

Д. С. Рождественский

# Начало психоаналитического процесса



Д. С. Рождественский

Начало психоаналитического процесса — СПб: Б&К, 2006. — 112 с.

ISBN 5-9827-8029-4

Д. С. Рождественский. Начало психоаналитического процесса

Компьютерная верстка Е. Б. Седовой Редактор О. И. Абрамович

Подписано в печать 27.07.2006 Формат 60х90 1/16 Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times. Усл.п.л.7 Тираж 500 экз. Заказ № 1151

Издательство «Б&Кс» 199022, Каменноостровский пр., д. 55 оф. 66

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии ООО «ИРТ» Санкт-Петербург, наб.р. Смоленки, д. 5/7

## **ОТ ИЗДАТЕЛЯ**

Данное пособие затрагивает проблемы начала и того процесса, который известен нам как «классический психоанализ», и терапии пролонгированной, и краткосрочной (фокальной), т.к. ведя речь о начале работы с пациентом, едва ли целесообразно рассматривать психоанализ и психоаналитическую терапию как альтернативные формы. Ведь мы обычно далеко не сразу можем решить, показана ли в данном случае терапия экспрессивная, или поддерживающая, или психоанализ в классическом варианте. В данном пособии речь пойдет только об индивидуальной психоаналитической работе со взрослыми пациентами.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие автора .....	5
1. Понятие начала психоаналитического процесса.....	7
2. Первый контакт с потенциальным пациентом .....	8
3. Предварительное интервью .....	11
3.1. История предварительного интервью: общий обзор .....	11
3.2. Микаэл балинт: интерактивное интервью .....	14
3.3. Отто кернберг: структурное интервью.....	18
3.4. Основные принципы современного психоаналитического интервью... 22	
3.5. Анализ данных предварительного интервью .....	31
3.5.1. Введение.....	31
3.5.2. Клиническая оценка.....	32
3.5.3. Психологическая оценка .....	39
3.5.4. Социальная оценка .....	42
3.5.5. Психодинамическая оценка.....	48
3.5.6. Самооценка терапевта .....	50
3.6. Отказ от терапии .....	51
4. Переход от интервью к терапии .....	53
4.1. Подходы и приоритеты .....	53
4.2. Выбор целей и методов.....	57
4.3. Выработка сеттинга и заключение контракта.....	63
4.4. Формирование терапевтического альянса.....	74
4.4.1. Понятие помогающего и терапевтического альянса .....	74
4.4.2. Атмосфера доверия и безопасности .....	75
4.4.3. Обучение пациента .....	78
4.4.4. Другие технические проблемы.....	96
4.5. Переход к средней части терапии .....	105
Литература .....	108

## ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

В названии этой работы я позволил себе вложить в понятие «психоаналитический процесс» обобщающий смысл. Данное пособие затрагивает проблемы начала и того процесса, который известен нам как «классический психоанализ» — с использованием кушетки и высокой частотой сессий, и психоаналитически ориентированной психотерапии в обеих ее основных формах — экспрессивной и поддерживающей; наконец, по критерию длительности — и терапии пролонгированной, и краткосрочной (фокальной). Что позволило мне пойти на такое обобщение?

Прежде всего, несмотря на внешнюю четкость дифференциации понятий «психоанализ» и «психоаналитическая психотерапия», на практике разница между ними нередко оказывается не столь очевидной: более подробно речь об этом пойдет ниже. Кроме того, я предполагаю, что эти методы исследования и коррекции психики все же имеют больше точек соприкосновения и общих черт, нежели различий. Вслед за многими авторами работ по проблемам психоанализа, ссылки на которые будут здесь приведены, я исхожу из того, что оба они преследуют одну цель: понимание природы конфликтов пациента, дезадаптивного стиля его поведения и последствий раннего патогенного опыта в зрелой жизни. В обоих случаях объектом рассмотрения делается влияние прошлого на настоящее, целью — понимание функционирования защит и трансферных реакций, техническими средствами — терапевтический альянс, свободная ассоциация, интерпретация.

Второе соображение состоит в следующем. Ведя речь о начале работы с пациентом, едва ли целесообразно рассматривать психоанализ и психоаналитическую терапию как альтернативные формы. Приступая к этой работе, мы обычно далеко не сразу можем решить, показана ли в данном случае терапия экспрессивная, или поддерживающая, или психоанализ в классическом варианте. Строго говоря, когда терапевт окончательно определяется в данном вопросе, можно считать, что лечение совершает переход от начальной фазы к средней.

Таковы основания, на которых я предпочитаю говорить все же о начале психоаналитического «процесса». Понятия «анализ» и «терапия», «аналитик» и «терапевт» в этом тексте будут взаимозаменяемыми,

каковыми они являются в текстах и Кернберга, и Купера, и большинства упоминаемых мною ниже авторов - за исключением случаев, когда разницу между психоанализом и психоаналитической терапией надо будет специально подчеркнуть.

Еще один немаловажный момент в рамках предисловия. Описание методики и техники начала психоаналитического процесса является довольно непростой задачей, поскольку мы неизбежно сталкиваемся с необходимостью обобщений и другого рода. Существует значительное количество техник и подходов, основанных на разных представлениях о терапевтических правилах, приоритетах, факторах влияния и т. и. Еще более широк диапазон личностных особенностей тех, кто обращается за помощью, и, конечно, начало терапии с обсессивно-фобическим пациентом будет мало напоминать начало работы с социопатом пограничного уровня. В этих условиях мне придется уделить большую часть внимания лишь общим принципам таких процедур, как предварительное интервью, выработка сеттинга, заключение контракта и т. д.

Напоследок замечу, что здесь и далее речь пойдет только об индивидуальной психоаналитической работе со взрослыми пациентами. Я не рассматриваю такие виды аналитической терапии, как групповая, семейная, а также терапия детей и подростков. Кроме того, я не стану касаться проблем дидактического (учебного) анализа будущих специалистов — процесса со своей спецификой, о которой следует говорить отдельно, за рамками данного пособия.

## 1. ПОНЯТИЕ НАЧАЛА ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

В процессе психоанализа и психоаналитической психотерапии традиционно выделяют три этапа: начало, среднюю часть и окончание. Границы между этими понятиями носят весьма размытый характер — как и границы между самими этапами. Нет двух следующих одна за другой сессий, о которых можно было бы сказать, что первая из них — последняя в начальной фазе, а вторая — первая в средней. Тем не менее достаточно ясное описание «начала» мы можем найти, например, в руководстве «Психодинамическая психотерапия» (19:34-47). Следуя за определением, данным его авторами, мы будем понимать под началом психоаналитического процесса этап, завершающийся (в благоприятных случаях) формированием терапевтического альянса — установлением более или менее стабильных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом. Он включает следующие компоненты: первый контакт, предварительное интервью, выбор целей и техник работы, выработку сеттинга, заключение терапевтического контракта и обучение пациента.

Начало психоаналитического процесса — стадия, важность корректного проведения которой трудно переоценить: именно от него зависит будущий успех терапии. Опыт моей собственной практики и практики моих коллег демонстрирует, что большинство терапевтических неудач, возникающих на разных стадиях работы, прямо или косвенно связано с ошибками и просчетами терапевта, допущенными еще на первых консультациях: поспешно поставленным диагнозом, неверно выбранным стилем отношений и т. д. Именно начало процесса, как правило, требует от терапевта наиболее тонкого и грамотного использования знаний и навыков — так же, как от пилота они требуются в большей степени не на самой воздушной трассе, а при взлете и наборе высоты.

## 2. ПЕРВЫЙ КОНТАКТ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ

Первый контакт терапевта и пациента может происходить в рамках либо рабочей сессии, если пациент был предварительно записан на прием секретарем или регистратором, либо телефонного разговора — если он обращается к терапевту лично. В первом случае такой контакт становится одновременно началом интервью. Во втором он, как правило, бывает ограничен согласованием вопроса о встрече. По телефону терапевт обыкновенно выясняет проблему и краткие установочные данные кандидата, назначает место и время приема.

Естественное любопытство и тревога часто побуждают потенциального пациента стараться уже в рамках телефонного диалога получить ответы на многие вопросы: сумеет ли терапевт ему помочь, сколько будет стоить и сколько продлится лечение, и т. д. Возможно, лучшим и наиболее искренним ответом со стороны терапевта будут слова: «Чтобы это узнать, нам надо встретиться». Продолжительность телефонной беседы обычно не превышает нескольких минут, так как интервьюирование и обсуждение любых деталей работы требует непосредственного контакта в кабинете. Не стоит забывать и того, что, разговаривая с пациентом по телефону, терапевт уже работает; он может позволить себе не требовать с пациента оплаты этих минут, но и превращать первую беседу в полноценную по времени бесплатную сессию в большинстве случаев едва ли целесообразно.

С другой стороны, более детальное собеседование может стать для терапевта важным подспорьем в подготовке к первой встрече. Поэтому некоторые специалисты рекомендуют прояснять в ходе телефонного разговора следующие вопросы: а — облегчения каких симптомов пациент ожидает; б — получал ли он прежде психотерапевтическую помощь; в — проходил ли медикаментозное лечение; г — лечился ли в стационаре, и если да, то при каких обстоятельствах. Ответы на эти вопросы и выявляемая в процессе беседы манера общения — точность формулировок, связность речи и т. д. — могут позволить терапевту предварительно оценить возможную степень патологии и, в частности, решить, можно ли встречаться с данным пациентом в домашнем кабинете (19:111-112). Таким образом, проблема длительности и содержания телефонного взаимодействия может решаться в

каждом конкретном случае индивидуально, с учетом потребностей терапевта в предварительной информации.

Назначая встречу, терапевт может заранее назвать пациенту стоимость предстоящей консультации, если последний сам не спросит о ней. Это будет предварительный размер оплаты, пока еще без учета реальной платежеспособности пациента, сложности предстоящего взаимодействия и других факторов, способных влиять на сумму гонорара. Он может и не делать этого, рассчитывая, что при первой встрече пациент сам предложит обсудить вопрос вознаграждения и будет способен реагировать достаточно гибко. Иногда, однако, пациенты не предполагают заранее, что за первое собеседование необходимо платить («меня ведь еще не начали лечить, я пришел только поговорить о будущем лечении»), в такой ситуации лучше всего не требовать с пациента оплаты, если тот не был о ней предупрежден, и обсудить гонорар, выплачиваемый со второй консультации. В противном случае первая сессия, хотя и оплаченная под давлением терапевта, может оказаться одновременно и последней.

Следует помнить, что еще задолго до фактического обращения — возможно, начиная с появления одной только мысли о нем — пациент уже находится в терапевтической ситуации, так как у него вольно или невольно рождается фантазийное представление о своем будущем терапевте. Ожидание встречи активизирует два психодинамических фактора: в фантазиях он репетирует трансферные паттерны взаимодействия, и в то же время фрустрация ожидания активизирует сопротивление. Пациент испытывает напряжение, сознательно или бессознательно ожидая от терапевта чуда, волшебства; эта фаза нередко сменяется фазой разочарования и неверия в возможность помощи. Часто в этом заключается причина того, что, уже договорившись о первой встрече, пациент иногда неожиданно отказывается от нее («я себя стал чувствовать лучше»). Поэтому для человека, обратившегося в терапию, желательно найти время в течение ближайших дней: с отдалением первой очной консультации возрастает и вероятность преждевременного отказа.

Встретившись с пациентом, терапевт обыкновенно старается прояснить в первую очередь следующие вопросы (если они не были заданы в ходе телефонной беседы): а — что привело пациента; б — кто направил его в данную терапию и к данному терапевту, или, если его выбор был самостоятелен, какими критериями он руководствовался; в — почему обращение произошло именно теперь (а не месяцем или годом раньше или

позднее). Вопросы позволяют обрисовать ситуацию, в которой пациент делает попытку установления нового для себя типа отношений, и превентивно оценить их будущий (предполагаемый) характер. С этого момента начинается следующая стадия работы — предварительное психоаналитическое интервью.

## **3. ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ**

### **3.1. ИСТОРИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИНТЕРВЬЮ: ОБЩИЙ ОБЗОР**

Предварительное интервью представляет собой универсальное начало психоаналитического процесса. Эта форма коммуникации призвана помочь терапевту сформулировать диагноз и определить, насколько действенной может стать психоаналитическая терапия или психоанализ для данного пациента; обозначить цели и стратегию предстоящей работы, наметить оптимальные границы терапевтических отношений (сеттинг) и условия их существования (контракт).

Очевидно, что определенные формы интервьюирования существовали в неврологии и психиатрии задолго до Фрейда: никакой врач не возьмется за лечение нервнопсихического больного, не задав ему предварительно вопросов по поводу его заболевания и состояния. Однако с появлением и развитием психоанализа эта процедура обрела особое значение. Именно в психоанализе интервью само по себе наполнилось терапевтическим смыслом.

К нынешнему пониманию терапевтической значимости диалога, выстраиваемого в рамках первых консультаций, психоаналитики пришли не сразу. Психоаналитический метод был предложен Фрейдом как терапия и одновременно как метод исследования, в том числе процессов, протекающих в психике «здоровой» личности. Однако процедура, являвшаяся на заре психоанализа прообразом современного интервью, выполняла сугубо диагностические задачи, а проводившие ее специалисты мыслили диагностическими категориями. В начале XX столетия аналитик ставил перед собой задачу понимания пациента на основе фиксаций развития его психосексуальной организации; с появлением Эго-психологии акцент исследования сместился на защитные механизмы. Однако и в том, и в другом случае главный вопрос, на который следовало найти ответ, мог быть сформулирован так: «Какие психодинамические процессы скрываются за данным симптомом?»

В те годы, когда психоанализ как терапия ставил в качестве цели разгадку и интерпретацию смысла симптома, процедура первичного

обследования была призвана отделить пациентов, страдающих психоневрозами (истерия, невроз навязчивых состояний) от носителей актуальных неврозов (неврастения, невроз страха). Последние не поддавались психоаналитическому лечению, поскольку их симптомы не имели символической нагрузки. Также необходимо было отграничить личность с нормальным (трансферным) неврозом от больных нарциссическими неврозами (психозами), при которых, как считалось, невозможно добиться установления необходимой либидинозной связи между аналитиком и пациентом. Это диагностическое ограничение было для Фрейда, по сути, единственным: в остальном он не отказывался даже от самых тяжелобольных клиентов, «неспособных справиться с жизнью».

Фрейд предпочитал, кроме того, не работать с носителями серьезно угрожающих здоровью симптомов, например, анорексии; отказывал пациентам без должного уровня образования и мотивации — в частности, тем, кто обращался к нему под давлением родных и близких. Одним из главных критериев показанности психоанализа для него были нормальные умственные способности пациента, которые «в психоаналитическом методе... используются как точка опоры для приобретения контроля над патологическими проявлениями» (41:264). С кандидатом, удовлетворявшим данным требованиям, обсуждался затем вопрос времени и гонорара; кандидату объяснялось «основное правило» психоанализа, после чего процесс начинался. По крайней мере, в первой четверти XX столетия сбором детального анамнеза на ранней стадии работы Фрейд не занимался, как явствует, например, из «Заметок о случае обсессивного невроза» (Человек-Крыса, 1909 г.).

Проблема более тщательного отбора пациентов для анализа возникла среди психоаналитиков в конце 20-х гг. XX столетия, когда спрос на их услуги начал превышать предложение. Так, в клинике Берлинского института психоанализа был выработан следующий селективный критерий: общие показания к аналитической работе вкупе с пригодностью случая для научного исследования и обучения кандидатов (37: 13). С этой целью практиковался рекомендованный Фрейдом «пробный анализ» в течение нескольких дней или недель, который во многих случаях прекращался по одностороннему решению аналитика. Отданной практики терапевты со временем все же отказались, так как подобный исход отношений нередко становился чрезмерно болезненным для пациента.

Постепенно делалось очевидно, что назрела потребность в новых формах краткосрочной, динамичной и достаточно информативной консультации, демонстрирующей степень «аналитичности» потенциального пациента и одновременно не провоцирующей преждевременного развития его зависимости от терапевта. Такой процедурой стали первые модели предварительного интервью.

Можно в целом сказать, что психоаналитическое интервью было относительно поздним достижением, до которого психоанализ опирался преимущественно на психиатрическую нозологическую систему. В этом смещении акцентов сыграло весомую роль, в частности, усвоение Юджином Блейлером основ психоаналитического мышления (17:252). Традиционное психиатрическое интервью, возникшее на базе модели стандартного медицинского обследования, было приспособлено главным образом для работы с психотическими больными и содержало набор стандартных вопросов. Труды Шандора Ференци и Микаэла Балинта во многом способствовали расширению этого подхода, сместив фокус исследования с симптома на межличностное взаимодействие. Появление теории объектных отношений и введение понятия объект-ориентированных явлений, в частности, объект-ориентированных защит, ознаменовало зарождение нового взгляда на аналитический процесс. Анализ коммуникаций «здесь и сейчас» стал занимать в интерпретациях все больше места по сравнению с реконструкциями детства; как заметил Джозеф Сандлер, вопрос «что происходит в данный момент?» звучал раньше, чем вопрос «что говорит пациент о своем прошлом?» (70:41). Так возникла возможность более гибкого восприятия проблематики пациента, основанная на изучении связи между внутренним миром личности и ее поведением в ходе интервью.

Мертон Гилл с соавторами одним из первых разработал технику «психодинамического интервью», ставшего альтернативой психиатрическому обследованию. Предложенная Гиллом модель консультирования подразумевала всестороннюю оценку состояния пациента и активизацию его желания получить помощь. Природа психического расстройства оценивалась в процессе актуального взаимодействия, что позволяло установить прямую связь между характером патологии и показаниями к терапии, а также оценить сопротивления, способные создать проблемы на начальном этапе. Гилл определил три основные цели таких интервью: а — установление раппорта (отношений) между врачом и пациентом; б — оценка психологического статуса пациента;

в — укрепление мотивации (51:87-88). Таким образом, диагностическое обследование было обогащено компонентами, способствующими поддержке и развитию личности.

Отто Кернберг в работе «Тяжелые личностные расстройства» приводит краткий обзор основных трудов (Гилл, Дейч, Маккиннон и Мичелс), посвященных моделям интервью и психоаналитической диагностики, основанным на взаимодействии «здесь и сейчас», подчеркивает их достоинства и недостатки (7:17-18). Добавим, что работы Уайтхорна, Фромм-Райхман, Салливана также внесли неоспоримый вклад в развитие модели консультирования, где главным источником информации стало взаимодействие пациента и терапевта. В этом ряду авторов особо следует отметить Микаэла Балинта — создателя «интерактивного интервью», которое в тех или иных модификациях наиболее широко применяется психоаналитиками во всем мире и о котором ниже пойдет речь отдельно.

В пятидесятые и более поздние годы психоаналитиками было разработано множество стратегий и техник интервьюирования, охвативших широкий круг аспектов терапевтического взаимодействия. В их числе был, в частности, «ассоциативный анамнез» Ф. Дейча — процедура, включающая фиксирование и исследование не только того, что пациент сообщает, но и того, в какой манере он подает информацию. Изучение и описание психопатологий как таковых окончательно разделило позиции с наблюдением за динамикой происходящего в консультационном кабинете. Интеграция психиатрического подхода с идеями психоанализа наиболее ярко выразилась в модели «структурного интервью», разработанной Кернбергом с соавторами. Как и «интерактивному интервью» Балинта, ей будет посвящена ниже отдельная глава.

### **3.2. МИКАЭЛ БАЛИНТ: ИНТЕРАКТИВНОЕ ИНТЕРВЬЮ**

Интерактивная модель интервью, пользующаяся среди психоаналитиков значительной популярностью, была разработана в Тэвистокской клинике Микаэлом Балинтом. Балинт, ученик Шандора Ференци, одним из первых стал уделять повышенное внимание природе отношений в терапевтической диаде. Будучи убежденным сторонником теории объектных отношений, он критиковал фрейдовскую

интрапсихическую модель конфликта, подразумевающую отстраненную, исключительно «наблюдающую» позицию терапевта. Балинту удалось показать роль терапевта как активного участника внутренних конфликтов пациента и, как следствие, терапевтическую значимость взаимодействия. Современный психоанализ во многих аспектах опирается на разработанную Балинтом «психологию двух и трех персон», позволяющую всесторонне описать психоаналитический процесс (3).

Интерактивный стиль интервьюирования был изначально предложен Балинтом для фокальной психотерапии, однако он нашел себе успешное применение во многих психоаналитических модификациях. В интерактивном исследовании акцент смещается с симптоматики на особенности отношений, возникающих в консультационном кабинете. Балинт рекомендовал терапевтам применять при консультировании «эластичную технику», подразумевающую, что интервьюер не ограничивает взаимодействие некими стереотипами, например, реагирует на разных пациентов по-разному. В ходе свободно текущей беседы он старается максимально прояснить для себя различные аспекты ситуации пациента и развивающихся в кабинете отношений, которые можно следующим образом дифференцировать по группам:

- A. Ситуация обращения пациента за помощью:
  - Кем и при каких обстоятельствах пациент был направлен в терапию.
  - Продолжительность и результаты предшествующего лечения, если оно имело место.
  - Оценка пациентом опыта предшествующего лечения, отношения с бывшими терапевтами.
  - Согласие или несогласие пациента с мнениями терапевтов, проводивших лечение.
- B. Общее впечатление от пациента и состоявшегося диалога.
- B. Жалобы пациента:
  - На что пациент жалуется.
  - Предыстория заболевания.
  - Собственное представление пациента о причинах заболевания (так называемая «личная теория»).
  - Ситуации, провоцирующие обострения болезни.
  - Личное отношение пациента к своему заболеванию.
  - Внешние проявления болезни.

- Вторичные следствия болезни.
- Г. Биографические сведения.
- Д. Нынешняя жизненная ситуация пациента:
  - Отношение пациента к своей жизни и к самому себе.
  - Отношения с родными и близкими.
  - Мысли, желания, фантазии, связанные с будущим.
- Е. Характер отношений в терапевтической ситуации:
  - Трансферные реакции.
  - Контртрансферные реакции.
- Ж. Аспекты, требующие особо пристального внимания:
  - В каких ситуациях пациент обнаруживал в себе те или иные чувства и были ли последние прогнозируемы?
  - Как пациент ориентируется (чувствует себя) в пространстве интервью?
  - Какие черты личности пациента привлекают особое внимание?
  - Как пациент реагирует на интерпретации?

Таким образом, круг сообщаемых пациентом сведений охватывает всю его прошлую и настоящую жизнь от наиболее ранних воспоминаний. При этом, анализируя возникшую в кабинете взаимосвязь, терапевт составляет общее впечатление по поводу личности пациента и оценивает следующие аспекты:

- Появление (отсутствие) стабильного объектного отношения;
- Функциональные способности Эго пациента;
- Наличие (отсутствие) проблем в эмоциональной сфере;
- Уровень интеллигентности;
- Способность к пониманию;
- Специфические личностные черты и т. д.

Сложившаяся на основе этих критериев картина позволяет терапевту оценить психодинамику расстройства, поставить диагноз и рекомендовать пациенту психоанализ, пролонгированную или краткосрочную терапию либо другие методы и формы лечения. Интерактивная модель интервью была описана Микаэлом Балинтом и Энн Балинт в работе «Психотерапевтические техники в медицине» (27:69-70).

Балинт особо подчеркивал необходимость предварительной подготовки пациента к интервью. Такая подготовка представляет первый важный шаг к терапевтическому взаимодействию, поскольку процесс

интервьюирования ставит пациента в непривычную ситуацию. М. и Э. Балинт дали по этому поводу несколько основных рекомендаций. Во-первых, терапевту следует предварять консультацию адекватным просветительским вступлением, учитывающим социальную специфику пациента. Во-вторых, весьма важно создание подходящей атмосферы отношений, позволяющей пациенту раскрыться, а терапевту — услышать и понять его. Это является своего рода тестом на способность терапевта к эмпатии и следовательно, к оказанию помощи и адекватной поддержки. Его задача — создание ситуационных параметров, стимулирующих уверенность и откровенность пациента. В третьих, у терапевта должна быть сформулирована идея о направлении взаимоотношений, позволяющая структурировать беседу: например, готов ли он начать работать с пациентом немедленно, внесет его в список ожидающих или направит к другому специалисту (27:187-188).

Балинтовская модель изменила прежнюю концепцию интервью. Диагностические и терапевтические функции первых консультаций сделались равны по значению. Во многих клиниках и сообществах (не только психоаналитических) ее стали брать за основу планирования ознакомительных собеседований. Идеи Балинта были развиты многими практикующими специалистами, в частности, Аргеландером (цит. по 17:264-266). Интервью было представлено им как аналитическая ситуация сама по себе, высвечивающая специфику реакций пациента на интервьюера и на данное окружение в данное время. В этой ситуации всё исходящее от пациента «кристаллизуется» вокруг межличностных отношений как сердцевины обследования. Аргеландер воедино связал в интервью регистрацию объективных фактов и субъективных переживаний. Наблюдение за поведением пациента, поиск объективной информации с помощью вопросов и специфическое восприятие через эмпатийное понимание бессознательных объектных отношений позволяют уже с первой встречи выявлять медленно развивающиеся процессы и стимулировать коммуникацию. Взаимодействие, таким образом, обретает высокую терапевтическую значимость.

Критика балинтовской модели интервью как «свободного взаимодействия» основана на определенном субъективизме результатов последнего. В таком взаимодействии аналитик изучает соотношение между тем, что пациент говорит, и тем, как он ведет себя в аналитической ситуации, после чего использует это соотношение диагностически и терапевтически.

Применение «эластичной техники» ставит при этом результат исследования в зависимость от того, что говорит и как ведет себя сам аналитик. То, что привносит пациент, понимается как общая сумма реакций на личность интервьюера в конкретное время и в конкретном месте. В итоге происходящее начинает уподобляться уравнению со слишком многими неизвестными: возникает ситуация, которую Томэ и Кехеле характеризуют как «теоретически интересную, но на практике трудноразрешимую» (17:259). Тем не менее интерактивная модель остается основой для большинства современных психоаналитических интервью, не преследующих сугубо диагностических целей, и используется во многих модификациях.

### **3.3. ОТТО КЕРНБЕРГ: СТРУКТУРНОЕ ИНТЕРВЬЮ**

Структурное интервью, разработанное Кернбергом в соавторстве с С. Бауэром, Р. Блюменталем и рядом других терапевтов, является одной из наиболее широко применяемых в современном психоанализе моделей первичных консультаций, используемой, как правило, при подозрении на тяжелое личностное расстройство. Эта форма консультативной беседы позволяет связать воедино историю болезни пациента, его общее психическое функционирование и процесс взаимодействия с интервьюером. Ее основной целью является дифференциальная диагностика расстройств невротического, пограничного и психотического уровня. Термин «структурное», определяющий стиль интервью, подчеркивает ориентацию на структурные характеристики трех типов личностной организации. Понимание структурных особенностей психики в сочетании с описательным подходом к симптоматике делает диагностику более точной, чем чисто описательный и чисто генетический подход по отдельности. Основным критерием прогноза, с точки зрения Кернберга, служит качество объектных отношений и степень интегрированности Суперэго (7:13-14).

Для установления психопатологического статуса личности Кернберг выдвинул ряд основных диагностических критериев. Первым является идентичность Эго, четкая при невротических расстройствах и диффузная для психотиков и пациентов с пограничной организацией. Вторым критерием служит ассортимент защит: примитивные защитные механизмы, являющиеся ведущими у пациентов психотического и пограничного уровня, используются во взаимодействии с терапевтом. В их числе Кернберг

называет в первую очередь расщепление и его дериваты: примитивную идеализацию, примитивные формы проекции, отрицание, всемогущество, обесценивание. Особо значимым критерием служит функция тестирования реальности, нарушение которой обычно свидетельствует о психотическом уровне. Кроме того, Кернберг уделяет особое внимание так называемым неспецифическим проявлениям слабости Эго: например, неспособности переносить тревогу, неконтролируемости инстинктивных импульсов, отсутствию зрелых способов сублимирования. Наконец, большое значение обретает степень интеграции Суперэго пациента и качество (стабильность и глубина) выстраиваемых им объектных отношений.

