

Немецкий случай-образец, Amalia X: эмпирическое изучение

a-Horst Kachele¹, c-Cornelia Albani, a-Anna Buchheim, a-Michael Holzer, f- Roderich Hohage, a-Erhard Mergenthaler, d-Juan Pablo Jimenez, e-Marianne Leuzinger Bohleber, f- Lizbeth Neudert-Dreyer, a-Dan Pokorny и g-Helmut Thoma

a-Отделение Психосоматической Медицины и Психотерапии, Ульмский Университет, Am Hochstras 8, D-89081 Ulm, Germany- b-horst.kaechele@uni-ulm.de,

c-Университет и Поликлиника Психотерапии и Психосоматики, Лейпцигский Университет, Karl-Tauchnitzstr. 25, D-04107 Leipzig, Germany

d-Отделение Психиатрии и Ментальных Расстройств, Чилийский Университет, Av. Salvador 486, Santiago, Chile-jjimenez@med.uchile.cl

e-Институт Зигмунда Фрейда, Myliusstrasse 20, D-60323 Frankfurt-am-Main, Germany- m.leuzinger-bohleber@Frankfurt.netsurf.de

f-Психоаналитическое Сообщество Ульма, Am. Hochstras 8, D-89081 Ulm, Germany-neudert.dreyer@-online.de

g- Funkenburgstr. 14, D-04105 Leipzig, Germany- ThomaLeipzig@-online.de

(Окончательная версия принята 16 сентября 2005 года)

Авторы статьи показывают перспективы применения исследования психоаналитического процесса, которые базируются на процессе исследования модели, описанной в другом месте и которые суммируют различные исследования, что может быть разбито на четыре уровня модели. Авторы обобщают множественные эмпирические исследования, которые были произведены в полностью записанном на магнитофон курсе психоаналитической терапии и опубликованы. Эти исследования демонстрируют, что множество моделей эмпирического исследования доступны для объективного изучения феномена психоаналитического процесса и повышают его эффективность.

Ключевые слова: единичный случай, процесс исследования, оценка.

Исторически в психоанализе оральная традиция, документированная большей частью виньетками случаев, представляла собой принципиальные значения сообщённых инсайтов, развивающихся в терапевтической ситуации как поле для исследований, ориентированных на открытия. Когда термин «час-образец» (specimen hour) (Dahl at al 1988) , был использован для описания протокола одного часа психоаналитического лечения, это подразумевало, что в психоанализе существует не только описанные Фрейдом сны-образцы. Следуя за рекомендацией Wallerstein и Sampson (1971) проводить интенсивное изучение одного случая для усиления нашего поля деятельности, мы предприняли последовательное, многоуровневое совместное исследование, которое может быть описано как «случай-образец». В этой статье мы представляем резюме исследования психоаналитического лечения нашего случая-образца, названного «Amalia X»². Клинические виньетки и психодинамическое заключение представлены во втором томе книги по психоаналитической терапии Thoma и Kachele (1992).

Амалия Х (родилась в 1939 г.) находилась в психоаналитическом лечении (517 сессий) в начале семидесятых годов с хорошими результатами. Через несколько лет она вернулась к своему бывшему терапевту на короткий период аналитической терапии из-за проблем со своим любовником, который на много лет её младше. 25 лет спустя она консультировалась у моего коллеги на предмет своего окончательного расставания со своим партнёром. Это расставание было причиной непереносимых трудностей, и пациентка вновь обратилась за соответствующей (circumscribed) помощью.

¹ Контактное лицо

² Чтобы избежать любых ассоциаций с «образцом сна в психоанализе» Эриксона (1954), мы, прежде всего, подчеркнём, что исследование лечения Амалии должно рассматриваться как наш собственный случай-образец.

Амалия Х обратилась за психоаналитической помощью из-за сильных проблем с самооценкой, делавших её уязвимой вплоть до депрессии, длящейся в течение последних нескольких лет. Вся её история жизни, начиная с подросткового периода, и её социальная роль как женщины свидетельствуют, как она страдала от сильно выраженной особенности, являющейся следствием гирсутизма. Хотя для неё было возможным скрывать свою особенность (интенсивный рост волос по всему телу) от других, косметические средства, которые она использовала, не могли поднять её самооценку или убрать её экстремальную незащищённость. Чувство обладания такой особенностью и её невротические симптомы усиливали друг друга в порочном круге; сомнения, являющиеся результатом компульсивного невроза и различные симптомы невроза тревоги препятствовали её личным взаимоотношениям и, что наиболее важно, удерживали пациентку от формирования более близких гетеросексуальных дружеских отношений.

Эта женщина, трудолюбивая в своей карьере, интеллигентная, не замужем и достаточно женственная, несмотря на свою особенность, произвела на аналитика позитивное впечатление. Он был более или менее уверен, что возможно изменить то значение, которое пациентка придаёт своей стигме. В общих словах он исходил из того, что наше тело- это не только наша судьба, но и ещё наше отношение к нему, которое имеет значение для окружающих и мы сами должны решать, какими будут наши тела. Следствием из перефразированного Фрейдом (1912, стр.189) выражения Наполеона является то, что выражение «наша анатомия- это наша судьба» должно быть изменено как следствие психоаналитических инсайтов для психогенеза сексуальной идентичности. Сексуальная роль и сущностная идентичность рождаются под влиянием психосоциальных факторов на базе соматического пола субъекта.

