

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И НЕЙРОПСИХОАНАЛИЗ

Эффективность психодинамического подхода и психоанализа через призму нейропсихоанализа

А. С. Печенкина

Печенкина Анна Семеновна – психоаналитически ориентированный психолог.

На сегодняшний день до сих пор есть убеждение, что психоанализ и психоаналитическая терапия являются неоправданно дорогостоящими психотерапевтическими методами с недоказанной эффективностью. В настоящей статье приведен обзор ряда метаанализов и рандомизированных исследований, подтверждающих эффективность как краткосрочной психоаналитической терапии, так и долгосрочного психоаналитического лечения. Кроме того, автором статьи был проведен анализ эффективности психодинамической психотерапии и психоанализа через исследование строения структур мозга и работы краткосрочной и долгосрочной систем памяти.

Ключевые слова: психодинамический подход, психоанализ, психоаналитическая психотерапия, аффект, предикция, метаанализ, эмоциональный разум, бессознательное, долгосрочная память, краткосрочная память, эмоциональные потребности, декларативная память, недеklarативная память, кора головного мозга, консолидация, реконсолидация.

Эмпирические данные подтверждают высокую эффективность психодинамической терапии. Такая терапия столь же эффективна, как и терапия иных направлений, позиционирующих себя как основанных на доказательствах и подтвержденных эмпирическим путем. Согласно данным исследований, которые будут рассмотрены в настоящей статье, пациенты, проходящие психодинамическую психотерапию, не только сохраняют

терапевтический эффект, но и продолжают показывать дальнейшие улучшения после завершения терапии.

Основными чертами современной психодинамической терапии являются (*Shedler, 2010*):

1. Сосредоточенность на аффекте и выражении эмоций;
2. Исследование попыток избежать беспокоящих мыслей и чувств;
3. Выявление повторяющихся тем разговора и моделей поведения;
4. Обсуждение прошлого опыта (развитие ментализации);
5. Сосредоточенность на межличностных отношениях;
6. Сосредоточенность на терапевтических отношениях;
7. Исследование фантазий.

Посредством использования в рамках терапии описанных инструментов появляется богатый материал для проработки бессознательных внутриспсихических глубоких конфликтов.

Таким образом, цель психодинамической терапии не ограничивается купированием симптома – лечение не только облегчает и избавляет от симптомов, но и дает позитивную перспективу обретения и развития психологических способностей и ресурсов для улучшения качества жизни пациента и после завершения терапии.

В психологии и медицине метаанализ является широко распространенным методом обобщения и обработки результатов различных исследований с целью сравнения полученных данных.

Шкалой измерения эффективности является так называемый размер эффекта, представляющий из себя разницу между двумя группами исследуемых (экспериментальной и контрольной), которая выражается в единице отклонения. Согласно данной шкале величина эффекта в значении 1,0 говорит о том, что средний пациент, прошедший лечение, на одно стандартное отклонение здоровее среднего пациента, не получавшего лечения. Так, если мы возьмем результат 1,0 за точку отсчета, то величина эффекта 0,8 в психологических исследованиях считается хорошим эффектом, величина эффекта, равная 0,5, – умеренный эффект, а величина эффекта 0,2 – небольшой эффект (*Cohen, 1988*).

По данным первого крупного метаанализа, включающего в себя 457 исследований результатов психотерапии разных методов для лечения пациентов с разными диагнозами, величина эффекта психотерапии составила 0,85 для тех, кто получал терапию, в сравнении с теми, кто не получал никакой терапии (*Smith, Glass, Miller, 1980*).

По данным обзора результатов 18 метаанализов, изучавших общий результат психотерапии, средний размер эффекта составил 0,75. По данным обзора результатов 23 метаанализов, касающихся результатов когнитивно-поведенческой терапии и модификации поведения, средний размер эффекта составил 0,62.

Указанные выше данные показывают высокий эффект психотерапии в целом. В качестве сравнения, общая средняя величина эффекта антидепрессантов, одобренных Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США в период с 1987 по 2004 год, составила 0,31 (*Turner et al., 2008*). Метаанализ, опубликованный

в престижной Кокрейновской библиотеке (*Moncrieff, Wessely, Hardy, 2004*), показал, что величина эффекта трициклических антидепрессантов составляет 0,17 по сравнению с активным плацебо (имитирует побочные эффекты антидепрессанта, но само по себе не является антидепрессантом). Вместе с тем следует отметить, что методология исследования эффектов психотерапевтического и медикаментозного лечения довольно сильно различается, что не позволяет однозначно сравнивать приведенные выше показатели эффективности, при этом сопоставление таких показателей дает некую точку отсчета для понимания общей эффективности лечения расстройств личности.