Кернберг предлагает обращать главное внимание в ходе первых собеседований на то, как симптомы и конфликты пациента проявляются во взаимодействии с терапевтом. Он противопоставляет структурное интервью традиционному сбору данных об истории пациента, указывая, что обычный стиль ведения беседы позволяет последнему адаптироваться к ситуации — например, замаскировать патогенные защиты. Концентрация разговора на конфликтах, рекомендуемая Кернбергом, создает напряжение, которое позволяет проявиться структурной и защитной организации психических функций. Интервьюер стремится к тому, чтобы пациент наиболее полно выявил в условиях консультирования патологию Эго; он наблюдает за защитными действиями собеседника, оценивает степень интегрированности Я- и объект-репрезентаций, типы основных защит, функцию тестирования реальности, и получает таким путем информацию об организации нарушений. Структурное интервью объединяет традиционное психиатрическое обследование с психоаналитически ориентированным подходом, сфокусированным на прояснении, конфронтации и интерпретации конфликтов идентичности, защитных механизмов и дефектов восприятия реальности, проявляемых «здесь и сейчас». Под прояснением Кернберг понимает исследование границ осознания пациентом продуцируемого материала, под конфронтацией — помощь в осознании потенциально конфликтных и несовместимых аспектов последнего. Интерпретация призвана разрешить конфликт путем вскрытия бессознательных мотивов и защит ([7:18-22]; также (55)).

Структурное интервью начинается с вопроса о причинах обращения к терапевту, об испытываемых проблемах и трудностях. Затем интервьюер акцентирует внимание на важнейших выявленных симптомах, используя прояснение, конфронтации и осторожные интерпретации и наблюдая за

реакциями пациента. Важной чертой структурного интервьюирования является его цикличность, то есть круговое движение по ключевым симптомам, повторяющийся возврат к отправным пунктам (темам, проявлениям) в новом контексте для проверки первоначальных впечатлений, и начало нового цикла исследования — столько раз, сколько это необходимо.

Структурное интервью включает три фазы. На начальной фазе терапевт оценивает, насколько сам пациент осознает свои нарушения, насколько желает с ними справиться и насколько его ожидания реалистичны. При этом он проясняет возникающие у пациента трудности с ответами на вопросы и исследует их причины, фокусируя внимание на ключевых симптомах. Он собирает полную информацию о симптоматике, о нарушениях (если таковые присутствуют) в сфере ощущений, памяти и интеллекта, после чего переходит к изучению патологических черт характера. Этот этап весьма важен для оценки тяжести нарушений. По способности пациента к тестированию реальности терапевт судит о том, не имеет ли он дело с психотическим уровнем функционирования. Если тестирование реальности нарушено, он начинает исследовать природу психоза. В противоположном случае интервью переходит в среднюю фазу, задачей которой является оценка идентичности. Диффузная идентичность служит главным критерием дифференциальной диагностики пограничной личностной организации.

Терапевт ищет ответ на вопрос об интегрированности Я- концепции пациента, после чего исследует целостность концепций значимых для него объектов (родных, близких). При наличии диффузии идентичности в этих концепциях, как правило, обнаруживаются диссоциации (внутренние несоответствия). Изучение диффузной идентичности обыкновенно заставляет пациента активизировать примитивные защитные механизмы. Стил ь его взаимодействия с терапевтом при этом меняется, что становится значимым критерием для диагностики пограничного уровня. Если в процессе исследования не выявляется диффузия идентичности или примитивные защитные механизмы, терапевт переходит к изучению главных арен конфликта, доходящему до-сознательной и пред-сознательной границы понимания. При интервьюировании пациента с невротической личностной организацией исследование симптома, личности и взаимодействия с терапевтом сочетается со сбором данных по истории жизни. Во всех случаях в заключительной фазе интервью пациенту

предоставляется возможность самому добавить то, что ему кажется значимым, выразить тревогу, задать вопросы. Кроме того, в заключение терапевт оценивает степень риска возникновения опасных состояний или суицида. Решение о начале терапии или дополнительных сессиях интервью принимается терапевтом и пациентом совместно. В целом Кернберг рекомендует отводить структурному интервью по крайней мере две сорокапятиминутные сессии, разделенные десяти—пятнадцатиминутным перерывом (7:43-73).

Кернберг подчеркивает, что полученная в ходе структурного интервью информация о пациенте оказывается более полной и ценной для терапии, чем информация, собранная при помощи стандартного подхода — свободно текущей беседы. «Можно кратко сформулировать следующий общий принцип: чем яснее проявляются симптомы психоза или синдрома органического поражения головного мозга, тем в большей степени структурное интервью напоминает традиционный психиатрический осмотр. Но когда мы встречаемся с пациентами, страдающими неврозами или пограничными нарушениями, тогда преимущества структурного интервью сразу становятся очевидными... Оно дает представление о мотивациях пациента, о его способности к интроспекции и к сотрудничеству в процессе психотерапии, а также позволяет оценить потенциальную возможность отыгрывания вовне и психотической декомпенсации» (7:43).

Критика кернберговского подхода к интервьюированию сводится в основном к тому, что, как замечают Томэ и Кехеле, «одной ногой Кернберг крепко стоит в области описательной психиатрии» (17:254). Его диагностика следует за нозологической системой традиционной психиатрии, выделяя четыре главные категории расстройств: эндогенные и экзогенные психозы, неврозы и пограничные нарушения. Основная тема Кернберга соответствует психиатрической феноменологической идее. При этом оказывается неизбежным ограничение свободы в способах отношений, формирующихся между терапевтом и пациентом, то есть нарушение принципа большинства современных моделей интервью, идущих от Гилла и Балинта. Возможно, поэтому Нэнси Мак-Вильямс утверждает, что структурное интервью, как и психологическое тестирование, следует использовать лишь в особых, кризисных ситуациях; во всех остальных случаях информацию лучше собирать в стандартном стиле, принятом в психоаналитически ориентированном обучении (12:22-23).

### **3.4. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ**

Предлагаемое ниже описание процесса интервьюирования не является изложением некоей авторской модели, как это было в двух предшествующих разделах. Современное интервью ассимилировало многие принципы и технические приемы, заимствованные у различных авторов — Гилла, Салливана, Балинта, Кернберга и др. — и в определенном смысле является «сборным», что позволяет гибко приспосабливать его к специфике разных пациентов. Кроме того, в руках каждого терапевта инструмент интервью индивидуален: каждый в той или иной мере модифицирует его, руководствуясь личными представлениями о технике либо научными взглядами и приоритетами. Поэтому речь пойдет лишь об основных принципах знакомства с человеком, обратившимся за помощью, и выбора способа ему помочь.

Современное интервью подразумевает диалог. Как замечают Томэ и Кехеле, слово «диалог» имеет общие корни со словом «диалектика», восходящие к греческому *dialegesthai* — консультировать, обсуждать. Слово «диалектика» первоначально характеризовало диалог как консультацию. Согласно Платону, диалектиком является тот, кто умеет ставить вопросы и отвечать на них. В мыслях Платона о воспоминании Фрейд почерпнул идеи о воспоминаниях и об инсайте, и психоаналитическое лечение было описано им как особая форма диалогической практики (18:380-386). В то же время, как подчеркивает, в частности, Куттер: «Существуют значительные различия между личным разговором и диалогом аналитика и его пациента, поэтому оба собеседника должны ясно отдавать себе отчет, какого рода беседу они ведут, поскольку от этого зависят не только внешние рамки, но и внутреннее содержание их диалога» (9:225).

Общий принцип интервью как особой формы диалога созвучен принципу психоаналитической работы, так сформулированному Фрейдом: «В психоаналитическом лечении происходит не что иное как взаимообмен словами между пациентом и аналитиком. Пациент говорит, рассказывает о своем прошлом опыте и впечатлениях в настоящем, жалуется, признается в своих желаниях и своих эмоциональных импульсах. Врач слушает, пытается направить мыслительные процессы пациента, поддерживает, определенным образом направляет его внимание, дает ему объяснения и наблюдает реакции понимания или отвержения, которые он таким образом в нем

провоцирует» (45:17-18). Именно такое взаимодействие в большинстве случаев начинается с первой встречи, на которой терапевт составляет превентивное впечатление о личности и уровне проблематики потенциального пациента.

Терапевт может использовать для диагностики формы стандартизированного интервью, в которых применяются как количественные, так и качественные методы. Среди качественных особой популярностью пользуется тест Роршаха, переработанный для психоанализа Роем Шафером, а также проективные тесты «провокационного» характера. Перечень количественных методов включает анкету Клауса Коха для исследования психосоматического процесса, «нарциссическую анкету» Денеке и Мюллера, анкету исследования факторов агрессивности и др. (подробнее об этом см. (9:242-245)). Количественные методы успешно применяются в диагностических целях, однако бессознательные процессы им недоступны. Кроме того, любое стандартизированное интервью лишено терапевтического характера: оно представляет сугубо исследовательский инструмент. Поэтому чаще используются все же другие модели интервьюирования — полустандартизированные (например, структурное интервью Кернберга) или нестандартизированные (свободные), в которых терапевт ничем, кроме времени, не ограничивает течение беседы. Большинство современных специалистов отдает предпочтение последним.

Отправной точкой для большинства техник свободного интервью служат временные связи между текущей жизненной ситуацией пациента, его предшествующей жизнью, формированием и эволюцией симптомов. Именно этот принцип делается основой структурирования взаимодействия. Аналитик не только формулирует для себя представление о природе заболевания, но и стремится продемонстрировать пациенту латентную динамику и скрытые связи его конфликтов с проблемами настоящего времени. Для этого весьма важна готовность последнего искать причины своего страдания в себе, вместо того чтобы относить их всецело на счет внешних обстоятельств. Уже в ходе первых консультаций аналитик пробует обнаружить и показать, каким образом пациент сам повлиял на свою судьбу.

Приступая к общению с пациентом, терапевт должен чувствовать себя достаточно комфортно, не испытывать отягощенности посторонними мыслями и проблемами, быть эмоционально открытым, готовым к отклику — и при этом, по определению Кернберга, «держаться в тени», направив все внимание на человека, обратившегося за помощью. Кернберг обозначает три

задачи, одновременно стоящие перед терапевтом в этой ситуации: исследовать субъективный внутренний мир пациента, его взаимодействие с терапевтом и свои собственные эмоциональные реакции, позволяющие выявить природу скрытых объектных отношений (7:71-72).

Куттер определяет два основных условия успешно (объективно) проведенного интервью: 1 — интервьюер умеет создать во время консультаций атмосферу доверительности, в которой пациент будет чувствовать себя достаточно уверенно для откровенной беседы, а сам аналитик — воспринимать собеседника непредвзято; 2 — пациент поддерживает инициативу интервьюера, тем самым содействуя успеху разговора (9:228).

Первая сессия интервью может быть начата со стандартных вопросов, упомянутых в главе 2. На мой собственный взгляд, общая и главная задача первой встречи состоит в том, чтобы терапевт и пациент познакомились, посмотрели друг на друга, оценили возникшую эмоциональную атмосферу взаимодействия. Эта задача решается на фоне диалога, посвященного проблематике пациента. Вовсе не обязательно стремиться на первой же консультации поставить диагноз или принять окончательное решение по поводу терапии. Обычно в конце этой встречи я оказываюсь способен сформулировать для себя вопросы, ответы на которые нуждаются в прояснении: требуется ли дополнительное обследование на предмет выявления органических факторов, существует ли вероятность психотических отклонений, не может ли пациент быть опасен для себя и окружающих и т. д. В начале второй встречи я всегда спрашиваю у пациента, нет ли темы, с которой он сам хотел бы начать; предлагаю поделиться мыслями и чувствами, оставшимися от прошлой беседы или возникшими впоследствии. Специальное внимание на этой стадии уделяется вопросу: считает ли он, что переосмыслению или изменению подлежит нечто в нем самом?

Особая задача в начале взаимодействия — узнать все опасения пациента в связи с предстоящим лечением. «Беспокоит ли вас что-либо в нашей возможной работе?» — вопрос, который полезно бывает задать еще в рамках первой встречи. Каждый пациент приходит в терапию с определенной степенью тревожности, и ее стоит внимательно рассмотреть на самом раннем этапе. При этом не надо пытаться устранить или девальвировать тревогу: достаточно дать пациенту понять, что она естественна, услышана и станет объектом исследования. Мак-Вильямс так

описывает начало консультаций: «Первое знакомство с пациентом я обычно посвящаю деталям представляемой им проблемы и тому фону, на котором эта проблема возникла. В конце этой сессии я проверяю общую его реакцию на меня, на обстановку и перспективу нашей совместной работы. Потом я объясняю, что смогу понять проблему более полно, если увижу ее в более широком контексте, и прошу согласия пациента предоставить мне свою полную личную историю на нашей следующей встрече. На второй сессии я повторяю, что буду задавать много вопросов, спрашиваю позволения делать конфиденциальные замечания и говорю, что если я спрошу о чем-то, на что клиент ещё не чувствует себя готовым ответить, он может просто отказать мне» (12:23).

После рассказа пациента о себе и о цели своего обращения терапевт задает вопросы, призванные максимально расширить и осветить затрагиваемые темы. Поначалу он берет инициативу в беседе в свои руки, затем постепенно старается передать ее пациенту, ограничивая собственные вмешательства относительно немногочисленными проясняющими вопросами и комментариями. Пациент делается ведущим; терапевт следует за ним.

Можно заметить, что, хотя в обыденной жизни (например, под влиянием средств массовой информации) мы привыкли понимать «интервью» как взаимодействие на основе схемы «вопрос — ответ», современное психоаналитическое интервью далеко выходит за рамки последней. Уже на данной стадии работы терапевт использует психоаналитические техники, которые позволяют говорить не только об исследовательской, но и о терапевтической роли коммуникаций. Как упоминалось выше, в свободной форме интервью выстраивается на основе диалога — важнейшего диагностического и лечебного инструмента, а понятие диалога само по себе плохо согласуется с предельной асимметрией коммуникации по принципу «вопрос — ответ». Интервью терапевтично, как отмечает Розенкеттер, еще и потому, что оно помогает пациенту понять значение предстоящего процесса. Оно проводится в форме, позволяющей пациенту самому решить, желает ли он проходить анализ и готов ли встретиться с трудностями — то есть предлагающей ему активную роль. Терапевт дает пациенту достаточно времени, чтобы по своей воле вступить в диалог, занимает сдержанную и доброжелательную позицию, избегает утверждений и инструкций, что не позволяет сформироваться установке пассивного ожидания (69:989).

Для структурирования процесса сбора материала могут быть рекомендованы два основных принципа. Сотрудничество в консультационном кабинете формируется, когда между терапевтом и пациентом существует соответствие, признаваемое обоими участниками. Это соответствие начинается с того, что оба они — люди, оба живут в единой социокультурной реальности, даже если воспринимают ее по-разному; оба не чужды жизненным потребностям и подчинены единым биологическим законам (18:385). Первый принцип состоит в том, чтобы двигаться от того, что объединяет терапевта и пациента, к тому, что разобщает их. Его реализация начинается с того, что терапевт не производит впечатления человека из «иного мира» — ни внешностью, ни одеждой (например, не одевается для приема в медицинский халат). Он говорит на одном с пациентом языке, не использует в речи специальных терминов. Как и у пациента, у него было детство и родительская семья, и, подходя к вопросу о ранних травмах, страхах, обидах, он для начала просит собеседника рассказать о детстве; интересуется родителями прежде, чем предлагает обсудить скрытые причины конфликтов с ними, и т. д.

Второй принцип заключается в движении от настоящего к прошлому. Как правило, терапевт сперва собирает сведения, относящиеся к нынешним актуальным проблемам пациента, и лишь затем смещает фокус внимания к их инфантильным истокам. Он последовательно узнает обо всех важных периодах в жизни пациента, получает, насколько это возможно, детальное описание каждого члена его семьи, каждого значимого лица, отношений, возникавших между ними. Особое внимание при этом уделяется конфликтному опыту отношений, обладающему высоким потенциалом для трансферных реакций и связанных с ними сопротивлений. Поняв, через какой опыт пациент прошел в каждый из жизненных периодов и в каждом из значимых взаимодействий, терапевт идентифицирует факторы, повлиявшие на поведение и состояние пациента в зрелой жизни.

Типичный пример возможного структурирования интервью приводит Мак-Вильямс в работе «Психоаналитическая диагностика». Согласно предлагаемой схеме, интервьюер выясняет у пациента демографические данные (куда включается и предшествующий опыт психотерапии, и обстоятельства текущего обращения), проблемы и их состояние, личную историю от младенчества до взрослой жизни, ментальный статус на нынешнем этапе. Интервью обязательно включает вопрос о том, не хочет ли сам пациент поделиться какой-либо дополнительной информацией. На

основе собранного материала терапевт делает выводы о наиболее значимых для пациента темах, областях конфликтов и фиксаций, защитах, бессознательных фантазиях, желаниях, страхах, центральных идентификациях, связности собственного Я и самооценке (12:473-475).

В числе прочего терапевт оценивает все неадекватности в эмоциях, мышлении, поведении пациента, проявляет готовность открыто и тактично обсудить с ним результаты своих наблюдений, чувствуя при этом и способность собеседника к эмпатии в отношении терапевта. Обычно он просит также рассказать последние, повторяющиеся или кошмарные сновидения, после чего предпринимает попытку краткого, поверхностного анализа этих снов при помощи пациента. Такой шаг может содействовать раннему обнаружению конфликтных областей и позволяет оценить способность пациента к интроспекции. Важно обратить внимание на то, как пациент реагирует на пробные интерпретации: отклик на них отражает его способность к инсайту и осознанию конфликтных областей.

Следует помнить, что терапевтический диалог подразумевает не только слова. Многое из происходящего в отношениях на бессознательном уровне нельзя словесно обозначить, различить и обобщить. В терапевтической диаде происходит то же, что в диаде первичной: невербальное взаимодействие предшествует языковому обучению. Формы довербального общения всегда присутствуют в предсознательном и бессознательном измерении психоаналитического взаимодействия и во многом определяют качество отношений пациента и терапевта. С первой встречи в кабинете развивается многоплановая и многоуровневая коммуникация, которая не может быть всецело рассмотрена исключительно в терминах трансфера и контртрансфера (30:572). В дериватах довербального опыта заключается незаменимая для понимания происходящего информация: речь идет о проявлениях, описанных Балинтом как «формальные элементы поведения». Сюда могут быть отнесены изменения выражения лица пациента, его поза, интонация, манера говорить и т. д. Балинт рассматривал их как компоненты крайне примитивных объектных отношений, возрождающихся в терапии регрессивным путем (2:133).

Соотнеся собранную информацию с личным практическим опытом и теоретическими знаниями, терапевт может попытаться представить психодинамику заболевания и понять смысл манифестируемой симптоматики. История жизни пациента становится базой для понимания

его нынешнего состояния, отношений с людьми, защит и т. д. Это лишь предварительное понимание, которое может в дальнейшем существенно измениться: от интервью не следует ждать однозначных ответов на все вопросы. Информация никогда не будет исчерпывающей: так, согласно замечанию Гринсона, к истинному диагнозу иногда бывает возможно приблизиться только после многих лет терапии (5:65).

Важная задача, стоящая перед терапевтом на этапе интервью — поддержание баланса между живым, непосредственным восприятием находящегося перед ним человека и сугубо научным, «диагностическим» взглядом на его проблему. Противоречивость этих подходов к пациенту — один из парадоксов психоанализа. Если терапевт делает преимущественную ставку на теорию, он может упустить нечто важное в возникающей атмосфере отношений; если полностью от теории абстрагируется — рискует не заметить определенных симптомов и поставить неверный диагноз. По-видимому, все же в итоге более конструктивной оказывается чисто человеческая позиция, с естественными реакциями на пациента, чем позиция увлеченного диагностикой «врача в белом халате». Куттер замечает в данной связи: «Лично я... воспринимаю своих пациентов прежде всего чисто по-человечески, стараюсь проявить душевное участие, завязать знакомство. Такой не совсем профессиональный подход предоставляет редкую возможность узнать пациента поближе» (9:227). Близкой позиции придерживается и Мак-Вильямс: «Как только терапевт начинает «чувствовать» своего пациента, стремление мыслить диагностически должно отходить на второй план. Терапевт, обеспокоенный лишь тем, как бы дать правильное диагностическое определение своему пациенту, будет перегружать терапевтические отношения атмосферой ненужного интеллектуализирования» (12:34).

В ходе интервью у терапевта возникает естественное желание не только собрать, но и прочно зафиксировать возможно более детальный материал, к которому может возникнуть необходимость вернуться. Как найти оптимальный баланс между записыванием каждого слова пациента и ведением свободной беседы с ним? Подробная запись станет несомненным подспорьем для супервизии, но в ходе разговора она делается фактором, затрудняющим выслушивание, чувствование, понимание. Делясь своим опытом, я могу сказать, что средний объем моих записей в течение одного часа интервью составляет от 1 до 1,5 тетрадных страниц. На первой встрече я, как правило, не веду записи, ограничиваясь запоминанием, а перед тем как

начать вести — спрашиваю у пациента, не станет ли он возражать. Если пациент высказывает желание, чтобы наши разговоры никак не фиксировались, я соглашаюсь, но при этом замечая, что большой объем информации не всегда реально удержать в памяти, и прошу собеседника напоминать мне то, о чем я, возможно, буду забывать.

Многие специалисты предпочитают вести аудиоманитофонные записи сессий, не отвлекающие терапевта от диалога и дающие возможность при необходимости воспроизвести любой фрагмент беседы. При ведении аудиозаписи пациент может испытывать тревогу, как если бы в кабинете присутствовал третий участник. Однако клинический опыт показывает, что к магнитофону со временем привыкают: он делается частью общего фона взаимодействия. Томэ и Кехеле отмечают в этой связи: «В нашем опыте пока еще не было ситуации, когда сопротивление, обусловленное или усиленное присутствием магнитофона, не было бы доступно интерпретации» (18:456). Протоколы на основе магнитофонных записей могут служить превосходным материалом для исследования, где каждая деталь может быть перепроверена, разные сессии интервью сравнены друг с другом, а их содержание проанализировано самым тщательным образом. Для оценки содержания могут использоваться методы как количественного, так и качественного типа (9:240). Магнитофонная запись способствует улучшению терапевтических навыков, стимулируя самокритику (прослушивание записи позволяет увидеть сессию «со стороны», то есть совершенно иначе), и оказывает существенную помощь при супервизировании. К сожалению, «стиль обсуждения, который все еще преобладает среди аналитиков, позволяет понять, почему большинство аналитиков сомневается, пользоваться ли этим средством» (18:454).

Продолжительность предварительного интервью обычно не лимитируется. Некоторые психотерапевты рекомендуют посвящать ему от одного до четырех аналитических часов (19:26). Как упоминалось выше, Кернберг отводит структурному интервью две сорокапятиминутные сессии (7:71). Длительность этой процедуры может зависеть не только от используемой методики, но и от эмоциональных потребностей терапевта, научной любознательности, потребности в чувстве безопасности. В конечном счете, все определяется объемом информации, который будет сочтен необходимым и достаточным для принятия решения о начале терапии или отказе от нее, о ее целях, приоритетах, стратегии и т. д. Следует помнить, что любые выводы, сделанные на основе собранных в ходе

интервью данных, будут носить лишь предварительный характер. Исходя из собственного опыта, я полагаю, что в большинстве случаев необходимая для них информация может быть получена в рамках первых пяти встреч.

Стоит также учесть, что при чрезмерно длительном интервьюировании трансфер начинает определять стиль взаимодействия пациента и терапевта еще до заключения контракта и формирования рабочих отношений, то есть до этапа, на котором пациент сможет принять его интерпретацию.

Кроме того, затянутость этой процедуры нередко усиливает естественную тревогу пациента («Я так болен, что врач никак не решится начать работать со мной»). Иногда долгое интервью отражает истинную нерешительность терапевта, то есть его неудовлетворенную потребность в безопасности или дефицит профессиональной идентичности.

Томэ и Кехеле замечают, что в некоторых случаях можно бывает вовсе отказаться от интервью или долгой проявляющей фазы. Так происходит, когда терапевт уже на первой беседе принимает решение в пользу терапии, поскольку ожидания и особенности каждой из сторон хорошо дополняют друг друга: пациент мотивирован, образован, финансово независим и обладает гибкостью в отношении времени встреч (17:247). Однако чаще все же дело приходится иметь не со столь идеальными пациентами, и тогда успех предстоящей работы во многом зависит от корректно проведенного интервью.

Иногда во избежание проблем, которые взаимодействие в рамках интервью может наложить на будущую терапию, терапевты предпочитают, чтобы предварительное обследование пациента вел другой специалист (19:27). Обычно в таких случаях применяется интервью стандартизированное, то есть чисто исследовательское и не носящее терапевтического характера. При этом интервьюер заранее ставит пациента в известность, что в дальнейшем он будет иметь дело с другим терапевтом: таким образом ему оставляется возможность, например, решить, до какого уровня самораскрытия идти.

Для оценки качества и объективности проведенного интервью существуют различные методики. В большинстве случаев терапевты используют форму свободного доклада по процессу интервьюирования и собранному материалу, отражающего своеобразие личности пациента. С другой стороны, слабым местом таких докладов является их субъективизм, поэтому многие исследователи ориентируются на эмпирические способы

контроля (анализ дословных протоколов, магнитофонных записей). Именно во избежание субъективных обобщений и выводов ряд специалистов предпочитает стандартизированные формы интервью.

Напоследок стоит заметить, что, по-видимому, у большинства психотерапевтов существует представление об «идеальном» интервью или терапевтическом диалоге. Но правила, структурирующие аналитическую работу, необходимо гибко варьировать: жесткие, «идеально соблюдаемые» правила придают интервью ригидность и характер своего рода «прокрустова ложа» для пациента. Интервью должно давать терапевту первую возможность приспособиться к специфике каждой конкретной личности. Консультация, проводимая по шаблону, может быть пригодна для человека высокомотивированного, образованного и относительно здорового; с другими же пациентами терапевту приходится всякий раз заново адаптировать технику интервью к их индивидуальным особенностям, преследуя цели укрепления мотивации, снижения тревоги и стимуляции интереса к терапии.

Спектр индивидуальностей значительно более широк, чем спектр существующих техник. Многие факторы станут влиять, например, на то, какое время потребуется пациенту для принятия пробных интерпретаций, раскрытия тем, вызывающих сопротивление, и т. д. Современный психоанализ обладает, однако, достаточной гибкостью, чтобы быть приспособленным к нуждам практически любого пациента. При этом именно интервью позволяет терапевту принять решения, не ограничиваемые устаревшей дихотомией «психоанализ или психоаналитическая терапия». Вопрос будет состоять в том, какие технические модификации необходимы для создания наиболее благоприятных для пациента условий.

## **3.5. АНАЛИЗ ДАННЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИНТЕРВЬЮ**

### **3.5.1. Введение**

Множественная и разноплановая, подчас противоречивая информация, собранная в ходе интервью, должна быть систематизирована и подвергнута анализу с целью ответа на главные вопросы: 1 — поможет ли психоаналитическое вмешательство данному пациенту; 2 — какие формы терапии ему показаны; 3 — какие препятствия и трудности могут

встретиться на пути? Как уже упоминалось, Фрейд не делал различий в технике и методике психоанализа для разных пациентов и к проблеме отбора кандидатов подходил достаточно просто (критерии последнего были названы в разделе 3.1). По его собственным словам, «психоаналитическая терапия была создана в процессе и для лечения пациентов, хронически неприспособленных к жизни» (41:263). Впоследствии, в ходе многочисленных дискуссий, в качестве ответа на вопрос «кто может быть пациентом психоаналитика?» была принята формула: «Достаточно больной, чтобы в этом нуждаться, и достаточно здоровый, чтобы это вынести» (цит. по 17:267).

При всей расплывчатости данного определения любопытно, что критерии оценки и отбора донные редко систематизируются: в литературных источниках диагностические определения перемешиваются с социальными факторами, способность (неспособность) к отношениям — с наличием (отсутствием) вторичной выгоды от болезни, и т. д. В то же время очевидно, что степень показанности психоаналитической терапии в той или иной форме может быть оценена по ряду направлений или осей, которые в практических интересах стоит рассмотреть по отдельности. Возможный вариант такой дифференциации критериев был предложен А. А. Склизовым и В. А. Цаповым и разработан далее автором настоящего пособия. Согласно этой модели, критерии оценки могут быть разбиты на пять более или менее взаимозависимых групп: клиническую, психологическую, социальную, психодинамическую и группу критериев самооценки.