Предыдущий опыт аналитика оправдывает его следующие первоначальные предположения. Мужская стигма усиливает зависть к пенису и реактивирует эдиповы конфликты. Если бы желание пациентки быть мужчиной материализовалось, её гермофродитный вид тела стал бы свободным от конфликта. Был бы получен ответ на вопрос «мужчина я или женщина», её незащищённость, касающаяся её идентичности, которая постоянно усиливалась её стигмой, была бы элиминирована, и образ самого себя и физическая реальность обрели бы согласие. Для неё было невозможным, однако, выстроить свои бессознательные фантазии о том, что она - мужчина ввиду наличия женских гениталий. Мужская стигма не делает из женщины мужчину. Регрессивные разрешения, такие как достижение внутренней безопасности, несмотря на наличие мужской стигмы путём идентификации со своей матерью, оживляли старые материнско-дочерние конфликты и приводили к различным защитным проявлениям. Все её аффективные и познавательные процессы были отмечены амбивалентностью, так, она испытывала трудности, например, когда выбирала между различными цветами одежды в магазине, так как связывала их с качествами мужественности или женственности (Thoma и Kachele, 1992, стр. 79).

Наиболее свежее сообщение по аналитической технике этого случая было сделано на конференции Международной Психоаналитической Ассоциации в Новом Орлеане в 2004 г. (Thoma и Kachele, в публикации), где этот случай обсуждался значительным количеством аналитиков из различных групп (Wilson, 2004).

Наше резюме этих исследований могло бы также иметь в качестве подзаголовка вопрос «Сколько характеристик имеет слон, когда семи слепым исследователям позволено касаться только его частей?»³. При условии преобладающего меньшинства систематически описанных данных психоаналитических случаев, мы должны предполагать, что все исследователи на этой стадии слепы. Различные исследования, представленные в случае-образце Amalia X рассматривают только отдельные части и аспекты и должны быть со временем интегрированы, так как должны быть интегрированы

³ Эта ссылка на предложение J. H. Beadle (1878): «Мой друг... видел слона в его полную величину от туловища до хвоста».

взаимоотношения между ними и, таким образом, случай как целое может быть оценен. Пока, однако, мы все слепы и, следовательно, не можем претендовать на видение слона целиком, от тела до хвоста; но для анализа жизненного стиля слона исследование тела значительно важнее, чем исследование хвоста. Те же приложения эмпирических исследований описаны в этой статье. Более одного потерялось в незначительных лингвистических деталях диалога, ещё более вероятна потеря стороны важных клинических вопросов; также справедливо, что аналитик может почувствовать слепые пятна путём использования методов микроаналитических исследований. В любом случае общие заключения могут отталкиваться от этого остающегося открытым вопроса. Наше принципиальное убеждение в конечном итоге приводит к началу этого предприятия, к креду, что психоанализ - как любая научная область - требует тщательной описательной работы. Эта необходимая ступень в исследовательской работе была названа «ботанической фазой в психотерапевтическом исследовании»(Grawe, 1988).

Утверждение Люборски и Спенса (Luborsky и Spence), касающееся требований для случаев-образцов, прописанное достаточно сжато, подытожено здесь таким образом: «В идеале должно быть выполнено два условия: случай должен быть ясно обозначен как аналитический и данные должны быть записаны на магнитофон, скопированы и проиндексированы, таким образом обеспечивая максимальную доступность и прозрачность (1971, стр.426). Первое условие было выполнено благодаря тому факту, что достаточное количество коллег считали этот случай абсолютно «аналитическим». У аналитика, лечащего эту пациентку, была высокая репутация в профессиональном сообществе, хотя все аналитики должны подтверждать свою квалификацию в каждом случае, который они ведут. Опираясь на результаты исследований, также можно сказать, в ретроспективе, что лечащий аналитик следовал фундаментальным психоаналитическим правилам. Соответствие специфическому методу не должно быть спутано с соблюдением закона. Скорее, мы разделяем взгляд Габбарда и Вестена (Gabbard и Westen 2003), что процесс должен вестись согласно принципу проб и ошибок. Наша точка зрения на этот предмет остаётся исключительно внутри профессионального сообщества.

Второе условие, сформулированное Люборски и Спенсом (Luborsky и Spence) (1971), выполнено путём утилизации наших исследований в Текстбанк Ульма (Ulm Textstbank) (Mergenthaler и Kachele, 1988), в котором записанные на магнитофон 517 сессий этого психоаналитического случая хранятся и являются доступными для изучения членами психоаналитического сообщества. Через много лет работы приблизительно половина сессий этого случая была транскрибирована (записана на плёнку) согласно правилам Текстбанка Ульма (Mergenthaler и Stinson, 1992). Большинство наших исследований не возможно без этих магнитофонных записей и дословных письменных воспроизведений диалогов.

С проблемами, связанными с записыванием на магнитофон аналитических сессий всесторонне имели дело Kachele с соавторами (1988) ,и также эти проблемы недавно освещались в клинической презентации сессии анализа Амалии (Thoma и Kachele, в публикации). Не останавливаясь на этой проблеме опять, мы хотели бы подчеркнуть значимость записывания на магнитофон для реализации эмпирических аналитических изучений протоколов лечения и междисциплинарных исследований. Доступность психоаналитических диалогов и их исследование психоаналитиками в сотрудничестве с психологами, лингвистами и другими независимыми учёными усиливает междисциплинарную основу психоанализа. В прошлом учёные так часто писали о психоанализе, не имея первичных данных - ситуация, которая может быть сравнима с дискуссией о философских идеях Сократа без чтения диалогов Платона.

Эмпирический подход: стратегия многоуровневого описания.

Наша долгосрочная цель была в установлении возможностей систематического описания различных аспектов и измерений психоаналитических процессов, и использование описанных данных, полученных этим путём для исследования процесса получения гипотез. Это влечёт за собой генерацию общих процессов составления гипотез так же как определение процесса предположения единичного случая. Установление того, как психоаналитический процесс должен разворачиваться должно идти за пределами общих клинических идей согласно предположению такого рода материала, озвученного каждым пациентом, и стратегические интервенции наиболее удобны, для того чтобы достичь изменения в объёмах теоретической релевантности, специфичной в каждом отдельном случае. Хотя наш подход исключает использование неклинических измерений с тем, чтобы ограничить вторжение в клинический процесс, независимые психометрические до- и после - результирующие данные были использованы для оценки эффективности психоаналитического лечения. Эти данные были опубликованы (Thoma и Kachele 1992, стр. 458ff.)