Важно отметить и то, что эффективные инструменты терапии не обязательно те, что предполагаются теорией выбранного метода лечения. Поэтому исследования, в которых эффективность того или иного метода оценивалась с учетом набора определенных инструментов, исключительно определенных теорией того или иного метода, чаще всего не подтверждают эффективность такого метода.

Это происходит, в частности, потому, что разные терапевты по-разному практикуют тот или иной метод психотерапии. Даже с учетом наличия руководств по лечению при проведении контролируемых исследований терапевты по-своему взаимодействуют с каждым отдельно взятым пациентом в своем уникальном стиле, между пациентом и терапевтом всегда складываются уникальные отношения (*Elkin et al., 1989*).

Для изучения того, что происходит за дверями терапевтического кабинета, используют метод Q-сортировки психотерапевтического процесса (*Jones, 2000*). Этот метод предполагает выделение 100 переменных, которые дают оценку техники и работы терапевта на основе происходящего на сеансе. Указанные переменные были выделены слепыми оценщиками на основе дословных расшифровок большого числа психотерапевтических сеансов, проводимых с использованием как психодинамического подхода, так и когнитивно-поведенческой терапии (*Ablon, Jones, 1998; Jones, Pulos, 1993*). В одном из исследований группы экспертов в психодинамической и когнитивно-поведенческой терапии на основе 100 переменных составили образец идеально проводимого лечения (*Ablon, Jones, 1998*). На основе представленных экспертами образцов исследователями были разработаны прообразы идеального лечения в рамках психодинамической терапии и КПТ. Получившиеся прообразы значительно отличались друг от друга.

Прообраз идеальной психодинамической терапии включал в себя следующие элементы: открытый разговор между терапевтом и пациентом с обсуждением фантазий и сновидений последнего; определение повторений в опыте человека; выявление и подсвечивание чувств, которые считаются пациентом неприемлемыми; связывание чувств и эмоций пациента с прошлыми переживаниями; интерпретация вытесненного; обсуждение установления терапевтических отношений и сравнение их с другими отношениями пациента; обсуждение таких отношений.

Прообраз идеальной когнитивно-поведенческой терапии включал в себя более конкретный разговор, где терапевт определял темы разговора

и направлял ход ведения сессии; терапия сосредоточена на текущей жизненной ситуации пациента, а терапевт объясняет предложенное им лечение и метод, дает четкое руководство к действиям пациента; все сказанное пациентом, его мысли, действия интерпретируются терапевтом через призму когнитивности; в терапию входит обсуждение задач или действий («домашняя работа»), которые пациент может выполнять вне терапевтических сеансов (*Shedler, 2010*).

В результате было выяснено, что терапевт, следующий психодинамическому прототипу, показывал успешный исход как психодинамической, так и когнитивно-поведенческой терапии, тогда как терапевт, следующий прообразу идеальной когнитивно-поведенческой терапии, не показал влияния на результат терапии в любой ее форме.

Результаты данного исследования подтвердили результаты ранее проводимого исследования с использованием иной методологии, которое также показало, что использование психодинамических техник определяет успешный результат лечения как в когнитивно-поведенческом, так и в психодинамическом подходе (*Jones, Pulos, 1993*).

Метаанализ психодинамической терапии, опубликованный Кокрейновской библиотекой, включающий в себя 23 рандомизированных контролируемых исследования, в котором принял участие 1431 пациент, показал общую величину эффекта 0,97 для общего улучшения симптомов. В исследовании оценивались пациенты, имеющие распространенные психические расстройства, они проходили краткосрочную психодинамическую терапию и сравнивались с контрольной группой – людьми, которые не получали лечения (терапевтического) либо получали минимальное лечение. Интересно отметить, что величина эффекта увеличилась до 1,51 при повторной оценке через девять месяцев после завершения лечения. В метаанализе также отмечалась положительная динамика для лечения соматических симптомов (величина эффекта 0,81, которая увеличилась до 2,21 при повторной оценке); для лечения тревожности (величина эффекта 1,08, которая увеличилась до 1,35 при повторной оценке; а также для лечения депрессивных симптомов (величина эффекта 0,59 с последующим увеличением до 0,98) (*Abbas et al., 2006*).

Таким образом, согласно исследованиям, психодинамическая терапия, в отличие от остальных методов, запускает психологические процессы, которые способствуют постоянным изменениям даже после завершения терапии.

Метаанализ, опубликованный в *Archives of General Psychiatry*, включал в себя 17 высококачественных рандомизированных контролируемых исследований краткосрочной (в среднем по 21 сеансу) психодинамической терапии и сообщал о величине эффекта 1,17 для психодинамической терапии по сравнению с контрольной группой (*Leichsenring, Rabung, Leibing, 2004*).