### **3.5.2. Клиническая оценка**

Клиническая оценка подразумевает постановку диагноза и, в соответствии с последним, принятие решения о показанности или противопоказанности той или иной формы терапии. Мак-Вильямс называет пять взаимосвязанных достоинств разумной диагностики: 1 — возможность планирования лечения; 2 — заключенная в диагнозе информация о прогнозе; 3 — защита интересов пациента; 4 — помощь терапевту в эмпатии; 5 — профилактика уклонения от лечения (12:22). Если интервьюер не является по профессии врачом, по крайней мере в спорных и проблемных случаях интервью должно включать отдельное психиатрическое обследование, которое будет иметь решающее значение при прогностической оценке эффективности психотерапии. Если в этой ситуации

психотерапия будет сочтена возможной, терапевт возвращается к анализу прочих данных интервью, взвешивая все «за» и «против».

Вопрос о соотносительности диагностического определения с предписанием к тому или иному виду (либо вообще к) психоаналитической терапии всегда решался по-разному в разных сообществах. Клинические критерии, которыми руководствовался Фрейд, были названы выше; выше же упоминалось, что Фрейд не делал различия между психоанализом и психоаналитической терапией и говорил просто о «психоаналитическом методе». Обзор нескольких десятков источников, проведенный мною, свидетельствует, что в настоящее время психоанализ в классической форме наиболее часто рекомендуется для лечения следующих расстройств:

- различные формы истерии;
- психореактивные расстройства (неврозы тревоги, фобии, невротическая депрессия);
- психосоматические расстройства (психосоматозы и вегетативно-функциональные нарушения с установленной психической этиологией).

Заболевания, при которых обыкновенно применяется психоаналитическая психотерапия:

- обсессивно-компульсивные расстройства;
- конверсионные расстройства;
- психосоматические расстройства;
- дистимия;
- аффективные расстройства слабовыраженной или средней степени;
- расстройства личности от слабой до средней степени тяжести.

Томэ и Кехеле ссылаются на инструкцию от 1984 года по применению психоаналитической и психодинамической психотерапии, согласно которой эти методы показаны в следующих случаях:

- психореактивные расстройства (неврозы тревоги, фобии, невротическая депрессия);
- конверсионные неврозы и неврозы органов;
- автономные функциональные расстройства с установленной психической этиологией;
- психические расстройства, вызванные эмоциональным дефицитом в раннем детстве;

- психические расстройства, проистекающие от серьезного хронического заболевания;
- психические расстройства, являющиеся следствием экстремальных ситуаций (17:295).

Равным образом, как правило, называются болезни, при которых классический психоанализ противопоказан, а психоаналитическая психотерапия по крайней мере требует глубоких модификаций: шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. Лечение тяжелых психозов психоаналитическим методом остается крайне спорным вопросом, диапазон мнений по которому весьма широк. Известна и популярна среди многих клиницистов методика «современного психоанализа» Хаймона Спотница, ориентированная на шизофренического пациента. В то же время более ортодоксально мыслящие терапевты придерживаются точки зрения, согласно которой психотерапевтические вмешательства при шизофрении сулят пациенту больше вреда, чем пользы, и что представление о возможности ее психоаналитического лечения есть безнадежный анахронизм. Данная позиция может быть наиболее емко выражена цитатой Фуллера Торри: «Специалистов в области психического здоровья, по-прежнему отстаивающих подобные методы лечения (шизофрении), следует рассматривать как реликтов прошлого, более удивительных, чем ветераны испано-американской войны, чудом дожившие до наших дней» (24:218).

Вопрос о применимости классического психоанализа в лечении других заболеваний, помимо упомянутых выше, обычно рекомендуется рассматривать индивидуально в каждом конкретном случае, и здесь решающее значение обретают не-диагностические критерии. В частности, это касается невроза навязчивых состояний, алкоголизма и наркомании, сексуальных отклонений, а также широкого спектра нарушений, объединенных в категорию пограничных личностных расстройств. Однако в этих случаях имеющиеся ограничения не означают противопоказаний к применению различных моделей психоаналитической психотерапии. К данному вопросу я вернусь в разделе 4.2.

Существует проблема, возможно, более значимая, чем соотнесенность диагноза с показанием к терапии: проблема объективности клинической оценки. Фрейд долгое время ставил пациентам диагнозы, опираясь на внешние проявления заболеваний, например, диагноз истерии по манифестируемым конверсионным симптомам. Сегодня хорошо известно, что диагностика Фрейда, основанная на описательном подходе школы

Крепелина, во многих случаях была ошибочной. Дифференциальный диагноз требует тщательного исследования: так, депрессивные симптомы у нарциссической и у депрессивной личности могут быть весьма схожи на первый взгляд, но они имеют разное происхождение и нуждаются в раздельном подходе; также, к примеру, невротический симптом следует четко отделить от невроза характера, то есть от характера, всецело определяемого невротическими паттернами. Для контроля объективности диагноза и оценки личностных особенностей существуют различные методы, как количественного, так и качественного типа. Большинство терапевтов психоаналитической ориентации использует для этих целей традиционную форму доклада о клиническом случае с приложением протоколов интервью или форму супервизии. Объективность диагностики и отдельных интерпретаций тех или иных проявлений пациента может быть проверена также тестовыми исследованиями (9:240-241).

Следует заметить, что и в самом механизме диагностики сохраняется множество проблем, связанных с вопросами классификации расстройств, о чем писал, в частности, Кернберг. Существует, например, неясность: насколько сильным должно быть нарушение или отклонение, чтобы оно могло быть описано как расстройство. Можно добавить сюда неопределенность многих терминов и зависимость терминологии от теоретических предпосылок (7:104). Балинт так характеризовал проблему диагноза: «Хорошо известно, что у нас отсутствует четкая классификация психических заболеваний и адекватные определения форм патологии: у нас есть лишь большое количество звучных ярлыков. Сегодня трудно поставить диагноз. В результате мы, как правило, получаем неопределенный, случайный и не слишком важный ярлык. Как только определенный ярлык применяется по отношению к определенному пациенту, образуется противоречие, и правильность ярлыка ставится под сомнение» (2:140). Эти строки были написаны в 1950 году, но и в наши дни они не потеряли актуальности.

Возможно, именно данное обстоятельство сыграло определенную роль в том, что в последние десятилетия показания и противопоказания к психоаналитической терапии все реже стали непосредственно определяться диагнозом. В обыденном сознании, которым обладает и любой профессионал-психотерапевт, понятие диагноза тождественно представлению о некоей «ненормальности». Но само понятие «нормальности» относительно: еще Фрейд убедительно показал это,

предложив в работе «Анализ конечный и бесконечный» понятийную шкалу патологий от «нормального» до «психотического Эго». «Нормальное Эго» Фрейд охарактеризовал как «гипотетически нормальное», то есть существующее лишь в теории. Однако существует ли в реальности «психотическое Эго», полностью оторванное от действительности и всецело подчиненное Ид? На этот вопрос Фрейд отвечает вполне определенно: «Каждый нормальный человек нормален лишь в среднем, его Эго приближается к Эго психотика в той или иной части, в большей или меньшей мере» (46:337). Курт Айслер цитирует в этой связи Айви: «Абсолютный диагноз ненормальности возможен после смерти» (1:172).

Добавим к этим соображениям наблюдение Гринсона, утверждавшего, что порой на постановку истинного диагноза требуются годы, и что «хотя диагноз говорит нам очень много о патологии, он может сообщить относительно немного о здоровых ресурсах пациента» (5:65). Стоит учесть и справедливое замечание Томэ и Кехеле о том, что фрейдовские диагностические определения трансферных и нарциссических неврозов относительно немного сообщают о реальных возможностях лечения; что при любом диагнозе огромную роль для успеха или неуспеха будущей терапии могут играть такие факторы, как мотивация пациента, его психологическая любознательность, способность к построению и использованию отношений с объектами (17:266-272). Не случайно такие исследователи, как Феничел, Гловер, Сандлер и другие, делали акцент не столько на диагнозе как таковом, сколько на параллельных критериях: глубине патогенной регрессии, отзывчивости на аналитические вмешательства и т. д. Кремериус замечал, что границы анализируемого — это границы не пациента и его патологии, как утверждал Фрейд, а самого аналитика (31:587). В любом случае задачей терапевта является поиск факторов, позитивно влияющих на ход психоаналитического процесса.

Говоря о необходимости разумной диагностики, Мак-Вильямс указывает тем не менее, что диагностическое заключение иногда больше затемняет, нежели проясняет ситуацию; тогда лучше отбросить его и положиться на здравый смысл и чувство меры. Вместо диагностического штампа бывает полезнее принять во внимание такие факторы, как религиозность пациента, возраст, этническую и классовую принадлежность, физические ограничения и т. д. (12:34—35). Многие аналитики в наши дни вообще не ставят диагноза: так, сторонники «психологии самости» Когута утверждают, что любой диагностический «ярлык» наносит вред эмпатии

терапевта, и что единственный путь к подлинному пониманию — установление терапевтических отношений. В целом можно сказать, что с развитием психоаналитической теории и техники концепция показаний к терапии была из прогностической трансформирована в адаптационную, напрямую соотносящую пациента и терапевта друг с другом. Итог процесса стал зависеть в первую очередь от способности терапевта понять специфику конкретного пациента и найти к нему соответствующий подход.

С другой стороны, Мак-Вильямс замечает, что одной из причин недоверия к диагностике может быть боязнь ошибочного диагноза. Однако, добавляет она, первичный диагноз не обязательно должен быть стопроцентно верным: это лишь гипотеза, создающая возможность фокусированной деятельности на начальном этапе при низком уровне тревоги. Дальнейший ход терапии может ее подтвердить или опровергнуть (12:32). Отказ от диагноза на основе аргументов, выдвигаемых последователями Когута, с точки зрения Мак-Вильямс, есть необоснованная крайность, так как психоанализ все же не является шаблонной процедурой. Ценность диагноза очевидна по крайней мере в ситуациях, когда существует общепризнанный подход к лечению данного заболевания. Это случаи алкоголизма и наркомании, органических нарушений, биполярных расстройств, нарушений по типу множественной личности. Для проблем менее специфической и более сложной природы общим предписанием будет одно: длительная терапия (12:24). Мак-Вильямс указывает также, что тщательная диагностика полезна не только в начале терапии, но и впоследствии при преодолении кризисов и застоев, требующих корректировки рабочих техник.

Как и Кернберг, Мак-Вильямс отмечает недостатки большинства существующих руководств по диагностике, например, DSM-III. В качестве альтернативы она предлагает оценочную систему, представленную в ее книге «Психоаналитическая диагностика» (12). С точки зрения Мак-Вильямс, сущность структуры характера не может быть осмыслена без понимания двух взаимодействующих измерений: уровня развития личностной организации и защитного стиля на этом уровне. Первое измерение отражает степень патологии, второе — тип характера (личности). В соответствии с предлагаемой методикой терапевт оценивает пациента по тину личности (социопатический, депрессивный, шизоидный и т. д.) и уровню развития (невротический, пограничный, психотический). Различие между этими уровнями проявляется в ассортименте защит, степени интеграции

идентичности, адекватности тестирования реальности, способности, к самонаблюдению, природе основных конфликтов, особенностях трансфера и контртрансфера. Этот метод оценки, использующий группу как клинических, так и психологических критериев, может быть хорошим подспорьем для практикующих специалистов, не имеющих медицинского образования и, следовательно, права на постановку клинического диагноза.

В заключение следует добавить, что, независимо от отношения к проблеме диагностики, в каждом случае в рамках клинической оценки терапевт должен обратить особое внимание на следующие аспекты: 1 — суицидоопасность пациента; 2 — его потенциальную опасность для общества (агрессивность, делинквентные тенденции); 3 — возможность присутствия органических патологий; 4 — наличие фазовых маниакальных и депрессивных состояний и вероятность их эндогенного характера (19:24-25).

Для оценки двух последних аспектов полезно воспользоваться информацией (если таковая имеется) об опыте консультирования, госпитализаций, о результатах клинических обследований. Последние могут указать, в частности, на необходимость медикаментозной помощи наряду с психотерапией. Кернберг подчеркивает, что показания и противопоказания для медикаментозной терапии и других специальных техник следует полностью оценить еще на ранней стадии работы, а не назначать или отменять их впоследствии в качестве реакции на то, что пациенту не становится лучше (7:205).

Суицидоопасность оценивается, как правило, на основе анамнеза (по наличию в опыте пациента суицидных попыток или побуждений к ним). Работа с такими пациентами всегда сопряжена с некоторой долей риска. Главный принцип подхода к этой проблеме состоит в том, что от нее нельзя отстраняться, оставлять ее незамеченной как якобы простую попытку манипулировать терапевтом. Разговор на тему суицида следует вести предельно откровенно, как и на тему симптома; заключить договор об обязательной встрече в случае пробуждения желания причинить себе вред. Литман и Фаберлоу рекомендуют для большинства суицидо-опасных пациентов методику экстренного вмешательства: терапевт оценивает намерение, расспрашивая в деталях о планах и средствах суицидного акта (61:262-263). Желательно также обеспечить возможность госпитализации пациента в случае необходимости или принятия иных превентивных мер, установить контакт с его родственниками и врачами. Иногда бывает полезно

предупредить его, что любая реальная суицидная попытка повлечет за собой немедленное прекращение отношений с терапевтом (хотя не всегда заранее известно, как лучше вести себя, если это все же произойдет).

С пациентом, потенциально опасным для окружающих, терапевту может быть рекомендовано главное правило: обеспечить собственную безопасность. Невозможно продуктивно работать, находясь под угрозой жизни и здоровью. Агрессивного, плохо контролирующего свои импульсы пациента не стоит, например, принимать в домашнем кабинете. Не следует запираť дверь кабинета на ключ, оставаться в клинике наедине с пациентом в позднее время суток. Если последний вынашивает намерение причинить кому-то реальный вред, иногда требуется предупредить потенциальную жертву или сотрудников правоохранительных органов.

Все перечисленные личностные особенности в любом случае должны обсуждаться предельно открыто. Вопросы интервьюера о состоянии здоровья и симптомах, о суицидных намерениях или стремлении к антисоциальным действиям снимают с пациента ощущение, что он одинок со своими проблемами. Нередко он сам ждет этих вопросов, воспринимая их отсутствие как проявление равнодушия или боязни терапевта.

### **3.5.3. Психологическая оценка**

Психологический аспект оценки личности пациента тесно связан с клиническим, однако не тождествен ему: можно говорить, что то или иное клиническое определение подразумевает большую вероятность тех или иных психологических характеристик, но последние не вытекают из диагноза с необходимостью. Под психологической оценкой понимается оценка готовности и способности пациента к терапевтическому взаимодействию. В конечном счете это оценка перспектив формирования альянса, который может оказаться как весьма устойчивым при работе с глубоко нарушенной личностью, так и слабым и нестабильным в терапии невротического пациента. Мой опыт позволяет выделить четыре наиболее важных критерия психологической оценки: уровень мотивации к терапии, склонность к активному сотрудничеству, возможность свободного ассоциирования, возможность расщепления Эго на переживающую и наблюдающую часть — и ряд критериев дополнительных: реакции на пробные интерпретации, уровень интеллекта, способность к использованию полученного и др.

1. Уровень мотивации к терапии — реальная основа будущего терапевтического альянса. Он может считаться оптимальным, если проблематика пациента вносит серьезные трудности в его повседневную жизнь. Если эти трудности не окажутся значительнее тех, с которыми пациент неизбежно столкнется в процессе лечения, он едва ли сможет решиться на глубокое терапевтическое исследование. Теодор Райк часто повторял, что первым условием успеха собственного анализа является моральное мужество. Немотивированного пациента бывает очень трудно убедить в целесообразности пролонгированной терапии. Среди психоаналитиков традиционно непопулярны пациенты, не допускающие возможности связи симптомов и переживаний (отношений). В качестве недостаточно мотивированных рассматриваются также пациенты, обратившиеся к терапии по настоянию третьей стороны, пациенты с мазохистическими тенденциями и представители так называемого «орального характера», то есть ждущие от лечения быстрого или даже моментального результата (5:66, 429). Особые проблемы с мотивами обращения возникают при наличии у пациента сильных проективных тенденций, то есть склонности обвинять в своих страданиях внешние обстоятельства: создается ощущение, что он желает «излечить» не себя, а окружающий мир. О затруднениях в формировании альянса, связанных с недостаточной мотивацией, подробно пишет, например, Сандлер с соавторами (15:25-35).

2. Склонность к активному сотрудничеству означает, что пациент не только жалуется на симптомы, но и готов к их исследованию, демонстрирует интерес к своему внутреннему миру и способность не останавливаться перед возможными препятствиями. Таким образом, он проявляет готовность стать в предстоящей работе союзником и помощником терапевта вместо того, чтобы пассивно ждать исцеления.

Согласие на активное сотрудничество подразумевает также согласие на выполнение «основного правила психоанализа» — свободное ассоциирование (9:254).

3. Возможность свободного ассоциирования, то есть следования «основному правилу» — важный показатель уровня развития Эго.

В определенной степени он является выразителем внутренней свободы личности — как отмечал, в частности, Фрейд, предлагавший вводить свободные ассоциации в «пробный анализ». Данную возможность терапевт оценивает, наблюдая, насколько пациент способен говорить о себе

без наводящих, конкретных вопросов. Эта способность нередко бывает весьма низкой, особенно у людей с глубокими личностными дефектами — например, психосоматических больных. Иногда ее повышение в ходе терапии само по себе расценивается как позитивный результат, поскольку оно означает смягчение контроля со стороны жесткого, архаичного Суперэго. В том же качестве обыкновенно рассматривается способность к фантазированию и сновидческая активность.

4. Возможность расщепления Эго на переживающую и наблюдающую часть, описанного Штерба (72), по сути, подразумевает способность пациента как регрессировать, так и покидать состояние регресса при необходимости. Она означает определенную степень эмоциональной свободы при достаточном развитии функции контроля импульсов, сигнальной функции аффекта и нормально-логического мышления.

В ходе интервью терапевт убеждается, насколько сильное переживание пациент может себе позволить и насколько он способен затем взглянуть на это переживание «со стороны», оценить и понять его. В этом смысле «наблюдающая» часть Эго пациента проявляет готовность к идентификации с терапевтом (17:130-131). Неблагоприятной крайностью является как чрезмерное подавление чувств, гиперконтроль над ними, так и неспособность выйти из-под их власти; и то, и другое может стать серьезным препятствием на пути к самопознанию и сотрудничеству.

5. Реакции на пробные интерпретации, например, на интерпретации стиля взаимодействия с терапевтом — важный показатель интроспективных способностей, тенденции к самопознанию, а также в определенной мере диагностический критерий, позволяющий предварительно дифференцировать невротические расстройства и более тяжелые патологии. Позитивная реакция на интерпретацию, демонстрирующая готовность критически оценить свое поведение и способы отношений — хороший прогностический знак. Обратная ситуация может быть предвестником серьезных трудностей в формировании терапевтического союза и свидетельствовать, например, о противопоказанности классической (интерпретативной) техники. Так, одна моя пациентка с высокой степенью тревожности и выраженными параноидными чертами на одной из первичных консультаций упрекнула меня в том, что я манипулирую ею, назначая неудобное для нее время встреч. На мой вопрос, не напоминает ли данная ситуация о конфликтах с матерью, манипулировавшей ею ради своих удобств, по словам пациентки, всю жизнь, она ответила: «Как вам могло

такое прийти в голову! Мама делала это с совершенно другим выражением лица».

6. Уровень интеллекта — критерий, в большинстве случаев тесно связанный с социальным статусом пациента, речь о котором пойдет в следующем разделе. Как уже упоминалось, для Фрейда этот показатель был весьма важен. Однако в наше время он ни в коем случае не должен рассматриваться в качестве всеопределяющего. Интеллект имеет большое значение для понимания, например, связей прошлого и настоящего, но сам по себе не может служить критерием «аналитичности» пациента: так, при обсессивном расстройстве или у личности обсессивного типа он нередко создает защитную броню, которую бывает крайне трудно преодолеть.

7. Немаловажным критерием психологической оценки может быть также способность пациента к использованию полученного во время сессии: с этой целью полезно попросить его описать мысли и чувства, оставшиеся после предыдущей встречи. Благоприятным признаком будет ответ, показывающий, что сессия оставила некий «след», стимулировала размышления, воспоминания, фантазии и т. д. Однако есть пациенты, терапия которых прекращается одновременно с завершением сессии: едва выйдя из консультационного кабинета, они как бы стирают из памяти все что происходило на ней, и в следующий раз терапевт приступает к работе с ощущением, что он вновь начинает с нуля.

К этому ряду критериев психологической оценки можно было бы добавить еще многие: так, терапевт может обращать особое внимание на способность пациента мыслить психологическими категориями, на его толерантность к фрустрациям, степень ответственности за соблюдение правил контракта и т. д. В конечном счете их перечень будет выработан каждым специалистом индивидуально. Кроме того, каждый пациент может заставить обратить отдельное внимание на ту или иную свою особенность — например, повышенную обидчивость, нетерпимость к иной, нежели его собственная, точке зрения, и другие. Еще раз замечу, что эти личностные черты не вытекают с необходимостью из характера патологии, хотя во многих случаях могут быть связаны с ним.

### **3.5.4. Социальная оценка**

По итогам предварительного интервью, помимо клинического и психологического статуса, терапевт оценивает также социальные аспекты

личности и жизненной ситуации пациента, чрезвычайно важные с точки зрения терапевтического прогноза. Внимание при этом обращается прежде всего на социальный уровень (положение) пациента и связанные с ним показатели социальной независимости: доход и платежеспособность, власть над своим временем, а также на семейное и родственное окружение как источник влияния.

1. Социальный уровень. Терапия интеллигентного, образованного и трудоспособного пациента, к тому же хорошо мотивированного и ориентированного на самопознание, обыкновенно не требует от аналитика специфических навыков и модификаций техники. Однако нередко встречаются кандидаты в терапию, проблемы в работе с которыми связаны с их социальным статусом. Так, Томэ и Кехеле выдвигают в качестве значимого критерия оценки класс, к которому принадлежит пациент (род занятий и образование). Согласно наблюдению этих авторов, особые трудности возникают при терапии пациентов, относящихся к низкому социальному классу (слою) — наряду с терапией пациентов с делинквентными тенденциями и подростков (18:308-309).

Как правило, пациентам из низкого социального слоя требуется значительно больший объем объясняющей информации, нежели прочим. Им трудно понять смысл и роль своей симптоматики. Одна из характерных для них тенденций — развитие идеализирующего трансфера, связанного с чувствами зависти и ненависти. Интерпретации на ранних стадиях взаимодействия провоцируют у них недоверие и способствуют увеличению дистанции. В диалоге с таким пациентом лучше придерживаться форм повседневного общения, как это делал Фрейд при неформальном консультировании Катарины (Аурелии Кроних). Это позволяет постепенно установить коммуникацию. В противном случае пациент будет воспринимать происходящее в кабинете как нечто непонятное и неестественное, отчего его тревога и недоверие будут расти.

Общение с пациентом низкого социального уровня имеет смысл строить согласно принципам взаимодействия с психосоматическими больными на ранней стадии терапии: например, конкретно реагировать на вопросы, реалистично отвечать, объяснять, оставив «чисто аналитическую» позицию на будущее. Этим путем могут быть со временем сняты проблемы, связанные с ригидностью Супер-Эго, страхом авторитетов, ограниченностью фантазийных способностей, непониманием внутренних конфликтов и тенденцией винить во всем внешние обстоятельства.

Стоит добавить, что тем не менее принадлежность к «высокому» социоэкономическому классу сама по себе не является предпосылкой успешной работы. Так, люди, занятые крупным бизнесом, в силу определенных профессиональных деформаций (подавление эмоций, ставка на разум и логику, подчиненность жизни требованиям бизнеса) нередко бывают весьма трудными пациентами. Скорее следует говорить, что частью искусства терапевта является умение работать с представителями самых разных классов и слоев.

2. Платежеспособность пациента — залог будущего финансового обеспечения терапии и критерий оценки возможности пролонгированного процесса. Этот показатель может быть сочтен оптимальным, если пациент имеет постоянный доход, позволяющий ему оплачивать лечение без помощи третьей стороны.

Лучше всего, если сумма, выплачиваемая пациентом за терапевтическую сессию, имеет приблизительно одинаковую значимость для обеих сторон. С определенными трудностями может быть сопряжена терапия не только малообеспеченного, но и богатого пациента: в последнем случае не исключена ситуация, когда либо пациент не ощущает, что он платит, либо терапевт испытывает тревогу («Я слишком мало и unsuccessfully работаю за такие деньги»). Так, однажды на вопрос моего коллеги о возможном размере гонорара очень состоятельный пациент ответил: «Столько, сколько я смог бы вам платить, вы бы не переварили». Впоследствии терапевт оценил его правоту: финансовое неравенство сыграло не последнюю роль в том, что работа вскоре была прекращена. Недостаточная оплата труда терапевта также может стать источником серьезных затруднений. Во-первых, она повышает вероятность возникновения проблем, связанных с контртрансфером. Во-вторых, со стороны мало платящего пациента может быть сочетание идеализации терапевта с обесцениванием терапии. Процесс лечения возносится на высокий, «нематериальный» уровень и окружается ореолом. Тема денег как неотъемлемого компонента аналитических отношений при этом делается «грязной», недостойной обсуждения, а самооценке пациента наносится серьезный ущерб.

Некоторые терапевты полагают, что иногда лучше работать с пациентом бесплатно, чем брать с него деньги, неадекватные затрачиваемым усилиям. Таким образом терапия вместо «неблагодарного труда» обретает характер «бескорыстной помощи», где материальное

вознаграждение просто исключается из рассмотрения. Данный вопрос, по-видимому, должен решаться каждым специалистом и в каждом конкретном случае индивидуально. Известно, что позиция Фрейда по нему не была однозначной; так, он писал: «Бесплатное лечение значит гораздо больше для аналитика, чем для врача любой другой специальности», — и утверждал, что убытки от него сравнимы «с убытком, понесенным в результате серьезного несчастного случая». Но тут же Фрейд спрашивал себя: не уравнивается ли этот ущерб пользой, полученной пациентом? «Иногда встречаются достойные люди... бесплатное лечение которых не сталкивается ни с какими упомянутыми мной препятствиями и дает результаты» (43:132-133).

Проблема бесплатного лечения близка к проблеме оплаты третьей стороной: в обоих случаях пациент лишается опыта взаимобмена, то есть, получая от терапевта нечто, он ничего не отдает взамен. Если за терапию платит кто-то из родственников пациента, к этой проблеме добавляется еще одна: обеспечивающее лицо обретает над процессом контроль и становится способно, например, в одностороннем порядке решать вопрос о целесообразности его продолжения или прекращения.

Широко известна радикальная точка зрения Кемпера, который называл прямую (без участия третьей стороны) оплату «движущей силой анализа» (54:213). Как заметила в 1984 году в частной беседе Хан Гроен-Праккен, оплата третьей стороной представляет не только помощь отношениям, но и порой весьма пагубное вмешательство в них. Тем не менее приходится считаться с реальностью: по крайней мере половина моих пациентов в большей или меньшей степени зависит от финансовой поддержки со стороны, и в этом мой опыт совпадает с опытом большинства моих коллег.

3. Проблема платежеспособности, таким образом, оказывается тесно связана с проблемой семейного и родственного окружения пациента. Целью терапии в определенном аспекте является достижение пациентом автономии, которое неизбежно рождает конфликт в сфере установленных связей и взаимодействий. Близкие люди, не участвующие в терапевтическом процессе, негативно реагируют на рост независимости того, кто был к ним сильно привязан. Проблематика пациента часто служит важной деталью его внутрисемейных коммуникаций, винтиком в конструкции отношений; когда этот винтик устраняется, конструкция начинает шататься. В такой ситуации терапевт может встретиться с серьезным противодействием лечению со

стороны родственников пациента — в частности, в виде отказа за это лечение платить.

