

Зміст

<i>Роман Кечур, Олександр Мироненко, Михайло Пустовойт. Передмова наукових редакторів</i>	7
<i>Горст Кехеле. Передмова до українського видання</i>	9
<i>Кріста Роде-Даксер. Зауваги</i>	11
<i>Пітер Фонагі. Передмова до другого, англомовного, видання</i>	13
<i>Горст Кехеле. Вступ до другого, англомовного, видання</i>	19
Вступ	
Історичне тло	23
Вказівник	31
1 Сучасний стан психоаналізу	
1.1. Наша позиція	36
1.2. Внесок психоаналітика	46
1.3. Криза теорії	55
1.4. Метафори	80
1.5. Навчання та дослідження	86
1.6. Напрямки та течії	93
1.7. Соціокультурні зміни	102
1.8. Конвергенції та дивергенції	109
2 Перенесення і стосунки	
2.1. Перенесення як повторення	128
2.2. Перенесення як несвідома схема	133
2.3. Навіювання, навіюваність і перенесення	135
2.4. Залежність феноменів перенесення від техніки	138
2.5. Невроз перенесення як операційна концепція	141
2.6. Суперечлива родина понять: реальний стосунок, терапевтичний альянс, робочий альянс і перенесення	144

- 2.7. Новий об'єкт як суб'єкт: від теорії об'єктних стосунків до двоосібної психології 158
- 2.8. Визнання актуальних істин 162
- 2.9. Тут-і-тепер у новій перспективі 165
- 2.10. Інтерсуб'єктивність, біфокальність перенесення та Трете 172

- 3 Контрперенесення**
- 3.1. Контрперенесення як Попелюшка, історія перевтілення 180
- 3.2. Другий етап: позитивні аспекти контрперенесення 183
- 3.3. Третій етап: контрперенесення в інтерсуб'єктивному психоаналізі 191
- 3.4. Специфічні аспекти контрперенесення 194
- 3.4.1. Наслідки і проблеми всеосяжної концепції контрперенесення 194
- 3.5. Конкордантність і комплементарність контрперенесення 203
- 3.6. Визнавати аналітикові контрперенесення чи ні? 206
- 3.7. Як опанувати контрперенесення у клінічній роботі 214

- 4 Опір**
- 4.1. Загальні фактори 216
- 4.1.1. Класифікація форм опору 218
- 4.1.2. Функція опору в регуляції стосунків 220
- 4.1.3. Опір та захист 221
- 4.2. Тривога та захисна функція опору 226
- 4.3. Витіснення та опір перенесення 235
- 4.4. Опір Ід та опір Суперєго 239
- 4.4.1. Негативна терапевтична реакція 243
- 4.4.2. Агресія та деструктивність: за межами міфології інстинкту 247
- 4.5. Вторинна вигода від хвороби 261
- 4.6. Опір ідентичності та принцип безпеки 262

- 5 Інтерпретація сновидінь**
- 5.1. Фройдова теорія сновидінь та сну 268
- 5.2. Теоретичні зауваження до теорії Фрейда 270
- 5.3. Денні залишки та інфантильне бажання 276
- 5.3.1. Теорія здійснення бажання: уніфікований пояснювальний принцип 279

- 5.3.2. Саморепрезентація і розв'язання проблем 280
- 5.4. Теорія саморепрезентації та її наслідки 283
- 5.5. Клінічні дослідження сновидінь 288
- 5.6. Експериментальні дослідження сновидінь 294
- 5.7. Техніка тлумачень сновидінь 305
 - 5.7.1. Загальне бачення 305
 - 5.7.2. Доповнені технічні рекомендації Фрейда щодо тлумачення сновидінь 307

- 6 Первинне інтерв'ю та прихована присутність третіх сторін**
 - 6.1. Проблема 316
 - 6.2. Діагностика 319
 - 6.3. Терапевтичні аспекти 329
 - 6.4. Процес прийняття рішення 337
 - 6.5. Родичі пацієнта 346
 - 6.5.1. Тягар родичів 350
 - 6.5.2. Типові ситуації 352
 - 6.6. Оплата третьою стороною 357
 - 6.6.1. Психоаналіз та німецька система медичного страхування 357
 - 6.6.2. Вплив на психоаналітичний процес 372