В еще одном опубликованном метаанализе изучалась эффективность краткосрочной психодинамической терапии соматических расстройств (*Abbass, Kisely, Kroenke, 2009*). Метаанализ обобщал 23 исследования, в которых приняли участие 1870 пациентов, страдающих соматическими

заболеваниями: опорно-двигательного аппарата, иммунологическими, сердечно-сосудистыми, дерматологическими, мочеполовой системы, неврологическими и респираторными. Величина эффекта для улучшения психиатрических симптомов была определена как 0,69 и для улучшения соматических симптомов – 0,59. Важным открытием для системы здравоохранения США (согласно результатам исследований, в которых сообщались данные об использовании медицинских услуг) стало то, что 77,8% пациентов стали реже прибегать к использованию медицинских услуг благодаря психодинамическому лечению.

В метаанализе, обобщающем результаты исследований по проверке эффективности психодинамической психотерапии (14 исследований) и когнитивно-поведенческой терапии (11 исследований) при расстройствах личности (*Leichsenring, Leibing, 2003*), сообщалось о размерах эффекта до лечения и после лечения с использованием самого длительного доступного периода наблюдения. Для психодинамической терапии (средняя продолжительность лечения составила 37 недель) средний период наблюдения составил 1,5 года, а величина эффекта до лечения и после лечения составила 1,46. Для когнитивно-поведенческой терапии размер эффекта составил 1,0 (средняя продолжительность лечения 16 недель), средний период наблюдения – 13 недель. Стоит отметить, что в метаанализе авторы делают вывод об эффективности как психодинамической терапии, так и когнитивно-поведенческой терапии, вместе с тем хочется отметить значительную разницу в размерах эффекта.

В пользу того, что психодинамическая терапия оказывает долгосрочный эффект, говорит метаанализ краткосрочной психодинамической терапии расстройств личности, состоящий из обзора 7 рандомизированных контролируемых исследований. Из результатов следует, что величина эффекта терапии по прошествии полутора лет после завершения лечения составляет 0,91 для улучшения симптомов в целом и 0,97 для улучшения межличностного функционирования (*Messer, Abbass, 2010*).

Метаанализ, обобщающий результаты исследования по изучению эффективности долгосрочной психодинамической терапии (*Leichsenring, Rabung, 2008*), в котором сравнивалась долгосрочная и краткосрочная психодинамическая терапия для лечения сложных психических расстройств (расстройства личности, множественные или хронические психические расстройства), показал размер эффекта 1,8 для общего результата исследования. Величина эффекта до лечения и после лечения составила 1,03 для общего результата, который увеличился до 1,25 при длительном наблюдении, в среднем через 23 месяца после лечения. В исследовании от завершения лечения до последующего наблюдения оценивались пять областей: общая эффективность, целевые проблемы, психиатрические симптомы, функционирование личности и социальное функционирование. Показатель величины эффекта увеличился для каждой из оцениваемых областей.

Еще один метаанализ результатов изучения эффективности долгосрочной психодинамической терапии для взрослых пациентов с разными диагнозами (*De Maat et al., 2009*) показал увеличение величины эффекта от

0,78 до 0,94 для оценки общего улучшения симптомов пациентов с умеренной патологией через три года после завершения лечения. Для пациентов с тяжелой патологией показатель величины эффекта составил 0,94, а при длительном наблюдении, через пять лет после лечения, этот показатель увеличился до 1,02.

Приведенные выше данные представляют собой последние методологически строгие оценки психодинамической терапии. Как минимум пять из таких исследований подтверждают данные о том, что психодинамическая терапия имеет возрастающий со временем эффект. Результаты иных эмпирически подтвержденных методов психотерапии, наоборот, со временем снижаются.

Рандомизированные контролируемые исследования доказывают, что для лечения расстройств личности, депрессии, паники, тревоги, расстройств пищевого поведения, расстройств, вызванных употреблением наркотических средств, свою эффективность показала психодинамическая терапия (*Leichsenring, 2005; Milrod et al., 2007*).

Психодинамическая терапия также показала свою эффективность и преимущества в сравнении с диалектической поведенческой терапией (*Linehan, 2018*) для лечения пациентов с пограничным расстройством личности (*Clarkin et al., 2013*). По данным исследования, у пациентов, для лечения которых применялась психодинамическая терапия, наблюдались внутриспсихические изменения, при этом у пациентов, получающих лечение диалектической поведенческой терапией, таких изменений не наблюдалось. Это наблюдение, во-первых, показывает, что внутриспсихические процессы способствуют изменению симптомов у пограничных пациентов, а во-вторых, в очередной раз доказывают долгосрочные преимущества психодинамического лечения.

Психодинамическая терапия показала устойчивую эффективность в исследовании (*Bateman, Fonagy, 2013*) лечения пограничного расстройства личности. Через пять лет после окончания лечения, которое длилось три года, пациенты, получавшие психодинамическую терапию, более не соответствовали диагностическим критериям пограничного расстройства личности, тогда как пациенты, лечение которых происходило «обычным» путем, все еще продолжали соответствовать таким критериям. В свете этого исследования был сделан вывод, что еще ни одно лечение, кроме психодинамического, не показало таких устойчивых преимуществ в лечении пограничного расстройства личности.