Семейное окружение пациента нередко скептически воспринимает саму его мысль о необходимости психотерапии. Еще Фрейд так описывал эту проблему: «Неинформированные родственники наших пациентов, которых впечатляют только видимые и осязаемые вещи,... никогда не преминут выразить свои сомнения по поводу того, можно ли что-нибудь сделать с болезнью простыми разговорами» (45:18). Он же замечал по поводу возможности информирования круга близких: «Я должен серьезно предостеречь против какой-либо попытки завоевать доверие и поддержку родителей или родственников, предлагая им для прочтения ознакомительную или специальную психоаналитическую литературу. Этот исполненный благих намерений шаг способствует преждевременному установлению естественной оппозиции лечению со стороны родственников, так что лечение может и не начаться» (42:120).

Поскольку родственники пациента болезненно переживают свою исключенность из процесса терапии, их недоверие нарастает, что может выразиться, например, в идеализации или девальвации аналитика. Во многом это будет зависеть от того, что пациент сообщает (или не сообщает) им об анализе. Поэтому родственники могут не только быть настроены против психоаналитического лечения, но и питать к нему повышенный, а иногда и нездоровый интерес. Как подчеркивает Рихтер, сложность работы неизмеримо возрастает, когда дело приходится иметь с целым клубком конфликтов и сопротивлений, исходящих от тех, кто влияет на отношение пациента к терапии (цит. по 17:278-279). Сравнивая психоанализ с хирургической операцией, Фрейд писал: «Спросите себя, сколько таких операций имели бы успех, если бы они проходили в присутствии всех членов семьи пациента, сующих свой нос в оперируемую зону и выражающих вслух недоумение по поводу каждого надреза. В психоаналитическом лечении вмешательство родственников, несомненно, представляет собой опасность, и такую опасность, на которую неизвестно, как реагировать» (45:459).

В рамках социальной оценки терапевту стоит заблаговременно выяснить отношение родных и близких пациента к анализу и затем обратить внимание на то, как они реагируют на первые сессии. При возможности имеет смысл непосредственно понаблюдать за их поведением: приходят ли они вместе с пациентом на консультации, настаивают ли на общении с терапевтом и т. д. Иногда пациенты сами просят, чтобы

консультации проходили в присутствии кого-то из членов семьи. В таком случае важно понять, привлечен ли родственник по желанию пациента, или дело в его собственной тревоге.

Следует всегда помнить, что стопроцентное исключение родственников из терапевтического процесса — иллюзия. В любой терапевтической диаде незримо присутствует третье лицо; конфликты, с которыми приходится иметь дело, в сущности, являются не диадными, а триадными. Их разрешение в определенной степени зависит от всех трех сторон. Чтобы помочь пациенту, терапевт вправе и иногда даже обязан учесть мнение третьей стороны: это не отнимает у него главной ответственности за исход работы. Кроме того, как замечалось выше, в случае тяжелого психического заболевания или угрозы суицида стоит оценить необходимость и возможность связи с родственниками и близкими пациента и их участия в принятии наиболее важных решений.

4. Еще один существенный аспект социальной независимости — власть пациента над своим временем, то есть возможность им распоряжаться в интересах терапии. Когда терапевт договаривается с пациентом об определенных днях и часах встреч в кабинете, он рассчитывает, что эти часы в графике пациента будут отведены терапии и ничему другому. Регулярность и периодичность сессий являются важным терапевтическим фактором. Очевидно, что неблагоприятной окажется ситуация, в которой режим работы и свободного времени пациента определяет по своему разумению его начальство, или в которой он вынужден часто и непредсказуемо отлучаться в командировки.

Помимо перечисленных факторов терапевт может принять во внимание и другие, относящиеся к общей жизненной ситуации пациента. Так, не самым лучшим для пролонгированной терапии обстоятельством могут стать предстоящие в его скором будущем перемены: бракосочетание, переезд в другой город, поступление в учебное заведение — все, что так или иначе изменит уклад его жизни. Психоанализу может помешать перенесенная в недавнем прошлом травма, например, смерть близкого человека: когда пациенту не до своего внутреннего мира, разумнее обратиться к помощи поддерживающей терапии, даже при всех прочих показаниях к другим формам лечения. Также малоаналитичным считается пациент, тяжело больной соматически: его вовлеченность в проблемы собственного организма может воспрепятствовать развитию объектного трансфера (об этом см., например, 5:67).

Разумеется, «идеальных» пациентов, удовлетворяющих всем перечисленным пожеланиям, в мире крайне мало — если они вообще существуют. В подавляющем большинстве случаев терапевту приходится иметь дело с людьми малосостоятельными, зависимыми, социально дезадаптированными. Если в ходе терапии их самоопределение и адаптация улучшаются, можно констатировать, что достигнут серьезный позитивный результат.

### **3.5.5. Психодинамическая оценка**

Психодинамическая оценка производится на основе биографического материала. Под нею понимается исследование эмоциональных, когнитивных, поведенческих и других стереотипов пациента, позволяющее предварительно прогнозировать динамику терапии и возможные трудности на ее пути. С этой целью интервьюер обращается в первую очередь к истории и опыту его межличностных отношений, связывая получаемые данные с происходящим «здесь и сейчас» — к истории и опыту, отраженным не только в памяти, но и в бессознательных дериватах. Урсано с соавторами рекомендует в рамках психодинамической оценки прояснять следующие темы:

- Обстоятельства, в которых возникло заболевание и произошло обращение к терапевту.
- Наиболее ранние воспоминания детства.
- Недавние или повторяющиеся сновидения.
- Значимые объекты (люди) на разных этапах жизни.
- Опыт прежних курсов лечения, если они проводились (19:29).

Рассказ пациента на эти темы позволяет терапевту составить начальное впечатление о динамике его внутренних конфликтов и проблемах отношений. Вот некоторые вопросы, дающие возможность для терапевтического прогноза:

- Имели ли место в прошлом пациента позитивные и достаточно продолжительные отношения? Если атмосфера в его семье была непрестанно болезненной, травмирующей, если его связи с людьми никогда не обладали качеством прочности и постоянства, следует ожидать, что и установление терапевтического контакта с ним будет непростой задачей.

- Что обычно делалось причиной ухудшения или разрыва отношений со значимыми людьми? Ею могло быть разочарование в партнере, или страх перед близостью, или болезненное ощущение отвержения, собственной «плохости», незначимости и т. п. Все эти возможные в будущем препятствия сотрудничеству должны быть оценены и учтены. С той же целью терапевт интересуется и прежним опытом взаимодействий пациента с врачами и психологами, если таковой существовал. Надо заметить, что неудачи этого опыта вовсе не означают негативного прогноза для новой терапии: данное распространенное мнение опровергнуто статистическими исследованиями (53:204).
- Какие жизненные ситуации и моменты отношений являются для пациента наиболее травмирующими (непризнание его достоинств, невнимание, непонимание, обман и т. п.) и какие психические защиты он использует, чтобы справиться с последствиями этих ситуаций (отрицание, изоляцию, обесценивание и т. д.)?
- Как пациент реагирует на жизненные трудности и неудачи: заставляют ли они его «опускать руки», погружаться в депрессию, переключаться на что-либо иное (новое дело, новый объект), или он склонен продолжать добиваться своего? Этот вопрос крайне важен, так как ответ на него позволит оценить способность пациента сохранять рабочие отношения при отсутствии быстрого терапевтического успеха.
- Что пациент делает с терапевтом «здесь и сейчас», каким образом использует его как объект, когда приходит, задает вопросы, рассказывает о себе? Уничтожает ли он терапевта своим недоверием, пытается ли заразить тревогой или опирается на него как на костыль, без которого невозможен ни один самостоятельный шаг? Аргеландер описывал данный уровень восприятия пациента как уровень получения «ситуативной информации»: какой стиль отношений он навязывает терапевту (цит. по 9:228)? Контртрансфер аналитика здесь обретает особую значимость как инструмент «коммуникативной диагностики»: в этом взаимодействии воспроизводятся ранние объект-отношенческие паттерны, иногда с инверсией ролей.

Психодинамическая оценка — задача, условия которой предоставляют терапевту широкое поле для исследований. Круг проясняемых вопросов может быть существенно расширен. Ответы на них, как правило, не служат основанием для решения о применимости либо неприменимости того или

иного вида терапии. Однако они становятся весьма ценным подспорьем для терапевта, позволяя ориентироваться в происходящем «здесь и сейчас», структурировать отношения и предвидеть трудности, которые могут возникать в психоаналитическом процессе.

### **3.5.6. Самооценка терапевта**

При всех объективных показаниях к психоаналитическому лечению пациента бывают ситуации, в которых терапевт испытывает трудности с принятием решения в пользу терапии. Такие ситуации обыкновенно обусловлены контртрансферными реакциями, возможное влияние которых на аналитический процесс следует оценить заблаговременно. Эта оценка не всегда дается легко. Так, Паула Хайманн признавалась, как потрясло ее широко распространенное среди кандидатов мнение, что контртрансфер всегда является лишь источником беспокойства, и то, что кандидаты нередко пытаются избежать любых чувств к пациенту (25:239). Тем не менее всем терапевтам приходится переживать некоторые несоответствия между собой и пациентом, и отрицание либо недооценка этих переживаний способны завести терапию в тупик. Первичный анализ контртрансфера, позволяющий принять определенное решение, может быть заключен в поиске ответов, например, на следующие вопросы:

- Не вызывает ли пациент у терапевта а priori негативных чувств, способных возобладать в отношении к нему: раздражения, неприязни, скуки, зависти, страха и т. п.?
- Не станет ли терапевт, работая с пациентом, удовлетворять тем самым собственное желание интимного сближения — например, если тот обладает для него сексуальной привлекательностью?
- Устраивает ли терапевта размер гонорара, который пациент способен ему выплачивать? (Этот вопрос весьма серьезен, поскольку, как замечалось выше, недостаточная оплата труда может стать источником многих проблем).
- Испытывает ли терапевт к пациенту подлинный интерес как к личности, или главным мотивом его решения в пользу терапии оказывается, например, сохранение профессиональной идентичности или большая сумма гонорара?

Подобных вопросов также можно задать себе немало, и их перечень, очевидно, будет свой у каждого терапевта. Главное — честно оценить собственную способность к работе с конкретным пациентом, тем самым определив, например, оптимальную частоту супервизий данного клинического случая. Если терапевт ощущает, что его контртрансферные реакции могут повредить больному или затруднить лечение, лучше всего рекомендовать пациенту другого специалиста.

Личность аналитика — важнейший фактор успешности будущего процесса, наряду с прочими показаниями и противопоказаниями. Значимость личного опыта для понимания чувств пациента трудно переоценить; шансы на подлинное понимание тем выше, чем больше между пациентом и терапевтом общего (9:263). Основным инструментом для обогащения и структурирования этого опыта остается собственный анализ, а залогом понимания другого человека — глубокое понимание себя. Согласно моему наблюдению и опыту ряда моих коллег, терапевт наиболее успешно работает с теми проблемами своих пациентов, которые (или подобные которым) он смог разрешить в себе самом в процессе личного анализа. В этом случае контртрансферные реакции (и не только позитивные) становятся чрезвычайно эффективным диагностическим и терапевтическим инструментом.

### **3.6. ОТКАЗ ОТ ТЕРАПИИ**

Перечень вышеназванных оценочных критериев может создать впечатление, что аналитический процесс предъявляет к пациенту требования едва ли не более жесткие, чем к терапевту. Если мы представим себе пациента, идеально подходящего для аналитической работы по всем параметрам — высокоинтеллектуального, хорошо тестирующего реальность, поддерживающего устойчивые отношения, платежеспособного и т. д., то будем вправе усомниться, нужна ли такому человеку терапия. Если же вспомнить слова Фрейда об анализе как средстве для людей, «хронически неприспособленных к жизни», станет очевидно, что реальный пациент всегда будет удовлетворять далеко не всем критериям «аналитичности».

Только в редчайших, абсолютно ясных случаях можно утверждать, поможет или не поможет психотерапия данному пациенту. В большинстве случаев ответ на этот вопрос приходит лишь с течением времени, в процессе

работы. Формальные показания в пользу терапии и прогноз не связаны напрямую. Поэтому, как замечает, например, Шапиро, «диагностическая фаза» терапии, в отличие от фрейдовского «пробного анализа», завершается не решением о пригодности либо непригодности пациента или метода, а выводами об оптимальных терапевтических условиях (71:23).

Каждая проблема, заставляющая терапевта усомниться в перспективах терапии, может стать и поводом для отказа, и объектом исследования: так, например, алекситимия — серьезное препятствие для психоанализа — в работе с психосоматическим пациентом делается одной из главных «мишеней» процесса. Необходим баланс «селективного» и «адаптивного» подхода. Тем не менее бывают ситуации, в которых терапевт принимает решение об отказе от терапии — по причинам неуверенности в собственных силах, проблем контртрансфера, неудовлетворенности оплатой или каким-либо иным. Если такое решение принято, лучше всего информировать пациента об этом незамедлительно. Отказ станет для него тем менее травматичен, чем меньше успела развиться его зависимость от аналитика. При возможности желательно вкратце объяснить пациенту причины такого решения — во избежание появления у него болезненных фантазий, например: «я вызываю отвращение» или «я неизлечим».

Если у терапевта возникли при этом конкретные представления о том, какая иная разновидность терапии могла бы быть для пациента полезной, следует поставить его об этом в известность. При этом также лучше объяснить свое заключение. Пациент, получающий отказ без объяснений и без альтернативных рекомендаций, нередко чувствует себя безнадежно больным, окончательно отвергнутым и одиноким. В любом случае отказ должен звучать не как «вы не годитесь для данной терапии», а как «данная терапия (терапевт) не годится для вас».

Решение об отказе может быть принято в ходе интервью и самим пациентом: по некоторым данным, в клиниках около 50 % кандидатов в терапию прекращают работу до пятой сессии (19:28). Терапевту едва ли стоит убеждать его в ошибочности такого шага: его выбор и самоопределение следует уважать. Достаточно попросить пациента поделиться чувствами и мыслями, подтолкнувшими его к этому решению: возможно, он согласится обсудить их. На прощание желательно заметить, что, если решение окажется им пересмотрено, встречи будут возобновлены.

## 4. ПЕРЕХОД ОТ ИНТЕРВЬЮ К ТЕРАПИИ

### 4.1. ПОДХОДЫ И ПРИОРИТЕТЫ

Описание начала собственно терапевтического процесса, равно как и методические рекомендации по его ведению, встречается со следующей трудностью: многое зависит от того, на каких теоретических позициях терапевт основывает технику и стратегию своей работы. Существует множество подходов к психоаналитическому лечению, каждый из которых так или иначе накладывает отпечаток на содержание заключаемого контракта, сеттинг, стиль и характер интерпретаций и т. д. Многообразие направлений, техник, представлений о терапевтических факторах, их эволюция на протяжении более чем ста лет описаны, например, в обзорной статье А. Россохина, предваряющей сборник «Антология современного психоанализа» (13). Следует добавить, что за минувшее столетие, по-видимому, ни одна психоаналитическая школа и ни одна техника не доказала однозначно своих преимуществ перед другой.

Важнейшие вопросы стратегии психоаналитического процесса, рано или поздно возникающие перед каждым психотерапевтом, были так сформулированы Рэнджеллом: стоят ли по-прежнему на первом месте в фокусе внимания аналитика сопротивления и защитные механизмы, как полагали, например, Анна Фрейд и Феничел, или пора перейти к провозглашаемому многими специалистами первенству трансфера? Как осуществить выбор между интрапсихическим и интерактивным (или транзакционным) пониманием феномена трансфера и, следовательно, между интрапсихической и интерактивной моделью терапии? Делать ли главный акцент на реконструировании прошлого, или сосредоточить усилия на анализе происходящего «здесь и сейчас» (66:133)?

Главной целью классического психоанализа на раннем этапе была реконструкция прошлого опыта и исследование его интеграции в настоящем. Позднее терапевты стали уделять все большее внимание анализу текущих трансферных переживаний: уже Ференци и Ранк отдавали ему предпочтение. С точки зрения тех, кто начинал исследовать отношения в аналитической диаде, «интерпретационный фанатизм» уводил психоанализ

на путь безэмоциональной интеллектуализации. Повторное переживание травматического опыта в отношениях стало признаваться более действенным терапевтическим фактором, чем сообщение пациенту реконструирующих прошлое интерпретаций.

Появление и развитие теории объектных отношений способствовало дополнительному смещению акцентов и выработке нового подхода к аналитическому процессу. Изменения были во многом обусловлены работами Гилла, поначалу принятыми в психоаналитическом мире неоднозначно, но оставившими глубокий след в большинстве терапевтических техник. Анализ трансфера «здесь и сейчас» Гилл рассматривал как главную техническую задачу и фокус аналитического процесса. Трансфер в понимании Гилла есть основное средство выражения сопротивления, и анализ сопротивлений, в сущности, тождествен анализу трансфера (49). Под влиянием новых идей многие аналитики радикально пересмотрели прежние взгляды: так, Левальд, еще в 60-е годы сосредоточивший внимание на разрешении трансферного невроза, с 1971 года сместил его на процесс взаимодействия с аналитиком как «новым объектом» (10). В целом интрапсихические аспекты происходящего в значительной мере уступили позиции аспектам межличностным.

Приоритет исследований процессов, протекающих «здесь и сейчас», был утвержден в технических подходах Стрэчи и Штерба. Техника Штерба подразумевала формирование и развитие способности к «терапевтическому расщеплению» Эго на переживающую и наблюдающую (переосмысливающую) часть (72). Стрэчи предложил в качестве основного терапевтического средства «мутационные интерпретации» трансфера, ведущие к интроективным изменениям Суперэго и, как следствие, к личностному прогрессу (16).

От работ Стрэчи и Штерба психоаналитическая техника эволюционировала в двух главных направлениях. Первое из них опиралось на традиции Эго-психологии, идущие от Райха, Феничела и других, и подразумевало последовательный и систематический анализ сопротивлений, прежде всего сопротивлений трансферных. Второе направление — «кляйнианское», оно же — направление последователей Стрэчи, делало центральным объектом и инструментом аналитической работы трансфер, который в кляйнианской школе почти вытеснил понятие сопротивления из теории и техники. В фокусе интерпретаций трансфера этой школы оказалась связь между бессознательными фантазиями, тревогой

и защитными механизмами. Аналитику, работающему в кляйнианской технике, тревога открывала прямой доступ к предполагаемым бессознательным фантазиям. Таким образом, кляйнианцы пренебрегли реальной стороной отношений «здесь и сейчас». В то же время Эго-психологи, следуя принципу Феничела, настаивали на необходимости постепенной проработки трансферных явлений от поверхности во все более глубокие слои. Как замечает Россохин, нынешняя аналитическая техника родилась во взаимном влиянии этих двух подходов (13:43).

Современная теория объектных отношений признает эффективность аналитика в качестве «нового объекта», каким его увидел Левальд. Признание интерсубъективности в аналитической ситуации способствовало тому, что терапевты в последние десятилетия все активнее стали обсуждать расширение понятия трансфера и значимость происходящего «здесь и сейчас». В наши дни психоаналитическая техника основывается на диадности. Именно во взаимодействии с пациентом аналитик получает доступ к бессознательным элементам отношений. Таким образом появилась возможность решать глобальные проблемы интерсубъективности, трансфера и контртрансфера.

На раннем этапе психоанализа понятие трансфера охватывало все чувства, мысли, фантазии пациента в отношении аналитика. Впоследствии появилось много пониманий этого феномена; возникла дифференциация переживаний пациента на трансферные и диктуемые реальностью. Эволюцию претерпели и взгляды на контртрансфер. Паула Хайманн положила начало тенденции рассматривать в качестве контртрансферных все чувства терапевта к пациенту: не исключено, что эта позиция стала реакцией на другую крайность — фрейдовскую концепцию контртрансфера. В дальнейшем постклассический взгляд на контртрансфер изменился; новое понимание во многом стало опираться на представления о проективной идентификации и подразумевало под контртрансферными лишь те переживания, которые пациент индуцирует в терапевте. Однако радикальность данного взгляда заставляла опасаться, что анализ станет основываться на материале аналитика в большей степени, чем на материале пациента, и что контртрансферу начнут уделять большее внимание, нежели трансферу и свободным ассоциациям.

По мнению Кернберга, главное разногласие современных психоаналитических школ касается вопроса о том, как надлежит использовать контртрансфер в терапии и следует ли уделять ему внимание

наравне с трансфером. Так или иначе, практически все аналитики ввели в терапевтический процесс исследование собственных аффективных реакций на пациента. Возникла также общая тенденция к применению результатов анализа контртрансфера при формулировании трансферных интерпретаций, что подразумевало признание проективной идентификации как средства бессознательных защитных интеракций (56:663).

В настоящее время, согласно наблюдениям Кернберга, развитие психоанализа происходит в направлении обобщения и синтеза различных аналитических техник. Основные тенденции — систематический анализ сопротивлений характера и их отношения к трансферу, более ранние интерпретации трансферных реакций «здесь и сейчас», более тщательное исследование материала от поверхности вглубь и избегание ранних генетических интерпретаций (56). Противоречия при этом сглаживаются через поиск компромиссов: так, Де Беа и Ромеро, отвечая на вопрос, уделять ли главное внимание настоящему или реконструкциям прошлого, утверждают, что следует интерпретировать трансфер в ситуации «здесь и сейчас» в точке взаимодействия прошлого и настоящего (32).

Анализируя и обобщая современные тенденции, Россохин отмечает: «Психоанализ все больше эволюционирует в направлении интеграции субъект-объектного и субъект-субъектного представлений о взаимодействии аналитика и пациента, интеграции «психологии одной персоны» и «психологии двух персон», а в технической плоскости — интеграции таких казавшихся ранее полностью противоположными инструментов аналитической техники, как интерпретации и взаимоотношения. Такой интегрирующий разные методологические парадигмы экологический подход и должен лежать в основании научного исследования психоаналитического процесса» (13:74).

Новый этап для психоанализа наступил с момента опровержения Вайсом и Сэмпсоном приоритетов фрустрационных техник на основании экспериментальных данных, показавших пользу компенсации фрустраций. Получили дополнительное подкрепление идеи Ференци, который еще в 1932 году писал, что «сугубо профессиональное» отношение к пациенту и слепое следование правилам сами по себе могут не только актуализировать прежние травмы, но и стать причиной новых (40:171). Вайс и Сэмпсон предлагали использовать все возможности, чтобы избежать возникновения у пациента чувства обиды, потери самоуважения, уверенности в себе. К сожалению, как замечают Томэ и Кехеле, комментируя эту позицию, теория

фрустрационной терапии оказалась сильно укорененной в ущерб терапевтической эффективности (18:32-33). Однако в целом за последние десятилетия психоанализ стал склоняться в сторону большей сбалансированности жесткого профессионализма с человечностью, отходить от псевдонаучного идолопоклонства. В частности, концепции нейтральности, абстиненции, анонимности в значительной мере утратили классическую категоричность. В последующих главах эта тема будет раскрыта более широко.

## **4.2. ВЫБОР ЦЕЛЕЙ И МЕТОДОВ**

Принцип, сформулированный Александером и Френчем, гласит: терапевт составляет о пациенте общее представление и в соответствии с ним направляет психоаналитический процесс. Какой путь он выбирает, соотнеся материал пациента с собственными теоретическими знаниями и методологическими позициями и приняв решение в пользу терапии?

Базовый вопрос, ответ на который приходится искать заново в каждом отдельном случае (или на все случаи раз и навсегда), поставлен следующим образом: следует ли обозначать перед работой с пациентом конкретную цель или сделать целью психоаналитический процесс как таковой? Эта проблема особенно актуальна для классического психоанализа. Если намечается цель, существует риск того, что она была выбрана ошибочно, и, возможно, лучше просто следовать за пациентом, предоставив тому свободу, то есть предпочесть второй вариант. Но если процесс становится самоцелью, конечный анализ с высокой вероятностью превращается в бесконечный (28).

Я буду исходить из того, что показания к психоаналитическому вмешательству определяются некими целями. Если терапевт рекомендует пациенту несколько сессий в неделю, следовательно, он полагает, что тот способен достичь столь глубоких структурных изменений, что его жизнь улучшится в самых разных аспектах. Если этого не требуется, возможно, работа с ним может быть успешно проведена в менее жестком режиме.

Существуют различные классификации методик психоаналитического процесса. Традиционно выделяется классический психоанализ и наряду с ним несколько разновидностей психотерапии. Психоаналитическая психотерапия делится по критерию продолжительности на пролонгированную и краткосрочную (фокальную); по техническим

критериям — на экспрессивную и поддерживающую. Есть также менее популярная дифференциация психотерапий на психоаналитическую и психодинамическую (обыкновенно эти понятия синонимичны: см., например, (19)). Первая занимается материалом невротического конфликта и лежащей в основе последнего невротической структурой личности, что предполагает использование регрессии, анализ трансфера и сопротивлений. Вторая — форма терапии актуальных конфликтов с сужением целей лечения и ограничением регрессивных тенденций, что сближает ее с терапией фокальной (17:294—295).

Классический психоанализ, согласно определению Гилла — это техника, применяемая нейтральным аналитиком, ведущая к развитию регрессивного трансферного невроза и его окончательному разрешению при помощи одних лишь интерпретаций (48:773). Психоанализ предполагает объем работы более 300 сессий, не имеет определенной цели и почти не принимает во внимание симптомы (9:273). (Уже из данного определения очевидно, сколько проблем существует по сей день в связи с соотносительностью диагноза и оптимальной формы терапии: так, симптоматика истерии — «главной мишени» классического психоанализа — в большинстве случаев делается ведущим показанием к применению именно этого метода). В настоящее время о задачах психоанализа говорят не столько как о терапии психики, сколько как об ее исследовании, однако за ним признается возможность осуществления ее глубоких структурных изменений (48:775).

Классический психоанализ, как правило, рекомендуется для «здоровых» пациентов с относительно немодифицированным (здоровым) Эго, к которым может быть применена техника интерпретации (1:173). В терминологии Эриксона «здоровье» означает наличие базового доверия, высокой степени автономии и надежного чувства идентичности. В наиболее интенсивном варианте (4-5 сессий в неделю, кушетка) психоанализ используется обыкновенно при стремлении пациента полностью понять свою личность ради достижения максимально возможного уровня роста и жизненных перемен (12:97).

Согласно определению Кернберга, психоанализ показан пациентам с невротической личностной организацией, нарциссическим личностям, если они не функционируют на выраженном пограничном уровне, а также личностям со смешением инфантильных и истерических черт. Минимальные требования к пациенту состоят в следующем: нормальный интеллект,

умеренная патология объектных отношений, отсутствие серьезных асоциальных тенденций, адекватная мотивация и способность к самонаблюдению. Кернберг замечает также, что психоанализ может быть рекомендован и пограничным пациентам при условии некоторой степени интеграции Суперэго и уровня развития отношений, позволяющего существовать невротическим формам трансфера. Способность пациента устанавливать дифференцированные и глубокие отношения снижает риск того, что примитивный трансфер разрушит аналитическую ситуацию (7:211-213).

В отличие от психоанализа психоаналитическая терапия представляет инструмент не столько исследовательский, сколько лечебный, и предназначена для пациентов, не готовых взять на себя обязательства относительно высоких затрат времени, денег и эмоциональных сил (12:98). Структурные изменения с помощью психоаналитической терапии обычно не достигаются: она дает результат благодаря активному влиянию трансфера или посредством трансформации защитных механизмов (48:775). Она также в меньшей степени ограничена жесткими техническими правилами: пациенты со значительными структурными дефектами Эго требуют модификаций классической техники. Чем эти дефекты глубже, тем востребованнее оказываются иные технические средства помимо интерпретаций (1:173). Симптомы в психоаналитической терапии рассматриваются в связи с конфликтами; объем процесса составляет обыкновенно до 300 сессий (9:273). Частота сессий может варьировать достаточно гибко.

Экспрессивная терапия чаще всего бывает рекомендована для пограничных пациентов, которые, как правило, плохо поддаются классическому психоанализу и поддерживающей терапии. Противопоказаниями к ней служат антисоциальный тип личности, отсутствие контроля над саморазрушительным поведением и неспособность к соблюдению контракта (7:214). Основными задачами работы являются: установление безопасных границ, проговаривание контрастных эмоциональных состояний, интерпретация примитивных защит по мере их проявления в отношениях, поддержка индивидуации и препятствование регрессии (12:112-121).