- 7 Правила**
 - 7.1. Функції психоаналітичних правил 378
 - 7.2. Вільна асоціація – основне правило терапії 386
 - 7.2.1. Властивості та розвиток 386
 - 7.2.2. Ознайомлення пацієнта з основним правилом 391
 - 7.2.3. Вільна асоціація в аналітичному процесі 399
 - 7.3. Рівномірно розподілена увага 405
 - 7.4. Психоаналітичний діалог та правило зустрічного питання 412
 - 7.4.1. Історія та основні засади стереотипу 416
 - 7.4.2. Правила, що регулюють співпрацю та дискурс 422
 - 7.4.3. Визначення об'єкта і діалог 425

- 8 Засоби, способи та цілі**
 - 8.1. Час і місце 430
 - 8.2. Психоаналітична евристика 440
 - 8.3. Специфічні та неспецифічні засоби 444
 - 8.3.1. Загальні точки зору 444

- 8.3.2. Пригадування та реконструкція 447
- 8.3.3. Інтервенції, реакція та інсайт 453
- 8.3.4. Новий початок та регресія 462
- 8.4. Інтерпретація перенесення та реальність 466
- 8.5. Мовчання 488
- 8.6. Відреагування та програвання 496
- 8.6.1. Відреагування та дія в психоаналізі 496
- 8.6.2. Вторгнення інсценізації 508
- 8.7. Опрацювання 514
- 8.8. Навчання та реструктуризація 524
- 8.9. Завершення 532
- 8.9.1. Загальні міркування 532
- 8.9.2. Тривалість та обмеження 535
- 8.9.3. Критерії завершення 541
- 8.9.4. Постаналітична фаза 542

9 Психоаналітичний процес

- 9.0. Процес або процеси 548
- 9.1. Функції процесуальних моделей 551
- 9.2. Особливості процесуальних моделей 554
- 9.3. Моделі психоаналітичного процесу 559
- 9.4. Ульмська процесуальна модель 568
- 9.5. Від процесу до результату 583

10 Зв'язок між теорією та практикою

- 10.0. Метанаукові дискусії 590
- 10.1. Призове питання від Фрейда 591
- 10.2. Психоаналітична практика у світлі нерозривного зв'язку 594
- 10.3. Контекст обґрунтування знань про зміни 600
- 10.4. Різні вимоги до теорій чистої та прикладної науки 605
- 10.5. Наслідки для терапевтичної роботи та наукового обґрунтування теорії 608

Література 615

Іменний покажчик 711

1.1. Наша позиція

На сторінках цієї книги ми будемо багато й часто покликатись на тексти Фрейда. Тому хотіли б почати з окреслення нашого розуміння його праць та загальної позиції всередині психоаналізу. Широке цитування Фрейда служить кільком цілям. Найважливіша полягає в тому, що незважаючи на знамениті спроби систематизації, сьогодні й досі актуальне твердження, що «найкращий спосіб зрозуміти психоаналіз – простежити його походження та розвиток» (Freud 1923a). Асиміляція класичних текстів стає передумовою для розуміння поточних проблем психоаналізу та пошуку сучасних рішень.

Мета цієї книги для нас – створення *історично орієнтованого систематичного опису психоаналізу*. Ми шукаємо джерела, які живили психоаналітичну ріку, тому використовуємо цитати, щоб продемонструвати лінії розвитку, які привели до сьогоднішнього стану. Тому уривки, які ми цитуємо, служать засобом для досягнення мети: ми шліфуємо та обстоюємо наші погляди в процесі дискурсивної взаємодії з думками Фрейда. Суперечності, які з'являються в роботах Фрейда та повторюються в різних формах протягом десятиліть, свідчать про відкритість психоаналізу: «він... прокладає свій шлях вперед через досвід, завжди незавершений та готовий виправляти чи змінювати свої теорії» (Freud 1923a, с. 253). Його незмінну суть розкривають наступні три уривки:

У психоаналізі від початку існував *нероздільний зв'язок між лікуванням та дослідженням*. Знання приносило терапевтичний успіх. Було неможливо лікувати пацієнта і не дізнатись чогось нового; було неможливо здобути новий погляд, не осягнувши його благодотворних наслідків. Наша психоаналітична процедура єдина, в якій цей прекрасний зв'язок забезпечено. Тільки продовжуючи нашу аналітичну *просвітницьку роботу*, ми можемо поглибити свої зачатки *осягання* людської психіки. Ця перспектива наукового здобутку – то найбільша гордість та щастя аналітичної роботи. (1927a, с. 256)

Аналіз, який призвів до бажаних результатів за короткий час, цінний для підтримки самоповаги терапевта та зміцнює *лікувальне значення* психоаналізу, але залишається переважно беззмистовним у *просуванні наукового знання*. Він не дав нам ніякого нового знання, адже приніс швидкі результати, тому що все необхідне для його проведення вже було відоме. Щось нове можна здобути тільки з аналізу, що завдає нам особливих труднощів, подоланню яких потрібно присвятити багато часу. Тільки тоді ми зможемо перейти до найглибших та найпримітивніших пластів психічного розвитку і знайти там рішення проблем пізніших утворень. І після цього ми усвідомлюємо, що, по суті, *тільки аналіз, який проник так далеко, заслуговує на таке визначення*. (1918b, с. 10)

Я вже казав, що психоаналіз виникає передусім як метод лікування; але хочу привернути вашу увагу до нього не заради методу лікування, а заради *істин, які він містить у собі*, заради інформації, яку він нам дає про те, що хвилює людей найбільше, а саме їхня власна природа, і заради зв'язків, які він виявляє між дуже різними діями людей. Як метод лікування він один серед багатьох, хоча, без сумніву, *primus inter pares**. Якби цей метод не мав терапевтичної цінності, його б не відкрили і він би не розвивався понад тридцять років. (1933а, с. 156–157)

Як показують ці уривки, Фройд намалював креслення для класичної будівлі, будівництво якої не завершиться ніколи, і не просто тому, що кожен аналітик знаходить в кожному аналізі будівельний матеріал, навіть якщо той і використовували вже раніше, а й через засадничий принцип методу.

Терапія та наука

Три фундаментальні тези, висловлені в цих уривках, містять невіддільні компоненти каузального розуміння терапії. Фройд не мирився з жодною втратою нерозривного зв'язку. Аналітик не може бути задоволеним тільки терапевтичним успіхом. Він хоче пролити світло на походження психічних розладів та понад усе з'ясувати, як вони модифікуються в процесі терапії або чому не модифікуються. Невдачі завжди відображають найбільші виклики (Caspar and Kächele 2008). Твердження про те, що існує нерозривний зв'язок між лікуванням та дослідженням, вимагає, щоб вирішальні чинники походження та змін, а також невдач у терапії, ставали об'єктом наукового дослідження. Беручи до уваги, що для Фройда було цілком прийнятним задовольнятися думкою пацієнта, як і аналітика, щодо сприятливого результату терапії, в контексті структурної кризи психоаналітичної терапії нам потрібно все-таки, щоб сьогодні цей результат визначали об'єктивно.

На нашу думку, це не тільки питання сучасного тренду, який можна скептично назвати модним слівцем «доказова медицина» (Sackett et al. 1996), а радше фундаментальна проблема взаємозв'язку теорії та практики. На відміну від популярного обмеження до інтерсуб'єктивної крайності, яка без подальших підтверджень часто базується на наративній істині, питання полягає у валідності претензій до психоаналітичної теорії лікування. Якщо не враховувати цього, тоді кожну аналітичну терапію можна назвати дослідженням самим по собі. Постійно-триваюче дослідження – термін Ульріха Мозера – покликаний належно окреслити цю проблему (Thomä and Kächele 1992, ч. 1).