Несмотря на обилие приведенных выше исследований, подтверждающих неоспоримую эффективность, а в некоторых случаях даже преимущество психодинамического лечения, на сегодняшний день по-прежнему гораздо больше исследований результатов других методов лечения, в особенности это касается исследований эффективности когнитивно-поведенческой терапии. Указанный факт все еще является козырем в спорах об эффективности того или иного психотерапевтического метода.

Предыдущие поколения психоаналитиков были безразличны к эмпирическим исследованиям эффективности психоанализа и психодинамической терапии, в связи с чем современные исследователи трудятся над

преодолением образовавшейся количественной разницы в исследованиях эффективности психодинамического лечения в сравнении с иными методами.

Еще одним фактом, который следует принять во внимание, является то, что большая часть исследований результатов психодинамической терапии сфокусирована на пациентах с «пакетом» симптомов, тогда как более показательными видятся исследования, основанные на определенных критериях, с исследованием эффективности психодинамической терапии при лечении конкретного симптома, патологии или расстройства (*Shedler, 2010*).

Почему же все-таки психоанализ и психоаналитическая терапия показывают такую высокую эффективность? Ответ на этот вопрос кроется в специфике работы человеческого мозга.

Марк Солмс (*Solms, 2018a*), исследуя, как работает эмоциональный разум в норме и при болезни, а также изучая, на что именно направлено психоаналитическое лечение и насколько оно эффективно, пришел к следующим выводам:

1. Психоанализ основывается на трех основных утверждениях об эмоциональном разуме, которые когда-то считались спорными, но теперь широко приняты в соседних дисциплинах (главным образом в нейробиологии).

2. Клинические методы, которые психоаналитики используют для облегчения душевных страданий, вытекают непосредственно из этих основных утверждений и согласуются с текущим научным пониманием того, как изменяется мозг.

3. Поэтому неудивительно, что психоаналитическая терапия дает хорошие результаты – по крайней мере такие же хорошие, а в некоторых важных отношениях и лучшие, чем другие методы лечения, основанные на фактических данных в современной психиатрии.

Солмс (*Solms, 2018b*) утверждает, что основные утверждения психоанализа в отношении эмоционального разума заключаются в следующем:

1. Человеческий младенец – это не чистый лист; как и все другие виды, человек рождается с набором врожденных потребностей.

2. Основная задача психического развития состоит в том, чтобы научиться удовлетворять эти потребности в мире, из чего следует, что психическое расстройство возникает из-за неудач в достижении этой задачи.

3. Большинство методов удовлетворения эмоциональных потребностей человеком выполняются бессознательно, что требует от индивида возвращения их в сознание, чтобы изменить их.

Психоаналитическая терапия основана на этих утверждениях. Пока они верны, нет сомнений в том, что психоаналитическая терапия эффективна. На сегодняшний день нет оснований считать психоанализ неэффективным, поскольку это доказывают нейробиологические знания. Именно поэтому принято считать, что психоанализ до сих пор остается наиболее последовательным и интеллектуально верным представлением о человеческом разуме (*Kandel, 1999*).

Фрейд считал, что врожденные потребности организма, до того как они становятся осознаваемыми и образуют Оно, регулируются автономно (*Freud, 1915*). При этом, по мнению Фрейда, разум находится в корковой части мозга, тогда как нейробиологи 1940-х годов доказали, что сознание спрятано глубоко в мозге и не работает через чувства.

Вместе с тем Фрейд признавал, что требования, исходящие от влечений, ощущаются как аффекты. И именно это делает аффекты такими важными для психоанализа.

Однако Солмс утверждает, что есть основания предполагать, что влечения, которые Фрейд располагал на границе между психическим и соматическим, становятся психическими, когда они ощущаются, а до этого они являются не влечениями, а скорее вегетативными регулирующими механизмами (*Solms, 2018b*).

Из этого следует, что работа системы осознания в первую очередь направлена на регистрацию состояния субъекта, а уже потом на осознание объектного мира. Субъект, который чувствует, испытывает аффекты. И только в этом случае субъект может испытывать когнитивные и перцептивные представления.

Таким образом, первичен субъект сознания. Перцептивная и когнитивная формы сознания вторичны и достижимы только в случае, если субъект сознания на ощупь пытается изучить свои восприятия и познания, которые сами по себе бессознательны.

Каждый аффект, который сообщает о той или иной потребности, запускает ведомое, рефлекторное поведение. Такие врожденные алгоритмы поведения состоят из запрограммированных предикций, которые, в свою очередь, предназначены для удовлетворения неизбежных биологических потребностей субъекта. В конечном итоге весь этот «механизм» служит для достижения репродуктивного успеха.