Наш методологический подход выделяет четыре уровня исследования случая, каждый работает на различных материально изучаемых уровнях концептуализации (Kachele и Thoma, 1993). Это изучение клинического случая (уровень 1), систематическое клиническое описание (уровень 2), процесс получения ведущего клинического заключения (уровень 3), лингвистический и компьютерный анализ текста (уровень 4). Следуя за рекомендациями Саргента (Sargent 1961), мы выбрали эту многоуровневую стратегию, опирающуюся на нашу точку зрения, что расхождение между клиническим пониманием и объективизацией не может быть значительно преодолено путём использования только одного подхода.

Уровень 1: Изучение клинического случая

Изучение клинического случая базируется на хорошей памяти или даже на аккуратном записывании, на аналитике, осуществляющем важную профессиональную коммуникативную функцию. Как продемонстрировано Девальдом (Dewald 1978), это основная форма изучения случая как инструмента для обучения. Достаточно удивительно, что эти исследования случая едва ли когда-нибудь были в фокусе формального научного исследования. Всё ещё справедливо, что сосредоточение необходимо, для того чтобы продемонстрировать научную ценность и таким образом их полезность для данного научного сообщества (Michels, 2000). В настоящее время согласие достигается быстрее, чем даже критические замечания, необходимые для тщательной подготовки изучения случая. Насколько точно это может быть достигнуто, ещё остаётся ключевым вопросом продолжающихся дискуссий.

Результатом этих дискуссий явилась вторая глава книги текстов Ульма (Ulm textbook) (Thoma и Kachele, 1992), содержащая примеры традиционной формы использования клинического материала с исследованием случая Амалии X, на этом уровне фокусирующимся на идентификации с функцией аналитика (глава 2, секция 4.2); свободных ассоциациях (глава 7, секция 2); анонимности и естественности (глава 7, секция 7); примерах аудиозаписей (глава 7, секция 8.1) и изменениях (глава 9, секция 11.2).

Уровень 2: Систематические клинические описания⁴

Уровень систематического клинического описания путём множественных структурных методов явно отличим от изучения клинического случая, но ещё остаётся

⁴ Материал, представленный в следующих секциях, детально изложен в третьем томе Ulm textbook «Психоаналитическая практика»: Исследование, которое доступно через вебсайт нашего факультета: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/detail.html#1>

близким к клиническому осмыслению. В случае Амалии Х эти методы базируются на магнитофонных записях всего лечения, дополненных дословными протоколами блоков из пяти сессий (т.е. 1-5, 26-30, 51-5, ..., 501-5). Дословные магнитофонные записи сессий могут использоваться самим аналитиком для подготовки клинического исследования или третьей персоной. Этот новый клинически-описательный шаг позволяет сделать заключение, несмотря на некоторые ограничения ввиду того, что не все сессии доступны. Работа с одинаковыми временными образцами предполагает, что систематические данные анализа с фиксированными временными интервалами может позволить зафиксировать решающие изменения. Аналитик и другие, используя один и тот же материал, могут одинаково успешно представлять процесс.

Мы использовали следующие пункты описания для каждого блока из пяти сессий, распространяющего доступный лечебный интервал от первого часа до 505-го с регулярными интервалами в 20 сессий:

1. внешняя ситуация пациента и лечения
2. трансферная/ контртрансферная ситуация
3. отношение пациента к значимым «объектам» вне лечения в настоящем и прошлом
4. рабочий альянс
5. важные эпизоды в блоке из 5 сессий.

Это систематическое описание было изначально подготовлено двумя студентами-медиками и затем доработано и усовершенствовано двумя опытными психоаналитиками. Материал, являющийся доступным после таких усилий может служить для множества целей, кроме того, что он - ценное достижение сам по себе (смотри Thoma и Kachele, 2006, глава 4). Это позволяет ориентироваться во всём случае, делая его более детальным и более систематизированным, чем обычные истории случаев, выглядящие как новеллы. Систематически записанная магнитофонная запись отмечает аккуратный прогресс явлений. Она позволяет переставлять качественные данные (например, объединять все трансферентные описания один за другим) и таким образом приобретает хорошее впечатление развития основных результатов, как это показано в Таблице 1.

Таблица 1- Систематическое описание основных трансферентных реакций Амалии Х

001-005	Анализ как исповедь
026-030	Анализ как исследование
051-055	Плохая, холодная мать
076-080	Подчинение и скрытое неповиновение
101-105	Поиски своих собственных правил
116-120	Разочаровывающий отец и беспомощная дочь
151-155	Холодный отец и её желание идентификации
176-180	Амбивалентность в отношениях с отцом
201-205	Отец как соблазнитель или судья моральных стандартов
226-230	Он любит меня или нет?
251-255	Даже мой отец не может переделать меня в мальчика
276-280	Чувства Золушки
301-305	Бедная девочка и богатый король
326-330	Если ты отвергнешь меня, я отвергну тебя
351-355	Бессильная любовь к могущественному отцу и ревность
376-380	Сепарация для того, чтобы не быть брошенной отцом
401-405	Открытие своей способности критиковать
426-430	Я - только вторая для моей матери, родившийся первым,

	предпочитаем.
451-455	Ненависть к дающему терапевту
476-480	Искусство любви заключается в терпимой любви и ненависти
501-505	Первой сказать «до свидания»
513-517	Симфония ухода

Метод нумерации тем (Topic-Index method), базирующийся на ранней работе исследовательской команды Гилла (Gill) (Simon и другие, 1968), был использован для распределения ведущих тем в течение курса лечения. Присутствие каждой темы было установлено в бинарном (да/нет) формате и результировано графической матрицей, позволяющей хорошо увидеть, когда определённая тема вскрывается пациенткой и/или аналитиком в течение курса лечения (Thoma и другие, 1982).

