հետևյալն է.

«Երբ արտամղված կոնֆլիկտները սպառնում են գիտակցություն ներթափանցել, հիվանդի մոտ այդ կոնֆլիկտների նկատմամբ դիմադրությունը մեծանում է», ինչը կարելի է փոխակերպել նոմոպրագմատիկ դրույթի, որն ընդլայնվում է գործողությունները ներառող հասկացությունների հաշվին. «Երբ վերլուծողը մեկնաբանում է արտամղված կոնֆլիկտները, հիվանդի պաշտպանությունն ավելի է ուժեղանում»:

Այնուամենայնիվ, արտամղված կոնֆլիկտների մեկնաբանությունը տարբերվում է այդ կոնֆլիկտները գիտակցելու վտանգից: Նաև առաջին պնդումը չի կարող ածանցվել երկրորդից, որովհետև վերջինս չի պարունակում առաջինի հասկացողությունը: Արտամղված կոնֆլիկտների մեկնաբանության պնդումը չի կարելի ածանցել ամիջապես պատճառական գիտելիքից: Անհրաժեշտ է նաև մտցնել գործողության հասկացությունը, ինչպես, օրինակ, մեկնաբանությունը:

Վերջապես, պրակտիկայի համար մի կանոն մշակելու համար նոմոպրագմատիկ դրույթը շրջվում է 180 աստիճանով. «Եթե անհրաժեշտ է ուժեղացնել հիվանդի պաշտպանությունը, խորհուրդ է տրվում չմեկնաբանել արտամղված կոնֆլիկտները: Այս շրջադարձային պնդումը հնարավոր չէ հաստատել, այդ պատճառով էլ այն մնում է խնդրահարույց» (Perrez, 1983, էջ 154):

Քանի որ ինչպես առաջին քայլը (պատճառի ճանաչողությունից դեպի պրագմատիկ պնդում), այնպես էլ երկրորդ քայլը (նոմոպրագմատիկ պնդումից դեպի բուժման կանոն) այնքան էլ հիմնավորելի չեն, բավարար չէ նաև Բունգելի փորձը՝ փոփոխության մասին գիտելիքը պատճառների մասին գիտելիքի վերածելու առումով: Բունգեն նույնիսկ առաջ է քաշում այն նկատառումը, որ պայմանի մասին գիտելիքի վերաբերյալ հաստատված տեսություններից միանգամայն ոչ արդյունավետ գործողության կանոններ կարող են ստացվել և ընդհակառակը: Թեև պատահականություն է միայն, որ որոշ պայմանական հարաբերությունների լիովին ոչ ձգգրիտ գնահատումը կարող է հանգեցնել դրանց արդյունավետ կառավարմանը, անգամ ճշմարիտ պատմության դեպքում արդյունավետ պրակտիկան (օրինակ՝ հոգեվերլուծական բուժման տեխնիկայի միջոցով ներքին բուժումը) հնարավոր չի լինի հստակ բացատրել և հիմնավորել՝ պատճառական գիտելիքի և փոփոխության մասին գիտելիքի միջև վերոբերյալ հարաբերության պատճառով: Բունգեն քննարկում է ինչպես իդեալականացման խնդիրը (որը նվազ չափով է վերաբերում հոգեվերլուծությանը, քանի որ հոգեվերլուծական տեսությունը զարգանում է պրակտիկայի հետ սերտ կապի շնորհիվ), այդպես էլ «ի՞նչ և ինչո՞ւ»-ի և «ինչպե՞ս»-ի իմացության միջև տարբերությունը, և ցույց է տալիս, որ նման կերպով հնարավոր չէ հաղթահարել ստեղծված դժվարությունները: Դրա փոխարեն նա առաջարկում է բուժման գիտելիքի համար մեկ այլ հնարավորություն. օգտագործել տեխնոլոգիական տեսությունները կամ տեխնոլոգիան պատճառական գիտելիքի փոխարեն: Ուիզդոմը (Wisdom, 1956)՝ հոգեվերլուծական կրթություն ունեցող փիլիսոփան, ստեղծեց նմանօրինակ «հոգեվերլուծական տեխնոլոգիայի» ինքնատիպ տարբերակը:

Տեխնոլոգիաներն էլ տեսություններ են, սակայն տարբերվում են վերը նշվածներից, քանի որ կազմված են նկարագրական գիտելիքից՝ իրենց ավելի շուտ կիրառական, քան գուտ գիտական բնույթի պատճառով, այսինքն՝ նրանք ուղղակիորեն վերաբերում են հատուկ պայմաններ ստեղծող գործողություններին: Տեխնոլոգիաները ընդգրկում են ավելի ընդհանուր տեխնիկական գիտելիքը (ի տարբերություն փոփոխության կոնկրետ օրենքների կամ թերապիայի մասին գիտելիքին), որը պիտանի է ինչպես թերապիայի մասին գիտելիք, այնպես էլ թերապիայի գիտելիքի վրա հիմնված արդյունավետ գործողության կանոններ ստանալու համար: Տեխնոլոգիաները վերաբերում են նրան, թե ինչ կարելի է անել և պետք է արվի մասնավոր դեպքում, որպեսզի ինչ-որ բան առաջ բերվի, փոխվի, ուղղվի և այլն:

Բունգեն (Bunge, 1967) տարբերում է տեխնոլոգիական տեսությունների երկու տեսակ. բովանդակային (սուբստանտիվ) և գործառական (օպերատիվ): Վերջինը վերաբերում է գործողության օբյեկտներին և ներառում է, օրինակ, հիվանդների որոշակի խմբերին բնորոշ տրանսֆերի տիպիկ ձևանմուշներին վերաբերող պնդումները կամ դիմադրության ձևերը: Այլ կերպ ասած՝ այն ներառում է դրույթներ այնպիսի տեսական պնդումների մասին, որոնք փոխանցում են պրակտիկային վերաբերող գիտելիքներ, այսինքն՝ ընդգրկում է թերապևտիկ պրակտիկայի առօրյա խնդիրներին տիրապետելու համար անհրաժեշտ գիտելիքներ, սակայն մանրամասն չի պատասխանում «ի՞նչ» և «ի՞նչու» հարցերին: Բովանդակային (սուբստանտիվ) տեխնոլոգիական տեսությունները, որպես կանոն, արդյունք են զուտ գիտական տեսությունների, որոնցից և փոխառում են այնպիսի կառուցվածքային տարրեր, որոնք կանոնավորապես ենթարկվում են հասկացական քարացմանը և աղքատացմանը և այդ պատճառով գործնական տեսանկյունից ավելի օգտակար են դառնում: Գործառական-տեխնոլոգիական տեսությունները վերաբերում են ուղղակի պրակտիկ գործունեությանը: Նրանք օգտագործվում են արդյունավետ բուժման խորհուրդների ձևակերպման համար ռազմավարության մշակման նպատակով: Այս հանձնարարականները համընդհանուր օրենքների ձևով վերաբերում են կոնկրետ թերապևտիկ իրավիճակների սպեցիֆիկ պայմաններին, այսինքն՝ ուղղակիորեն տանում են դեպի «գիտեմ, թե ինչպես»՝ նոու-հաու:

Տեխնոլոգիական տեսությունների առավելությունն այն է, որ նրանք ի վիճակի են ավելի արդյունավետ կերպով մոդելավորել պրակտիկան և առավել լավ բացատրել և հիմնավորել պրակտիկայի արդյունավետությունը կիրառական ոլորտի հետ ավելի սերտ կապի շնորհիվ:

Այսպիսով՝ գոյություն ունեն գիտության երկու հակառակ բնագավառներ, որոնք անմիջական կերպով իրարից չեն բխում.