На сегодняшний день нельзя точно посчитать количество таких потребностей и, соответственно, количество врожденных предикций в человеческом мозге. Панксепп (*Panksepp, 2004*) выделяет телесные, эмоциональные и сенсорные потребности. Телесные потребности ощущаются как голод, жажда, сонливость; сенсорные – как боль, отвращение, удивление. Между тем именно эмоциональные потребности, а конкретнее их неудовлетворение, чаще всего вызывают психопатологию.

Можно выделить следующие эмоциональные потребности:

- для удовлетворения биологических appetites человеку необходимо взаимодействие с внешним миром. В широком смысле это инстинкт поиска пищи, который ощущается как интерес или любопытство;
- поиск сексуальных партнеров также относится к ряду биологических appetites и ощущается как похоть. Ощущение похоти имеет анатомические различия у разных полов, но присуще обоим полам. И точно так же, как и поиск пищи, направляется через интерес;
- для избегания опасных ситуаций человек испытывает страх;
- для атаки и избавления от вещей, которые мешают человеку удовлетворять его потребности, нужна ярость;

- игра также является важным навыком для человека, она позволяет определять свои и чужие границы, границы общества, место в социальной группе, а кроме того, отстаивать территориальные границы.

Кроме вышеперечисленных имеются еще две важные потребности, которые являются определяющими и основополагающими для теории объектных отношений:

- быть рядом с родителями (или замещающими их фигурами). Разлука с такими значимыми фигурами ощущается человеком как паника, а их потеря – как отчаяние;

- заботиться и воспитывать других, в особенности детей и внуков. У женщин это проявляется как материнский инстинкт. Для определения мужской потребности воспитания потомства отсутствует общепризнанный термин, ее определяющий, хотя у них также есть такая потребность.

В конечном счете цель человека – удовлетворить все эти потребности. «Мы учимся не ради самого себя; мы делаем это, чтобы установить оптимальные предикции относительно того, как мы можем удовлетворить наши потребности в данной среде. Это то, что Фрейд называл развитием Эго» (Solms, 2018b).

Обучение в данном контексте служит согласующим звеном между врожденными предикциями и жизненным опытом. Человек учится распознавать опасности и обучается на них реагировать, избегать их, преодолеть.

Основное обучение происходит в детстве, когда любопытство берет верх над страхом, а гнев над привязанностью, тогда же человек учится идти на компромиссы, находить варианты удовлетворения потребностей, что, в свою очередь, способствует формированию замещения и сублимации.

Как итог успех предикций позволяет уменьшить аффект. Поскольку потребности человека им ощущаются, положительный исход разлуки со значимым объектом уменьшает панику, избегание опасности – уменьшает страх, и, наоборот, в случае неудачи страх и паника сохраняются и/или усиливаются.

Мы ощущаем только неудовлетворенные потребности, поэтому удовлетворение чувства устраняет его. Как если бы, пообедав, человек перестал испытывать голод.

«Важно отметить, что это означает, что отсутствие аффективности является идеальным состоянием организма. Это то, что Фрейд назвал "принципом нирваны"» (Solms, 2018b).

По мнению Солмса, Фрейд допустил ошибку, приравняв принцип нирваны к влечению к смерти, поскольку это идеальное биологическое состояние, при котором удовлетворены все потребности человека, оно наиболее подходит для продолжения жизни. По его мнению, Фрейд считал, что принцип удовольствия и принцип нирваны – это два разных принципа, тогда как принцип удовольствия и принцип неудовольствия – две стороны одного принципа нирваны, каждый из которых определяет положение человека (дальше или ближе) к своей нирване. Вместе с тем Солмс не отрицает клинических явлений, которые Фрейд описывал для подтверждения

влечения к смерти, делая поправку на то, что смертоносность в этих явлениях есть неспособность принять тот факт, что удовлетворение потребностей требует работы. Таким образом, в данном контексте мы можем говорить об отклонении Я, а не об импульсе Оно.

Итак, человеческое сознание аффективно, а значит, научение на опыте действительно требует опыта. Сознательный опыт – это осязаемый опыт. Именно поэтому чувство должно распространяться во внешний мир, чтобы человек имел обратную связь. В данном контексте биологические добро и зло здесь соответствуют приятным и неприятным чувствам.

Чувство дает выбор, посредством выбора человек выживает в непредсказуемых условиях и, как следствие, обучается на собственном опыте. Прощупывание и построение алгоритмов через преодоление проблем дает человеку большое адаптивное преимущество и определяет его «рабочую память».

Рабочая память помогает человеку создавать перспективный опыт, поскольку связана больше с виртуальными действиями, а не с физическими. В этом смысле человеческий разум чаще всего оперирует потенциальными энергиями.