Поддерживающая терапия обычно называется в качестве средства, рекомендуемого для пациентов психотического уровня, с глубоким дефицитом Эго и нарушением основных функций. Кернберг предлагает

применять ее в случаях неадекватной пограничной личности, тяжелых патологий характера и хронических асоциальных тенденций, а также в случае неспособности пациента к соблюдению условий контракта (7:217). Однако поддерживающая терапия может также использоваться для вполне здоровых и адаптированных пациентов, чье состояние ухудшилось в связи с чрезвычайными жизненными событиями. Задача ее состоит не столько в достижении личностных изменений, сколько в воссоздании и поддержке наилучшего уровня функционирования в прошлом. Главными методическими принципами являются укрепление стабильных отношений, поддерживающая атмосфера, «передача Эго взаимы». Действия терапевта при этом носят характер скорее организующий, чем побуждающий пациента исследовать свой внутренний мир (19:149-155). Первым аспектом поддержки становится демонстрация терапевтом своей надежности и открытости; вторым — его просветительская роль. Интерпретируются в первую очередь чувства и жизненные стрессы (12:100-109).

Краткосрочная (фокальная) терапия подразумевает фокусный анализ центральной проблемы и используется обыкновенно при наличии основной специфической жалобы. Она предполагает наиболее высокий уровень терапевтической активности. Акцент при этом делается на главном симптоме; поиск центрального конфликта ведется через исследование травматических воспоминаний, сновидений, повторяющихся поведенческих паттернов. Основная цель фокальной терапии — достижение поведенческих изменений в определенной области конфликта. Побочные конфликты в расчет не берутся, если речь идет о лечении пациентов, страдающих относительно легкими и хорошо изученными формами расстройств (классическими неврозами). Главным показанием в пользу фокальной терапии является адекватная мотивация и готовность пациента не уклоняться от признания и анализа центрального конфликта (9:272). Залогом успеха процесса служит хороший эмоциональный контакт. Фокальная терапия противопоказана в случаях тяжелых депрессивных состояний, наличия психотических эпизодов, склонности к отыгрыванию, нарко- и токсикомании, суицидоопасного поведения, использования примитивных защитных механизмов (19:125). Длительность фокальной терапии составляет от 10 до 30 сессий (9:273), по другой версии — от 10 до 20, в отдельных случаях до 40 сессий при частоте встреч 1 раз в неделю (19:128).

Добавим, что, как замечает Кернберг, критерии показаний к тому или иному виду психоаналитического лечения не всегда опираются на исключительно диагностические определения. Иногда внешние факторы заставляют отказаться от оптимальной формы терапии в пользу более доступной: например, факторы социального плана. Однако когда терапевт делится с пациентом соображениями по поводу недоступности оптимальной методики вследствие подобных причин, он тем самым нередко мобилизует пациента к преодолению возникших затруднений (7:211).

Вопрос классификации способов психоаналитического вмешательства и их соотносённости с личностными особенностями пациента, однако, ясен лишь на первый взгляд: некоторые аспекты этой проблемы уже затрагивались мною в разделе 3.5.2. Следует иметь в виду, что на самом деле четкая дифференциация понятий «психоанализ» и «психоаналитическая терапия» возможна в определении, но весьма затруднена на практике. Такова одна из причин, по которым я предпочел в заглавии настоящей работы использовать понятие «психоаналитический процесс».

Куттер отмечает существование двух точек зрения по поводу взаимоотношений психоанализа и психоаналитической терапии в различных модификациях. Сторонники одной из них, более популярной, заявляют, что речь идет о качественно разных методиках: принципиальные различия, служащие в данном случае аргументами, были описаны выше в настоящем разделе. Добавляется также, что психоанализ предполагает активное сотрудничество пациента, в то время как в психотерапии ему отведена скромная и пассивная роль «больного». Сторонники другого взгляда утверждают, что психоаналитическая психотерапия отличается от психоанализа лишь меньшей длительностью, меньшей частотой сессий и большей сфокусированностью на конкретной проблеме. Сам Куттер видит различие в том, что в задачи психотерапии не входит тотальная ревизия внутреннего мира личности: исследованию подлежат лишь те аспекты психики, которые имеют значение для устранения симптома. Единственным показателем эффективности в этом случае делается состояние и самочувствие пациента (9:270-271).

Рэнджелл выдвигает следующий главный критерий для различения психоанализа и психоаналитической терапии: в психоанализе центральной задачей является создание условий для развития, анализа и интерпретативного разрешения трансферного невроза. В психотерапии не ставится акцент на трансферном неврозе и работе с ним; соответственно

терапевт может проявлять большую гибкость в выборе техник влияния, может научить пациента, доказать свою точку зрения, укрепить уверенность и т. д. (14:226). Однако он же замечает, что за годы деятельности Комитет по оценке психоаналитической психотерапии, созданный в 1947 году при Американской психоаналитической ассоциации, не смог выработать даже точку отсчета для соглашения по поводу определений психоанализа и психоаналитической терапии. Оба метода ориентированы на лечение психики психологическими средствами, то есть на наблюдение за энергетическими силами психического аппарата, их использование и изменение; обе дисциплины представляют разновидности рациональной психотерапии, основанные на понятиях «бессознательного», «вытеснения», «роли инфантильного невроза» и т. д. (14:220, 222-223).

Как отмечают Томэ и Кехеле, ссылаясь на Уайетта, порой до конца лечения невозможно сказать, является ли происходящее в кабинете «подлинным» психоанализом или «настоящей» психотерапией. По словам этих авторов, ортодоксия психоанализа пышно разрастается за столами конференций — на практике же аналитик движется вдоль континуума, в котором нельзя провести четких демаркационных линий. Образцовая базовая техника есть не что иное, как фикция, созданная для образцового (то есть несуществующего) пациента (17:79). Также Айссерлер замечает, что классическая техника психоанализа подразумевает интерпретацию как ведущий и даже исключительный инструмент, но эта техника не используется в «чистом» виде: ни один пациент никогда не проходил процедуру, состоящую только из интерпретаций (35:223,228).

Столь же размытыми оказываются на практике границы различных форм психотерапии. Так, экспрессивная терапия немыслима без поддерживающего компонента отношений, а поддерживающая нередко включает элементы экспрессивной, например, интерпретации защит. Добавлю, что вряд ли будут достаточно обоснованными попытки дать определение технике на основе физических параметров процесса (например, использования кушетки) или параметров количественных (продолжительности лечения, частоты встреч и т. д.). И те, и другие значимы лишь как факторы обеспечения оптимальных условий для приложения определенных теоретических и технических принципов. Если в ходе фокальной терапии на вскрытие и проработку центрального конфликта потребуется не 30, а 60 или даже 100 часов, она не утратит по одной этой причине фокального характера. Также Гилл указывал, что некоторые

аналитики успешно работают с пациентами с частотой трех сессий в неделю лицом к лицу в более классической технике, нежели те, кто придерживается кушетки и пяти еженедельных встреч (48:775).

Все, что сказано до сих пор о стандартизации понятий «психоанализа» и «психоаналитической терапии», можно повторить и по поводу стандартизации технических правил этих процедур. Согласно замечанию Куинера, чрезмерный энтузиазм в отношении стандартной техники ведет лишь к ее некритичному использованию (60:261). Действенность правил на практике приходится обосновывать заново для каждого нового пациента, задаваясь вопросом: обеспечивают ли ему существующие правила и нормы оптимальные условия для благоприятных изменений?

Абсолютизация психоаналитических правил может иметь много причин. Сюда относится и встречающаяся подчас слепая вера в авторитеты, и жесткость подхода к обучению специалистов, и потребность терапевта в безопасности и профессиональной идентичности. Строгое следование правилам и параметрам нередко объясняется тем, что многие рассматривают их именно как правила, а не как средства наиболее конструктивного ведения терапии. Стандартизация необходима для сравнения и обобщения клинических данных, но не для того, чтобы подгонять пациента под прокрустово ложе теории и техники. Критерии эффективности правил разработаны слабо, и они иногда оправдываются не извлекаемой из них пользой, а своей укорененностью в психоаналитической теории и традиции.

В современном психоанализе все больше укрепляется тенденция варьировать правила, приводя их в соответствие с ситуацией и особенностями личности пациента; применять их гибко, соотнося с терапевтическими целями. Психоаналитическая техника эволюционирует в направлении большей, чем прежде, «человечности» отношений и способна адаптироваться к каждому отдельному случаю. Ниже этот вопрос будет рассмотрен более подробно.

#### **4.3. ВЫРАБОТКА СЕТТИНГА И ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОНТРАКТА**

Если терапевт и пациент по итогам предварительного интервью пришли к обоюдному решению о целесообразности психоаналитического сотрудничества, следующим шагом делается установление сеттинга и

заключение терапевтического контракта. Под сеттингом понимается совокупность границ рабочего процесса. Терапевтический, или психоаналитический, контракт подразумевает сговоренность этих границ в устной или письменной форме.

Границы терапии — это условия, гарантирующие каждому из участников терапевтической диады постоянство отношений и сохранение их рабочего характера. Для разных категорий пациентов они могут быть различны. Поэтому психоаналитический контракт не сводится к строго определенной схеме: каждый терапевт заключает его с каждым пациентом индивидуально, исходя из конкретной ситуации. Однако в большинстве случаев контракт учитывает согласие пациента на следование «основному правилу психоанализа» и договоренность о трех видах границ терапии — временных, физических и финансовых.

Будучи оговорены контрактом, эти границы призваны сохранять постоянство терапевтической ситуации при соблюдении интересов обеих сторон. Постоянство необходимо как фон, на котором проявляется и отслеживается динамика процесса. Изменения сеттинга могут быть продиктованы необходимостью, но такие ситуации следует отличать от нарушений сеттинга в результате манипуляций пациента или терапевта.

1. Согласие на следование «основному правилу» подразумевает, что пациент ознакомлен с понятием свободных ассоциаций, понимает их роль в терапевтическом процессе и не возражает против использования данной методики. Оно не означает, что пациент будет в состоянии немедленно начать это правило выполнять. Поэтому, объясняя суть последнего, терапевт может подчеркнуть, что такая процедура не всегда легка и что способность к свободному ассоциированию обыкновенно развивается в ходе терапии. В рамках раздела, посвященного контракту, я не стану детально освещать эту проблему, однако вернусь к ней в следующей главе.

2. Временные границы терапии определяют время начала и окончания каждой рабочей сессии в отведенный для нее день. Как правило, частота и продолжительность сессий определяются терапевтом; время их начала устанавливается на основе взаимной договоренности. В дальнейшем важным терапевтическим фактором будет постоянство этих условий: неизменное время и периодичность.

Частота сессий может составлять от 1 до 4-5 в неделю, в зависимости от стоящих перед терапией задач. Критерии выбора этого параметра бывают различны. Как правило, при классическом психоанализе она максимальна,

при экспрессивной психотерапии составляет 2-3 раза в неделю, при поддерживающей — варьируется. Для краткосрочной терапии рекомендуемая норма — 1 сессия в неделю. Высокая частота способствует активному развитию трансфера и регрессивных тенденций, поэтому обыкновенно она снижается пропорционально увеличению степени нарушений пациента (частота тем ниже, чем более глубока патология). Иногда частота может меняться на разных этапах терапии: такие вариации предусматриваются «техникой нерегулярных сессий». В этом случае сессии проводятся реже, когда требуется повышение эмоциональной вовлеченности пациента, и чаще — при необходимости снижения его тревоги (1:159).

Как уже упоминалось, понятие классического психоанализа само по себе не определяет высокой частоты сессий: скорее следует говорить о том, что целесообразность 4—5 встреч в неделю и вытекающая из нее договоренность подводит процесс под определение «классического».

В настоящее время столь высокая частота практикуется лишь в редких случаях. Кроме ситуаций стремления пациента к глубокому исследованию своей личности (см. главу 4.2) она используется при работе с людьми, которые с трудом формируют эмоциональные и когнитивные связи между сессиями, тем самым замедляя развитие отношений. Если пациент между сессиями не прерывает интроспективных процессов и способен к постепенной интернализации взаимодействия с терапевтом, высокая частота не обязательна, а в некоторых случаях даже вредна (17:360).

Продолжительность сессии теоретически мало обоснована и скорее традиционна: во всем психоаналитическом мире она, как правило, составляет 45 или 50 минут. Такой отрезок времени признается необходимым и достаточным для очередного шага исследования и инициации терапевтических компонентов взаимодействия. Нередко пациенты жалуются, что отведенного времени им не хватает. Большинство аналитиков и этом случае подходит к проблеме с определенной ригидностью, с позиций «традиции», и не соглашается на удовлетворение запроса. Когут писал по данному поводу: «На ранних стадиях пациенты боятся длительности анализа... Создается впечатление, что в некоторых случаях за их жалобами прячется... страх перед длительным изменением направления потока энергии на противоположное (интроспективное). Тот же дискомфорт, возможно, испытывают некоторые аналитики, и в результате этого мы не решаемся исследовать результаты увеличения

продолжительности интроспекции, в частности, эффективность увеличения продолжительности аналитических часов» (57:468). По-видимому, в каждом случае стоит подходить к этому вопросу индивидуально, принимая во внимание как потребности пациента, так и собственные возможности. Так, прежде я иногда работал с пациентами сдвоенными сессиями (по 90 минут), но оставил эту практику, поскольку в последние 30 минут моя усталость слишком сильно вмешивалась в процесс.

3. Физические границы терапии определяют место, в котором происходят рабочие встречи (кабинет терапевта), и описывают диспозицию терапевта и пациента внутри кабинета: например, их положение в креслах лицом к лицу, или положение пациента на кушетке, а терапевта за ее изголовьем. Непременное использование кушетки при ведении классического психоанализа — один из элементов психоаналитической ортодоксии, который в настоящее время пересматривается многими специалистами и уже не абсолютизируется большинством из них. Причиной такого пересмотра стало понимание психоаналитической терапии как процесса взаимодействия. Несмотря на преимущества, которые дает позиция терапевта вне поля зрения пациента, в ряде случаев она может наносить ущерб отношениям, усиливая у человека на кушетке ощущение эмоциональной холодности собеседника, брошенности и т. п.

Стоит помнить, что Фрейд в свое время предлагал пациентам ложиться на кушетку прежде всего потому, что не выносил, по его собственному признанию, когда на него смотрят по несколько часов в день. Фрида Фромм-Райхман учитывала этот факт, отстаивая технику терапии «лицом к лицу» (47:11). Во всяком случае кушетка считается средством, противопоказанным в некоторых ситуациях работы с подростками и пограничными пациентами, а также в терапии больных шизофренией — при необходимости контролировать трансфер и ограничивать регрессивные тенденции. В конечном счете оптимальная диспозиция должна выбираться терапевтом индивидуально, в зависимости от личностных особенностей пациента, целей и стратегии терапии.

4. Финансовые границы терапии определяют размер оплаты и порядок ее внесения. Некоторые аспекты этого вопроса затрагивались выше, в разделе 3.5.4. Размер оплаты устанавливается с учетом как потребностей терапевта, так и возможностей пациента, оговариваясь, как правило, в каждом случае отдельно (хотя во многих консультативных и лечебных заведениях существуют и фиксированные расценки на услуги специалиста).

Пациенту следует дать понимание того, что выплачиваемая сумма должна обладать для него самой определенной значимостью, хотя и не быть настолько высокой, чтобы провоцировать тревогу. Если пациент, по его собственной оценке, «недоплачивает» аналитику, он иногда не поддается лечению: в частности, интерпретации могут долгое время не давать эффекта. Левенштайн подчеркивал, что, хотя гонорар сам по себе не имеет терапевтического значения, пациент может бессознательно использовать факт «недоплаты» в целях сопротивления (11:151).

Обыкновенно оплата вносится пациентом непосредственно в начале рабочей встречи или на момент ее завершения. Последний вариант практикуется реже: если пациент в конце сессии, например, обнаруживает, что забыл дома кошелек, обсуждение ситуации оказывается вынужденно переносимым на следующую встречу. Как правило (в соответствии с традицией), он платит отдельно за каждую сессию: таким образом, его отношения с терапевтом включают компонент непрерывного взаимобмена. Возможны, однако, ситуации, когда оплата производится по неделям или по месяцам.

Мысли, чувства, фантазии пациента, связанные с оплатой терапии, могут стать ценным источником материала, открывающего путь к его конфликтам и патологиям отношений. Оплата вызывает сопротивление всегда и у всех, так как, согласно устному замечанию Гарольда Стерна, «родитель не берет с ребенка денег за любовь». С деньгами могут быть связаны проблемы эмоциональной сферы (деньги нередко выступают как заменитель чувств, например, у людей, занятых крупным бизнесом), владения и отдачи, чувства вины и т. д. Если пациент внешне не придает оплате значения или даже заявляет: «Я могу платить сколько угодно!» — то это часто свидетельствует о сильном сопротивлении данной стороне отношений. Он таким образом обесценивает то, что отдает за услуги терапевта, а отсюда порой вытекает и девальвация самих услуг.

Как правило, договорившись с пациентом о размере гонорара, терапевт предлагает раз в год (в случае пролонгированного процесса) возвращаться к обсуждению этой темы. Повышение оплаты обыкновенно производится в случаях значительного улучшения состояния пациента и роста его доходов. Иногда оно целесообразно, напротив, как средство вывести терапевтический процесс из временной стагнации. Понижение в большинстве случаев избегается, но может быть предпринято в отдельных кризисных ситуациях, например, при объективно необходимых пациенту

крупных финансовых затратах (болезнь близкого человека) или потере материальной поддержки третьей стороной.

Нередко пациенты сами на определенном этапе терапии предлагают увеличить гонорар. Наиболее разумным в такой ситуации будет попытаться понять мотивы предложения и реагировать в соответствии с этим пониманием. Так, терапевт может оценить данное желание пациента как проявление готовности к повышению самооценки и поощрить его согласием. В некоторых же случаях лучше ограничиться обсуждением: например, если терапевт сознает, что в предложении присутствует элемент манипуляции или что оно представляет попытку заглушить чувство вины.

Столь же гибко имеет смысл подходить и к проблеме попыток неденежного вознаграждения, то есть подарков со стороны пациента. Традиционная аналитическая позиция предписывает терапевту лишь обсуждать с пациентом эти попытки, рассматривая их как манипулятивные или выводящие отношения за рамки «чисто рабочих». Однако ригидность данного подхода придает восприятию терапевтом пациента параноидный оттенок. Если пациент желает подарить терапевту, допустим, сувенир или букет в знак искренней признательности за хорошо выполненную работу, отказ может просто обидеть его. Кроме того, принятие подарка не исключает возможности обсуждения, и обыкновенно пациенты охотно идут на него, особенно если подарок наглядно символичен.

В некоторых случаях особой проблемой становится необходимость оплаты сессий, пропускаемых пациентом. Эту необходимость желательно не только обозначить, но и объяснить, например, следующими словами: «Вы платите за один час моего рабочего времени. При этом вы вправе использовать его как угодно, в том числе и заставить меня провести его, не работая».

Обыкновенно я сообщаю пациенту, что пропускаемая сессия подлежит оплате, если я не был поставлен в известность о предстоящем пропуске или если был извещен о нем менее чем за сутки. Резон такого условия состоит в том, что, зная о пропуске заранее, я могу предложить освобождающееся время другим пациентам, и мой рабочий час не теряется даром. В подавляющем большинстве случаев это пожелание не встречает возражений. Бывает и так, что, вооружившись данным правилом, пациент начинает пропускать одну сессию за другой, всякий раз предупреждая об этом «заблаговременно». В такой ситуации целесообразно пересмотреть и дополнить соглашение: например, условиться, что оплате не подлежат

только те сессии, пропуски которых связаны с физическими заболеваниями пациента, или даже что оплачиваться должны все сессии без исключения. Следует иметь в виду, что с пациентом, обладающим манипулятивными тенденциями, финансовая сторона отношений должна быть оговорена с особой тщательностью, так как деньги могут стать мощным инструментом манипуляции. В этом случае стоит поднять, например, вопросы о недопущении задолженностей или превышения последними определенных сумм, о ситуациях, в которых размер гонорара может подвергаться пересмотру, и т. п.

Помимо перечисленных (обязательных) пунктов, психоаналитический контракт может учесть заранее многие обстоятельства, ожидаемые или просто возможные в предстоящей работе. Наиболее часто с пациентом оговариваются следующие вопросы: телефонные и иные внеплановые контакты, перерывы в терапии в связи с отпусками или командировками, взаимодействие терапевта с родственниками пациента и отыгрывание, в том числе принятие одностороннего решения о прерывании терапии.

5. Внеплановые контакты в большинстве случаев рассматриваются как нежелательные. Обычно этот пункт включается в контракт, если пациент демонстрирует тенденцию к ним, например, спрашивает, нельзя ли после сессии прогуляться с терапевтом по улице и побеседовать «просто по-человечески». Он испытывает потребность в «чисто человеческой», непрофессиональной коммуникации, поскольку ищет отношений, а не только избавления от симптомов. В подобной ситуации следует мягко и тактично ограничить его, дав понять, что взаимодействие такого рода способно оказать на терапию негативное влияние и что общение в кабинете ни в коем случае не лишено «человеческого» компонента. Однако иногда потребность во внеплановом контакте имеет смысл удовлетворить в допустимых рамках — например, дав пациенту разрешение позвонить терапевту при возникновении суицидных намерений или для снятия тревоги. Моя пациентка, отличавшаяся крайне высоким уровнем магичности мышления, одно время периодически звонила мне под разнообразными предложениями, пока не удалось выяснить: она делала это всякий раз после возникновения фантазий о моей смерти. Ужас, охватывавший ее при этом, был невыносим; ей следовало немедленно услышать мой голос, чтобы убедиться, что я жив. В каждом случае, чтобы принять решение о допустимости или недопустимости внепланового контакта, необходимо

понять, какого рода аффекты скрываются за потребностью в дополнительной сессии или телефонном звонке.

6. Перерывы в терапии (при ее пролонгированном характере) неизбежны хотя бы потому, что терапевту необходим отдых. Лучше всего информировать пациента о предстоящих отпусках и планируемых отъездах в самом начале работы, затем — заблаговременно до перерыва — напомнить об этом и спросить о возникающих в данной связи мыслях и чувствах. Обыкновенно я делаю такое напоминание за время, равное продолжительности будущего перерыва. Реакция на предстоящую сепарацию должна быть всесторонне исследована, поскольку она может оказаться очень интенсивной — особенно у пациентов с глубокими нарушениями. Таким пациентам, чей уровень тревоги, как правило, весьма высок, лучше ответить на возникающие вопросы — например, куда именно уезжает терапевт. Знание о местопребывании последнего нередко становится для пациента залогом чувства сохранения отношений, своего рода средством внутренней связи. Точно так же имеет смысл заранее узнать об отпусках и командировках самого пациента — по крайней мере для того, чтобы иметь возможность планировать собственное время.

7. Взаимодействие с родственниками. «Идеальная» модель терапевтического процесса подразумевает, что контакты терапевта с родственниками пациента в любой форме стопроцентно исключены и что сам пациент не говорит своим близким ни слова о происходящем в аналитическом кабинете. Разумеется, реальность всегда оказывается не столь проста. Прежде всего нередко уже в начале взаимодействия пациент интересуется, можно ли обсуждать ход лечения в своей семье, не хочет ли терапевт лично побеседовать с его родителями, партнером по совместной жизни или другими значимыми людьми.

Проблемы, способные возникать в терапии в связи с родственным окружением пациента, уже затрагивались в разделе 3.5.4. Принцип, которым следует руководствоваться терапевту, — обращение с этими проблемами с предельной осторожностью, в соответствии с этическими нормами и с наибольшей пользой для пациента. В целом лучше всего дать последнему понять, что вовлечение его семьи в аналитические отношения, равно как и предоставление его близким подробных сведений о ходе терапии, излишне. В большинстве случаев родственники не рассматриваются терапевтом и как источник информации: он исходит лишь из того материала, который приносит ему сам пациент. В трансферных реакциях будут проявлены все

особенности его отношений с людьми: конфликты, манипуляции, провокации, любовь, ненависть и т. д.

Общее правило воздержания от контактов с родственниками, однако, не носит императивного характера. Томэ и Кехеле называют три основные ситуации, в которых приходится решать вопрос о возможности и допустимости таких контактов: предварительное интервью, экстремальные обстоятельства и сам процесс лечения. Они же замечают, что в некоторых случаях привлечение членов семьи может способствовать терапии за счет расширения базы наблюдений, притока новой информации и возможности уделять больше внимания межличностным отношениям. Таким образом, эти контакты могут иметь как диагностическую, так и терапевтическую значимость (17:281).

Как упоминалось выше, взаимодействие с родственниками может оказаться необходимо в исключительных обстоятельствах — например, при тяжелом заболевании или угрозе суицида. В этом случае следует заранее поставить пациента в известность о возможности такого взаимодействия.

Контакты с семьей могут потребоваться также, если сам пациент не может сообщить анамнестическую информацию, которая позволила бы поставить диагноз, или склонен к опасному для себя или других отыгрыванию при ослабленном самоконтроле. В последней ситуации он должен быть поставлен в известность, что терапевт оставляет за собой право обратиться к родственникам и близким без его согласия.

Вступая с родственниками в контакт, следует иметь в виду, что и у них терапевтическая ситуация оживляет некие инфантильные паттерны. Поэтому терапевт обязан тщательно взвешивать, что и в какой форме может быть им сообщено, и учитывать, в частности, что эта информация может затем передаться пациенту с определенными искажениями. Во многих случаях лучше самому известить его о содержании проведенной беседы.

8. Отыгрывание вовне, то есть претворение в действие тенденций, желаний, фантазий вместо их проговаривания в кабинете, в какой-то мере неизбежно для каждого пациента. Оградить от него терапию на сто процентов — задача невыполнимая. Так, одной из наиболее распространенных форм отыгрывания являются рассказы о своем анализе в кругу родственников и друзей. Некоторые терапевты изначально предъявляют пациентам требование ни с кем не обсуждать ход терапии. Это условие, во-первых, не может быть соблюдено абсолютно, во-вторых, оно создает ненужный стресс. Как отмечалось выше, третья сторона

присутствует в аналитических отношениях всегда. Родственники, полностью лишенные информации о происходящем, могут начать оказывать на пациента давление, активно искать контакт с терапевтом и т.д. — вплоть до открытого противодействия процессу.

Самым разумным решением в такой ситуации, по-видимому, будет предоставление пациенту возможности не исключать близких людей из своего терапевтического опыта абсолютно. Главным для него окажется нахождение оптимального баланса между объемом закрытой для родственников информации и объемом информации, которая может быть им сообщена. Такой баланс способен уберечь окружение пациента как от излишней тревоги, так и от соблазна активно вмешаться в ход терапии. Терапевт может помочь пациенту найти его, например, следующими словами: «Вы не обязаны хранить происходящее здесь в секрете, но помните, что в ваших интересах обсуждать это прежде всего со мной».

В соответствии с идущей от Фрейда традицией некоторые психоаналитики предписывают пациенту в течение терапии воздерживаться от любых радикальных перемен в своей жизни: бракосочетаний и разводов, смены профессии, места жительства и т. п. Делается это отчасти для того, чтобы не нарушалось единообразие «жизненного фона», на котором отслеживается динамика происходящего в анализе, отчасти — чтобы застраховать терапию от возможного патогенного отыгрывания. Однако подобные ограничения свободы пациента могут приносить больше вреда, нежели пользы, создавая у него чувство «связанности» и активизируя сопротивление. Кроме того, выполнение такого условия в наше время едва ли реально — тем более в современной России, где трудно гарантировать постоянство жизненной ситуации даже на относительно близкое будущее. Обсуждение жизненных перемен в большинстве случаев вполне может дополнять эти перемены вместо того, чтобы подменять их. Другие формы отыгрывания обычно специально оговариваются в рамках контракта, если терапевт чувствует реальный риск их деструктивного влияния на терапию: например, опасность причинения пациентом вреда себе или окружающим, антисоциальных действий и т.д.

Особая разновидность отыгрывания — прерывание пациентом терапии. Иногда возможность появления у него такого желания стоит оговорить заблаговременно, например, если в его личной истории прослеживается тенденция к разрушению отношений. В других случаях следует подумать, надо ли это делать, поскольку разговор на данную тему

может стать для пациента своего рода «программированием». Если терапевт приходит к выводу, что этот вопрос необходимо обсудить, он может предложить пациенту рассказать, что, на его взгляд, могло бы в будущем воспрепятствовать продолжению работы, и договориться с ним на такой случай о нескольких дополнительных встречах — для обсуждения ситуации и во избежание принятия импульсивных решений.