- Հոգեվերլուծության զուտ գիտական տեսությունը, որն ընդգրկում է գիտելիքի ու տեսության նկարագրական և կիրառական ձևերը:
- Հոգեվերլուծության կիրառական գիտական տեսությունը՝ բովանդակային և գործառական տեխնոլոգիական տեսություններ և փոփոխության մասին (այսինքն բուժման մասին) գիտելիք:

Գիտական տեսությունների այս 2 ձևերին տարբեր պահանջներ են ներկայացվում (տե՛ս նաև Eagle, 1984):

10.4 Կիրառական և զուտ գիտական տեսություններին ներկայացվող տարբեր պահանջները

Ճշմարտությունը և գործնական օգտակարությունը այն երկու չափանիշներն են, ըստ որոնց գնահատվում են զուտ և կիրառական գիտական տեսությունները (Hermann, 1979, էջ 138-140):

- «Ճշմարտություն» ասելով այստեղ հասկանում ենք, որ պնդումները և արտահայտությունները որևէ բնագավառի մասին ստուգված են փորձով:
- «Գործնական արժեք» ասելով հասկանում ենք, որ այդ պնդումները հանգեցնում են արդյունավետ գործողությունների, այսինքն՝ այնպիսի գործողությունների, որոնց միջոցով հասնում ենք ցանկալի նպատակների:

Ջուտ գիտական տեսությունները կարող են (ավելի ճիշտ՝ պետք է) համարձակ, յուրօրինակ և խիզախ լինել: Տեսությունների քննության ժամանակ անակնկալները հաճախ մեծ էվրիստիկական արժեք ունեն: Օրինակ՝ հոգեվերլուծական վարկածները որևէ որոշակի հիվանդության էթիոլոգիայի բացահայտման համար գուցե օգտակար չլինեն, սակայն միանգամայն ճշմարիտ կարող են լինել մեկ այլ հիվանդության վերաբերմամբ, որի դեպքում նմանօրինակ էթիոլոգիայի կասկած անգամ չի եղել: Առկա տեսությունների հիման վրա փորձ է արվում հասկանալի դարձնել այդպիսի անակնկալները: Նոր ենթադրություն է ի հայտ գալիս, որի շնորհիվ առաջանում է ընդլայնված կամ լրամշակված տեսություն, և այդ տեսության ձգգրտման հետագա նոր փորձեր են ձեռնարկվում: Այս օրինակով տեսանելի է դառնում, թե ինչպես է անսպասելիությունը նպաստում գիտելիքի ձեռքբերմանը, քանզի այն ընկալվում է որպես աշխարհի երևույթների էլ ավելի հաջող բացատրության անհրաժեշտության իմաստով:

Հոգեվերլուծության հիմունքների գիտական տեսության առջև պահանջ է դրված, որ այն ունենա խորություն, հասանելիություն, ձգգրտություն և բավականաչափ վավերականություն (Stegmüller, 1969): Օրինակ՝ ենթադրվում է, որ կլինիկական հոգեվերլուծական տեսության ընդհանուր կանխավարկածները հնարավորինս մոտենում են կլինիկական իրականությանը: Այստեղից հետևում է, որ նրանք ընդունակ են վավերական, համապատասխան և լիարժեք կերպով նկարագրել հոգեկան հիվանդության ծագումը, զարգացումը և ընթացքը, ինչպես նաև բավարար կերպով բացատրել բոլոր հիմնական գործոնները և հոգեկան գործընթացների փոխհարաբերությունները:

Ջուտ գիտական տեսությունների իսկությունը (հոգեվերլուծության մեջ դրանց շարքին են պատկանում անձի զարգացման և ներոգների տեսությունները) կայանում է իրականության ճիշտ և բավարար բացատրության մեջ, այն իրականության, որի մասին այդ տեսությունները դրույթներ են առաջ բաշում: Այսինքն գիտական տեսությունները ստեղծվում են ոչ թե իրականությունը միայն պարզունակ՝ նշանակում է ոչ համարժեք նկարագրելու, այլ պետք է բարդ իրականությանը մոտենան առավելագույնս ամբողջական դիտարկմամբ: Թե որքանով է հաջողված այս մոտեցումը էմպիրիկ գիտություններում, ստուգվում է դիտարկումների և փորձարկումների միջոցով: Հետևաբար, ծագում է երկրնտրանք, որի էությունն այն է, որ բարդ պարամետրերով հարուստ տեսությունները դժվար են ենթարկվում

Էմպիրիկ ստուգման, մինչդեռ ավելի հեշտ ստուգվող տեսությունները սովորաբար շատ քիչ պարամետրեր ունեն և, հետևաբար, չափազանց պարզ են արտացոլում իրականությունը:

Ենթադրվում է, որ ամենից կարևոր հանգամանքը տեխնոլոգիաների հուսալիությունն է: Այն տեխնոլոգիաները, որոնք ինքնատիպ և համարձակ են, ինչպես նաև անսպասելի բացահայտումների են հանգեցնում և պրակտիկայի նկատմամբ խիստ վերահսկողություն չեն երաշխավորում, ոչ մի արժեք չունեն: Իրականության պարզ և մոտավոր ներկայացումը պահանջված և ակնկալվող տեխնոլոգիական առավելություններն է ապահովում՝ հնարավորություն տալով արդյունավետ գործողության համար (բուժման օրենքների առումով) հանձնարարականներ ձևակերպել և ընթացիկ խնդիրները լուծել այն իրավիճակներում, որտեղ յուրօրինակ պայմաններում կոնկրետ խնդիր է առաջ գալիս:

Ամբողջովին ձևավորված հոգեվերլուծության տեխնոլոգիան, որն առայժմ դեռ ձևավորված չէ, պետք է ցուցաբերի բավականաչափ կիրառելիություն, օգտակարություն և հուսալիություն թերապևտիկ պրակտիկայի համար (Lenk 1973, էջ 207): Այդ ամենը ենթադրում է պահանջ՝ տեխնոլոգիական տեսությունների գործնական օգտակարության (արդյունավետության) հանդեպ: Օգտակարության (արդյունավետության) տեսակետից հարց չի տրվում, թե որքան լավ է բացատրում հոգեվերլուծական տեխնոլոգիան կլինիկական իրականությունը, այլ ավելի շուտ հարց է տրվում, թե որքանով է այն հարմար կլինիկական հոգեվերլուծական առօրյայի խնդիրները լուծելու համար: Անհրաժեշտ է ուսումնասիրել, թե տեխնիկային վերաբերող տեսություններից որոնք են առավելապես օգտակար թերապևտիկ պրակտիկայի համար: Հոգեվերլուծական տեխնոլոգիայի արդյունավետության մասին դատում են՝ տվյալ տեխնոլոգիան օգտագործող պրակտիկայի հաջողություններից ելնելով: Հոգեվերլուծական տեխնոլոգիայի էական հատկանիշը, անկասկած, մեկնաբանությունն է: Այս իմաստով կարելի է խոսել տեխնոլոգիական հերմենևտիկայի մասին, որն էապես տարբերվում է աստվածաբանական և բանասիրական հերմենևտիկայից (Thomä, Kächele, 1975, Thomä et al 1976, Eagle, 1984): Հոգեվերլուծական մեկնաբանություններն իրականացվում են ոչ թե տեքստերի, այլ հիվանդի նյութի հիման վրա՝ թերապևտիկ նպատակներով: Այդ պատճառով Բլայթը (Blight, 1981) հաստատական նշում է, որ հոգեվերլուծողը չի կարող սահմանափակվել հերմենևտիկ շրջանով: Հոգեվերլուծական մեկնաբանությունների թերապևտիկ ներգործության ապացույցի փորձը ստիպում է, որ վերլուծողը հերմենևտիկ շրջանակից դուրս գոնե մեկ քայլ կատարի և հարց բարձրացնի փոփոխությունների էմպիրիկ ապացույցների մասին: Հետևաբար, նույնիսկ Ռիքորը չի կարող թերապևտիկ արդյունավետությունը չհամարել այնպիսի վճռորոշ չափանիշ, որն ապացուցում է անգիտակցական շարժառիթների առկայությունը հերմենևտիկ հոգեվերլուծական մեթոդի համար. «Երաշխիքն այն բանի, որ անգիտակցականի իրականությունը հոգեվերլուծողի երևակայու-

թյան զուտ պատրանք չէ, ձեռք է բերվում միայն թերապևտիկ հաջողության շնորհիվ» (Ricoeur, 1974, էջ 19): Ընդհանուր առմամբ, հոգեվերլուծության հերմենևտիկ դպրոցը մերկախոս կերպով է միայն հետաքրքրություն ցուցաբերել թերապևտիկ արդյունավետության նկատմամբ: Զարմանքի արժանի խստապահանջության բացակայությամբ հոգեվերլուծողները բավարարվում են սուբյեկտիվ տվյալներով. այսինքն՝ յուրաքանչյուր դիադային բնորոշ հերմենևտիկ շրջանակի ներքին ձմարտություններով (Lorenzer, 1970):