Мышление предшествует действию или происходит вместо него. Это позволяет человеку дополнять врожденные предикции, избегая действительно опасных для жизни ситуаций в условиях неопределенности.

Следует отметить, что познание обычно бессознательно (*Kihlstrom, 1996; Bargh, Chartrand, 1999*). Из чего можно сделать однозначный вывод о том, что познание становится сознательным тогда, когда человеку необходимо его почувствовать.

Вместе с тем хранилище рабочей памяти очень ограничено. Согласно закону Миллера, человек способен удерживать в сознании около семи единиц информации. Поэтому продукты сознания, т. е. сознательная предсказательная работа, стремятся стать бессознательным предсказанием.

Из-за ограничений рабочей памяти процесс реконсолидации обычно сопротивляется еще и потому, что это противоречит естественному обратному процессу. Следует полагать, что существуют биологические ограничения на степень неопределенности, которую может выдержать личность. С точки зрения психоанализа Я предпочитает, чтобы проблемы были решенными, а не наоборот, т. е. человек предпочитает подтверждать свои предикции, а не опровергать их. Фрейд охарактеризовал это защитным сопротивлением.

С точки зрения нейробиологии это выглядит как то, что предикции, возникающие из рабочей памяти, сохраняются в кортико-таламическом «предсознательном» и бездумно разыгрываются до тех пор, пока не возникнет ошибка предикции (*Solms, 2018b*).

Ошибка предикции высвобождает свободную энергию. Другими словами, ошибка предикции вызывает и увеличивает возбуждение, которое в свою очередь делает снова актуальным предсознательное предсказание.

Важно отметить, что описываемое возбуждение несет еще и качественный аффективный характер. Аффективное возбуждение говорит о наличии неудовлетворенной потребности, а качество аффекта идентифицирует, какая именно потребность неудовлетворена.

Описанный выше процесс характерен для корковых систем памяти, поскольку только они генерируют виртуальные реальности или декларативные представления. Эти системы – точно то, что Фрейд определял как предсознательное.

Таким образом, в общем смысле речь идет о передаче прогностических следов памяти между рабочей памятью (кратковременной), эпизодической памятью (долговременной) и самой глубокой семантической памятью. Последняя является самой абстрактной из всех.

В данном контексте Солмс утверждает, что главным различием между декларативной памятью (предсознательное) и недекларативной (бессознательное) является отсутствие в бессознательном образов. Образы в качестве изображений возникают только в коре, подкорковые образы (расположенные в ганглиях и мозжечке), по мнению Солмса, никогда не осознаются (*Solms, 2018b*).

Следует отметить, что описанные выше системы памяти являются когнитивным бессознательным, которое противопоставляется динамическому бессознательному. В данном контексте когнитивное бессознательное есть бессознательное Я, тогда как динамическое бессознательное есть не что иное, как вытесненное.

Фрейд считал, что вытесненное является частью Оно. Тогда как система бессознательного и Оно, по мнению Солмса (*Solms, 2018b*), – это две разные вещи, поскольку расположены в двух разных частях мозга.

Вытесненное есть результат когнитивных процессов, тогда как бессознательное является врожденным и состоит из аффективных процессов. С анатомической точки зрения бессознательное находится в верхних отделах ствола мозга и лимбической системе, а вытесненное – в базальных ганглиях и мозжечке. Безусловно, между этими системами существуют взаимодействия, тем не менее речь идет о разных системах.

Когнитивное бессознательное состоит из автоматизированных предикций, которые были автоматизированы в результате того, что надежно удовлетворяют потребности, на которые они нацелены. Вытесненное же состоит из преждевременно автоматизированных предикций. Чаще всего такая преждевременная автоматизация случается в детстве, когда Я еще слабое и не понимает, как удовлетворить потребности бессознательного.

Подавление происходит вследствие того, что глубоко автоматизированные предикции не удовлетворяют потребности, на которые они нацелены, но поскольку такие предикции уже автоматизированы, с ними обращаются так, будто они работают. Именно поэтому такие ошибки в предикциях не восприимчивы к реконсолидации.

Для того чтобы исправить ошибки в предикциях, их нужно обновить и повторно консолидировать, что невозможно сделать с вытесненным, поскольку сам механизм вытеснения создает иммунитет от реконсолидации.

В отличие от Фрейда, Солмс (*Solms, 2018b*) в данном случае утверждает, что вытесненное не возвращается, возвращается только неурегулированный аффект. Вытесненное относится к недеklarативным воспоминаниям, которые абсолютно ассоциативны и поэтому бессознательны. В данном случае не происходит никакого мышления. Вместе с тем именно это имеет большое значение для понимания того, как работает психоаналитическая техника.

Пациенты психологов чаще всего страдают от чувств. В этом заключается различие между психоаналитическим и психофармакологическими методами лечения – психоаналитики признают важность чувств.