Стоит добавить, что отыгрывание чаще всего понимается специалистами как фактор сугубо негативный. Однако под влиянием теории объектных отношений традиционное понимание этого феномена существенно изменилось: еще Балинт показал это на примере случая своей пациентки, перекувырнувшейся через голову во время сессии (3:171-172). Феноменология отыгрывания как вовне, так и внутри аналитической ситуации крайне разнообразна, и его необходимо исследовать в контексте трансфер-контртрансферного взаимодействия. Его функции могут носить как злокачественный, так и доброкачественный характер. Следует иметь в виду, во-первых, что поведение пациента всегда отчасти определяется влиянием личности аналитика и ходом терапии; во-вторых — что позитивные перемены в его жизни (трудоустройство, обзаведение семьей) есть не что иное как отыгрывание, то есть реализация неких потребностей вместо их «чистого» проговаривания. Запрещать пациенту делать что-либо без предварительного обсуждения обычно бессмысленно, а в некоторых случаях и вредно.

В заключение добавлю, что бывают обстоятельства, в которых тщательная предварительная оговоренность всех деталей терапевтических отношений действительно необходима — например, при работе с личностями пограничного уровня с характерной для них тенденцией к патогенному отыгрыванию и дестабилизации. Но порой лучше все же не ограничивать поведение пациента заранее множеством правил и барьеров, а обсуждать его действия по мере их проявления. Так, с одной стороны, можно изначально включить в контракт договоренность об оплате пропущенных сессий, и тогда отказ пациента их оплачивать станет лишь нарушением условий сотрудничества. С другой — можно рассмотреть этот отказ как сопротивление и сделать его объектом аналитического исследования. Надо иметь в виду и то, что терапия может испытать на себе влияние множества факторов, зачастую непредсказуемых — как субъективных, так и внешних. В этих условиях предпочтительны гибкие рамки отношений. Пациент, не

чувствующий себя связанным узами контракта по рукам и ногам, с меньшей вероятностью решит их однажды разорвать.

#### **4.4. ФОРМИРОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА**

##### **4.4.1. Понятие помогающего и терапевтического альянса**

Традиционное значение слова «альянс» — «содружество», «сотрудничество». В современном психоанализе под альянсом понимается союз терапевта и пациента, заключаемый в интересах аналитического процесса; при этом различают альянс «помогающий» (определение Люборски) и «рабочий» (Гринсон), или «терапевтический» (Штерба). Помогающий альянс, предшествующий рабочему, подразумевает, что в начальной фазе терапии аналитик помогает пациенту привыкнуть к необычной для него ситуации, дает надежду и поддержку в развитии определенных умений и навыков. Это не равнозначно внушению иллюзий и зависимости. Роль терапевта в формировании «помогающего альянса» всегда частично опосредуется чем-то, объединяющим его с пациентом: единством для обоих законов природы и общества, жизни и смерти — то есть тем, что лежит за рамками его профессиональной роли (18:68-69). Создание этих отношений является первой целью терапии: они — та основа, на которой впоследствии будет достигаться альянс рабочий. Блэкорт описывал эту стадию как «психоаналитический медовый месяц» (29:759). По ее завершении ход процесса станет определяться взаимодействием рабочего альянса и развившегося трансферного невроза (64:25).

Понятие Гринсона «рабочий альянс» (5:56-59) во многом аналогично «терапевтическому альянсу» Штерба. Под терапевтическим альянсом Штерба понимал компонент отношений в диаде, возникающий между Эго терапевта и «наблюдающим Эго» пациента, отщепленным от Эго «переживающего». Эта сторона отношений — «разумная», то есть относительно свободная от трансферных реакций и связанных с ними сопротивлений. Согласно Сандлеру с соавторами, она основана на сознательном желании пациента сотрудничать с терапевтом и на его готовности пользоваться помощью последнего в преодолении неизбежных трудностей (15:28-29). Штерба же подчеркивал, что речь идет не просто о некоем условном сотрудничестве, а о временном взаимодействии

наблюдающей части Эго пациента с аналитиком. Оно рождается в ходе интерпретаций трансферных сопротивлений и подразумевает частичный выход пациента из трансферных конфликтов, что укрепляет его способность к объективной оценке своих переживаний. Совместная работа со временем интернализуется пациентом и делается базой для формирования способности к терапевтическому расщеплению и последующей интеграции Эго: то, что Штерба называл «Мы-работой» (72).

Развивая идеи Штерба, Россохин предполагает, что залогом успеха в формировании терапевтического альянса служит способность терапевта к расщеплению своего собственного Эго на Эго «эмпатическое», регрессирующее вместе с пациентом, и «аналитическое» (наблюдающее). Таким образом терапевт инициирует одновременное существование совместного трансферного переживания, совместного сопротивления и совместных взаимоотношений — с одной стороны; совместного анализа и переосмысливания — с другой. Это взаимодействие способствует развитию у пациента возможности одновременно «пристрастного и беспристрастного» восприятия самого себя (13:42).

Помощь пациенту в установлении альянса и сбалансированности его с отношениями трансфера, основанными на нереальном восприятии аналитика — одна из главных целей начала терапии. Ее решение в значительной степени определяет общий успех процесса. Сформированность помогающего альянса способствует формированию и укреплению альянса терапевтического наряду со свободным развитием трансферных реакций. Тогда уже на раннем этапе терапевт получает возможность не-травматично продемонстрировать пациенту невротический характер его поведения и переживаний и дать при этом надежду на позитивные перемены. В качестве основных шагов на пути к терапевтическому альянсу можно назвать создание атмосферы доверия и безопасности и обучение пациента, включающее посвящение в суть терапии, помощь в понимании роли свободных ассоциаций, сопротивления и трансфера, сновидений, а также в преодолении первичного разочарования.

#### **4.4.2. Атмосфера доверия и безопасности**

В «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд замечал: «Информация, которая нужна для анализа, будет дана им (пациентом) только при условии, что у него есть особая эмоциональная привязанность к

врачу; он замолчит, как только заметит хотя бы одно свидетельство равнодушия. Ибо эта информация касается того, что наиболее интимно в его душевной жизни, всего, что он как социально зависимая личность должен скрывать от других людей, и, кроме того, всего, что он как однородная личность не будет допускать до самого себя» (45:18).

Отношения между пациентом и терапевтом, о которых писал Фрейд, немыслимы без должного уровня доверия и чувства безопасности: именно в установлении необходимой для этого атмосферы заключаются первые шаги к будущему альянсу. Создание базового доверия рассматривается аналитиками как ближайшая цель начального этапа терапии (18:73). Важным первичным подспорьем в достижении этой цели является кабинет терапевта — фон аналитического процесса.

Кабинет не обязательно должен быть «безликим», как полагают иногда, опасаясь приоткрыть перед пациентом что-то, касающееся личности терапевта. Как известно, Фрейд не избегал «личностного окраса» помещения, где вел прием; напротив, использовал его для активизации трансферных реакций. С другой стороны, кабинет не следует делать и навязчиво информативным. Прежде всего в нем должно быть комфортно — в первую очередь самому аналитику, проводящему здесь по несколько часов в день. В нем могут быть книги, картины (но не портреты членов семьи). Освещение — не слишком яркое, но и не приглашающее к «излишнему интиму». Оптимальное расстояние между креслами — от 2 до 3 шагов; лучше всего расположить кресла под небольшим углом друг к другу, что даст пациенту возможность без затруднений смотреть как на терапевта, так и мимо него. Не стоит беседовать с пациентом, сидя за рабочим столом: такая позиция провоцирует ощущение неравенства и «деловой формальности» подхода. Устройство кабинета может быть весьма разным: главное — создать пространство уютное и изолированное. Используя терминологию Винникотта, можно сказать, что это пространство предназначено стать для пациента «переходным объектом», а вместе с терапевтом — «матерью-средой». Аналитический кабинет делается продолжением самого аналитика и как таковой, по утверждению Гринсона, «может оказывать мощное воздействие, выступая для пациента в роли убежища от опасностей внешнего и внутреннего мира» (52:208).

В свое время мой супервизор дал мне два оригинальных совета по планировке рабочего пространства, включающего кушетку. Первый из них состоял в том, чтобы размещать кушетку ближе к двери, чем кресло

терапевта — так как последнее не должно выглядеть для пациента препятствием возможности покинуть кабинет в любой момент. Второй — в том, чтобы пациент, лежащий на кушетке, не был виден из кресла: если пациент не видит терапевта, то и терапевту не следует в это время смотреть на пациента или, как выразился супервизор, «подглядывать» за ним. Понимая одновременно остроумие и спорность этих рекомендаций, я предоставляю читателю самому решить, принять их во внимание или отнести к разряду курьезов.

Если рабочий кабинет находится в доме терапевта, следует исключить возможность посещения пациентом других комнат и встреч с другими членами семьи. Стоит вспомнить здесь и об обязательности строгого отбора пациентов, которых не противопоказано принимать в домашних условиях. Наличие в анамнезе фактов насилия, психотических эпизодов или повышенная тенденция к отреагированию аффектов в действии увеличивает риск нежелательного развития событий — вплоть до насильственного вторжения в личную жизнь терапевта. Чувство доверия и безопасности должно носить обоюдный характер.

Как упоминалось в разделе 3.4., каждый пациент приходит в терапию с определенной степенью тревожности. Тревога может выражаться им открыто и сознательно («Я не уверен, что смогу говорить вам все», «Я боюсь, что вы не сможете мне помочь») или в завуалированной форме («Не знаю, с чего начать», «Ничего не приходит в голову»). Задача терапевта — уловив ее, показать пациенту, что она понятна в данной ситуации и безусловно принимается. Тревогу следует снимать не активными вмешательствами с использованием манипуляций и суггестии, а спокойной готовностью выслушать, доброжелательностью, отсутствием директивных и оценочных суждений. Тем не менее лучше всего исследовать ее на самых ранних этапах.

Стабильность отношений, обеспечиваемая постоянством позиции терапевта вкупе с постоянством границ процесса — тот коммуникативный опыт, которого пациенту, как правило, не хватало в жизни. Он получает безусловное внимание и принятие, всегда может рассчитывать на встречу в определенный день и час, говорить на любые темы и т. д. Как замечала Энни Райх, иногда в аналитическом кабинете возникает первое в жизни пациента по-настоящему надежное объектное отношение (67:230). Главная задача терапевта — вселить в него уверенность в том, что ему не стоит бояться повторения прежних неудач в этом новом взаимодействии. После этого он сможет со временем отказаться от использования привычных защит. Такой

подход особенно плодотворен при работе с сопротивлениями Суперэго. Если аналитик укрепил у пациента чувство защищенности, он может в дальнейшем применять самые разные способы терапевтических вмешательств.

Решение этой задачи иногда требует от терапевта немалого терпения, поскольку пациент проникается доверием и ощущением безопасности не сразу. Иногда, чтобы почувствовать себя в кабинете достаточно комфортно, ему требуется несколько месяцев и даже лет, в течение которых он может многократно проверять отношения на стабильность путем сознательных или бессознательных провокаций их разрыва. Но снижение его тревоги перед собственными эмоциями, желаниями, мыслями, перед неприязнью или осуждением со стороны аналитика целительно уже само по себе. Он обретает таким путем новую степень внутренней свободы, которая сыграет роль и в его жизни за рамками терапии.

#### **4.4.3. Обучение пациента**

Обучение — второй значимый фактор, способствующий формированию терапевтического альянса. Психоаналитический процесс с его «асимметрией диалога» и односторонним самораскрытием — процедура для человека достаточно неестественная и, как правило, принципиально новая. Терапевт не ожидает, что пациент обратится к нему, уже обладая соответствующими навыками. Поэтому его предстоит научить работать в терапии, то есть быть активным союзником аналитика на этом пути.

Рекомендации, данные Кернбергом для начала поддерживающей психотерапии, могут быть при меньшей категоричности применены и для других ее форм. Кернберг советует посвятить пациента в реалистичные цели процесса, подчеркнув при этом, что пациент отвечает за честность в общении с терапевтом и что терапия предполагает его интроспективную работу между сессиями так же, как и в ходе сессий (7:205). Пациенту следует наряду с этим обрести представление о возможной продолжительности и сути психоаналитического лечения, о свободных ассоциациях, а также первичные навыки работы со сновидениями, сопротивлениями и трансферными реакциями (19:34—38). Как упоминалось выше, проблема обучения наиболее актуальна для лиц, относящихся к низшим социальным слоям: для них требуется больший, нежели для других, объем объясняющей информации (18:308-313).

1. Продолжительность и суть терапии. Обыкновенно уже на первых рабочих встречах разговор касается вопроса о возможной длительности лечения. Для любого человека естественно желать, чтобы его исцелили при максимальной экономии времени и средств. Но терапевт не способен предсказать, какой срок потребуется для достижения результата, если речь не идет о краткосрочной психотерапии: пролонгированная форма лишь в редких случаях предполагает определенное число встреч и фиксированную дату завершения. Последняя иногда может быть установлена в терапевтических целях, как это делал Фрейд в лечении Человека-Волка (23), однако, по крайней мере в начале процесса, терапевт может в большинстве случаев лишь допустить, что работа займет от нескольких месяцев до нескольких лет.

Касаясь вопроса о прогнозе длительности психоанализа, Фрейд ссылаясь на философа из басни Эзопа, который в ответ на вопрос путника, долог ли путь, сказал: «Иди!» — поскольку должен был сперва узнать длину шага спрашивающего (43:128). Но прогнозировать сроки терапии можно лишь через обобщение опыта: первые шаги ничего или почти ничего не сообщают о множестве факторов, которые станут влиять на ход процесса. Чтобы пациент понял, почему терапевт затрудняется с ответом, он должен быть вкратце посвящен в суть психоаналитического подхода к его проблеме. Вот фрагмент протокола одной из первичных консультаций, показывающий возможное начало такой беседы:

(Пациент обратился к психотерапевту с жалобой на депрессивное состояние. По его словам, он пребывает в «парализующей тоске» и подавленности в течение последних четырех недель, с момента его увольнения с работы. В конце первого разговора пациент задает вопрос о возможных сроках решения проблемы).

Терапевт. Этого не скажешь сразу и определенно, это может зависеть от многих вещей. Скажите, а какой срок вы сами сочли бы реальным?

Пациент. Я понятия не имею, я же не специалист...

Терапевт. Я понимаю, но все-таки. У вас могут быть какие-то собственные представления...

Пациент. Ну, как сказать. Собственные? Ну, скажем, если я уже месяц в этом состоянии, может быть, удастся за месяц и выйти из него?

Терапевт. Может быть, удастся. Но если дело не только в том, чтобы из него выйти, но и в том, чтобы оно не возобновлялось?

Пациент. Это было бы неплохо.

Терапевт. Вы почувствовали себя «парализованным» после увольнения. Такая реакция была бы у любого на вашем месте, как вы полагаете?

(Утвердительный ответ означал бы, что пациент всецело относит свои проблемы на счет внешних обстоятельств. В этом случае терапевту пришлось бы приложить немало усилий, чтобы обратить его взгляд «внутрь себя». Однако данный пациент рассуждает более здраво).

Пациент. Да нет, конечно. Кто-то просто пожал бы плечами...

Терапевт. То есть дело не в увольнении, а в вас...

Пациент. В какой-то мере... Я не думал с этой стороны.

Терапевт. Вы человек, склонный впадать в депрессию в подобных ситуациях. Может быть, эта проблема глубже, чем месячной давности?

Пациент. Она, наверное, была и раньше. Что же тогда вы посоветуете с этим делать?

Поскольку пациент согласился с предположением терапевта, последнему не составило труда донести до него мысль, что речь не идет лишь о быстром избавлении от актуального страдания; что в определенных реформах нуждается сама его личность. Отдавая себе отчет в том, что ее формирование происходило в течение долгих лет, пациент смог понять и необходимость относительно долгой терапии.

В планировании психоаналитического процесса лучше руководствоваться критериями приоритетности и достижимости целей, а не количеством лет и сессий. Такой подход снизит травмирующее влияние темы возможной длительности предстоящей работы. Стоит также учесть, что впоследствии могут выявиться факторы не только замедляющие, но и ускоряющие терапию, и не исключено, что реальная помощь может быть оказана пациенту за несколько месяцев. С другой стороны, необходимые сроки далеко не всегда отпугивают тех, кто обратился за этой помощью. Мак-Вильямс замечает по данному поводу: «Из своей практики я знаю, что лишь немногих пациентов может смутить ваше высказывание, например, что... от психотерапии можно ожидать... результата лишь по прошествии длительного промежутка времени. ... Клиенты в основном воодушевляются тем, что терапевт понимает глубину их проблемы и согласен пуститься в нелегкий путь» (12:26).

Психоаналитический процесс может быть представлен пациенту как процесс овладения новыми способами решения его проблем, основанного на понимании собственной истории и того, как работает его психика и как

возникает его восприятие окружающего мира. Нет необходимости читать ему долгие лекции по теории бессознательного, неврологии, методике и технике психоанализа — хотя, например, Урсано с соавторами рекомендуют изначально объяснять пациенту понятия трансфера, защит, сопротивлений, пассивную манеру собственного поведения и т. д. (19:35). Однако общее представление о причинах своего страдания и об инструментарии терапевта может быть для него полезным: в противном случае едва ли стоит ожидать от него полноценного сотрудничества. Посвящая пациента в суть метода, терапевт может объяснить, например, что нынешний его симптом есть результат не сохранившегося в памяти травматического опыта, который дает о себе знать в стрессовых ситуациях; что психоаналитическая терапия позволяет реконструировать этот опыт и найти адекватные пути его преодоления. Он может добавить, что для понимания происходящего ему важно будет узнавать обо всех текущих мыслях и переживаниях пациента. С этого начинается следующий этап обучения: работа в режиме свободных ассоциаций.

Стоит напоследок заметить, что объяснения терапевта нередко становятся первым шагом к пробуждению в пациенте интереса к психоаналитическому методу, делающегося важной движущей силой терапии.

Пациенты, увлеченные процессом совместного исследования, добиваются лучших успехов, нежели те, кто пассивно ждет исцеления и безразличен к тому, каким путем оно будет достигнуто. Интерес к психоанализу естественен, и непонятно, почему некоторые терапевты, например, запрещают своим пациентам читать специальные книги. Чтение может вызвать проблему избыточного использования интеллектуализации, но запрет на него создает проблемы куда более сложные. Я не исключаю, что эта позиция в ряде случаев проистекает из кастового снобизма: аналитик выступает как носитель тайного знания, к которому никто посторонний не смеет иметь доступ. Слушатели психоаналитических учебных заведений изучают специальную литературу в неизмеримо большем объеме, однако успешно проходят при этом дидактический анализ. Известно, что Фрейд даже ожидал от образованных пациентов определенной степени информированности и поощрял чтение ими соответствующих книг.

2. Свободные ассоциации. Основное правило психоанализа — говорить по возможности без цензуры и задержек все, приходящее в голову — было впервые описано Фрейдом в работах «Этюды об истерии» и «Заметки о

случае обсессивного невроза». Цель этого правила была обозначена как снятие барьера между сознательными и предсознательными процессами, которое в свою очередь косвенно ведет к устранению барьера между предсознательным и бессознательным. Свободные ассоциации уже более ста лет остаются ведущим инструментом психоанализа, хотя само понимание их претерпело за этот период ряд изменений.

Обыкновенно под свободной ассоциацией понимается все, что передает пациент, словами или иным (невербальным) способом. Некоторые аналитики, например Крис, включают в это понятие особенности соблюдения сеттинга, манеру прихода, ухода, оплаты сессий, положение пациента на кушетке и т. д. С точки зрения Криса, свободная ассоциация есть взаимодействие, в котором пациент пытается выразить все свои мысли и чувства, а аналитик помогает ему в этом, руководствуясь собственными ассоциациями (58:22). Однако подобный взгляд на свободные ассоциации как на все без исключения, происходящее в кабинете, вызывает вопрос: для чего существует некое «основное правило», если оно в принципе не может не выполняться? Другое понимание исходит из точки зрения, согласно которой свободные ассоциации вплотную подводят к первичным психическим процессам и способствуют регрессии (33:613). Возможно, именно этот подход оказался причиной ряда недоразумений в связи с тем, что многие пациенты и начинающие терапевты стали понимать «основное правило» как требование бессвязного, хаотичного потока слов в присутствии молчащего слушателя.

Итак, аналитик предлагает пациенту говорить обо всем приходящем в голову, не заботясь о формулировках и точности выражений. Коммуникация в виде «асимметричного диалога» или даже практически одностороннего монолога для большинства людей непривычна, и одной из главных проблем техники начала терапии является облегчение перехода к этому способу взаимодействия. Разные аспекты этой ситуации обсуждаются, например, в первом томе «Современного психоанализа» (17:411-417). Пациент ждет от аналитика беседы, строящейся по правилам повседневного общения. Поэтому последний не переходит к молчаливой и пассивной позиции «вдруг»: он постепенно передает пациенту инициативу, помогая ему вопросами, комментариями, облегчающими репликами. Замечания аналитика в этот период особо важны как обучающий фактор: они дают пациенту понять, что каждая его мысль и ассоциация имеет определенные корни и может быть истолкована и продолжена. Желательно, чтобы

установление более пассивного, чем в ходе интервью, поведения терапевта было вначале объяснено, например, такими словами: «Все, что вы отвечаете, очень важно; но теперь не менее важно узнать и то, какие вопросы и темы вы сами станете поднимать». Знакомство с «основным правилом» — стрессовый момент для пациента, поскольку предложение говорить безо всякого отбора о спонтанно возникающих мыслях, чувствах, фантазиях вызывает сопротивление всегда и у всех. Внутренняя цензура не способна отключиться быстро и тем более полностью. Следует помнить, что в детстве пациент затратил огромные силы, чтобы более или менее успешно социализировать свои влечения и потребности и одновременно сохранить их в какой-то мере. Он не может позволить свободно проявиться тому, что когда-то был вынужден замаскировать или вытеснить, чтобы уцелеть.

Необходимость раскрытия главных жизненных тайн вызывает естественную тревогу. Поскольку информирование об «основном правиле» обычно происходит в рамках заключения контракта, пациент воспринимает его как один из пунктов последнего, который должен быть строго соблюден. То, что было на деле лишь «предложением попытаться», превращается в «требование». «Основное правило» вступает в конфликт с привычными нормами поведения и общения, определяемыми Суперэго; этот конфликт и связанное с ним сопротивление делается тем острее, чем более незыблемым кажется правило. По сути, Суперэго пациента оказывается расщеплено. В описании Стрэчи это расщепление происходит между интроецированным образом аналитика («вспомогательного Суперэго») и остальными частями Суперэго: «Новый кусочек Суперэго говорит пациенту, что тот имеет право сказать все, что может прийти ему в голову... Между новым кусочком и остальной частью Суперэго возникает конфликт, потому что последняя говорит пациенту: «Ты не должен говорить этого, так как если ты сделаешь это, то будешь пользоваться неприличными словами или раскроешь такую-то и такую-то тайны». ... Несмотря на то что вспомогательное Суперэго фактически является добрым, оно не является добрым в том же архаическом смысле, что и «хорошие» интроецированные образы пациента» (16:91).

Трудности свободного ассоциирования оказываются связаны, с одной стороны, с цензурой Суперэго, с другой — с объектной тревогой, вызываемой присутствием терапевта. Слова пациента «Мне ничего не приходит в голову» следует понимать как «То, что могло бы прийти мне в голову, было бы слишком страшно (стыдно, болезненно и т. п.)». Возможная модель терапевтического диалога для этой ситуации показана, например, у

Томэ и Кехеле (18:392-393). В последние десятилетия в связи с «гуманизацией» психоанализа все большее распространение обретает точка зрения, согласно которой главным способом преодоления препятствия остается создание атмосферы доверия и безопасности. Так, Балинт предлагал аналитикам обеспечивать «подходящую атмосферу», в которой пациент сможет открыться: «недопущение возникновения обстановки, в которой пациенту не дают говорить». Балинт основывал свои рекомендации на понимании сопротивления как результата взаимодействия трансфера и контртрансфера, то есть объектных отношений (2:140).

Этот подход может быть распространен и на проблему сознательных секретов, имеющих, по крайней мере поначалу, у каждого пациента. Терапевт исходит из того, что пациент имеет право на секрет, так как он имеет право на автономию. Потребность отделить себя от другого является частью процесса здоровой индивидуации, и терапевту следует признать, что пациент волен сохранять необходимые границы. Фрейд принуждал больных к полному самораскрытию, заявляя, что если от него станут хоть что-то утаивать, он снимает с себя ответственность за успех лечения. Едва ли такой шаг оправдан: в большинстве случаев он приведет к усилению тревоги и чувства вины, что, вероятнее всего, негативно повлияет на терапию. Аналитик может вместо этого работать с производными от секретов, косвенно входящими в процесс. В настоящее время звучит все больше голосов за то, что есть смысл допускать исключения из «основного правила». Отношения, основанные на доверии и создающие чувство безопасности, позволяют раскрыть больше тайн, чем директивное указание «говорить без утайки обо всем». Есть старинная притча о путнике, с которого холодный ветер тщетно пытался сорвать плащ: путник только крепче стягивал его завязки. Когда же пригрело солнце, плащ был немедленно сброшен.

Существует, однако, и иная точка зрения: так, Мак-Вильямс не без оснований замечает, что в атмосфере доверия, подразумевающей близость, необходимая информация вовсе не обязательно выйдет наружу. «Как только пациент начинает чувствовать близость к терапевту, ему становится труднее говорить об определенных аспектах своей истории или своего поведения» (12:23). В этом замечании есть несомненный резон: случайному попутчику в дороге бывает проще открыть нечто сокровенное, чем близкому человеку. Речь идет о трансферном сопротивлении, которое неизбежно, когда развивается трансфер.

В любом случае терапевту следует помнить о методическом парадоксе: информируя пациента об «основном правиле», он ставит перед ним задачу заведомо невыполнимую. Никто никогда не сведет контроль над вербализацией мыслей и чувств к нулю: это фикция, к которой можно стремиться, но которая остается при этом недостижимой. Как замечала Анна Фрейд, «основное правило никогда не может быть соблюдено далее определенной границы... Нас интересует не соблюдение основного правила анализа ради него самого, а порождаемый им конфликт» (20:15-16). Можно говорить, по-видимому, о частичном разрешении этого конфликта, если пациент обретает способность отдаться своим ассоциациям в аналитическом пространстве: так проявляется новая степень внутренней свободы, завоеванная им. Мерло писал по этому поводу, что, когда пациент начинает по-настоящему свободно ассоциировать, лечение может считаться завершенным или близким к завершению (65:21).

Однако естественная невозможность выполнения «основного правила» часто вызывает у пациента дополнительную тревогу. Он переживает это затруднение как признак своей несостоятельности, непригодности к данному виду терапии; ждет от терапевта реакций нетерпения, осуждения и т. п. Стрэчи так описывал возникающую ситуацию: «Пациент, например, может почувствовать, что аналитик сказал ему: «Если ты не будешь говорить того, что приходит в голову, я выпорю тебя как следует», или: «если ты не станешь осознавать эту часть бессознательного, я выгоню тебя из комнаты»». Стрэчи объяснял это тем, что, даже когда содержание рекомендаций вспомогательного Суперэго осознается как противоположное содержанию остальных частей Суперэго, его качество воспринимается как тождественное их качеству (16:91). Иными словами, пациент слышит: «Перестань бояться наказания, не то я тебя накажу!»

Одной из техник, призванных облегчить пациенту переход к «асимметричному диалогу», является предложенная Стрэчи техника «мутационных интерпретаций» — интерпретаций, модифицирующих Суперэго. Эта техника позволяет пациенту осознать несоответствие характера чувств и импульсов, направляемых на терапевта, истинному характеру поведения последнего, то есть различие между архаическим (воображаемым) и реальным объектом. Мутационная интерпретация имеет две фазы: в первой пациент осознает количество энергии Ид, направленной на терапевта («Вы ненавидите меня, так как боитесь моего осуждения...»); во второй — направленность этой энергии на воображаемый объект («... как

если бы я был вашим отцом»). Новые интроецируемые при этом объекты становятся уже менее жестокими и пугающими, что способствует снижению агрессивности Суперэго (16:93).