Уровень 3: Процедуры получения ведущего клинического заключения.

Этот методологический уровень состоит из качественных, клинически информативных суждений, делавшихся двумя или более наблюдателями систематическим путём. Подход сохраняет природу данных на качественном уровне, а также позволяет обращаться с такими данными в параметрической и непараметрической статистике. Производя такую трансформацию, простая шкала используется для репрезентации объёмных аспектов любой концепции, находящейся в изучении. Эта шкала, будучи более тщательно разработанной версией бинарного да/нет разграничения, отмечает начало любой измерительной процедуры. Люборски (Luborsky) (1984) уместно назвал это «процедурами получения ведущего клинического заключения», что утилизирует умения, с которыми клиницист записывает комплексные данные. На этом уровне наши исследовательские обращения, различные изучения были представлены в нашем случае - образце следующим образом:

- (а) изменение эмоционального инсайта (Hohage и Kubler, 1988)
- (б) изменение самооценки (Neudert и другие, 1987)
- (в) типы субъективных страданий (Neudert и Hohage, 1988)
- (г) изменения во снах (Leuzinger-Bohleber и Kachele, 1988)
- (д) центральная модель процесса, оцененная методом Темы Сущностных Конфликтных Взаимоотношений (Core Conflictual Relationship Theme-CCRT method) (Albani и другие, 2000)
- (е) перерывы между сессиями и аналитический процесс (Jimenez и другие, 2006)
- (ж) «бессознательный план» в терминах Контрольно-Господствующей теории (Control-Mastery theory) (Albani и другие, 2000)
- (з) психоаналитическая техника, оцененная методом Психотерапевтического Процесса “Q-Sort method (Albani и другие, 2002).

Сейчас мы представим заключения каждого из этих обращений и то, что мы почерпнули из них, проводя наши исследования.

Изменение эмоционального инсайта.

Концепция инсайта является одной из ключевых концепций психоаналитического лечения, хотя изменения эмоционального инсайта в существенной мере происходят редко.

Hohage и Kubler (1988) сконструировали шкалу рейтинга, позволяющую дифференцировать когнитивные реакции (C-score) и эмоциональные реакции (E-score) в материале пациентки. Это добавление является комбинированным показателем специфической конструкции, названной «эмоциональный инсайт», который был подробно описан в руководстве Hohage (1986).

Этот подход состоит не только в количественной оценке самого инсайта, но также и в когнитивной включённости. Конечно, терапевтические изменения происходят не только благодаря одним различным показателям инсайта. Но они могут, тем не менее, обозначать важную ступень, если пациент должен начать иметь дело с самим собой, а не исключительно с другими. В таких случаях степень увеличения обращения пациента с самим собой будет релевантна результатам. Пациентка Амалия Х, однако, была психологически мыслящей и часто обращалась к своим мыслям и чувствам (C-score неизменный). Тем не менее, изменения в её эмоциональном опыте (E-score) были важны. Когда имело место влияние психического конфликта, пациентка демонстрировала усиление эмоциональных реакций в материале, который свидетельствовал о важном терапевтическом изменении. Например, под давлением нависшего окончания анализа она была способна оставаться эмоционально включённой. Это дополняет найденные общие увеличивающиеся показатели инсайта.

Должно, однако, иметься в виду, что этот подход отражает только определённые аспекты инсайта. Путём фокусирования на способности пациента экспериментировать, концепция инсайта- как увеличение знаний о себе или как осознание бессознательных мотивов- пренебрегается. Мы не можем исключить это, хотя пациент сообщает инсайтный путь, это может быть о маловажных вещах или может быть были сделаны неверные заключения. Корректность заключений пациентки или значение её мыслей может быть определена только путём клинического вывода и этот вывод сам по себе может быть верным или неверным. Более того, уменьшение эмоционального инсайта также как и увеличение сопротивления, когда это наблюдается в курсе психоаналитического лечения, не может быть просто рассмотрено как шаг назад. Психоаналитический процесс имеет более чем одно измерение и становится более инсайтным, если только служит многим целям процесса. Для обеспечения терапевтического процесса обычно необходимо, чтобы пациенты активизировали конфликты и развивали сопротивление. Только если невозможно преодолеть такое сопротивление и проработать конфликты, терапевтический эффект окажется под сомнением.

Масштаб эмоционального инсайта может помогать в изучении таких явлений и посредством этого вносить вклад в понимание терапевтического процесса.

Изменение самооценки.

После того как Кохут заново открыл позитивные аспекты нарциссизма, концепция самооценки может быть использована как объединяющая для различных линий исследований как внутри психоанализа так и вне него. Как показали Cheshire и Thoma(1987), в исследованиях личности последних лет концепция самооценки и значительное количество родственных концепций занимают всё более и более важную часть. С другой стороны, этой концепцией пока сильно пренебрегают как клинической психотерапевтической концепцией в рамках эмпирических исследований в психотерапии. Однако, определённо, эта концепция может, по нашему мнению, наиболее легко создать значимые связи между процессом и результатом исследования, потому что изменение самооценки, являясь переменной величиной, одинакова релевантная для обеих сфер. Если терапевтический процесс понимать как постепенное приобретение определённых отношений и способностей и если результат оценивать в терминах обладания этими отношениями и способностями и их доступности, тогда исследователям следует собирать информацию об этих особенностях пациента, что отражает процесс достижения и стабильность результата. Следовательно, подчёркивается важность продолжительного и всестороннего изучения этих особенностей.