Как уже было сказано выше, чувства есть неудовлетворенные потребности. Чувства пациента всегда что-то значат, вне зависимости от интенсивности чувства одного пациента в сравнении с интенсивностью этого же чувства у другого или того, кто из них более когнитивно способен обновлять свои предикции. Чувства пациента всегда что-то значат. Таким образом, эмоциональные расстройства влекут за собой безуспешные попытки удовлетворить потребности. То есть психологические симптомы предполагают интенциональность.

Основная цель психологического лечения состоит в том, чтобы помочь пациентам лучше удовлетворять свои эмоциональные потребности, что в свою очередь позволяет лучше регулировать эмоции.

Возвращаясь к разнице психологического и психофармакологического лечения, последнее направлено на подавление нежелательных чувств. Очевидно, что такой подход не может вылечить эмоциональные расстройства, поскольку препараты не воздействуют непосредственно на чувства, они лишь убирают симптомы. Лечение эмоционального расстройства предполагает устранение неспособности пациента удовлетворить свои эмоциональные потребности. Вместе с тем иногда необходимо фармакологическое облегчение симптомов с целью сделать пациента доступным для психотерапии. Тут же стоит сделать оговорку и признать, что некоторые пациенты никогда не станут доступными для психотерапевтического лечения, поскольку хотят избавиться от нежелательных чувств, но не хотят совершать работу по их устранению.

Психоаналитическая терапия в свою очередь работает с изменением глубоко автоматизированных предикций, которые не могут быть реконсолидированы в рабочей памяти в том виде, в котором они были консолидированы в недеklarативной памяти.

Из вышесказанного, соответственно, вытекает тот факт, что психоаналитическая техника фокусируется на эмоциях, которые ощущаются сознательно, но чаще всего не распознаются как идентифицирующие конкретные потребности и связанные с ними предикции. Эмоции помогают терапевту или аналитику понять смысл симптома и проложить путь к автоматическим предикциям, которые его (симптом) породили. Ошибочные автоматические предикции не могут быть запомнены по причине того, что декларативны, поэтому терапевт или аналитик определяют их по косвенным признакам, обращая внимание на повторяющиеся, вследствие таких предикций, модели поведения.

Таким образом, возвращение ошибочных предикций происходит за счет активации недеklarативных следов через подсвечивание воздействия таких предикций на настоящее пациента. Как уже говорилось выше, недеklarативные предикции не могут быть реконсолидированы в рабочую память, но пациенты могут «увидеть» то, как работают такие предикции здесь и сейчас. В этом и состоит суть психоаналитического лечения.

Однако такого возвращения вытесненного сложно достичь из-за того, как работают недеklarативные системы памяти, и из-за того, какое сопротивление влечет за собой попытка реконсолидировать вытесненное.

Все эти причины делают психоаналитическое лечение долгим процессом с многочисленными и частыми сеансами, в рамках которых происходит интерпретация переноса в отношении текущих проблем и ситуаций. Результатом такой работы служит медленная, но постепенная замена ошибочных предикций на новые, рабочие предикции и их закрепление.

Перенос является одним из ключевых элементов в психоаналитической терапии, и именно благодаря переносу удается преодолеть бесконечное, бессмысленное повторение, запущенное вытесненным.

Поскольку из-за особенностей работы недеklarативной памяти пациенты не могут переосмыслить вытесненное, перенос помогает осмыслить то, что они делают здесь и сейчас в результате вытесненного. Солмс (*Solms, 2018b*) описывает этот процесс таким образом: пациенты могут думать о настоящих переживаниях, то есть могут повторно проблематизировать их, если на это обратить их внимание. Это повторяющиеся производные вытесненного, которые включают корковые репрезентации (текущих переживаний), которые поэтому могут проникать в рабочую память, и декларативные (и рефлексивные) процессы, то есть префронтальное мышление. Это, в свою очередь, позволяет повторно связать производные предикции с принадлежащими им аффектами, что позволяет Я придумывать лучшие прогнозы с более реалистичными планами действий с помощью мозга пациента (и мозга аналитика) во взрослом состоянии.

Интерпретация переноса запускает тяжелую работу, в результате которой формируются новые процедурные воспоминания, которые позволяют заместить ошибочные предикции новыми рабочими предикциями. Таким образом, приверженцам более кратковременной терапии необходимо ознакомиться с процессом работы недеklarативной памяти и, как ни странно, с тем, как работает обучение.

Аналитическая задача состоит в том, чтобы вернуть ошибочные предикции в сознание и повторно проблематизировать их в рабочей памяти. Это достигается путем перенаправления чувств, от которых страдает пациент, на вытесненные предикции, которые их вызывают. Но, поскольку это нельзя сделать напрямую, аналитическая работа позволяет это сделать через идентификацию производных от вытесненного, то есть через то, что повторяется в настоящий момент и поэтому может быть возвращено в сознание и обдуманно.