Նույնիսկ հիմնական չափանիշ համարվող բարձր արդյունավետությունը չի երաշխավորում տեխնոլոգիայի ձշտությունը, այսինքն՝ տեխնոլոգիական բացատրությունների ձգրտությունը, և դա հարկ է հաշվի առնել: Օրինակ՝ տեխնոլոգիական օրենքը կարող է սահմանել, որ վերլուծողը պետք է անգիտակցական կոնֆլիկտների փոխարեն մեկնաբանի դիմադրությունը, եթե նա ցանկանում է լուծել հիվանդի դիմադրությունը, որը գանազան մեկնաբանությունների արդյունքում արտամղված կոնֆլիկտին կրկնաբար դիմելու հետևանքն է: Ընդունելով, որ այս օրենքի արդյունավետությունն ապացուցվել է, հարց է առաջանում, թե ինչո՞ւ է այդ գործողությանը դրդող այս հանձնարարականն արդյունավետ: Այս հարցի պատասխանը տալիս են տեխնոլոգիական ենթադրությունները, որոնք հանդես են գալիս տեխնոլոգիական բացատրությունների ձևով: Բացատրության և հիմնավորման ենթակա գործոնը հոգեվերլուծողի կողմից ստեղծված (օրինակ՝ մեկնաբանությունների շնորհիվ) պայմանների և հիվանդի վրա նրանց ներգործության միջև կապն է: Օրինակ՝ նշված կանոնի արդյունավետությունը կարող է բացատրվել հետևյալ կերպ. անգիտակցական կոնֆլիկտը արտամղվում է յուրահատուկ պատճառով, այսինքն՝ առկա է արտամղման դրդապատճառ (օրինակ՝ մեղքի զգացումից խուսափելը, որն ի հայտ է գալիս, երբ կոնֆլիկտը գիտակցվում է): Այս պատճառով արտամղման դրդապատճառը ուժգնանում է, երբ վերլուծողը, անտեսելով դիմադրությունը, ուղղակիորեն մեկնաբանում է կոնֆլիկտի անգիտակցական բովանդակությունը և դրանով աշխատում է արտամղման ջանքերի դեմ: Արտամղման դրդապատճառը նույնպես անգիտակցական է և, նշված հանգամանքներից ելնելով, շարունակ դիմադրություն կառաջացնի հիվանդի մոտ: Այս գործընթացի ինքնաբերական բնույթը կարելի է հաղթահարել, եթե մեկնաբանվում է դիմադրությունը: Դիմադրության մեկնաբանությունը այստեղ նշանակում է, որ հիվանդը գիտակցում է ոչ թե կոնֆլիկտի անգիտակցական պարունակությունը, այլ, ավելի շուտ, արտամղման դրդապատճառը, որն ավելի մոտ է «Ես»-ին: Դրանով քայքայվում է դիմադրության մեխանիզմը, և վերացվում է դիմադրության ձևավորման հիմքը:

Նշված բացատրության հիմնավորվածությունը ստուգվում է թերապևտիկ գործընթացի զննման ընթացքում էմպիրիկ հետազոտության համար կիրառվող սովորական մեթոդների օգնությամբ, այսինքն՝ նույն

եղանակով, որով ստուգվում են զուտ գիտական տեսությունների ենթադրությունները և դրույթները: Միանգամայն հնարավոր է, որ տեխնոլոգիական ենթադրություններում արծարծվող մեխանիզմները, որոնք հավակնում են բացատրել օրենքների արդյունավետությունը, չեն համապատասխանում փաստերին, այսինքն՝ այդպիսի բացատրությունը բավարար չի կարելի համարել: Սակայն, այնուհանդերձ, այդ պնդումների օգնությամբ հնարավոր է արդյունավետ կանոններ ձևակերպել: Հնարավոր է նաև հակառակը. ի տարբերություն արդյունավետ օրենքների հավաքակազմի՝ թերապևտիկ գործընթացը կարելի է բացատրել տվյալ տեխնոլոգիայի մասին ենթադրություններով: Ըստ այդմ՝ տեխնոլոգիան կարող է երկու կողմ ունենալ.

- Մի կողմից (բացատրություն)՝ դրանք կարելի է դիտարկել որպես զուտ գիտական տեսություններ, և այսպիսով՝ դրանք պետք է բավարարեն նման տեսությունների պահանջներին:
- Մյուս կողմից (ստեղծում)՝ դրանք մնում են կիրառական գիտական տեսություններ, և ենթադրվում է, որ ցուցաբերում են գործնական արժեք, այսինքն՝ արդյունավետ են:

Զուտ գիտության պահանջների բավարարումը ո՛չ պարտադիր է, ո՛չ էլ բավարար կիրառական գիտության պահանջներին համապատասխանելու համար, և ընդհակառակը:

Այս փաստը կարելի է բացատրել ամկա լեզվական ձևակերպումների և մարդու կողմից կոնկրետ կատարված գործողությունների միջև տարբերությունների տեսանկյունից: Եթե առհասարակ օրինաչափ է խոսել հոգեվերլուծական տեխնոլոգիայի մասին (քանի որ բուժման տեխնիկայի մասին պնդումները լավագույն դեպքում կարելի է դիտարկել որպես գործառնական տեխնոլոգիական տեսություն), ապա թերապևտիկ պրակտիկայում այդ տեխնոլոգիան հոգեվերլուծողի կողմից ձևափոխվում է հատուկ (անհատական) թերապևտի տեսության, որը կարող է տանել դեպի արդյունավետ բուժում նույնիսկ այն դեպքերում, երբ այդ տեսությունը թույլ է հիմնավորված: Հակառակ դեպքում տեխնոլոգիան կարող է բավարար չափով հիմնավորված լինել, սակայն նրա գործառնական պայմանները տարբերվում են թերապևտիկ պրակտիկայի պայմաններից, կամ թերապևտի կողմից նրա սուբյեկտիվ հարմարեցումը չի հանգեցնում արդյունավետ ելքի:

Իրական, բարդ իրավիճակների բոլոր յուրահատուկ պայմաններն ընդգրկող, հղկված տեխնոլոգիաներ հոգեվերլուծության մեջ չկան, ինչպես նաև չկան կիրառական սոցիալական գիտություններում: Նման տեխնոլոգիան, եթե լինեք բավարար չափով պիտանի, կկարողանաք տրամադրել հանձնարարականներ յուրաքանչյուր կոնկրետ իրավիճակի համար համապատասխան գործողության կանոնների տեսքով: Եթե հոգեվերլուծողը ուզենաք բուժման ընթացքում նման ուսուպիստական տեխնոլոգիա կիրառել, ապա նա ստիպված կլինեք բազմաթիվ, իր ճանաչողական կարողությունների սահմանները գերազանցող պարամետրերի տիրապետել: Եթե նույնիսկ նման տիրապետումը հնարավոր լինեք, այնուհանդերձ, ան-

հատական հմտության մակարդակը կխոչընդոտեր տեխնոլոգիական գիտելիքների իրագործմանը: Այսինքն՝ օբյեկտիվ տեխնոլոգիայի սուբյեկտիվ հարմարեցումը տեսության գործնական կիրառման անխուսափելի խնդիրն է, ինչը նշանակում է, որ հոգեվերլուծական թերապիայի պրակտիկան արվեստ է: Արվեստին տիրապետելը պրոֆեսիոնալիզմի և անհատականության հարց է:

10.5 Հետևություններ թերապևտիկ գործունեության և տեսության գիտական հիմնավորման վերաբերյալ

Գիտելիքի ճշմարտացիության և գործողության արդյունավետության տարբերակման արդյունքում տարանջատվում են այն երկու գործոնները, որոնք հոգեվերլուծական պրակտիկայում սերտորեն կապված են միմյանց հետ Ֆրոյդի՝ անքակտելի կապի դրույթի շնորհիվ: Նրանց փոխհարաբերությունները ապրիորի այդպիսինը չեն, որ մեկը մյուսի հետևանք հանդիսանան: Հոգեվերլուծական շրջանակում հետազոտություններն ինքնաբերականորեն կապված չեն թերապևտիկ գործողությունների հետ և հակառակը: Այդ կապը հարկ է յուրաքանչյուր անգամ վերարտադրել կոնկրետ գործողությունների միջոցով: Անքակտելի կապը պետք է, նայած հանգամանքներին, միայն թե կոնկրետ գործողություններում վերականգնվի: Հոգեվերլուծողը պետք է ինքն իրեն հարց տա, թե արդյոք առօրյա հոգեվերլուծական գործունեությունը ոչ միայն տանում է դեպի հիվանդի հոգեկան գործընթացների անհատական ներհայեցումը, այլ նաև նպաստում է հիվանդի բուժմանը: Այլ կերպ ասած՝ հարցն այն է, թե արդյոք հոգեվերլուծողի տեխնիկան նպաստում է ոչ միայն նոր անհատական ներհայեցումներին, այլ նաև թերապևտիկ հաջողությանը հասնելուն: Անքակտելի կապը պետք է ստեղծվի, սա օրենք չէ, որն անխուսափելիորեն ուղղորդում է հոգեվերլուծական պրակտիկան: Պնդումն այն մասին, որ *circulus benignus*-ն իրոք գոյություն ունի պրակտիկայում, այսինքն՝ որ (ճշմարիտ) տեսությունը և (արդյունավետ) թերապիան ենթադրում են մեկը մյուսին, չի հաստատվում այնքան ժամանակ, քանի դեռ չի վերականգնվում անքակտելի կապը: Թերապևտիկ գործունեության մեջ անմիջականորեն չներգրավված երրորդ անձանց կողմից կատարված հետազոտություններում խնդիր կա որոշել՝ արդյոք այն հասանելի է պրակտիկայում ընդհանրապես, թե միայն կոնկրետ դեպքերում: (տե՛ս նույնպես Sampson & Weiss 1983, Neudert et al., 1985, ինչպես նաև գլուխ 9):

Նկատի ունենալով այն, որ ո՛չ արդյունավետությունը և ո՛չ էլ ճշմարտությունը մեկը մյուսին չեն պայմանավորում և չեն բխում մեկը մյուսից, հոգեվերլուծական կանխավարկածները գնահատելու համար անչափ կարևոր է հստակ պատկերացում ունենալ, թե արդյոք տվյալ կանխավարկածները հասկացվում են զուտ, թե կիրառական գիտության

առումով: Ապա անհրաժեշտ է պարզել՝ արդյոք քննարկման առարկան այդ կանխավարկածները բացատրող, թե՞ դրանք առաջացնող արժեքն է (արդյունավետ օրենքները ձևակերպելու գործում դրանց օգտակարությունը): Ստուգման չափանիշները և ընթացակարգը, որպես այդպիսին, համապատասխանաբար փոփոխվում են:

Ճշմարտության և արդյունավետության տարբերակմանը պատշաճ ուշադրություն չի հատկացվում նաև այն դեպքերում, երբ հոգեվերլուծական կանխավարկածների ճշմարտության ապացուցման համար օգտագործվում է, օրինակ, Գրյունբաումի առաջ քաշած «համընկնման» չափանիշը: Այս փաստարկի հիմքում ընկած է Ֆրոյդի հետևյալ պնդումը.