Психоаналіз вийшов далеко за межі націленої на симптом сугестивної терапії. Позиція Фройда (1933а) була чіткою: якщо не робити жодних спроб пояснити чи виявити загальні висновки з конкретного матеріалу, це буде рів-

* *Primus inter pares* – з лат. перший серед рівних. (Прим. перекл.)

нозначним до рецидиву чистого прагматизму або «безмежного експериментування» (с. 153). Він висловив занепокоєння щодо того, що «терапія... знищить науку» (1927а, с. 254). Чіткі (неупереджені) правила дослідження та лікування створюють найкращі наукові умови для реконструкції ранніх спогадів пацієнта, а подолання амнезії – оптимальні умови для терапії (1919е, с. 183).

Сьогодні відомо, що реалізація нерозривного зв'язку вимагає більшого, ніж відмови від грубої пропозиції та суворого дотримання стандартних правил лікування. Навіть Фройд наполягав на створенні найбільш сприятливих умов для змін у кожній індивідуальній аналітичній ситуації, тобто усвідомлював необхідність в орієнтованій на пацієнта гнучкості (1910d, с. 145). Цей напружений зв'язок між не-упередженим, науковим та терапевтичним психоаналізом існував від початку. Протягом майже століття не-упередженість, яка асоціювалася з безцільністю, слугувала по суті лакмусовим папірцем або шибболетом* ортодоксального мислення.

Фройд використовував слово «шибболет» і в інших контекстах (1914d, с. 55; 1923b, с. 13; 1933а, с. 189). Хочемо нагадати його оригінальне біблійне значення. В 12 Книзі Суддів, у 5 вірші описано, як 42000 ефремлян втопили в ріці Йордан, бо через свій діалект вони не могли вимовити правильно слово «шибболет», а говорили замість нього «сибболет», і таким чином виказували себе тим, хто тримав в облозі землі, які вони намагались покинути.

Сандлер та Дрегер (1996) розвінчали цю позицію та показали, що насправді це самообман. Вона не тільки мала негативний вплив на ефективність терапії. Психоаналітиків, які не піддалися цьому самообману, вважали білими воронами та не приймали до МПА.

Тільки в 1970-х роках, коли тодішній «містер психоаналіз» Гайнц Когут зазнавав Селф-психологію як альтернативну школу в межах північно-американського психоаналізу, що стало радикальним переформатуванням, вже давно існуючий теоретичний та терапевтичний плюралізм таки прийняли.

У 1985 році на конгресі МПА в Монреалі Воллерстайн відкрив дебати лекцією «Один психоаналіз чи багато?» (1988), а за два роки в Римі, попри великий спротив, виступив із думкою про «спільний фундамент» (Wallerstein 1990).

Відтоді можна було повсюди помітити пошук якоїсь форми консенсусу. Замість того, щоб вивчати видимі тертя та розбіжності засобами емпіричного дослідження, за допомогою цитат Фройда, батька-засновника, виводили уявний гармонійний консенсус.

Створення терапевтичної ситуації – необхідна передумова для того, щоб здобути новий погляд на несвідомі психічні зв'язки. Фройд (1909b) недооці-

нював наукову цінність демонстрування терапевтичних змін та прояснення лікувальних факторів. В одному місці він пише:

...Психоаналіз не є неупередженим науковим дослідженням, натомість є терапевтичним методом. Його суть полягає не в тому, щоб довести щось, а лише змінити щось. (с. 104)

Від початку дослідження, спрямовані на пошук етіології, та дослідження, спрямовані на терапію, були нерозривно пов'язані. На нашу думку і *це починання зазнало невдачі*. Надто багато питань про причини розладів (етіологію) залишились без відповідей після терапевтичних досліджень. Це не суперечить тому факту, що прояснення автобіографічного тла може мати корисний терапевтичний ефект.