Существуют и другие способы решения проблемы. В последнее время многие терапевты стали предлагать исключить директивность из формулировки «основного правила» и вместо «вы должны» говорить пациенту: «вы можете». Таким образом избегаются трудности, связанные с расщеплением Суперэго. Альтманн выдвигал следующую формулу: «У вас есть право говорить здесь все, что угодно» (26:58). Также Литтл замечал: «Мы больше не требуем от наших пациентов говорить все, что у них на уме; напротив, мы разрешаем им делать это» (62:39). В пользу той же точки зрения высказывались в разные годы Моргенталер, Крис, Шафер и др. В любом случае терапевт дает пациенту понять, что трудность с выполнением «основного правила» вполне естественна и что никто не способен моментально достичь необходимой для этого внутренней свободы. Главное — не дать ему укрепиться в предположении, что его сопротивление есть некий дефект.

Разумеется, и при данном подходе терапевт не ждет, что способность говорить обо всем постепенно придет к пациенту сама собой. Он помогает ему поначалу, как упоминалось выше, поддерживающими и облегчающими репликами, интерпретациями, вопросами, активизирующими продолжение той или иной темы. В начальной фазе терапии рекомендуется давать больше объясняющих и интерпретативных комментариев, чтобы снять тревогу, вызываемую, например, паузами. Это и есть шаги к установлению помогающего альянса, от которого станет возможен переход к альянсу терапевтическому. В этом процессе особо важна гибкость поведения терапевта в соответствии со спецификой каждого конкретного пациента.

3. Работа с сопротивлением и трансфером. Привитие пациенту навыков работы с собственным сопротивлением и трансферными реакциями представляет важный компонент обучения. Пациент делается союзником терапевта по мере идентификации с его наблюдающими и анализирующими функциями, достигая понимания этих явлений и убеждаясь в пользе их проработки. Специфика работы с сопротивлением и трансфером на ранней стадии терапии состоит прежде всего в особой осторожности конфронтации, уделении особого внимания аспекту реальности и «поверхностности» интерпретаций, то есть их относительно небольшой глубинности.

Тактика работы в начальной фазе может быть основана на конструктивной, хотя и весьма радикальной, позиции Вильгельма Райха. Твердый принцип, выдвинутый Райхом, заключается в том, что терапия должна начинаться с анализа видимых проявлений сопротивления: «Никаких объяснений смысла, когда требуется интерпретация сопротивлений». Подразумевалось, что в начале терапии следует интерпретировать только сопротивление трансферу и избегать смысловых интерпретаций, особенно глубинных и генетических. На первых сессиях Райх предлагал устанавливать и демонстрировать пациенту связь между трансфером и сопротивлением. Согласно его утверждению, «не бывает слишком раннего анализа сопротивления, и не бывает слишком позднего интерпретирования содержания бессознательного, если это не интерпретация бессознательного сопротивления» (цит. по 18:217-218).

Очевидно, что такие интерпретации требуют осознания пациентом факта существования сопротивления. Поэтому терапевт, как правило, конфронтирует его с сопротивлениями не раньше, чем последние станут Эго-дистонными, то есть войдут в противоречие с сознательными установками. Конфронтация проводится в форме, гарантирующей пациента от чувства осуждения. Так, если сопротивление выражается в опозданиях, для начала имеет смысл позволить ему проявиться неоднократно и за счет этого утратить характер «случайности». При этом стоит иметь в виду, что вопрос «Почему вы опаздываете?» или «Что вы думаете о своих опозданиях?» пациент при несформированном альянсе может расцепить как признак недовольства терапевта. Лучше сказать, например: «Кажется, ваши опоздания наделены смыслом: они будто сообщают о чем-то без слов». Тогда, возможно, он начнет относиться к своим опозданиям с интересом, вместо того чтобы воспринимать их как признак собственной ущербности. С этого начнется их исследование.

Интерпретации на ранней стадии терапии должны особо принимать во внимание аспект реальности. Так, в большинстве случаев в начале взаимодействия с терапевтом трансферные чувства для пациента «реальны». Он сопротивляется осознанию своих реакций как ориентированных на воображаемый объект. Поэтому Гилл подчеркивал, что в начальной фазе аналитической работы особое значение имеет анализ «сопротивления осознанию трансфера» (49:264-265). Также и терапевту, особенно начинающему, иногда бывает трудно уловить нечто «иррациональное» в том, как воспринимает его пациент. Мне приходилось

слышать от кандидатов, супервизирующих свою практику, слова: «Этот пациент не развивает трансфера». Однако следует помнить, что даже самое здоровое восприятие реальности происходит через призму личного опыта. Даже если оконное стекло абсолютно ровно, не замутнено и не искажает действительности, это не означает, что стекла нет.

Выстраивая интерпретацию, необходимо учитывать, что трансфер и реальность тесно переплетены. Как писал об этом Левальд: «Реальности и реальных взаимоотношений без переноса не существует. В любых «реальных взаимоотношениях» присутствует перенос бессознательных образов на современные объекты. Современные объекты... «реальны» в полном смысле этого слова... лишь в той степени, в которой этот процесс выражен как трансформационная игра между бессознательным и предсознательным» (10:325). С другой стороны, как показали Гилл и Хоффман, в трансфере всегда присутствуют реальные аспекты; следует исходить из того, что любое восприятие пациентом терапевта не лишено реальных оснований (50:140-142). Аналогичную точку зрения высказывал Кан (6:72-73).

В отношении пациента к своему восприятию терапевтической ситуации могут проявляться две защитные крайности: «цепляние» за реальность и, напротив, за «трансферный», то есть иррациональный, характер реакций. Так, испытываемое им раздражение в адрес терапевта может оправдываться («Но вы и в самом деле говорите с осуждающими интонациями!») или обесцениваться («Не знаю, что со мной; похоже, на самом деле я злюсь на кого-то другого»). Прошлое может стать средством для избегания настоящего, а настоящее — защитой от прошлого; и то, и другое способно функционировать как устойчивое сопротивление (59:56). Поэтому, согласно рекомендации Этченгоуена, настоящее следует интерпретировать только с учетом прошлого, как и выстраивать реконструкции прошлого лишь с привлечением настоящего (36:68). При этом, как советуют Де Беа и Ромеро, акцент делается не на настоящем и не на прошлом, а на точке их взаимодействия: на трансфере в ситуации «здесь и сейчас» (32). Томэ и Кехеле вслед за Гиллом рекомендуют тщательно исследовать и затем интерпретировать в первую очередь реальные аспекты процессов, протекающих в аффективной и когнитивной сфере пациента, чтобы определить меру своего влияния на сопротивление и трансфер (18:221). Пожалуй, наиболее радикальную точку зрения выражал Когут, подчеркивавший — в противоположность школе Кляйн, — что

сопротивление всегда обусловлено поведением аналитика и особенно усиливается при недостатке эмпатии с его стороны (8:241-250).

Практически это означает следующее. Обыкновенно, будучи прямо конфронтирован с трансферным характером своей реакции, пациент воспринимает ее как нечто «неправильное», чего в дальнейшем следует избегать. Поэтому, идентифицируя трансферную реакцию, терапевту стоит прежде всего попытаться уловить в реальности «здесь и сейчас» то, что дало ей повод проявиться. Затем лучше всего признать открыто, что пациент имел основание именно так оценить реальность, и только после этого предложить ему возможность более широкого взгляда. Приведу в качестве иллюстрации следующий фрагмент протокола:

Пациент. Вы в прошлый раз не сказали мне «до свидания». Мне было очень тревожно, я почувствовал в этом вате желание больше не видиться со мной...

Терапевт. Почему я мог бы не хотеть вас больше видеть?

Пациент. Не знаю. Но то, что приходит... ну, я подумал, может быть, я такой трудный клиент. Что мое состояние не улучшается, может быть, поэтому.

Терапевт. Гм, я понимаю, да, я уже после вашего ухода вспомнил, что забыл попрощаться. Да, если не говорят «до свидания», может возникнуть чувство, что в тебе что-то не так и тебя не хотят видеть. (Пауза.) Вам это чувство знакомо, не так ли?

Терапевт знал, что, когда пациенту было пять лет, от них с матерью ушел отец; знал он и то, что пациент винил в случившемся себя, полагая, что причиной всему стало его «плохое поведение» и «неисправимость». Однако прямая генетическая интерпретация тревоги могла быть мысленно «переведена» пациентом следующим образом: «То, что вы чувствуете по отношению ко мне — ерунда, никак не связанная с реальностью. Все дело в вашем прошлом; давайте говорить о нем, а не о том, что происходит здесь». Он убедился бы, что его переживание с точки зрения терапевта неадекватно и что терапевт не намерен обсуждать происходящее в кабинете.

Преимущества ответа, данного терапевтом, состояли в следующем. Во-первых, пациент не получил ощущения, что его толкование ситуации отвергнуто и что собеседник противопоставил ему свое. Во-вторых, слова терапевта не подтвердили версию пациента, но, не будучи и прямым возражением, оставили свободу развитию трансфера. В-третьих, не отсылая пациента непосредственно к событиям детства, терапевт дал ему

возможность вернуться к ним самостоятельно (как отмечает Кан, ссылаясь на Гилла, такие отсылки создают опасность соблазнения интеллектуализациями (6:75)). В данном случае пациент был внутренне готов провести параллель между фигурами терапевта и отца, который покинул его когда-то. Если бы эта готовность еще не созрела, генетическая интерпретация, скорее всего, стала бы преждевременной: она была бы либо отвергнута, либо принята как представление, не затрагивающее чувств.

Таким образом, признание реальности, предшествуя интерпретации, придает ей большую эффективность. Это и есть точка взаимодействия прошлого и настоящего, о которой вели речь Де Беа и Ромеро. Признание терапевтом реальности происходящего обретает особое значение в ситуациях, подвергающих отношения испытанию: например, перемена сеттинга, перерыв в терапии в связи с отпуском и т. п. Аналитик дает пациенту уверенность в том, что его чувства понимаются и что возникшие трудности преодолимы, после чего интерпретирует аффект с точки зрения прошлого опыта.

Интерпретация способна оказать пациенту поддержку на самых ранних стадиях терапии — при формировании помогающего альянса и переходе к альянсу рабочему (терапевтическому). Поддержка бывает наиболее эффективной, если интерпретация дает ему надежду, что трудности будут преодолены. Само установление помогающего альянса происходит именно в контексте интерпретаций сопротивлений и трансфера (18:73).

Следуя за Фрейдом, Гринсон советует интерпретировать трансфер не раньше, чем он начнет активно использоваться пациентом в целях сопротивления (5:332-336). Стоун, однако, опровергает данный принцип, утверждая, что трансфер всегда используется в этих целях и что задержка его интерпретаций может серьезно препятствовать прогрессу, поскольку, в частности, увеличивает опасность отыгрывания. С точки зрения Стоуна, важным компонентом современного развития психоаналитического метода является именно тенденция как можно раньше начинать анализ трансфера в ситуации «здесь и сейчас» (73:723).

Избегание на ранней стадии «глубинных» интерпретаций опирается на общий принцип Феничела, согласно которому интерпретирование следует проводить всегда «от поверхности вглубь». Под «глубинными» Феничел подразумевал интерпретации инстинктивных влечений. Он утверждал, что, независимо от точности описания ими внутренней

реальности пациента, давать их не имеет смысла, пока анализу препятствуют более «поверхностные» обстоятельства. Невозможно «вступить в прямой контакт с бессознательным», как предписывает техника Кляйн, поскольку «проанализировать» означает прийти к согласию с Эго пациента, заставив его обратиться к собственным конфликтам. Защитные тенденции Эго всегда более поверхностны, чем влечения Ид. Поэтому, прежде чем поставить пациента лицом к лицу с влечениями, следует продемонстрировать ему, что он защищается от них, и объяснить, почему он это делает (38:334). Феничелу принадлежат три классических правила интерпретации: 1 — интерпретация сопротивления раньше содержания; 2 — интерпретация Эго раньше Ид; 3 — уделение основного внимания текущим конфликтам влечений. Позднее Кернберг так обобщил эти принципы: «Интерпретация осуществляется через оценку аналитиком доминирующего аффективного вклада в каждый конкретный момент; преимущественно через анализ трансфера в направлении от поверхности вглубь» (56:664).

Стрэчи, ведя речь о «мутационных интерпретациях», также писал о проблемах, связанных с их «глубинностью». Поскольку эти интерпретации затрагивают активные импульсы Ид, безопасность их применения зависит от успешности осуществления их второй фазы (осознания пациентом того, что его импульс направлен на воображаемый, а не реальный объект). Стрэчи подчеркивал, что в типичных случаях на начальной стадии терапии активный материал неглубок, а глубокого аналитик касается позднее — во избежание неконтролируемой тревоги. Однако в некоторых случаях возможна активизация глубоких импульсов уже на раннем этапе. Первая фаза интерпретации может усилить тревогу пациента до такой степени, что его чувство реальности не позволит завершить вторую фазу, и терапия окажется под угрозой (16:99).

Принцип «от поверхности вглубь» в настоящее время все же не является универсальным и неоспоримым: существует ряд проблем его практического использования. Гартманн подвергал сомнению целесообразность и возможность последовательного аналитического проникновения в слои психики «от позднего к раннему», утверждая, что этапы развития влечений и психического аппарата переплетаются, и в процессе анализа происходит их дальнейшее смешение (цит. по 11:151). Кроме того, по мере влияния на психоаналитическую технику теории объектных отношений, то есть смещения исследовательского акцента с инстинктов на ранние взаимодействия, понятие «глубинности» утратило

прежнюю определенность. В настоящее время оно может трактоваться как «удаленность от настоящего» или как «удаленность от осознаваемого», но эти аспекты не всегда прямо коррелируются между собой.

Синтез различных пониманий «глубинности» был предпринят, в частности, Левенштайном, который определил глубинность интерпретации как «расстояние от поверхности». Оптимальное «расстояние от поверхности» подразумевает: а — оптимальное расстояние до известного (поскольку интерпретация содержит как известные, так и неизвестные пациенту элементы); б — оптимальное расстояние до настоящего (интерпретация касается и текущих событий, и прошлого опыта пациента). Левенштайн замечал, кроме того, что следует соблюдать и оптимальное расстояние от нынешних интересов пациента: действенная интерпретация невозможна, пока последний переполнен эмоциями (11:150).

Коротко говоря, интерпретация на ранней стадии терапии должна в большей, чем впоследствии, степени ориентироваться на реальность и сознательное понимание, то есть быть рассчитанной на проникновение не глубже того уровня, до которого пациент готов пока ее допустить. Чувствованию этого уровня помогает опыт терапевта, эмпатия и общее восприятие ситуации. Более глубокие интервенции могут нанести травму или активизировать сопротивление. Одна из моих первых пациенток в ходе интервью долго и горячо рассказывала о том, какие у нее замечательные отношения с мужем, при этом нервно теребя и постоянно снимая с пальца обручальное кольцо. Я обратил на это внимание и сказал: «Но от этого идеального брака вам хотелось бы избавиться». Моя реплика вызвала у женщины гнев и, как выяснилось позднее, испуг: я «увидел ее насквозь», как раньше «видела» мать, запрещавшая дочери любые секреты. Сейчас в подобном случае я заметил бы: «Вы не просто рассказываете, вы убеждаете меня», или: «Кольцо как будто мешает вам». Думаю, такое замечание могло бы быть принято ею и оценено в будущем. Брак и впрямь далеко не был для нее удовлетворительным, но в то время она еще не была готова это признать.

Данный пример позволяет заострить внимание еще на одном немаловажном нюансе. Испуг пациентки, связанный с материнским компонентом ее трансфера, иллюстрирует тот факт, что интерпретация принадлежит пространству коммуникации: она не исходит от некоего независимого стороннего наблюдателя. Интерпретация всегда неотделима от личности того, кто ее дает, — от аналитика, ставшего частью

трансферного невроза пациента. Поэтому, формулируя интерпретацию и оценивая ее влияние, не следует упускать из вида общий контекст трансфер-контртрансферного взаимодействия. Например, реплика терапевта: «Вы чувствуете осуждение, как если бы я был вашим отцом, а вы — напроказившим ребенком», в одном случае может вызвать внутренний отклик: «Да, мне как будто стало спокойнее: ведь я не ребенок, а он и в самом деле не мой отец». В другом: «Черт возьми, как стыдно в моем возрасте продолжать чувствовать себя маленьким!» В третьем: «Я просто неблагодарная скотина, что позволил себе спутать этого замечательного человека с таким чудовищем как мой отец», и т. д. Эти реакции различны, хотя во всех трех случаях интерпретация достигла цели: объяснила происходящее в точке пересечения настоящего и прошлого.

В заключение стоит заметить (и это особенно важно на этапе обучения пациента), что эффективность интерпретаций во многом определяется вербальными средствами, которые выбирает терапевт. Лучше всего давать их предельно кратко и простым «человеческим» языком, избегая специальных терминов; использовать слова и выражения, характерные для личного опыта собеседника. Такой подход станет реализацией принципа, о котором шла речь в разделе 3.4. принципа движения «от объединяющего к разобщающему». В противном случае аналитик рискует вознести себя в глазах пациента на неизмеримую высоту, но при этом потерять возможность терапевтического контакта. В реальности дело порой доходит до анекдотических ситуаций. Был случай, когда, комментируя поведенческую реакцию пациента, терапевт произнес: «Возможно, ваше действие не было продиктовано адекватным восприятием моей личности: активизировался травматический опыт ваших отношений с матерью». Дослушав эту фразу, пациент спросил упавшим голосом: «Все так плохо?»

4. Работа со сновидениями. Важной частью обучения пациента является также формирование у него интереса к собственным сновидениям и навыков работы с ними. Сновидения поначалу иногда воспринимаются им как нечто далекое от жизненных реалий и потому не заслуживающее серьезного внимания. Задача терапевта — не только сообщить, но и продемонстрировать пациенту, что это не так. Для начала он может объяснить, что: а — сновидения содержат «зашифрованную» информацию о внутреннем мире личности; б — их понимание приходит не сразу: порой скрытый смысл сновидения делается доступен через месяцы или даже годы,

но именно через них иногда открывается многое, к чему не прийти иным путем. Пациент узнает, что, несмотря на свою кажущуюся абсурдность и фантастичность, его сны связаны с опытом реальной жизни и могут открыть путь от значимых фигур нынешнего дня к лицам из далекого прошлого, от вчерашней тревоги — к тревогам детства, и т. д.

Еще в ходе предварительного интервью терапевт собирает информацию о сновидениях, сохранившихся в памяти пациента от прошлых лет, начиная с самых ранних. Особое внимание он уделяет повторяющимся и кошмарным снам, которые нередко с наибольшей полнотой отражают и позволяют со временем раскрыть главные конфликты личности. На начальной стадии они используются не столько для глубокого совместного анализа, сколько для стимуляции интереса пациента к своему бессознательному. То же можно сказать о первых сновидениях, появляющихся в процессе терапии. Их понимание пациентом не может опережать развития способности к инсайту. Содержание этих сновидений, особенно повторяющихся и первых в терапии, порой весьма прозрачно для аналитика; но было бы ошибкой, соблазнившись этой ясностью, перейти к развернутым интерпретациям. Лучше, если пациент сам истолкует их, когда будет готов.

Пациент не обладает навыками обращения со своими снами, и его надо постепенно обучать этому искусству. Во многих случаях он с трудом их запоминает. Не стоит побуждать его специально стремиться к этому, например, записывая сон немедленно после просыпания, пока он не «провалился назад в бессознательное». Такие усилия могут повлечь за собой концентрацию сопротивлений вокруг сновидческой активности, и тогда пациенту вообще перестанет что-либо сниться. По той же причине лучше не предъявлять ему максимум полезной информации, извлеченной из первых сновидений, чтобы убедить в пользе их толкования. Достаточно бывает для начала просто спросить: «Что вы сами об этом думаете?», или: «Как вам кажется, отчего мог присниться такой сон?» Тем самым терапевт показывает пациенту, во-первых, что сновидению придается определенная значимость, во-вторых — что сам он не всеведущ и вправе ожидать от сновидца посильной помощи, предоставив ему первое слово.

На начальной стадии терапии работа со сновидением традиционно фокусируется на поверхности опыта, то есть на его манифестном содержании. Главное внимание при этом уделяется присутствующему в нем «дневному остатку»; целью делается идентификация проявлений защитных

механизмов и трансфера. Интерпретации, исходящие от терапевта, основываются на тех же принципах, что и интерпретации сопротивлений и трансферных реакций, то есть они не являются проникающими глубже того уровня, до которого пациент способен их допустить. Они могут затрагивать латентные мысли сновидения, но не бессознательные конфликты (21:51-52). Иногда вмешательство терапевта может быть ограничено, например, вопросом: «Я чувствую, что ваш сон наполнен тревогой; не созвучно ли это каким-либо вашим реальным переживаниям?» Бывают, однако, пациенты, работа со сновидениями которых уже на раннем этапе может весьма эффективно затрагивать и более глубокие слои психики: как правило, это касается людей относительно здоровых, с хорошо развитой интроспекцией и подлинным интересом к своему внутреннему миру.

5. Первичное разочарование. Об этой часто встречающейся реакции пациента на отсутствие быстрого терапевтического успеха написано, как ни странно, довольно мало: для ознакомления с ней может быть рекомендован, например, раздел в руководстве по психодинамической психотерапии Урсано с соавторами (19:40-42). Данная реакция заключается в том, что пациент, еще недавно выражавший готовность активно сотрудничать с аналитиком и как будто справившийся с тревогой перед будущим длительным лечебным процессом, вдруг прямо или косвенно начинает выражать сомнения в целесообразности терапии, ее действенности или собственной «излечимости». Согласно моим наблюдениям, она проявляется, как правило, между десятой и двадцатой сессией у каждого второго пациента. Этот этап я называю «кризисом начала отношений».

Причины «кризиса» многоплановы. Прежде всего он связан с переходом терапевта к большей пассивности и с обусловленной этим переходом активизацией сопротивлений и трансферных откликов. В ходе первых консультаций терапевт представлял для пациента грандиозную и всемогущую фигуру, от которой последний ожидал (вопреки сознательным установкам) стремительного исцеления. Эти подспудные ожидания не были реализованы: терапевт оказался не тождественен богоподобным родительским образам из раннего детства. Его пассивная позиция, кроме того, сообщает пациенту новую степень самостоятельности; нередко таким образом воскрешается опыт ситуаций, в которых от него требовали, несмотря на тревогу, преждевременного созревания, сепарации, принятия ответственности за себя. Какие бы предосторожности терапевт ни предпринимал, пациент испытывает на этой стадии утрату поддержки и

надежд, которые были получены им в ходе первых консультаций. Вероятно, играет роль и то, что естественное любопытство пациента по отношению к психоанализу («столько читал и слышал об этом!»), служившее изначально компонентом системы его мотиваций, на данном этапе уже оказывается частично удовлетворено.

Смущение, чувство беспомощности, сомнения в действенности лечения в процессе кризиса могут не выражаться пациентом вслух. Более того, как показывает мой практический опыт, если на данном этапе он начинает активно демонстрировать улучшение состояния, благодарить, восхищаться терапией и терапевтом — можно предположить, что таким способом смягчается предстоящее прекращение отношений. Вероятность «первичного разочарования» во многих случаях бывает лучше оговорить еще в рамках заключения контракта — предупредив о ней пациента и выработав соглашение по поводу взаимодействия в этой ситуации. Такой шаг наиболее целесообразен в работе с пациентами, в чьей истории прослеживаются тенденции к отступлению перед жизненными трудностями и к разрывам отношений.

Встретившись с разочарованием в ходе терапии, лучше всего: а — показать пациенту, что терапевт ни в коем случае не намерен препятствовать любому его решению; б — дать понять, что этот кризис на определенной стадии вполне естественен и может быть при желании преодолен; в — если есть возможность связать разочарование с прошлым опытом пациента, дать интерпретацию происходящего. Одна моя пациентка смогла справиться с кризисом после того, как я сказал ей: «Вы рассказывали, как в десять лет отправились с подругами к загадочному лесному озеру, и как в лесу вас охватила тревога, и вы решили вернуться, убедив себя, что этого озера нет на самом деле. И вы долгие годы завидовали подругам, которые все же добрались до него в тот день. Сейчас все повторяется, и все зависит от того, решите ли вы опять, что впереди ничего нет, или пойдете со мной дальше; предпочтете ли Вы сохранить или приобрести». Позднее пациентка рассказала, что остаться тогда в терапии ей помогли мои слова «со мной».

#### **4.4.4. Другие технические проблемы**

Говоря об атмосфере доверия и безопасности, в которой происходит обучение, следует особо затронуть ряд важных технических факторов

(средств), участвующих в ее создании и поддержке. Речь идет об основных рабочих принципах, которыми руководствуется терапевт, выстраивая взаимодействие: о «плавающем внимании», пассивности, нейтральности и абстиненции, а также о такой спорной проблеме, как открытость и обращение с контртрансфером.

1. Плавающее внимание. Равномерно распределенное, по возможности ни на чем специально не заостряемое внимание — традиционный способ восприятия аналитиком свободных ассоциаций пациента. Этот метод взаимодействия аналитика с материалом собеседника был описан Фрейдом в 1912 году (42:115). Его преимущество состоит в том, что терапевт в равной мере открыт для потребностей пациента в сообщении любой информации, не скован собственными теоретическими познаниями и предпочтениями и позволяет всему производить на себя впечатление, не руководствуясь критериями целенаправленного отбора. Такое восприятие оберегает его от напряжения, которое иначе было бы невозможно выносить по несколько часов в день. Кроме того, оно снижает риск предвзятости, о котором, ссылаясь на Фрейда, предупреждал Райх: напрягая внимание и выбирая, мы «следуем за нашими собственными ожиданиями и склонностями... Если мы будем следовать за нашими склонностями, мы непременно придем к фальсифицированному восприятию» (68:157-158).

Вместе с тем следует заметить, что «свободно плавающее внимание» не способно стать абсолютно свободным — как и ассоциации пациента. Оно всегда находится под влиянием контртрансфера, личных научных и познавательных приоритетов. Неизбежно терапевт, даже против своей воли, на каком-то материале будет в большей степени сосредотачиваться, какой-то — пропускать мимо сознания, воспринимать «вскользь». Каждый может тем не менее выработать тот или иной нехитрый способ частичного решения этой проблемы: так, мне помогает привычка рисовать в блокноте во время слушания. С другой стороны, трудности подобного рода могут сделаться для аналитика дополнительным стимулом к рефлексии и самоанализу, что в свою очередь помогает достичь новой степени терапевтической продуктивности.

2. Пассивность, нейтральность и абстиненция. Эти три основополагающих принципа психоаналитической техники в настоящее время в значительной степени утратили классическую категоричность и императивность. Углубление концепций трансфера, контртрансфера и сопротивления во второй половине XX столетия привело к существенным

модификациям представлений о роли «аналитической невовлеченности». Сегодня невозможно игнорировать уже упоминавшийся факт: психоаналитический процесс представляет собой взаимодействие и эффективен в первую очередь как взаимодействие. Образ глубокомысленно молчащего ради молчания аналитика в наши дни воспринимается почти как карикатурный. Можно тешить себя иллюзией об исключительно наблюдающей позиции терапевта, однако после появления работ Балинта — например, о роли аналитика в регрессии (3:148-156) — едва ли целесообразна слепая верность технике, основанной на сугубо интрапсихической модели конфликта.

Прежде всего стоит заметить, что пассивность и нейтральность могут быть использованы (и порой используются) терапевтом в роли защиты; если пациент чувствует это, отстраненная позиция собеседника его травмирует. О такой возможности писал, например, Тихо: «Временами аналитик хочет избежать мучительного для себя вовлечения в чувства пациента, так как это противоречит его потребности оставаться независимым... В таких ситуациях аналитик поддерживает монолог, а конфликт зависимости и независимости, скорее всего, будет повторяться в аналитической ситуации» (74:252). С точки зрения Треурнитца, классическая концепция, в рамках которой любые отношения между пациентом и аналитиком понимаются как побочный эффект процесса, привела к ограничениям аналитической техники и понимания принципа нейтральности. Треурнитц замечал, что отстраненная, безэмоциональная и невовлеченная позиция терапевта скорее усиливает сопротивление трансферу, чем способствует развитию трансферного невроза (цит. по 13:65).