«Նրա կոնֆլիկտների լուծումը և նրա՝ (նկատի ունի հիվանդին) դիմադրությունների հաղթահարումը հաջողվում է միայն այն դեպքում, երբ նրան առաջարկվող նախնական պատկերացումները համընկնեն իրականում տեղի ունեցածի հետ: Այն ամենը ինչը բժշկի ենթադրություններում ձգգրիտ չէ, դուրս է մղվում վերլուծության ընթացքում. այն պետք է մերժվի և փոխարինվի ավելի ճշմարտացի տեղեկատվությամբ» (Freud, 1916/17, էջ 471):

Այստեղ Ֆրոյդը հայտնում է այն տեսակետը, որ թերապիան կարող է հաջողված լինել միայն այն ժամանակ, երբ հիվանդը հասնում է իր կյանքի և իր տառապանքի պատմական ճշմարտության պատշաճ ներհայեցմանը: Համընկնման վարկածը արտացոլում է համաձայնության խնդիրը և ոչ թե ճշմարտություն է պահանջում, ինչպես ենթադրում էր Ֆրոյդը:

Գրյունբաումի, որը մանրամասնորեն դիտարկել է հոգեվերլուծության տեսության ստուգման խնդիրը օթոցի վրա (այսինքն՝ պրակտիկայում և պրակտիկայի միջոցով) (տե՛ս Grünbaum, 1984), այն պնդումը, որ միայն իսկական ներհայեցումն է հանգեցնում թերապևտիկ հաջողության, կոչվում է «անհրաժեշտ պայմանների» վարկած: Այս վարկածը «համընկնման» փաստարկի, այսինքն՝ այն բանի վերաբերյալ ամենակարևոր ենթադրությունն է առ այն, որ թերապևտիկ հաջող վերլուծությունը վերլուծական աշխատանքի ընթացքում ձեռք բերված և հիվանդին հաղորդված վերլուծական (դիադային) ճանաչողության ճշտության օգտին է վկայում: Գրյունբաումը հետևյալ տարակուսանքն է հայտնում ճիշտ ներհայեցման թերապևտիկ ազդեցության վերաբերյալ.

- Իրականում թերապևտիկ ազդեցությունը կարող է ի հայտ գալ վերլուծողի ենթադրության շնորհիվ, այսինքն՝ կարող է հիմնվել ոչ ճշմարիտ ներհայեցումների և կեղծ բացատրությունների վրա:
- Դա կարող է placebo էֆեկտ լինել, որի հիմքում ընկած է մեկնաբանության արդյունքում ձեռք բերված ներհայեցման ճշմարտացիության և արդյունավետության հանդեպ վերլուծողի և հիվանդի հավատը:
- Այն կարող է նաև հոգեվերլուծական շրջանակի այլ կողմերի արդյունք լինել, օրինակ՝ միջանձնային հարաբերությունների նոր փորձի արդյունք և ոչ թե «ճշմարիտ ներհայեցման» արդյունք:

Մ. Էդելսոնը, դրան հակառակ, շարունակում է պնդել, որ ճշմարիտ ներհայեցումն անհրաժեշտ է հիվանդին՝ որպես փոփոխությունների նախադրյալ, որը հոգեվերլուծության մեջ թերապևտիկ տեսանկյունից դրական է գնահատվում: Միաժամանակ, նա հնարավոր է համարում, որ հոգեվերլուծությունում թերապևտիկ փոփոխությունների հասնելու համար «ճշմարիտ ներհայեցումը» բավարար նախադրյալ չէ: Էդելսոնը պնդում է, որ վերլուծության յուրահատուկ նպատակները և փոփոխությունները կապված են հիվանդի «ճշմարիտ ներհայեցման» հետ, և հաջող, արդյունավետ հոգեվերլուծական բուժման մասին խոսելու միակ հնարավորությունը այդ նպատակների և փոփոխությունների իրականացումն է:

Դժվար չէ նկատել, որ իրականում անհրաժեշտ պայմաններին վերաբերող վարկածի ճշտության հետ կապված տարաձայնությունները վերաբերում են նրան, թե արդյոք Ֆրոյդի անբակտելի կապի մասին պնդումը վավե՞ր է հոգեվերլուծական պրակտիկայի համար, թե՞ ոչ: Յուրաքանչյուր ոք, ով իր պնդումների մեջ անբակտելի կապն ընդունում է որպես տրված փաստ (օրինակ՝ «համընկնման փաստարկի» ձևով), այս կապը համարում է բնության օրենք: Հաճախ մոռացվում է, որ թերապևտիկ գործընթացի էմպիրիկ հետազոտություններում ճշմարիտ ներհայեցման դերը անբավարար չափով է հետազոտված և որ ներհայեցման հասկացությունը կապված է լուրջ մեթոդաբանական բարդությունների հետ (տե՛ս Roback, 1974): Այդ պատճառով վաղաժամ կլիներ ճշմարիտ ներհայեցման և թերապևտիկ հաջողության կապերի մասին պնդումները որպես ապահով և բնական օրենք ընդունել: Նման գգուշությունը արդարացված է՝ ելնելով այն տեսակետից, որ թերապևտիկ գործընթացի էմպիրիկ հետազոտությունները ցույց տվեցին, թե ինչպիսի նշանակալից դեր են խաղում ճշմարիտ ներհայեցման հետ չառնչվող այլ պայմանները (Garfield, Bergin, 1978, Henry et al. 1994):

Աղտոտման դրույթը, որը պաշտպանվում էր Գրյունբաումի կողմից, առաջ էր քաշել Ֆերրելը (Farrel, 1981), իսկ Չեշիրը (Cheshire, 1975, գլուխ 4) հատուկ անդրադարձել էր դրան՝ ջատագովությամբ պաշտպանելով հոգեվերլուծությունը այդ վարկածից: Թեզն օրինական է, թե ոչ, ապացուցելի է էմպիրիկ գործընթացի հետազոտության ոլորտում, այլ ոչ թե փիլիսոփայական քննարկումների շրջանակում: Նույնը վերաբերում է ներշնչման մասին առաջադրված փաստարկին, որի՝ հոգեվերլուծական պրակտիկայում կիրառելիության վավերականությունը պետք է հիմնավորվեր էմպիրիկ եղանակով, նախքան դրան սովորաբար բնորոշող վստահությամբ այն հոգեվերլուծությունում տեղակայելը (Thomä, 1977b): հետևաբար, հարկ է պահանջել.