Neudert и другие (1987) разработали руководство для оценки различных аспектов этой концепции. Были подтверждены две центральных гипотезы относительно изменения самооценки в целом: позитивная самооценка значительно повышается в течение курса

лечения, хотя тенденция к повышению самооценки не устанавливалась с самого начала лечения, а только после широких колебаний в более ста первых сессиях; также негативная самооценка демонстрировала значительное и продолжающееся снижение от начала лечения. Однако не были подтверждены гипотезы относительно изменений в принятии другими, так как не имелось систематически полученных данных. Также не были подтверждены гипотезы, которые имели дело с родственным случаем различных категорий материала до и после центральной проработки. С другой стороны, существовало два подтверждённых результата гипотезы о различиях между корреляциями среди категорий: самооценка в связи с имиджинговой гетеросексуальностью, как ожидалось, значительно улучшилась, и негативная самооценка в связи с аутоэротизмом заметно снизилась.

Типы субъективного страдания.

Другой ключевой концепцией психоанализа является концепция субъективного страдания, которая определяет страдания, не удовлетворяющие стандарты психиатрических рейтинговых шкал, но скорее отражающие субъективность пациента. Neudert и Nohage (1988) разработали справочно-руководящую процедуру, которая выделяет формы страдания в записанных на магнитофон коммуникациях пациента. Изучая таким путём пациентку Амалию, они были заинтересованы ответами на следующие вопросы:

1. Каким было точное количество субъективных страданий в течение курса лечения?
2. Какая часть страдания пациентки в течение курса психоанализа была связана с её психоаналитиком, какая часть имела другие источники, и что это были за другие источники?
3. Как страдания пациентки, связанные с психоаналитиком, менялись в течение курса лечения? Были ли кризисы во время лечения и, если были, что являлось их причиной?
4. Насколько страдания, связанные с аналитиком, были результатом его абстинентности?
5. Что делал терапевт, когда он становился объектом страдания пациентки?

Результаты показывают, что количество тотального страдания в течение всего лечения может быть описано как монотонная и статистически значительная негативная тенденция и эта «беспомощность в обращении со страданием значительно уменьшается в течение курса лечения. Если опираться на эти данные, становится ясно, что страданий, связанных с аналитиком, меньше в сравнении с общим количеством субъективных страданий. Однако, страдания, переживаемые в отношениях с аналитиком, медленно усиливались, достигнув максимума к середине лечения (в блоке 5, сессии 348-55). Здесь страдания, связанные с окружением, явно заменили страдания пациентки относительно самой себя. До этого пациентка была первично оккупирована её собственными недостатками, незащищённостью и подавлениями. Данные свидетельствуют, что, преодолев это, она начала энергично браться за своё окружение, даже если это было болезненным для неё, и психоаналитик стал первично надёжным объектом для болезненных конфликтов пациентки.

Neudert и Nohage заключают:

Можно сказать, что в течение всего периода лечения терапевт абсолютно избегал защищать себя. Если бы он имел защитное отношение, он мог бы приукрашивать критицизм и страдание пациента или сомневаться в их интерпретациях. И хотя он не был бы абстинентен в смысле формального следования правилам, он бы использовал принцип абстинентности функционально, то есть против основ представлений психодинамики: Быть абстинентным в отношении к данному конкретному пациенту, в течение данной конкретной фазы психоаналитического процесса означает, что психоаналитик должен избегать- даже косвенно, через интерпретации,- персональной защиты самого себя. (1988, стр. 240).

Конечно, способ, с помощью которого пациент воспринимает поведение аналитика, имеет критическое значение для развития терапевтического процесса. Обращая на это внимание, Neudert и Nohage спрашивают: «Каким образом она отвечала на эту форму абстинентности терапевта, то есть абстиненцию от защиты?» (стр.240). К счастью, мы можем найти ясный ответ на этот вопрос, исследовав последний час этого блока, когда пациентка начинает говорить, как она с недавнего времени воспринимает психоаналитика. Она постоянно жаловалась на яркий дневной свет в новом офисе. Но внезапно, начиная с предыдущей сессии, занавески были подняты. Она ощущала, что аналитик должен был знать это, это было спланировано, но не обращал на это внимания, когда она жаловалась на недостаток занавесок. Затем она осознала, что именно то, что он не сказал ей, позволило ей ощутить, что значит, когда кто-то смотрит на тебя. И она поняла преимущество сокрытия психоаналитиком этой информации. Пациентка чувствует облегчение благодаря спокойной реакции аналитика на её атаки. Она описывает «беспристрастность» в терапевтических отношениях как желанную защиту. И это чувство «беспристрастности» становится настолько сильным, что внезапно она не может точно вспомнить, как её терапевт выглядит.

Наконец, с психоаналитической точки зрения, можно предположить, что пациентка воспринимала спокойную реакцию своего аналитика как облегчение не только в отношении её агрессивных атак, но также в отношении её желаний быть ближе, даже если она ещё обращается с этими желаниями в основном как с тревогами. Абстинентность аналитика не манифестируется сама по себе как ригидное дополнение к правилу, а базируется на корректном понимании её конфликтов. Очевидно, он выдержал свой экзамен, как предсказывала контрольно-господствующая теория Вейса и Сэмпсона (Weiss and Sampson), путём спокойного реагирования и на свой критицизм по отношению к аналитику и на свой страх быть достаточно близко. Пациентка реагировала согласно предсказаниям теории: Она говорила о своих чувствах облегчения и расслабления. (1988, стр.240-1).

Изменения в сновидениях.

Даже если бы множество дискуссий о снах, существующих в клинической практике, сфокусировались на одном единственном сновидении, это бы явилось доказательством, что сообщение снов на протяжении психоаналитического лечения является одним из наиболее регулярных феноменов. Некоторые пациенты сообщают сны чаще, другие - реже, и аналитики дифференцируют это как степень использования ими снов, предлагаемую пациентами. Как компромисс, оба, пациент и аналитик, устанавливают бессознательное, неумышленное соглашение по поводу релевантности снов для целей лечения.