Как ни странно, бессознательно бессознательно. На основе этого понимания все, на что может надеяться пациент (и аналитик) в процессе

психоаналитической работы, – это новые и лучшие предикции; которые должны быть объединены со старыми. Но поскольку новые лучше удовлетворяют глубинные потребности, они постепенно с большей готовностью используются пациентом и, таким образом, еще более глубоко закрепляются даже после окончания лечения.

Последнее объясняет «эффект спящего», при котором эффект терапии не только сохраняется со временем, но и продолжает улучшать качество жизни пациента после прекращения психоаналитического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Abbas A. A., Hancock J. T., Henderson J., Kisely S.* (2006) Short-term psychodynamic psychotherapy for common mental health disorders. The Cochrane Database of Systematic Review.
2. *Abbass A., Kisely S., Kroenke K.* (2009) Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*. Vol. 78. No 5. P. 265–274.
3. *Ablon J., Jones E.* (1998) How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*. Vol. 8. No 1. P. 71–83.
4. *Bargh J. A., Chartrand T. L.* (1999) The unbearable automaticity of being. *American psychologist*. Vol. 54. No 7. P. 462.
5. *Bateman A., Fonagy P.* (2013) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Focus*. Vol. 11. No 2. P. 261–268.
6. *Clarkin J. F., Levy Kenneth N., Lenzenweger M., Kernberg Otto F.* (2013) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Focus*. Vol. 11. No 2. P. 269–276.
7. *Cohen J.* (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
8. *De Maat S., De Jonghe J., Schoevers R., Dekker J.* (2009) The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 17. No 1. P. 1–23.
9. *Elkin I., Shea M. Tracie, Watkins John T., Imber Stanley D., Sotsky Stuart M., Collins Joseph F., Glass David R., Pilskonis Paul A., Leber William R.* (1989) National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*. Vol. 46. No 11. P. 971–982.
10. *Freud S.* (1915) *Instincts and their vicissitudes*, Standard Edition. Vol. 14. New York.
11. *Jones E. E.* (2000) *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Rowman & Littlefield.
12. *Jones E. E., Pulos S. M.* (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 61. No 2. P. 306.

13. *Kandel E. R.* (1999) Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American journal of Psychiatry*. Vol. 156. No 4. P. 505–524.
14. *Kihlstrom J. F.* (1996) Perception without awareness of what is perceived, learning without awareness of what is learned. *The science of consciousness: Psychological, neuropsychological and clinical reviews*. P. 23–46.
15. *Leichsenring F., Leibling E.* (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American journal of psychiatry*. Vol. 160. No 7. P. 1223–1232.
16. *Leichsenring F., Rabung S.* (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Jama*. Vol. 300. No 13. P. 1551–1565.
17. *Linehan M. M.* (2018) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
18. *Messer S. B., Abbass A. A.* (2010) *Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders*.
19. *Milrod B., Leon Andrew C., Busch F., Rudden M., Schwalberg M., Clarkin J., Aronson A., Singer M., Turchin W., Klass E. Toby* (2007) A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 164. No 2. P. 265–272.
20. *Moncrieff J., Wessely S., Hardy R.* (2004) *Active placebos versus antidepressants for depression (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. Vol. 1.
21. *Panksepp J.* (2004) *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
22. *Shedler J.* (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*. Vol. 65. No 2. P. 98.
23. *Smith M. L., Glass G. V., Miller T. I.* (1980) *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
24. *Solms M.* (2018a) The scientific standing of psychoanalysis. *BJPsych International*. Vol. 15. No 1. P. 5–8.
25. *Solms M. L.* (2018b) The neurobiological underpinnings of psychoanalytic theory and therapy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. P. 294.
26. *Turner E. H., Matthews A., Linardatos E., Tell Robert A., Rosenthal R.* (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*. Vol. 358. No 3. P. 252–260.

The effectiveness of the psychodynamic approach and psychoanalysis through the prism of neuropsychanalysis

A. S. Pechenkina

Pechenkina Anna S., psychoanalytically oriented psychologist.

Today, there is still a conviction that psychoanalysis and psychoanalytic therapy are unreasonably expensive psychotherapeutic methods with unproven effectiveness. This article provides an overview of a number of meta-analyses and randomized trials confirming the effectiveness of both short-term psychoanalytic therapy and long-term psychoanalytic treatment. In addition, the author of the article analyzed the effectiveness of psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis through the study of the structure of brain structures and the work of short-term and long-term memory systems.

Keywords: psychodynamic approach, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, affect, prediction, meta-analysis, emotional mind, unconscious, long-term memory, short-term memory, emotional needs, declarative memory, non-declarative memory, cerebral cortex, consolidation, reconsolidation.