- որ հոգեվերլուծությանը բնորոշ փոփոխության ձևերը ճիշտ նկարագրված լինեն և տարբերվեն մյուս գործընթացներից,
- որ հետազոտություններն ուղղված լինեն մեզ հետաքրքրող փոփոխությունների չափանիշների որոնումներին, քանի որ փոփոխու-

թյունները կարելի է դիտարկել միայն անուղղակիորեն՝ այդ չափանիշների օգնությամբ,

- որ որոշվեն և հետազոտվեն ոչ միայն ճշմարիտ ներհայեցմանը բնորոշ պայմանները, այլ նաև այն, թե ուրիշ ինչ է անհրաժեշտ ճշմարիտ ներհայեցման համար՝ այնպիսի անձնային փոփոխությունների հանգեցնելու համար, որոնք սպասելի են տիպիկ հոգեվերլուծական նպատակադրումների իմաստով (M. Edelson 1984):

Ֆրոյդի (Freud, 1933a, էջ 86) հիմնական միտքը՝ «որտեղ եղել է Այն-ը, պետք է լինի Էգո-ն», հավակնոտ նպատակ է սահմանում, որը ինչ-որ ձևով համընկնում է կառուցվածքային փոփոխությունների նպատակի հետ: Յուրաքանչյուր ոք, ով փորձել է համակարգված կերպով հետազոտել այդ բնագավառը, գիտե, որ այս նպատակը դժվար իրագործելի է, եթե մենք ցանկանում ենք դուրս գալ կլինիկորեն հաստատված գիտելիքի սահմաններից: Նախորդ գլխում մենք նկարագրել ենք օրինակներ, որոնք ցույց են տալիս, որ մեր տեսական պատկերացումների ակնկալիք հանդիսացող փոփոխություններն արդյունավետ կերպով կներգործեն մեր կլինիկական գործունեության վրա:

Գործընթացային թերապիայի հետազոտությունների նախորդ արդյունքների հիման վրա կարելի է կանխատեսել, որ հետագա, ավելի կատարելագործված հետազոտությունները կտարրալուծեն ներշնչում և ներհայեցում ընդհանուր «հովանոցային» հասկացությունները տարբեր հաղորդակցական գործընթացների լայն բազմազանության մեջ: Հոգեվերլուծական թերապիան նույնպես շարունակում է իր ճանապարհը հարթել, թեև շատ հղկված եղանակով, օգտակար թերապիայի բաղադրամասերից, ինչը էմպիրիկ եղանակով ցույց է տվել Լուբորսկին (Luborsky, 1984) «օժանդակող դաշինքի» առումով: Դրանից բացի՝ հոգեվերլուծական թերապիայի ձևերը առանձնանում են մյուս թերապևտիկ մոտեցումներից քիչ թե շատ տարբերակող յուրահատուկ հատկանիշներով: Մենք հակված ենք այն կարծիքին, որ փոփոխության գործընթացների ճշգրիտ հետազոտությունը հոգեվերլուծական թերապիայում միայն նոր է սկսվում, և այդ գործընթացները պետք է մանրամասն ուսումնասիրվեն տարբեր մակարդակներում և տարբեր տեսական մոտեցումների կիրառմամբ: Փոփոխությունների մասին կարևոր դիտարկումների վերանայումը հնարավոր կլինի կատարել մագնիսային ժապավենի վրա կատարած ձայնագրությունների միջոցով: Մագնիսային գրանցումները փոփոխությունների հետ առնչվող դիտարկումները հավաստագրելու հնարավորություն են տալիս և ստեղծում են փորձնական և կլինիկական հոգեվերլուծության միջև մի երրորդ ոլորտ՝ բուժման նյութի կլինիկական, համակարգված հետազոտության ոլորտը (Kächele, 1981, Leuzinger, Kächele, 1985, Gill u. Hoffman, 1982):

Այս մոտեցումները մենք վերոնշյալ իմաստով կբնորոշենք «տեխնոլոգիական հետազոտություն» եզրով, այսինքն՝ հոգեվերլուծական տեխնիկայի և տեխնոլոգիայի հետազոտություն: Մենք հարց ենք բարձրացնում՝ հնա-

րավոր է արդյոք այն սենյակում, որտեղ ընթանում է բուժման գործընթացը, հոգեվերլուծական հիմնական տեսությունների ճշտումը, և համաձայնում ենք Գրյունբաումի (Grünbaum, 1984) պահանջների հետ, որ բազմաթիվ կանխավարկածները, որ ի հայտ են գալիս բուժման ընթացքում, պետք է մալիրիկ սոցիոլոգիայի և հոգեբանության սիստեմատիկ հետազոտությունների առարկա լինեն (Kline 1972, S. Fischer, Greenberg 1977): Անշուշտ, գոյություն ունի մշտապես աճող, ոչ պակաս օբյեկտիվ ոչ կլինիկական ծավալուն նյութ, որը սկիզբ է առել Ֆրոյդի մահից մի քանի տարի անց՝ Սիերսի նորարարական աշխատությունից (տե՛ս Fischer, Greenberg 1977): Մենք այն կարծիքին ենք, որ թերապևտիկ շրջանակում հոգեվերլուծական դիտարկումները իրենց էական ավանդն ունեն հոգեախտաբանության էթիոլոգիայի հետազոտման կամ անձի զարգացման տեսության մեջ՝ նյութեր մատակարարելով բովանդակալից կանխավարկածների համար: Սակայն նրանք կարող են նաև ավելի շատ օժանդակել թերապիայի տեսությանը, այսինքն՝

«... գործողությունների և միջամտությունների որոշ ձևերի և յուրօրինակ փոփոխությունների առաջացման կամ չառաջացման միջև առկա կապը հասկանալուն: Իմ կարծիքով՝ ուշադրության է արժանի այն հանգամանքը, որ հոգեվերլուծողները փորձում են օգտագործել կլինիկական տվյալները բոլոր հնարավոր նպատակներով, բացառությամբ այն նպատակի, որի համար այդ տվյալները առավելագույնս հարմար են՝ թերապևտիկ փոփոխությունները ըմբռնելու և գնահատելու համար (Eagle, 1984, էջ 163):

Մենք համաձայն ենք Գրյունբաումի հետ (Grünbaum, 1984), որ հոգեվերլուծողի ընդունելությունների սենյակն այն վայրը չէ, որտեղ վերլուծողը պետք է ստուգի հիմնադրությամբ գիտական տեսությունները: Սակայն եթե Գրյունբաումը կլինիկական իրավիճակում երևույթները դիտում է որպես հոգեվերլուծական կանխավերկածների ստուգման և հաստատման համար անօգտակար, ապա մեր կարծիքով՝ այդ տվյալները գիտական գնահատման գերազանց փորձաքար են՝ երրորդ անձանց կողմից կանխավարկածների ճշտությունը (վալիդությունը) ստուգելու համար (Luborsky et al, 1985): Լրացնելով Իգլի դիրքորոշումը՝ գտնում ենք, որ այդ տվյալները հարմար են ինչպես տեխնոլոգիական, այդպես էլ հիմնական գիտական ենթադրությունների առաջադրման և ստուգման համար: Մենք համաձայն ենք Էդելսոնի (Edelson, 1984) հետ, որը սա ցույց է տվել երկու օրինակի միջոցով.

- Լուբորսկու և Մինտցի (Luborsky, Mintz, 1974)՝ «տիկին X» դեպքի մեկնաբանությունը:
- Ֆրոյդի՝ Առնետ մարդուն վերաբերող Գլիմուրի (Glymour, 1980) փաստարկումը (Freud, 1909d):

Նման դեպքերում ստուգումը չի հիմնվում արդյունավետության և խկության միջև սահմանված կապի, այլ անմիջապես կլինիկական տվյալների վրա: Իգլը (Eagle, 1984) նույնպես շեշտում է, որ ավստորոշիչ գիտելիքը, այսինքն՝ առանձին համախտանիշների զարգացման դիտարկման ճանապարհով ստացված գիտելիքը անկախ բնագավառ է, որը չի հենվում ոչ

յուրահատուկ դիադային իսկության, ո՛չ էլ թերապևտիկ արդյունավետության վրա: Օրինակ՝ պարզվեց, որ անորեքսիայի ներոգ հոգեդինամիկ տերմինաբանությամբ Թոմեի (Thomä, 1961) առաջադրած նկարագրությունը էապես ճիշտ էր՝ չնայած հոգեվերլուծության ներսում և հոգեվերլուծությունից դուրս տեղի ունեցած թերապևտիկ ռազմավարությունների փոփոխություններին:

Հոգեվերլուծության հիմնական կանխավարկածները լայն ոլորտ են ընդգրկում, (օրինակ՝ զարգացում, անհատականություն, հիվանդություն) և իրականացվում են ամենատարբեր մակարդակներում (տե՛ս, օրինակ՝ Waelder, 1962): Հարկ է հարց բարձրացնել, թե ո՞ր գիտական պնդումների համար կարող են կլինիկական տվյալները փորձաքար ծառայել, և որչա՞փ հուսալիություն կարելի է վերագրել կլինիկական տվյալներին: Մետահոգեբանական դրույթները պիտանի չեն այդ խնդիրը լուծելու համար՝ թե՛ տեսական դիրքորոշումներից (Wallerstein, Sampson, 1971, Thomä, Kächele, 1975), թե՛ էմպիրիկ հետազոտություններից ելնելով (Luborsky, Spence 1978, Kiener 1978): Այստեղ անհրաժեշտ է կլինիկական փորձի և մեկնաբանությունների վրա հիմնված, հաճախ փոփոխվող մետահոգեբանական պնդումների ազդեցությունն առանձնապես քննադատորեն արժեքեվորել (տե՛ս գլուխ 1): Բազմիցս քննարկվել են գիտական ենթադրությունների հիմնավորվածության գնահատման ժամանակ կլինիկական տվյալների կիրառման հետ կապված իրական դժվարությունները և այդ խնդիրների լուծման բարդությունները, հետևաբար մեզ իրավունք ենք վերապահում այս կետի շուրջ սահմանափակվել գրականությունից մի քանի աշխատությունների հղում անելով (Thomä, Kächele, 1973, Möller, 1978, Grünbaum, 1982, Eagle, 1984, M. Edelson, 1984, Strenger, 1994):