Говоря о молчании как выражении нейтральности и пассивности, следует иметь в виду, что оно представляет собой сильное вмешательство. Пациент нередко справедливо воспринимает молчание именно как проявление силы терапевта. Следствия ее применения могут быть различны. Чем молчаливее аналитик, тем мощнее он реактивирует ранние паттерны переживаний. Было бы иллюзией поэтому видеть в молчании лишь производную от нейтральности. Наиболее патогенна ситуация, в которой оно используется как защита или средство отыгрыша контртрансферного негативизма. Томэ и Кехеле пишут о подобных опасностях: «Непостижимость аналитика — это фикция, за которой скрывается неправильное использование силы и власти. По-настоящему непостижим

для пациента только неспособный к сопереживанию аналитик, чьи реакции непредсказуемы и непоследовательны» (18:439).

В контексте этой проблемы можно затронуть проблему обращения с вопросами, задаваемыми пациентом. Метод стереотипного возврата пациенту любого вопроса («Как бы вы сами ответили себе?») и сугубо исследовательский подход к ним («Почему вам захотелось об этом спросить?»), то есть «правило контрвопроса», в наше время в основном отвергается — по крайней мере на начальной стадии взаимодействия. Правило контрвопроса в рамках соблюдения принципа абстиненции (воздержания) ввел Ференци в 1918 году, утверждая, что контрвопрос помогает достичь латентного смысла вопроса (39:183). Однако впоследствии такая позиция была признана многими специалистами антитерапевтической, причем не только для серьезно больных пациентов.

Как уже упоминалось, вопросы в начале терапии совершенно естественны. Пациент имеет на них право, поскольку он вступил в неизвестную ситуацию; неудивительно, что ему хочется знать — вылечат ли его, что от него для этого потребуется, что за человек его терапевт, и т. д. Он стремится выстроить диалог по правилам повседневного общения. Игнорирующая реакция или контрвопрос вызывает у него непонимание, разочарование, тревогу, ведет к искажениям ассоциаций и создает области, недоступные анализу. Если вместо ответа аналитик спрашивает, например: «Почему вас интересует, анализировался ли я сам?», пациент слышит: «Эти вещи не должны вас интересовать», и скрытое за его вопросом беспокойство теряет возможность быть исследованным. Не отвечая пациенту, терапевт должен прежде всего понимать, каким образом ответ мог бы повредить терапии. В большинстве же случаев оказывается гораздо конструктивнее ответить и лишь затем поинтересоваться, чем был вызван вопрос, или дать интерпретацию, например: «Да, сам я проходил анализ. Я думаю, вам менее тревожно теперь, когда вы знаете, что я прошел эту процедуру до конца».

Едва ли какое-нибудь психоаналитическое правило подвержено такой опасности абсолютизации, как правило абстиненции, тесно связанное с нейтральностью и пассивностью. В свое время Фрейд был вынужден ввести его в аналитическую технику из-за проблем, с которыми он столкнулся при лечении женщин, страдающих истерией. Присущее им желание любовных отношений с врачом реально угрожало отношениям профессиональным и успеху терапии. Фрейд писал: «Любовные отношения фактически разрушают восприимчивость пациента к влиянию аналитического лечения. Сочетание

этих двух отношений делает лечение невозможным» (44:166). Другая цитата из той же работы («Наблюдения за любовью в трансфере»): «Лечение должно происходить в условиях воздержания... Я собираюсь выдвинуть в качестве основного принципа необходимость сохранять ее (Пациентки. — Д. Р.) потребности и страстные желания, чтобы они выступали в качестве сил, заставляющих ее работать и добиваться изменений» (44:165).

Как видно, аргументы Фрейда тесно связаны с теорией влечений, но неизвестно доподлинно, насколько они обоснованы в рамках теории отношений. Балинт, в частности, убедительно показал пользу от удовлетворения примитивных потребностей пациента в отношениях, позволяющего восстановить в терапии атмосферу «первичной любви». Как замечают Томэ и Кехеле, именно правило абстиненции ярко демонстрирует, что выведение правил из теории иллюзорно и зачастую вредно, поскольку при этом вопрос о пригодности правила заменяется вопросом о его происхождении. Эти авторы ссылаются на Кремериуса, указывавшего, что специфические особенности лечения истерии без основания были перенесены на лечение других неврозов. Беспокойство аналитика по поводу того, что пациент найдет себе тайное замещающее удовлетворение, приводит его к защитной позиции. Функция правила оказывается не в том, чтобы активизировать развитие, а в том, чтобы не позволить развитию направиться в сторону, вызывающую опасение. «Концепция необходимости разочарования как мотивирующей изменение силы стала более чем сомнительной и, кроме того, отвлекла внимание от неблагоприятных последствий, оказываемых на терапевтический процесс преувеличенной нейтральностью со стороны аналитика» (17:315).

Существует глубокое противоречие между принципами нейтральности, пассивности и абстиненции с одной стороны и естественным желанием терапевта помочь пациенту — с другой. Вероятно, это противоречие стало причиной все большего отхода названных принципов от прежнего абсолютизма. В частности, Гилл определил нейтральность аналитика лишь как необходимость отслеживать паттерны собственных эмоциональных реакций и отказ от попыток переделать пациента по своему подобию (48:776). Необоснованной стала считаться и тревога по поводу того, что малейшая уступка желаниям пациента поведет терапию по неправильному пути. В рамках конференции «Психоаналитик за работой» (Москва, 2004) прозвучало несколько реальных подтверждений тому. Ферро рассказывал в докладе о переломном моменте в анализе своей пациентки,

длившемся к тому времени уже около восьми лет: работа получила мощный импульс благодаря тому, что он удовлетворил просьбу женщины о внеочередной сессии. Шебек, комментируя доклад Ферро, заметил, что в его собственной практике шаги навстречу желаниям пациентов нередко давали позитивный терапевтический эффект. Пересмотр старого правила абстиненции, в числе прочего, способствовал появлению техники нарциссического удовлетворения Когута. Уместно вспомнить, что и сам Фрейд впоследствии занял по отношению к этому правилу более гибкую позицию, признав допустимость большего или меньшего удовлетворения потребностей пациента.

В соблюдении принципов пассивности, нейтральности и абстиненции необходим баланс профессионализма и человечности. Еще в 1932 году Ференци писал, что «сугубо профессиональное» отношение аналитика к пациенту и упрямое следование правилам могут сами по себе не только актуализировать старые травмы, но и стать причиной новых (40:171). Также Когут полагал, что от терапевта, слишком строго соблюдающего принципы аналитического невмешательства, пациент может получить только нарциссическое удовлетворение, но не истинное принятие. Комментируя эту точку зрения, Томэ и Кехеле предполагают, что на современном этапе развития психоанализа страх аналитиков перед эдиповым соблазнением и удовлетворением инцестуозных стремлений пациента в случае его принятия будет постепенно снижаться (18:33).

3. Контртрансфер и открытость. О том, что принципы работы с контртрансфером являются на сегодняшний день темой весьма дискуссионной, я упоминал еще в разделе 4.1. Главные разногласия, существующие по данному вопросу в современном психоанализе, могут быть сформулированы следующим образом: а — следует ли придавать контртрансферу значение наравне с трансфером или направить усилия на понижение его роли в терапевтических отношениях; б — допустима ли, и если да, то до какой степени, открытость контртрансферных переживаний перед пациентом. Здесь и далее я буду дифференцировать трансфер терапевта и контртрансфер, то есть понимать под последним лишь те реакции, которые пациент индуцирует в собеседнике — не забывая при этом, что и личность последнего в любом случае вносит в них свой вклад.

Со своим контртрансфером терапевт встречается начиная с первого контакта с потенциальным пациентом, и можно сказать, что с этого же момента он начинает работу с ним. Общие технические принципы последней

были обоснованы, например, Хайманн, обозначившей контртрансфер как наиболее важный инструмент психоаналитического исследования. Хайманн указывала, что аналитическая ситуация представляет собой взаимодействие, отличающееся от всех прочих степенью переживания чувств и способами их использования. Бессознательное аналитика вступает в нем в диалог с бессознательным пациента и оказывается ближе к истине, чем разумное понимание ситуации (25:240-242). Так, чувство скуки в контртрансфере может быть знаком присутствия у собеседника крайне конфликтных и упорно защищаемых чувств и импульсов, например, ярости; желание уберечь, спасти пациента — частью бессознательного тайного сговора между трансфером и контртрансфером ради обхода запретных для обсуждения областей (19:84-85) и т. д. Согласно замечанию Лёвальда, способность терапевта к контртрансферному переживанию есть мера умения вести аналитическую работу (63:286).

В современном психоанализе исследованию контртрансфера уделяют внимание большее или меньшее, но оно присутствует в любом случае. Еще в ходе интервью терапевт отслеживает собственные эмоциональные реакции, мысли, фантазии, возникающие в общении с пациентом, и сравнивает их с привычными для себя, повседневными. Такое сравнение позволяет дифференцировать в первом приближении контртрансфер и собственный трансфер. Хотя эти два явления тесно переплетены, можно сказать, что чем менее характерно для терапевта то или иное переживание, тем с большей уверенностью оно может быть отнесено к разряду контртрансферных, и наоборот. Эти реакции становятся основой для чувствования внутренних конфликтов собеседника и патологий выстраиваемых им объектных отношений, что в свою очередь способствует более глубокому пониманию его личности и грамотному выбору стратегии и техники терапии. Как отмечает Эренберг, аналитик должен быть способен находиться под влиянием осознаваемого контртрансфера, чтобы видеть скрытый материал настоящего. Контртрансферная реакция служит ему подсказкой, что существует нечто, ожидающее прояснения. Поэтому для него необходима постоянная рефлексия, интерпретации собственного состояния и предъявление этих интерпретаций пациенту (34:36).

Последнее обстоятельство подводит вплотную к проблеме открытости контртрансферных переживаний. Принцип зеркала, являющийся одним из традиционных принципов психоанализа, подразумевает, что пациент должен видеть в аналитике лишь отражение

своего трансфера. Однако не становится ли абсолютизация этого подхода столь же малооправданной, сколь и абсолютизация правил нейтральности и пассивности? Насколько реальна для терапевта цель полного сокрытия собственных чувств к пациенту и, кроме того, насколько она терапевтична?

Каждый пациент знает, что его терапевт — человек, а не бесстрастный инструмент для наблюдения и сообщения интерпретаций; весь вопрос в том, в какой мере терапевт склонен это признавать. Вполне естественно, что в возникающих отношениях эмоции одного партнера вызывают эмоциональный отклик другого. Можно достаточно уверенно утверждать, что пациент всегда в той или иной мере чувствует контртрансфер и нуждается в эмоциональном резонансе не меньше, а иногда и больше, чем в интерпретациях. В рамках упоминавшейся мною выше конференции «Психоаналитик за работой» Шебек заметил, что неудачи многих случаев терапии были связаны с тем, что пациент не был способен доверять эмоционально закрытому аналитику и все активнее испытывал его, пока, наконец, не «пробивал».

Уместно привести здесь пример из практики моего коллеги. Его пациентка, много месяцев переживающая в трансфере зависть и ненависть, не была способна к открытому выражению этих чувств в кабинете и, возвращаясь домой, весьма деструктивно отыгрывала их на маленькой дочери. Затем она сообщала об этом терапевту, но не давала ему возможности вернуть агрессию в аналитическую ситуацию. Однажды, рассказав в очередной раз о выплеске своего аффекта на дочь, она поинтересовалась, что ее собеседник по этому поводу думает. Терапевт отозвался эмоционально, в форме, осуждающей действия пациентки. Последняя выразила злость и недоумение, заметив, что была вправе рассчитывать на истинно профессиональный подход, то есть исключительно на понимание и принятие. Однако на следующей встрече с терапевтом она сказала: «Не знаю почему, но теперь я стала вам больше доверять». Аналитик «исключительно понимающий и принимающий» в этой ситуации представлялся ей затаившимся, прячущим истинные мысли и чувства, то есть источником угрозы.

Томэ и Кехеле замечают, что возрастание интенсивности агрессивных и сексуальных фантазий в трансфере частично всегда является результатом отрицания аналитиком своих чувств (18:166). Следствием нередко становится, как в приведенном выше примере, деструктивное отыгрывание, причем со стороны не только пациента, но и терапевта: последнее может

выражаться, например, в необоснованном усилении фрустраций или тенденциозной подаче материала на супервизию. Поэтому от аналитика в любом случае требуется признание существования эмоций в адрес пациента, а иногда и их профессиональное выражение в форме, не разрушающей коммуникацию. Во многих случаях пациенту следует знать, какого рода отклик он вызвал у собеседника (18:168). Также Эренберг указывает, что передача аналитиком своих эмоциональных реакций пациенту вкупе с их интерпретацией снижает опасность интеллектуализации и ведет к наиболее продуктивным инсайтам (34:36).

Я упоминал выше о Хайманн, ссылавшейся на Алису Балинт: последняя высказывала мнение, что честность в выражении чувств со стороны аналитика соответствует присущему психоанализу стремлению к истине. Сама Хайманн с этим мнением не вполне согласна (25:239). Однако Хайманн понимает под контртрансфером все чувства аналитика к пациенту, без их дифференциации на контртрансфер и собственный трансфер. Разумеется, открытость терапевта не означает, что ему следует обременять пациента своими личными конфликтами и проблемами. Если в силу последних он, например, испытывает раздражение, когда пациенты пропускают сессии, будет мало пользы в том, что он станет сообщать об этом каждому из них. Открытость подразумевает искренность в выражении именно контртрансферных переживаний: это способ не только отразить пациента, но и продемонстрировать ему, что его аналитик — тоже человек.

Негативный контртрансфер здесь не является исключением. Прежде всего сам по себе факт негативного отклика на пациента вовсе не служит указанием на профессиональную недостаточность или наличие у терапевта непроработанных в анализе «слепых пятен». Согласно замечанию Куттера, нет ничего ужасного в том, что аналитика раздражает высокомерие пациента или пугают его грубые манеры, если он контролирует свои чувства: последние могут использоваться для идентификации образца взаимодействий, в который пациент его вовлекает. Негативные чувства в контртрансфере — великолепный инструмент диагностики расстройств отношений, нередко позволяющий еще в ходе интервью получить сведения о пациенте, недоступные другим методам (9:227). По выражению Купера, «терапевт вскрывает замок трансфера ключом контртрансфера» (9:260).

В определенных ситуациях негативные контртрансферные реакции не только имеют право на существование, но и могут и даже должны быть выражены пациенту. Так, Винникотт писал о существовании пациентов,

объективно нуждающихся в ненависти со стороны терапевта — в ненависти, без которой они не будут способны ощутить себя заслуживающими также и любви, поскольку любовь и ненависть для них неразделимы (4:359). Негативное чувство может быть вербализовано без ущерба для отношений при выполнении трех условий: 1 — у пациента есть способность к идентификации с аналитиком; 2 — аналитик обоснованно полагает, что чувство индуцировано пациентом, то есть не принадлежит области собственного трансфера; 3 — чувство адресовано отдельному проявлению пациента, но не его личности в целом. Иногда это можно сделать по прошествии определенного времени, например, когда пациент обретет способность к идентификации. Пациент испытывает облегчение оттого, что аналитик не реагирует на тот или иной аспект его персоны так же и с той же интенсивностью, что другие люди, хотя и способен, как все, ощутить нечто негативное. Проверка пациентом «прочности» собеседника таким образом становится на терапевтически продуктивный путь, и аналитик не теряет при этом доверия из-за своей неестественной безэмоциональности и отстраненности.

Разумеется, контртрансферные переживания должны быть ограничены. Если каждое сексуальное или агрессивное желание пациента будет «пробивать» терапевта, его профессия сделается невыносимой. Отчасти здесь помогает вербализация эмоций, речь о которой шла выше. С другой стороны, соблюдению безопасной дистанции способствует интеллектуальное удовлетворение, извлекаемое терапевтом из понимания стереотипов поведения пациента, из распознавания ролей, которые тот навязывает ему. Трудно переоценить также значимость личного анализа, самоанализа и супервизий. В любом случае необходима поддержка баланса между эмоциональной вовлеченностью в отношения и отстраненностью. Если перевешивает первая, терапевт рискует оказаться быстро истощенным; если вторая — он едва ли достигнет истинного понимания человека, обратившегося к нему.

#### **4.5. ПЕРЕХОД К СРЕДНЕЙ ЧАСТИ ТЕРАПИИ**

Как упоминалось в начале данной работы, о переходе терапии к средней части обыкновенно говорят, констатируя сформированность

терапевтического альянса. По каким признакам можно определить, что он установлен?

Основным инструментом для индикации альянса являются чувства терапевта. На определенном этапе работы он начинает ощущать, что между ним и пациентом возникла устойчивая связь; что отношения стали стабильными, вошли в рабочее русло, что трансфер не угрожает сформировавшемуся взаимодействию. Так, например, если пациент не приходит на очередную сессию, у терапевта не возникает ощущения, что их предыдущая встреча была последней в терапии. Обыкновенно такое восприятие ситуации появляется, когда пациент уже частично идентифицировался с терапевтом в ряде функций — допустим, стал самостоятельно обращать внимание на свои сопротивления, сновидения, реакции в тех или иных ситуациях (5:236). Отождествление с партнером — необходимый элемент любого сотрудничества. В сущности, когда подобные идентификации произойдут с большинством анализирующих функций терапевта, можно будет говорить о переходе к завершающей стадии работы: пациент сам становится терапевтом для себя.

Терапевтический альянс не зависит напрямую от качества отношений в диаде. Он может существовать и в условиях негативного трансфера, при преобладании в реакциях пациента раздражения, недоверия, страха и т. п. Даже пациенты с сильными параноидными тенденциями нередко способны поддерживать стабильную связь с терапевтом, отдавая себе рациональный отчет в том, что последний оказывает им помощь и поддержку — несмотря на трудности доверия и высокую степень отчужденности. Главное при доминанте негативизма — способность вместе с терапевтом взглянуть на эти чувства «со стороны». Равным образом преимущественно доброжелательные отношения еще не свидетельствуют об установлении альянса. Уважение и симпатия пациента к терапевту сами по себе не означают готовности пройти психотерапию до конца (15:30-31).

Как правило, пациенты невротического уровня устанавливают терапевтический альянс довольно быстро и без особых усилий со стороны терапевта: объединение в раскрытии фантазий, конфликтов, тенденций начинает ощущаться нередко еще в рамках интервью. Напротив, пациенты с глубокими личностными патологиями обыкновенно продвигаются к стабильным отношениям с терапевтом трудно и долго. Альянс с ними отличается непрочностью, и одной из главных задач аналитика становится постоянный контроль над этими отношениями. Среди пограничных и

психотических личностей встречаются и те, кто вообще лишен способности к формированию альянса. Сандлер с соавторами, однако, отмечают, что терапия иногда может вестись и в отсутствие такового, хотя исходный контакт для нее все же необходим. Тем не менее терапевт в подобной ситуации старается помочь пациенту развить эту способность, обеспечивая стабильную коммуникацию и прорабатывая сопротивление сотрудничеству (15:31-32; также 7:11-73, 19:133-148).

1. Айсслер К. Р. Влияние структуры Эго на развитие психоаналитической техники. — Антология современного психоанализа. — М: Институт психологии РАН, 2000. С. 157-185.
2. Балинт М. Изменение терапевтических целей и техник в психоанализе. Антология современного психоанализа. — М: Институт психологии РАН 2000. С. 131-141.
3. Балинт М. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии. М: Когито-Центр, 2002.
4. Винникотт Д.В. Ненависть в контрпереносе. — Эра контрпереноса. Антология психоаналитических исследований.— М: Академический проект, 2005. С. 351-365.
5. Гринсон Р. Техника и практика психоанализа. — Воронеж: НПО «МОДЭК» 1994.
6. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. СПб: Б.С.К., 1997.
7. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
8. Когут Х. Анализ самости. — М.: Когито-Центр, 2003.
9. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб: Б.С.К., 1997.
10. Лёвальд Г. О терапевтической работе в психоанализе. — Антология современного психоанализа. — М.: Институт психологии РАН, 2000, с. 300-326.
11. Левенштайн Р. Проблема интерпретации. — Антология современного психоанализа. — М.: Институт психологии РАН, 2000, с. 147-156.
12. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе.— М.: Независимая фирма «Класс» 1998.
13. Россохин А.В. Коллизии современного психоанализа. — Антология современного психоанализа. — М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 23-77.
14. Рэнджелл Л. Сходства и различия между психоанализом и динамической психотерапией.— Антология современного психоанализа. — М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 220-227.
15. Сандлер Дж., Холдер А., Дэр К. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993.

16. Стрэчи Дж. Характер терапевтической работы в психоанализе. — Антология современного психоанализа. — М.: Институт психологии РАН, 2000 С. 81-106.
17. Томэ Х., Ксхеле Х. Современный психоанализ. Т. 1. Теория. — М.: «Прогресс» — «Литера»; «Яхтсмен», 1996.
18. Томэ Х., Кехеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. Практика. — М.: «Прогресс» — «Литера»; «Яхтсмен», 1996.
19. Урсано Р., Зоненберг С, Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство.— М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992.
20. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. — М.: «Педагогика-Пресс», 1993.
21. Фрейд З. Исполнение желания.— З. Фрейд. Сновидения. Избранные лекции. — М.: Водoley, 1991. С. 38-52.
22. Фрейд З. О психотерапии истерии. — З. Фрейд. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. — М.: Медицина, 1991. С. 41-90.
23. Фрейд З. Из истории одного детского невроза. — З. Фрейд. Психоаналитические этюды. — Минск: ООО «Попурри», 1997. С. 179-269.
24. Фуллер Торри Э. Шизофрения. — СПб.: Питер-Пресс, 1996.
25. Хайманн П. О контрпереносе. — Эра контрпереноса. Антология психоаналитических исследований. — М.: Академический проект, 2005. С. 239-247.
26. Altmann L. Discussion of G. Epstein's "A note on a semantic confusion in the fundamental rule of psychoanalysis".— J. Philadelphia Assoc. Psychoanal., 3,1976. P. 58-59.
27. Balint M., Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. London: Tavistock, 1961.
28. Blater A. von, Brogle J. Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der Psychoanalytischen Technik. — Hoffman S. O. (ed). Duetung und Beziehung. Frankfurt an Main: Fisher, 1983. P. 71-85,
29. Blucourt A. Transference, countertransference and acting out in psychoanalysis.- Int. J. Psychoanal., 74, 1993. P. 757-773.
30. Bucci W. Dual coding: a cognitive model for psychoanalytic research.- J. Am. Psychoanal. Assoc, 33, 1985. P. 571-607.
31. Cremerius J. Gibt es zwei Psychoanalytische Techniken?— Psyche, 33, 1979. P. 577-599.
32. De Bea E., Romero J. Past and present in interpretation. — Int. j. Psychoanal., 13, 1986. P. 309-320.
33. Dewald P. A. The psychoanalytic process. A case illustration. New York, London: Basic Books, 1972.

34. Ehrenberg D. B. The intimate edge. New York: Norton, 1992.
35. Eissler K. R. Remarks on some variations in psychoanalytic technique. — *Int. J. Psychoanal.*, 39, 1958. P. 222-229.
36. Etchcngoyen .R. The relevance of the "here and now" transference interpretation for the reconstruction of the early psychic development. *Int. J. Psychoanal.*, 63, 1982. P. 65-74.
37. Fenichel O. Statistischer Bericht uber die Therapeutische Tatigkeit, 1920—1930. — Zehn Jahre Berlinen Psychoanalytisch.es Insitut. Interpretation. Psychoanal. Verlag, Vienna, 1930. P. 13.
38. Fenichel O. Concerning the theory of the psychoanalytic technique. — The collected papers of Otto Fenichel, Is1 series. New York: Norton, 1935. P. 332-348.
39. Ferenczi S. On the technique of psychoanalysis. — Jones E., Rickman J. (eds). Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis by Sandor Ferenczi. London: Hogarth Press, 1950. P. 177-189.
40. Ferenczi S. The clinical diary of Sandor Ferenczi. — Duport J. (ed). Sandor Ferenczi. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
41. Freud S. On psychotherapy (1905). Standart Edition, vol. VII. London, 1950. P. 255-268.
42. Freud S. Recommendations to physicians practising psychoanalysis (1912). Standart Edition, vol. XII. London, 1950. P. 109-120.
43. Freud S. On beginning the treatment (1913). Standart Edition, vol. XII. London, 1950. P. 121-144.
44. Freud S. Observations of transference love (1915). Standart Edition, vol. XII. London, 1950. P. 157-171.
45. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis (1916/1917). Standart Edition, vol. XV. London, 1950.
46. Freud S. Analysis terminable and interterminable (1937). Collected Papers, 5. London: Hogarth Press. P. 316-357.
47. Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press, 1950.
48. Gill M. M. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. — *J. Am. Psychoanal. Assoc*, 2, 1954. P. 771-797.
49. Gill M. M. The analysis of the transference. — *J. Am. Psychoanal. Assoc*, 27, 1979. P. 263-288.
50. Gill M. M., Hoffman J. A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotheray. — *J. Am. Psychoanal. Assoc*, 30, 1982. P. 137-167.
51. Gill M. M., Newman R., RedlichF. G. The initial interview in psychiatric practice. New York: International University Press, 1954.

52. Greenson R. On transitional object and transference. — Grolnick S. A. (ed). Between reality and phantasy. Transitional objects and phenomena. New York: Aronson, 1978. P. 205-209.
53. Kachele H., Fielder J. Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar?— Psychotherap. Med. Psychol., 35, 1985. P. 201-206.
54. Kemper W. W. Die Honorarfrage in der Psychotherapie. — Psyche, 4, 1950. P. 201-221.
55. Kernberg O. F. Structural interviewing. — Psychiatr. Clin. North Am., 4, 1981. P. 169-195.
56. Kernberg O. F. Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic techniques. — Int. J. Psychoanal., 74, 1993. P. 659-673.
57. Kohut H. Introspection, empathy and psychoanalysis. — J. Am. Psychoanal. Assoc, 7, 1959. P. 459^82.
58. Kris A. Q. Free association. Method and process. New Haven: Yale University Press, 1982.
59. Kris E. The recovery of childhood memories in psychoanalysis. — Psychoanal. Study Child, 11, 1956. P. 54-88.
60. Kuiper P. C. Indications and contraindications for psychoanalytic treatment. — Int. J. Psychoanal., 49, 1968. P. 261-264.
61. Litman R. E., Fabclrow N. L. Emergency evaluation of suicidal potential. — Schnederman E. S. Et al (eds). The psychology of suicide. New York: Science House, 1970. P. 259-272.
62. Little M. Counter-transference and the patient's response to it. — Int. J. Psychoanal., 32, 1951. P. 32-40.
63. Loewald H. Transference — countertransference. — J. Am. Psychoanal. Assoc, 34, 1986. P. 275-289.
64. Luborsky L. Principles of psychoanalysis psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984.
65. Merloo J. Free association, silence and multiple function of speech. — Psychiatr. Quart., 26, 1952. P. 21-31.
66. Rangell L. The analyst at work. The Madrid congress. Synthesis and critique. — Int. J. Psychoanal., 65, 1984. P. 125-140.
67. Reich A. A special variation on technique. — Int. J. Psychoanal., 39, 1958. P. 230-234.
68. Reik T. The inner experience of a psychoanalyst. London: Allen and Unwin, 1949.
69. Rosenkotter L. Die psychoanalytische Situation als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. — Psyche, 27, 1973. P. 989-1000.
70. Sandier J. Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. — Int. J. Psychoanal., 64, 1983. P. 35-45.

71. Shapiro S. H. The initial assessment of the patient. A psychoanalytic approach.— Interpretation. Rev. Psychoanal., 11, 1984. P. 11-25.
72. Sterba R. F. The fate of the ego in the analytic therapy. — Int. J. Psychoanal., 5, 1934. P. 117-126.
73. Stone L. Some thoughts on the "here and now" in psychoanalytic technique and process.— Psychoanal. Quart., 50, 1981. P. 709-733.
74. Ticho E. D. W. Winnicott, Martin Buber and the theory of personal relationships. — Psychiatry, 37, 1974. P. 240-253.