Группа изучения снов в Ульме исследовала когнитивные изменения по отчётам о снах в пяти психоаналитических случаях (Leuzinger-Bohleber и Kachele, 1988; Leuzinger-Bohleber, 1989). Для того чтобы установить когнитивное функционирование различных фаз лечения с помощью содержательно-аналитического метода проводилось сравнение снов из начальной фазы лечения (сессии 1-100) и из заключительной фазы (последние 100 сессий). Развитие этого когнитивного функционирования было позже изучено на протяжении всего лечения путём использования полного материала снов транскрибированных сессий Амалии Х (Kachele и др. 1999 а).

Чтобы пояснить идею решений, мы представляем результаты, связанные с тремя вопросами. Первый, каковы были отношения того, кто видит сны, с другими людьми? Очевидно, что Амалия Х не менялась в отношении своих социальных контактов в сновидениях, что весьма примечательно, имея в виду, что в начале лечения она страдала от симптомов эритрофобии. Второй вопрос касается глобальной эмоциональной атмосферы в снах. Был использован перечень зависимых качественных шкал, и путём факторного анализа мы обнаружили устойчивую тенденцию от преобладания негативных эмоций в снах в начале к позитивной окраске сновидений к концу анализа. Третий вопрос фокусировался на процессе решения проблем сновидицей, и мы наблюдали устойчивую систематическую динамику, усиливающуюся в процессе анализа. Другим вопросом в этом исследовании было: можно ли рассматривать наблюдавшуюся динамику как линейную, -

и в результате мы нашли как стационарные процессы с колебаниями в интенсивности (как в агрессивных или тревожных чувствах), так и изменения, которые увеличивались или уменьшались линейно в зависимости от времени.

Центральная модель процесса с помощью метода CCRT.

В настоящее время по-прежнему существует небольшое количество когерентных моделей. В Процессуальной Модели Ульма (Ulm Process Model) (Thoma и Kachele, 1988) психоаналитическая терапия понимается как продолжающаяся, временно не лимитированная центральная терапия с изменяющимся, интерактивно развивающимся фокусом. Последовательность фокусов понимается как результат бессознательного обмена между нуждами пациента и ресурсами аналитика.

С самого начала выглядело правдоподобным, что во всех анализах определенные тематические центральные пункты возникают и подвергаются изменениям в ходе дальнейшей аналитической работы. Мы совершенно убеждены, что аргументы против Ульмской Процессуальной Модели могут быть выдвинуты либо принятием теории Универсального Патогенеза (Thoma 2005), либо принятием идеи нетенденциозного и бесцельного анализа («только анализирование»). При более близком рассмотрении материала можно увидеть, что даже специфические концепции школ универсального психогенеза разрабатывают центральные идеи.

Метод CCRT, созданный Люборски (Luborsky и Crits-Christoph, 1988) предлагает путь к тому, чтобы сделать такие центральные и сущностные конфликты управляемыми. Этот метод идёт в направлении, отличном от клинического определения фокуса, но сравнение невозможно в этом случае, так как лечащий аналитик не определял (до или после терапии) какой конфликт существовал и что было центром внимания, в какой сессии или фазе сессий.

Основным предположением метода CCRT является то, что сообщения пациента об интерперсональных опытах содержат типичные интернализированные паттерны субъект-объект взаимоотношений. Истории, рассказываемые в терапии, отражают опыт, и по этой причине метод CCRT анализирует нарративы опыта пациента во взаимоотношениях («эпизоды взаимоотношений»). Первым шагом является идентификация эпизодов взаимоотношений: нужды, намерения или желания, касающиеся селф индивида (WS компонент) или объекта (WO компонент), предположительных реакций объекта (RS компонент) с реакциями, определёнными как позитивные или негативные.

Изучение Albany с соавторами (2003) имело целью исследовать, насколько эффективным был бы метод CCRT в описании терапевтического курса психоаналитического лечения Амалии X согласно Ульмской Процессуальной Модели. Данные, которые мы оценивали, были выделены из первой и последней фаз терапии (сессии 1-30 и 510-17 соответственно) и, начиная с 50-ой сессии, были анализированы блоки из пяти сессий, с окончательным образцом из 11 блоков и 92 сессий.

Паттерн в Таблице 2 был найден путём подсчёта наиболее частых категорий во всех фазах терапии.

Таблица 2- категории CCRT.

Желание относительно объекта	Другие должны быть внимательны ко мне
Желание относительно себя	Я хочу быть независимой
Предположительный ответ объекта	Другие-ненадёжные
Предположительный ответ селф	Я неудовлетворенна, испуганна

Этот паттерн формирует основной фокус, и этот фокус прорабатывается во многих фазах терапии, детально изученных. Желание Амалии X измениться было выражено в её желании автономии, в преодолении её восприятия себя как независимую и слабую, как

неспособную установить ограничения и как неудовлетворённую. Основная тема, манифестируемая в каждой категории с абсолютно высокой частотой («ядерные конфликты»), и каждая терапевтическая фаза показывает типичные группы категорий CCRT, которые характеризуют тематические фокусы в смысле «центральных конфликтов» Френча (French 1952) как оперирующая методом CCRT.

Как сильные стороны, так и ограничения метода CCRT вытекают из его приверженности к сообщениям об опытах взаимоотношений от самой пациентки. Другими словами, исследования ограничены опытами взаимоотношений, осознанными и вербализованными самой пациенткой. Метод не даёт возможности включения бессознательного материала, отличного от повторяющихся схем, которым бессознательно следует пациент в описании процесса взаимоотношений, или оценки защитных механизмов. Настоящее исследование показывает, что метод CCRT охватывает клинически релевантные, интерперсональные аспекты психоаналитического процесса с точки зрения пациента, поддерживая Ульмскую Процессуальную Модель, хотя аналитический взгляд был отражён только в тех нарративах пациентки, которые касались её отношения к терапевту.