Ամփոփելով՝ կիսնդերինք հոգեվերլուծական պրակտիկան դիտարկվել որպես և՛ թերապիայի միջուկ, և՛ հոգեվերլուծության հետազոտության գործընթացի էական բաղադրիչ: Հոգեվերլուծական պրակտիկան այն դաշտն է, որտեղ տեղի է ունենում ինչպես բուժման գործընթացը, այնպես էլ էվրիստիկական տեսանկյունից արժեքավոր գիտելիքի ձեռքբերումը: Երրորդ, անկախ անձանց ներգրավումն անխուսափելի է և վճռորոշ այդ գիտելիքի ստուգման համար, անկախ նրանից, թե այդ գիտելիքը հիմնարար գիտություններից, թե կիրառական գիտություններից է ստացվել: «Անբակտելի կապի» դրույթին վերաբերող հոգեվերլուծական հետազոտությունը սահմանափակված է այն իմաստով, որ արդյունքները կարելի է օգտագործել միայն նոր երևույթների բացահայտման և նախնական ենթադրությունների զարգացման համար, սակայն ոչ թե նրանց ստուգման համար: Անօրյա թերապևտիկ աշխատանքի ընթացքում վերլուծողը պետք է հարցնի ինքն իրեն, թե արդյոք իր բուժման տեխնիկան նպաստո՞ւմ է ինչպես նոր ենթադրությունների առաջադրմանն ու հոգեվերլուծական գիտելիքների ընդլայնմանը, այնպես էլ՝ բուժման գործընթացին, թե՞ ոչ:

Մեթոդոլոգիական սկզբունքից ելնելով՝ առանձին վերլուծողն ի վիճակի չէ բավարարել այդ երեք պայմանները: Ո՞վ կարող է պնդել, ինչպես դա արել է Ֆրոյդը, որ ինքը ոչ միայն ինչ-որ նոր բանի է հասել, այլ վերլուծության շնորհիվ հասել է ամենախորքերը և դրանով ապացուցել, որ այդպիսով նա գտել է լուծումներ հետագա կոնֆիգուրացիաների համար: Բացի այդ՝ Ֆրոյդի գիտական հայացքներից բխում է, որ հոգեկան կապերի մասին ընդհանրացված, օբյեկտիվ գիտելիքի աճը, եթե այդ գիտելիքները համապատասխան կերպով կիրառվում են թերապիայի ընթացքում, կարող է նպաստել և ավելին, պետք է նպաստի բուժման ընթացքի արագացմանը:

Թերապիայի կարճ ձևերը հոգեվերլուծական համակարգում գիտական առաջընթացի անմիջական հետևանքն են: Ամեն դեպքում դեպի խորը հոգեկան շերտերը թափանցման համար մեծ գործնական և տեսական գիտելիքներ են անհրաժեշտ նաև կարճ ժամանակահատվածում նպաստավոր արդյունքի հանգեցնող վերլուծության պարագայում: Միայն այս եղանակով կարող է ապացուցվել, որ մեկնաբանող թերապիան հիվանդի ինքնաձանաչմանը նպաստող բուժում է: Սակայն այդ ինքնաձանաչումը չպետք է ամեն դեպքում ինչ-որ նոր բնույթ ունենա հոգեվերլուծության հիմնարար և կիրառական գիտական տեսության իմաստով: Ինքնաձանաչման հիմնական արժեքն այն է, որ մյուս գործոնների հետ մեկտեղ նա բուժման գործընթացի վրա դրականորեն է ազդում: Այսպիսով՝ հոգեվերլուծական շրջանակում հոգեվերլուծական հետազոտությունը (այսինքն՝ նոր հոգեվերլուծական ենթադրությունների առաջացումը, որն անհրաժեշտ է տարբերել այդ ենթադրությունների ստուգման համար անկախ, երրորդ անձանց կողմից իրականացված հետազոտություններից) ապաքինման ապահովման հետ ուղղակիորեն կապելու ցանկությունը հազիվ թե կարելի է հեշտությամբ իրագործելի համարել: Հոգեվերլուծական տեխնիկայի ֆրոյդյան տեսությունը պահանջում է, որ վերլուծողը տարբերակի հետևյալ հասկացությունները.

- ապաքինում,
- նոր կանխավարկածների առաջադրում,
- կանխավարկածների ստուգում,
- բացատրությունների ճշտություն,
- գիտելիքի կիրառականություն:

ԲԱՌԱՐԱՆ

Հայերեն-անգլերեն-ռուսերեն

Armenian	English	Russian
արբեակցիա / արտագործում	abreaction	среагирование (нем.)
ազատ գուգորդություններ	free associations	свободные ассоциации
ախտանիշների բարելավում	symptomatic improvement	симптоматическое улучшение
ախտանիշների դեմ ուղղված սուգեստիվ թերապիա	symptom-oriented suggestion therapy	симптом-ориентированная суггестивная терапия
այլափոխվող ներքնայնացում	transmuting internalization	трансмутующая интернализация
Այն	Id	Оно
անձի խանգարումներ	personality disturbances	личностные расстройства
անգիտակցական կոնֆլիկտ	unconscious conflict	бессознательный конфликт
անգիտակցական համաստեղություններ	unconscious constellations	бессознательные конstellляции
անորեքսիայի ներոզ	anorexia nervosa	нервная анорексия
աշխատանքային դաշինք	working alliance	рабочий альянс
ապամանձնականացված	depersonalized	деперсонализированный
ապրումակցում	empathy	эмпатия
աջակցող և արտահայտչական (այն է՝ կոնֆլիկտը բացահայտող) մեթոդներ	supportive and expressive (i.e., conflict-revealing) techniques	поддерживающая и экспрессивная (т.е. вскрывающая конфликт) техники
արտահեղում/արտաբխում	emanation	эманация
արտամղված	repressed	вытесненный
արտամղված նյութի պարբերական վերարտադրություն	recurrence of repressed material	многократное повторение вытесненного материала

արխայիկ օբյեկտ	archaic object	архаический объект
արտաներկայացում	acting out	отыгрывание вовне
արտաներկայացում սեանսի ընթացքում	acting in	отыгрывание вовнутрь
աֆեկտիվ սխեմաներ	affective schemata	аффективная схема
աֆեկտիվ և կոգնիտիվ արձագանք	affective and cognitive response	аффективный и когнитивный отклик
բազմագործառույթայ- նության սկզբունք	principle of multiple function	принцип множественной функции
գենետիկ և հարմարվողական տեսանկյուն	genetic and adaptive points of view	генетическая и адаптивная точки зрения
Գեր-Էգո	super-ego	Супер-эго
գերիշխող դիմադրություն	dominant resistance	доминантное сопротивление
զոտիների շփոթություն	zonal confusions	зональное смешение
գրաքննիչ	censor	цензор
Գրյունբաումի աղտոտման դրույթ	Grünbaum's contamination thesis	тезис засорения Грюнбаума
դեֆիցիտի տեսություն	deficit theory	теория дефицита
դիադա	dyad	диада
դիսկուրսիվ փոխգործողություն	discursive interaction	дискурсивное взаимодействие
դեպրեսիվ դիրք	depressive position	депрессивная позиция
դեստրուկտիվություն /ապակառուցողա- կանություն	destructiveness	деструктивность
դետերմինանտ, որոշիչ	determinant	детерминант
դիմադրություն զուգորդությունների հանդեպ	association resistance	сопротивление ассоциациям
եզրահանգումների հարաբերական կշիռ	degree of inference	степень инфериро- ванности

Ես-ի արտացոլում	self-reflection	"Я"-отражение
Ես-ի կազմալուծում	self-disintegration	дезинтеграция Я
Ես-ի հոգեբանություն	psychology of the Self	Селф-психология
Ես-ի պատկերում	self-representation	"Я"-репрезентация
Ես-ի վիճակն արտացոլող երազ. self-state երազ (Հ.Կոհութ)	self-state dream	сновидения о состоянии самости (Х. Кохут)
Եռանկյունավորում	triangulation	триангуляция
Երազի աշխատանք	dream-work	работа сновидения
Երազի փոխզիջում	dream compromise	компромис сновидения
Երկանհատություն	bi-personality	
Երկրորդային գործընթացի մտածողություն	secondary process thinking	мышление вторичного процесса
Երկրորդային գորեղարար	secondary reinforcer	вторичный усилитель
զարգացման անակլիտիկ-դիատրոֆիկ փուլ	anaclitic-diatrophic phase of development	анаклитическая-диатрофическая стадия
զգայական զրկում	sensory deprivation	сенсорная депривация
զգայական խթանում	sensory stimulation	сенсорная стимуляция
զրկում	deprivation	депривация
Էգո	Ego	Эго
Էգոյի ինքնուրույնություն	ego autonomy	автономия Эго
Էգոսինտոնիկ	egosyntonic	эгосинтонный
Էկզոգամիա	exogamy	экзогамия
Էդիպյան բարդույթ	Oedipus complex	эдипов комплекс
Էներգիայի կատեքսիս	energy cathexis	энергетический катексис
ընդհանրացում ու	generalization and	обобщение и