Беручи до уваги минуле, плинність часу сприймається серйозно, без минулого не було б концепції теперішнього чи майбутнього. Цей зв'язок поглиблює розуміння дискусії між Фонагі (1999а) та Блюмом (1999) про роль відновлення спогадів як терапевтичного фактора. Спостереження Фонагі про те, що «відновлення спогадів – побічний ефект процесу психічних змін», не було, на нашу думку, достатньо роз'яснене:

Якщо воно слухне, тоді необхідно суттєво переглянути наші імпліцитні й експліцитні терапевтичні дії. Тоді усунення витіснення вже не можна вважати ключем до терапії. Функція психологічних змін полягатиме у зміщенні акцентів між різними ментальними моделями об'єктних стосунків. Зміни, що відбуваються в імпліцитних спогадах, ведуть до змін моделей, які особа використовує в житті щодо себе та інших. (1999а, с. 217)

Від конгресу в Марієнбаді у 1936 році в дослідженні терапії зосереджувалися на диференціації між процесом та результатом та взаємозв'язку між ними (Bibring 1937). Дослідники ідентифікували велику кількість факторів, які насправді впливають на терапевтичний процес, та інтегрували їх в загальну модель, яка також включала вирішальні для психоаналітичної терапії елементи (Orlinsky et al. 2004, с. 316). Підтвердження змін, які відбуваються впродовж психоаналітичного лікування, та їхній стосунок до незмінних факторів варто розглядати індивідуально.

Як уже було зазначено, для Фрейда пріоритетом було довести *каузальність*, однак його варто покритикувати за недостатню диференціацію між *короткостроковою та довгостроковою каузальністю*. Під довгостроковою каузальністю маємо на увазі принцип, на якому ґрунтується психоаналіз і який відрізняє його від сугестивних терапій.

Основний інтерес сучасних досліджень терапії полягає в тому, щоб показати як відбуваються зміни в процесі психоаналітичного лікування та виявити взаємозв'язок між цими змінами та теоріями, яких дотримується аналітик. Багато проблем будуть розв'язані, якщо вдасться досягти цього. Для Фройда встановлення *каузальних* зв'язків мало пріоритет; на цьому принципі було засновано класичний психоаналіз, і за ним, імовірно, відбулося його відокремлення від інших видів терапії.

Фройд (1931d) писав про принцип *каузальності* в коментарі до висновку експерта Інсбруцького медичного факультету щодо справи про вбивство Гальсмана. Філіп Гальсман був звинувачений у вбивстві свого батька, і захист наполягав на тому, що він не несе відповідальності за свої дії, покликаючись на комплекс Едіпа як на пом'якшувальний фактор. Потрібно було прояснити каузальний зв'язок між комплексом Едіпа та заявленим батьковбивством. Фройд стверджував, що

...Між [комплексом Едіпа] та каузальністю такого вчинку лежить ціла прірва. Саме тому, що він *присутній завжди*, не варто спиратися на комплекс Едіпа для прийняття рішення щодо питання провини. (с. 252)

Замість батьковбивства в цьому прикладі може йтися і про будь-яку іншу дію чи симптом. Окрім того, характерна сила доказовості зростає лиш мінімально, якщо систему патології, яка ґрунтується на такій унітарній перспективі, замінити двокласовою системою (едіпальна чи преєдіпальна). Фройд ілюструє свою думку таким анекдотом:

Відбулась нічна крадіжка зі зломом. Чоловік, власник лома, був визнаний винним у цьому злочині. Після того як виголосили вердикт, його спитали, чи хотів би він щось сказати. Чоловік попросив, щоб його також засудили і за адюльтер, оскільки він мав при собі знаряддя і для цього злочину. (с. 252)

Такі псевдопричини варті не більшого, ніж міф про гріхопадіння людини в теології. Як подібні твердження про те, що світові нещастя можна зцілити завдяки змінам в одному чи двох місцях, дуже привабливо виглядає ідея про те, що психічні розлади мають стандартну едіпальну чи доєдіпальну етіологію і що існує відповідна двокласова терапія з поляризацією між взаємозв'язком та інтерпретацією (Stemmerius 1979a). Ця ідея ототожнює найглибші пласти із найбільш ранніми та найсильнішими патогенними факторами, які, здається, можуть пояснити все.

Недостатньо уваги приділено факторам, які підтримують розлад, який ми називаємо *короткостроковою каузальністю*. Психоаналітичне розуміння терапевтичного зв'язку як мутації від довгострокової каузальності (по-