Перерывы между сессиями и аналитический процесс.

Jimenez с соавторами (2006) изучали динамику реакции Амалии Х на перерывы в анализе, полагая, что это можно рассматривать как индикатор изменений, достигаемых в течение терапевтического процесса. Изучение базировалось на примере 212 записанных сессий, равномерно распределённых по всему лечению, и состояло из трёх стадий:

(1) Формальное определение перерыва базировалось на гистограмме, подготовленной на основе листа посещения.

(2) С использованием Ульмского Словаря Тревоги, компьютерного метода вербального анализа, была сделана попытка охарактеризовать сессии, коррелирующие во времени с различными типами перерывов. Этот инструмент установил конструкцию «сепарационной сессии», которая имеет тенденцию появляться немедленно перед длительными перерывами, но была также найдена спорадически в связи с короткими перерывами.

(3) Набор сепарационных сессий был исследован на предмет трансферентных ответов с помощью CCRT. Компоненты CCRT развивались в соответствии с ожиданиями, и результаты обсуждались в свете используемой методологии и психоаналитической теории терапии.

У пациентов, которые являются крайне зависимыми, высокая частота сеттинга руководит сепарацией между тревогами и депрессивными реакциями. Аффекты, причина которых - интервалы, зависят от вклада аналитика. Стереотипная интерпретация, что все состояния пациента ухудшаются во время выходных дней или государственных каникул или в течение отпусков, в известном смысле, самоосуществляющееся пророчество. Усиленные трансферные предположения, которые представляют пациента беспомощным младенцем, сосущим материнскую грудь, способствуют чувствам пассивности и тотальной беспомощности. По терапевтическим причинам является крайне необходимым, чтобы старые тревоги и способы обращения с этими тревогами были оживлены с помощью интервалов. Однако существенно то, что отчаяние пациента не должно быть стимулировано интерпретациями, порождающими разрушающий мир, изымающий опыт. Примеры, полученные путём этого изучения, поддерживают предположение, что корреляция между перерывами и депрессией - ятрогенный феномен, который зависит главным образом от техники лечения аналитика.

Бессознательный план в терминах контрольно-господствующей теории.

Albany с соавторами (2000) тестировали возможность применения Контрольно-Господствующей Теории в случае Амалии Х. Результаты этого первого немецкоязычного изучения надёжности в сочетании с Методом Формулировки Плана продемонстрировали, что это может быть уверенно использовано в исследованиях за пределами США.

Психоаналитическая техника, оцененная с помощью Психотерапевтического Процесса Q-Sort.

Albani с соавторами (2002) также использовали Психотерапевтический Процесс Q-Sort в первом применении немецкого перевода, сделанного авторами. Метод доказал, что является достоверным и релевантным инструментом для описания паттернов взаимодействий в случае Амалии Х.

Сравнение сессий из начальной и заключительной фаз психоаналитической терапии продемонстрировало клинически релевантные различия между двумя фазами лечения. В инициальной фазе терапевтическое взаимодействие характеризовалось интенсивным и поддерживающим лечением пациентки аналитиком. Взаимное влияние существовало между самообвиняющими паттернами пациентки, её смущением и чувствами низкой самооценки и полезными интервенциями аналитика. Терапевтическая техника состояла в прояснениях также как и в конфронтациях и интерпретациях текущего поведения на сессии. Это помогло пациентке стать более откровенной в выражении своих мыслей и чувств. Описание с помощью этого метода начальной фазы лечения указывает на установление хорошего помогающего альянса достаточно рано. В заключительной фазе анализа пациентка стала способна выражать агрессивные чувства. Чувства вины драматически утихли, и пациентка была способна продуктивно говорить о трудных любовных отношениях. Тема сепарации открыто обсуждалась в анализе, и пациентка идентифицировала свою способность работать со снами как проявление интернализации аналитической функции.

Уровень 4: Лингвистический и компьютерный анализ текста.

Систематические исследования специальной диалоговой природы психоаналитической техники были сделаны при использовании материалов Ульмского случая-образца. Коеффер (Koerfer) и Ньюман (Neuman) (1982) фокусировались на имевших иногда место болезненных переходах пациентки от разговоров на повседневные темы к психоаналитическим рассуждениям. Эта и другие находки в области дискурса анализа поддерживают топическую формулировку нашей «философии» психоаналитической терапии: обеспечить столько разговоров о повседневных событиях, сколько необходимо, чтобы удовлетворить потребности пациента в защищённости, и обеспечить столько психоаналитических рассуждений, сколько возможно чтобы стимулировать исследование бессознательных значений в интрапсихических и интраперсональных измерениях (Thoma и Kachele, 1992, гл. 7, секц.1).

Следуя идеям Шафера (Schafer) (1976) о действии языка, Бирман (Beerman) (1983) изучал использование различных синтаксических вариаций в активном и пассивном голосе Амалии Х в течение курса лечения. Кехеле (Kachele) (1983) исследовал разговорные стратегии аналитика, фокусируясь прежде всего на его вербальной включённости, и показал, что в продуктивно развивающемся аналитическом процессе (как происходило в случае Амалии Х) не существовало корреляции между количеством вербального участия пациента и аналитика. Вербальная активность аналитика равномерно уменьшается в процессе анализа, отражая признание аналитиком того, что эта пациентка способна всё в большей степени развивать своё вербальное пространство.

В более поздних исследованиях, проведённых Кехеле (Kachele) с соавторами (1999 б) показаны различия между формальными и существенными аспектами аналитического

лексикона (термин «лексикон» (vocabulary) относится к количеству различных слов или «типов», которые используются говорящим). Показатели типов представляют интерес, так как слова обозначают концепции, и терапия может рассматриваться главным образом как обмен концепциями, включающий ассимиляцию нового материала и согласование предыдущего представления. Таким образом, лексикон аналитика в начале анализа вероятно формирует и отображает мир, основанный на опыте пациента, и в процессе анализа его эволюция может идти параллельно или, по крайней мере, частично отражать концептуальные и эмоциональные процессы обучения, которые имели место.