զանազանում/ զատորոշում	discrimination	различение
ընկալական ինքնություն	perceptual identity	перцептивная идентичность
ժամանակագրական հետադիմական տիպար	chronological retrograde model	хронологическая ретроградная модель
իմագո	imago	имаго
իմացական հոգեբանություն	cognitive psychology	когнитивная психология
ինկորպորացիա	incorporation	инкорпорация
ինտեգրացնող կարողություն	integrative competence	интегрирующая способность
ինցեստուոզ ցանկություն	incest wishes	инцестуозные желания
ինքնազգայություն	self-feeling	"Я"-чувствование
ինքնության տեսություններ	theories of identity	теории идентичности
ինֆանտիլ	infantile	инфантильный
իրականության էգո	reality-ego	"Я"-реальность
լիբիդինալ	libidinous	либидинальный
խմբի հոգեբանություն	group Psychology	психология групп
խորհրդանշական փոխազդեցություն	symbolic interactionalism	символический интеракционализм
կազմավորող միջամտություններ	structuring interventions	структурирующие интервенции
կապվածություն առաջացնող անձ	attachment figure	фигура привязанности
կապվածության տեսություն	attachment theory	теория привязанности
կատեկտավորել	to cathect	катектировать
կիզակետային համաստեղություն	focal constellation	фокальная конstellация
կիզակետային հոգեթերապիա	focal psychotherapy	фокальная психотерапия
կոմպուլսիվ նևրոզ	compulsive neurosis	компульсивный невроз

կոմպուլսիվ տիպար	compulsive pattern	компульсивный паттерн
կաչուն ներոզ	obsessional neurosis	обсессивный невроз
կրծքից կտրելու ընթացք	weaning process	процесс отлучения от груди
հակաաֆեկտներ	counteraffects	контраффекты
հաճույքի էգո	pleasure-ego	"я"-удовольствие
համատիպ	congruent	конгруэнтный
հարաբերական միջսուբյեկտային հոգեվերլուծություն	relational intersubjective psychoanalysis	реляционный интерсубъективный психоанализ
հարցազրույցի առաձգական տեխնիկա	elastic interview technique	техника эластичного интервью
հանկարծափայլ գիտակցման փորձ (Մ. Բալինթ)	"flash" experiences	флеш-опыт (М. Балинт)
հերմենևտիկ տեխնոլոգիա	hermeneutic technology	технология герменевтики
հիմքային թերություն	basic fault	базовый дефект
հիմքային տիպարի մեթոդ	basic model technique	техника базовой модели
հիշողություն-պատկեր	screen memory	сувенир-экран
հիպնոսի նկատմամբ դյուրագգայություն	hypnotizability	гипнозабельность
հիպոմանիակալ արտաներկայացում	hypomanic acting out	гипоманиакальное отыгрывание
հոգեդինամիկ	psychodynamic	психодинамический
հոգեկան տնտեսություն	psychic economy	психическая экономика
հոգեհասարակական	psychosocial	психосоциальный
հոգեմարմնական հիվանդություն	psychosomatic illness	психосоматическое заболевание
հոգեվերլուծական գործնական աշխատանք	psychoanalytic practice	психоаналитическая практика
հոգեֆիզիկական ինտերակցիոնիզմ	psychophysical interactionism	психофизический интеракционизм

ձեղքման գործընթացներ	splitting processes	процессы расщепления
ձկուն/դյուրաթեք պատկերացում	plastic representation	пластичная репрезентация
մանկական զարգացման նախա- ամբիվալենտ շրջան	preambivalent period of infantile development	доамбивалентный период инфан- тильного развития
մասնատում/կազմա- լուծում	disintegration	дезинтеграция
մարմնազգայական ապրումակցում	coenaesthetic empathy	ценестетическая эмпатия
մեծագդու ես-ը	grandiose self	грандиозное Я
մետափոգերանություն	metapsychology	метапсихология
միջուկային կոնֆլիկտ	nuclear conflict	ядерный конфликт
մղումների տեսություն	drive theory	теория драйвов
մշակում	working through	проработка
յատրոգենիկ	iatrogenic	ятрогенный
ներդիտում	introspection	интроспекция
ներհայեցում	insight	инсайт
ներհոգեկան ինքնաբուխ պոռթկումներ	endopsychic autoreleases	эндопсихические
ներհոգեկան կոնֆլիկտ	intrapsychical conflict	интрапсихический конфликт
ներշնչման մեթոդ	technique of suggestion	техника суггестии
ներքնայնացված կոնֆլիկտներ	internalized conflicts	интернализированные конфликты
ներքնայնացում	internalization	интернализация
նշանակալի ուրիշը	meaningful other	значимый другой
նոմոպրագմատիկ	nomopragmatic	номопрагматический
նկրոգներ համե- մատաբար անեղծ էգոյով ու էգոյի կառուցվածքային խանգարումներ	relatively ego-intact neuroses and the structural ego disturbances	относительно Эго- интактные неврозы и структурные расстройства Эго

Շարունակականության ենթադրություն	continuity assumption	допущение непрерывности
շիզոպարանոիդալ և դեպրեսիվ դիրքեր	schizoid-paranoid and depressive positions	шизоидно-параноидная и депрессивная позиции
շտկող հուզական փորձ	corrective emotional experience	корректирующий эмоциональный опыт
պակասության վիճակներ	deficiency states	дефицитарность
պարապրակսիա	parapraxia	парапраксия
պրոյեկցիա	projection	проекция
պրոյեկտիվ ու ինտրոյեկտիվ նույնացում	projective and introjective identification	проективная и интроективная идентификация
պուրիզմ	purism	пуризм
ռեգրեսիա	regression	регрессия
սահմանային անձիք	borderline personalities	пограничная личность
սեռային ֆանտազիաներ	sexual fantasies	сексуальные фантазии
սեռատման տագնապ	castration anxiety	кастрационная тревога
սիմվոլիզացիա	symbolization	символизация
սոցիալապես գրոյական իրավիճակ	social null situation	социально нулевая ситуация
սոցիալիզացիա	socialisation	социализация
սոլիպսիզմ	solipsis	солипсизм
սուպերվիզիայի ներքո անցկացված դեպքեր	supervised cases	супервизируемые случаи
սևեռում	fixation	фиксация
վաղաժամ խանգարումներ	early-onset disorders	раанние расстройства
վաղ մանկության փորձի վերակազմավորում	reconstructions of early childhood	реконструкция опыта раннего детства

վարքային մոդել	behavior patterns	поведенческие паттерны
վարքային թերապիա	behavioural therapy	бихевиоральная терапия
վերլուծական շրջանակ	analytic situation	аналитическая ситуация
վիճակների փոփոխման տիպար	state fluctuation model	модель флуктуаций состояний
տեսողական զգայունացում	visual sensibilization	визуальная сенсibilизация
տիրանալու դրդում	instinct for mastery	инстинкт овладения
տհաճություն	unpleasure	неудовольствие
տրանսֆերենստ հարաբերություններ	transference relationship	трансференциальные отношения
տրանսֆերի արխայիկ օբյեկտ	archaic transference object	архаический объект в трансфере
տրանսֆերի երկակի կենտրոնացում	bi-focality of transference	бифокальность трансфера
տրանսֆերի մեկնաբանություններ	transference interpretations	интерпретации трансфера
տրանսֆերի նևրոզ	transference neurosis	невроз трансфера
տրավմատիզացիա	traumatisation	травматизация
փոխադրում	displacement	смещение
փոխլրացվող շարք	complemental series	комплементарный ряд
փոխհատուցող հարաբերություններ	compensatory relationship	компенсаторные отношения
փոխներգործման մոդել	interactional model	интерактивная модель
օբյեկտազերծ տարածությունների ֆիլոբատիկ (ինքնաբավ) նախընտրություն	philobatic preference for objectless expanses	филобатическое предпочтение безобъектных пространств
փոփոխական մեկնաբանություն	mutative interpretation	мутативная интерпретация
օբյեկտին վերաբերող պաշտպանություններ	object-related defences	объектно-ориентированные защиты

օբյեկտներից հուսահատ (օկնոֆիլիկ) կառչում	the ocnophilic clinging to objects	окнофилическое прилипание к объекту
օժանդակ Գեր-Էգո	an auxiliary superego	вспомогательное Супер-эго
օպերանտային կամ գործիքային սլայմանավորում	operant or instrumental conditioning	оперантное или инструментальное обуславливание
Օպերացիոնալի- զացիա	operationalization	операционализация
Ֆեխների՝ հաստատունության սկզբունքը	Fechner's principle of constancy	принцип констант- ности Фехнера
Ֆյուրշտենաույի առաջադիմական կառուցվածք	Fürstenau's progressive structure	прогрессивная структура Фюрштенау
ֆրուստրացիա	frustration	фрустрация

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

1. ՀՈԳԵՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ. ՆԵՐԿԱ ԻՐԱՎԻՃԱԿԸ	11
1.1 Մեր դիրքորոշումը	11
1.2 Հոգեվերլուծողի մասնակցության բաժինը	23
1.3 Տեսության ճգնաժամը	33
1.4 Փոխաբերություններ	61
1.5 Ուսուցում	68
1.6 Ուղղություններ և հոսանքներ	74
1.7 Սոցիալ-մշակութային փոփոխություններ	84
1.8 Զուգամիտումներ և տարամիտումներ	88
2. ՏՐԱՆՍՖԵՐՆԵՐ ԵՎ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	101
2.1 Տրանսֆերն իբրև կրկնություն	101
2.2 Ներշնչում, ներշնչվողականություն և տրանսֆեր	106
2.3 Տրանսֆերենտ երևույթների կախվածությունը մեթոդից	109
2.4 Տրանսֆերի նկրդն իբրև գործառնական հասկացություն	112
2.5 Հակասական հասկացությունների ընտանիքը. իրական հարաբերություններ, թերապևտիկ դաշինք, աշխատանքային դաշինք և տրանսֆեր	115
2.6 Նոր օբյեկտն իբրև սուբյեկտ: Օբյեկտային հարաբերությունների տեսությունից դեպի երկու անձի հոգեբանություն	129
2.7 Ակտուալ ձշմարտությունների ընդունումը	133
2.8 «Այստեղ և հիմա»-ն՝ նոր ընկալմամբ	136
3. ՀԱԿԱՏՐԱՆՍՖԵՐ	141
3.1 Հակատրանսֆեր. հոգեվերլուծության «Մոխրոտիկը»	141
3.2 Հակատրանսֆերը նոր կերպարանքով	147
3.3 Համակողմանի ընկալման հետևանքներն ու առաջադրած խնդիրները	151
3.4 Հակատրանսֆերի ներդաշնակությունն ու փոխլրացնող բնույթը	158
3.5 Հա՞րկ է, որ վերլուծողը ճանաչի հակատրանսֆերը	163
4. ԴԻՄԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ	165
4.1 Ընդհանուր տեսակներ	165
4.1.1 Դիմադրության ձևերի դասակարգումը	167
4.1.2 Դիմադրության գործառնային հարաբերությունների կարգավորման գործում	170
4.1.3 Դիմադրություն և պաշտպանություն	171
4.2 Դիմադրության պաշտպանական գործառնային և տագնապը	174
4.3 Արտամղում և տրանսֆերենտ դիմադրություն	184

4.4 «Այն»-ի և Գեր-Էգո-ի դիմադրությունը	189
4.4.1 Բացասական թերապևտիկ հակազդեցություններ	194
4.4.2 Ագրեսիան և ապակառուցողականությունը. մոլումների առասպելաբանությունից անդին	199
4.5 Հիվանդությունից ստացվող երկրորդային օգուտը	213
4.6 Նույնացման դիմադրությունը և անվտանգության սկզբունքը	215
5. ԵՐԱԶՆԵՐԻ ՄԵԿՆՈՒԹՅՈՒՆ	221
5.1 Երազներ և քուն	221
5.2 Մտածողությունը երազում	222
5.3 Օրվա նստվածքները և ինֆանտիլ ցանկությունը	227
5.3.1 Ցանկության իրականացման տեսությունը որպես բացատրության միասնական սկզբունք	231
5.3.2 Ես-ի պատկերում և խնդրի լուծում	233
5.4 Ես-ի պատկերման տեսությունը և նրա հետևանքները	243
5.5 Երազի մեկնության տեխնիկան	250
6. ԱՌԱՋԻՆ ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑԸ ԵՎ ԵՐՐՈՐԴ ԿՈՂՄԻ ԳԱՂՏՆԻ ՆԵՐԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ	260
6.1 Խնդրի էությունը	260
6.2 Ախտորոշում	264
6.3 Թերապևտիկ հայեցակետեր	273
6.4 Որոշումը կայացնելու գործընթացը	281
6.5 Հիվանդի ընտանիքը	291
6.5.1 Հիվանդի ընտանիքի վրա դրված բեռը	294
6.5.2 Բնորոշ իրավիճակներ	296
6.6 Վճարում է երրորդ կողմը	302
6.6.1 Հոգեվերլուծությունը և Գերմանիայի առողջության ապահովագրական համակարգը	302
6.6.2 Հոգեվերլուծական գործընթացի վրա ունեցած ազդեցությունը	314
7. ԿԱՆՈՆՆԵՐ	325
7.1 Հոգեվերլուծական կանոնների բազմագործառնությունը	325
7.2 Ազատ զուգորդություն. թերապիայի հիմնական կանոնը	334
7.2.1 Բնորոշ գծերը և զարգացումը	334
7.2.2 Հիվանդին հիմնարար կանոնի մասին հրահանգավորում	338
7.2.3 Ազատ զուգորդությունները վերլուծական գործընթացում	347
7.3 Հավասարաչափ բաշխված ուշադրություն	353
7.4 Հոգեվերլուծական երկխոսություն և հակահարցի կանոնը: Պատասխանել, թե՞ չպատասխանել. այս է խնդիրը	361
7.4.1 Կարծրատիպի հիմնավորումը և պատմությունը	365
7.4.2 Համագործակցությունը և դիսկուսը կարգավորող կանոնները	370
7.4.3 Օբյեկտ գտնելը և երկխոսությունը	373

8 ՄԻՋՈՑՆԵՐ, ԵՂԱՆԱԿՆԵՐ ԵՎ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐ	377
8.1 Ժամանակը և վայրը.....	377
8.2 Հոգեվերլուծական էվրիստիկա.....	386
8.3 Առանձնահատուկ և ոչ առանձնահատուկ միջոցներ.....	390
8.3.1 Ընդհանուր մոտեցումներ	390
8.3.2 Հիշողություններ և վերակառուցումներ.....	392
8.3.3 Միջամտություն, հակազդեցություն, ներհայեցում	398
8.3.4 Նոր սկիզբ և ռեգրեսիա	407
8.4 Տրանսֆերի մեկնաբանություններ և իրականություն.....	411
8.5 Լռություն	433
8.6 Արտաներկայացում	440
8.7 Մշակում.....	452
8.8 Ուսուցում և կառուցում	462
8.9 Ավարտ.....	471
8.9.1 Ընդհանուր նկատառումներ	471
8.9.2 Տևողություն և սահմանափակումներ	473
8.9.3 Բուժման ավարտի համար նախատեսված չափանիշները.....	479
8.9.4 Հետվերլուծական փուլ	482
9. ՀՈԳԵՎԵՐԼՈՒԾԱԿԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ	487
9.1 Գործընթացային մոդելի գործառույթը.....	488
9.2 Գործընթացային մոդելների հատկանիշները	491
9.3 Հոգեվերլուծական գործընթացային մոդելները.....	496
9.4 Ուլմյան գործընթացային մոդելը.....	506
10. ՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՊՐԱԿՏԻԿԱՅԻ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ....	517
10.1 Ֆրոյդի մրցանակային հարցը	517
10.2 Վերլուծական պրակտիկան անքակտելի կապի լույսի ներքո.....	521
10.3 Փոփոխության կամ թերապիայի գիտելիքի հիմնավորման համատեքստը	527
10.4 Կիրառական և գուտ գիտական տեսություններին ներկայացվող տարբեր պահանջները	531
10.5 Հետևություններ թերապևտիկ գործունեության և տեսության գիտական հիմնավորման վերաբերյալ	536
ԲԱՌԱՐԱՆ	543

Հելմութ Թոմե, Հորսթ Գեխելե
Հոգեվերլուծական թերապիա

1

Հիմնարար դրույթներ

Helmut Thomä, Horst Kächele

**Lehrbuch der psychoanalytischen
Therapie**

1

Grundlagen

Խմբագիր՝	Անդրեյ Խաչատուրյան
Տեխն. խմբագիր՝	Արարատ Թովմասյան
Սրբագրիչ՝	Սուսաննա Մարտիրոսյան
Կազմը՝	«Անտարես» մեդիա հոլդինգի



«Անտարես» հրատարակչատուն
Երևան 0009, Մաշտոցի 50^ա/1
Հեռ.՝ +(374 10) 58 10 59, 56 15 26
Հեռ./ֆաքս՝ +(374 10) 58 76 69
antares@antares.am
www.antares.am