Чтобы исследовать это, мы рассмотрели характерный лексикон аналитика на начальной фазе анализа Амалии Х, особенно сфокусировавшись на той части его лексикона, где он активно представлен в диалоге (как отличного от следующего за этим диалогом, где лидирует пациентка). Основываясь на частоте типов, мы обнаружили, что аналитик в первые 18 сессий характерным образом выделяет четыре класса существительных в своих интервенциях: технические существительные, которые являлись частью задачи аналитика пригласить пациентку к участию в анализе; эмоциональные существительные, которые являлись частью аналитической техники, использующейся для усиления эмоций; существительные, связанные с сексуальностью и телом, которые направляют к смущающей сексуальной концепции селф пациента и несколько тематических существительных, которые отражают аспекты жизненной ситуации пациентки, сообщённые в первых сессиях.

Чтобы углубить наше понимание, мы подвергли более основательному изучению использование слова «сон». В начале анализа пациентка понимала, что аналитические диалоги необычны в том понимании, что аналитик может использовать выделение информации как стиль интервенции. Слово «сон» было заметной частью лексикона аналитика, по сравнению с лексиконом пациентки, и мы заключаем, что аналитик старался интенсифицировать любопытство пациентки по поводу снов как особого класса сообщаемого ею материала.

Продолжая наши исследования, проведенные с помощью компьютера, Холцер (Holzer) с соавторами (2006) недавно установили основную интерпретативную стратегию в четырёх случаях аналитического лечения, включая случай Амалии Х, где аналитики фокусировались на эмоциях. Исследование рассмотрело предыдущие работы по компьютерному изучению лексикона аналитика на основе эмоциональной теории Дахла (Dahl, 1991), и затем протестировали результаты предыдущих исследований четырёх длительных психоаналитических случаев в Ульмском Текстбанке. Исследование подтвердило, что во всех четырёх случаях, хотя в различной степени, можно продемонстрировать систематическое изменение от негативных МЕ-эмоций к негативным ИТ-эмоциям. Этот вывод подчёркивает основное положение Фрейда, что жалобы, относящиеся к самому себе, неизменно трансформируются в действия, связанные с объектом.

Последняя, но отнюдь не незначительная, наша команда, используя Эмоционально-Абстрактную методологию циклической модели Мергентайлера (Mergenthaler, 1996), также изучала 152-ю сессию пациентки Амалии, что было объектом клинической презентации случая на конгрессе МПА в Новом Орлеане (Mergenthaler, 2002). Этот подход, работая на микроскопическом уровне с интерпретациями от момента к моменту, прямо позволяет сделать обратную связь богатым клиническим дискуссиям, что являлось темой многих работ, основанных на материалах сессий.

Заключительные комментарии.

Ввиду малочисленности основательных клинических исследований психоаналитических случаев (Kachele, 1981), мы верим, что работа Ульмской исследовательской группы представляет большое достижение, во-первых, путём

демонстрации того, что можно сделать, и затем путём демонстрации того, как это можно сделать, выполненной с достаточной самоотверженностью и институциональной поддержкой. Психоаналитическое лечение может выделить фокус объективного и методологически утончённого исследования, руководя результатами и открытиями, что не может быть сделано одним лечащим аналитиком. Клиническая перспектива для лечащего аналитика-это это существенная, но необходимо лимитированная его или её ролью как ученика, описывающего аналитический процесс. Дополняя это, формальное систематическое исследование открывает путь к независимому пониманию механизмов изменений в психоанализе.

Исследование нашего случая-образца не только поддерживает представление, что это аналитическое лечение привело к предполагаемому изменению во многих аспектах когнитивного и эмоционального функционирования пациентки, но также демонстрирует полезность техники микроаналитического исследования, что помогает идентифицировать и концептуализировать процессы изменения. Количество описательных объёмов, необходимое и достаточное, для того чтобы описать эти изменения, не маленькое. Однако одно заключение может быть безопасно выведено из исследования нашего случая-образца, в котором процессы изменения существуют и могут быть продемонстрированы с помощью метода исследования, что достоверно и важно. Оба процесса изменения, в психоанализе и в основных психологических способностях пациентки, имеют место на протяжении всего пути и часто, но не всегда, случай, что они могут быть описаны в терминах линейных тенденций согласно континууму лечения.

Для доказательства их ценности, исследовательские находки должны быть копированы. Пока мы только уверены относительно определённого влияния наших исследований на наше собственное психоаналитическое осмысление и практику и на тех, кто связан с нашей работой. Ничто не изменило наше психоаналитическое осмысление и практику больше, чем эти общественные разоблачения дружественных критиков и критикующих друзей. Возвращаясь к сравнению о слоне и семи слепым персонам, исследующим его различные части, мы приходим к следующему заключению: для клинициста это как значительные, так и низко релевантные результаты. Мы говорим это для того, чтобы поощрить других психоаналитиков открывать их клиническую работу для тщательного изучения учёным сообществом в попытке улучшить клиническую практику. Для этой цели мы рекомендовали тренинг-исследователей, которые также находятся в тренинге как клиницисты и тренинг-клиницистов, которые также находятся в тренинге как исследователи, таким образом, они могут идентифицировать две задачи: клиническую и исследовательскую. Мы нуждаемся в аналитиках и исследователях со способностью поддерживать длительное обязательство добиваться медленного, но кумулятивного прогресса. Систематические исследования зависят от команд, поддерживаемых институтами, такими как наш факультет в Ульме, которые продвигают сотрудничество между практикующими аналитиками и исследователями, занятыми полный рабочий день. Осуществление такого рода исследований поможет творчески продвигать психоанализ в сторону от современного кризиса.