

## 6 Начальное интервью и латентное присутствие третьих сторон

### 6.1 Проблема

Пациент и аналитик обычно впервые встречаются в приемной, но к этому моменту у каждого из них уже сложился некоторый образ другого. Представим себе пациента, который договорился о встрече по телефону или в письменной форме. Он кратко обрисовал свои проблемы или написал подробный отчет о своей жизни и нынешней ситуации, подчеркнув острую потребность в консультации. Пациент мог также выразить сомнения в том, что данный аналитик, о котором он знает понаслышке, возьмет его в качестве пациента, и надежду на то, что откладываемое им в долгий ящик решение подвергнуться психоанализу наконец быстро приведет к успешному лечению хронических симптомов. Со своей стороны аналитик уже многое узнал или предположил о жизни пациента и его нынешнем состоянии из того, каким образом тот к нему пришел или был направлен, а также из содержания и формы его письма или телефонного звонка. Таким образом, даже до первой встречи процессы переноса, контрпереноса и сопротивления оказываются приведенными в движение. Нашему воображаемому пациенту мог даже присниться дом, сходство которого со зданием, где размещается офис аналитика, для него очевидно после пробуждения. Аналитик может обнаружить в себе знаки позитивного контрпереноса в более широком смысле этого понятия. И если описание пациентом своего режима работы позволяет аналитику предположить, что он обладает значительной гибкостью в отношении выбора времени встреч, то аналитик сверяет свое расписание назначенных сеансов с тем, чтобы предложить время встречи.

Из краткого рассмотрения этого воображаемого типичного случая могут быть сделаны два вывода. Во-первых, процессы переноса, контрпереноса и сопротивления начинаются до первой встречи между пациентом и аналитиком. Во-вторых, надежды пациента воздействуют на его мышление в сновидении до начального интервью. Именно по этим причинам настоящая глава

Проблема 247

идет после разделов, посвященных данным аспектам. В отношении переноса, контрпереноса и сопротивления мы хотели бы подчеркнуть жизненную важность установки аналитика для первой и последующих встреч. Мы подчеркиваем это особенно для тех, кто решил начать чтение с этой главы, поскольку она является введением в психоаналитическую практику. Несколько более опытный читатель может заключить из наших предварительных замечаний, что исход начального интервью с таким воображаемым образцовым пациентом может быть с определенной уверенностью предсказан даже на основе такой скупой информации. В подобных случаях нет нужды в большой диагностической проницательности, и решение начать анализ бывает уже почти принято еще до того, как аналитик ломает голову над конкретными показаниями.

В некоторых случаях можно совсем отказаться от начального интервью или продолжительной проясняющей фазы. Так бывает, когда обеим сторонам — и аналитику, и пациенту — ясно, что первое интервью, скорее всего, будет означать начало лечения.

Каждый аналитик знаком с таким быстрым процессом принятия решения, которое не имеет никакого отношения к обаянию взаимного тяготения. Он плавно подводит к четырем или пяти сеансам еженедельного лечения, поскольку ожидания и особенности каждой из сторон хорошо дополняют друг друга: возраст, уровень образования, серьезность симптомов, успешная профессиональная карьера, дающая пациенту финансовую независимость, и гибкость в отношении времени встреч.

Неудивительно, что в психоаналитической литературе гораздо шире обсуждается вступительная фаза лечения, чем начальное интервью. Мы тоже предпочли бы перескочить через обсуждение начального интервью и перейти непосредственно к правилам и началу самого лечения. Однако мы не можем поступать так, поскольку имеем дело не только с идеальными пациентами, обладающими хорошей мотивацией для обращения к аналитику и осознающими связь между своими симптомами и жизненными проблемами и конфликтами, то есть с пациентами, которые уже обладают желаемым, с психоаналитической точки зрения, пониманием сути своего заболевания. В реальной жизни такие пациенты существуют, но встречи с ними довольно редки. Как правило, пациенты аналитика озабочены широким кругом психических и физических проблем (покрывают обширный нозологический спектр), далеко не все из них финансово независимы и хорошо образованны. В этих условиях начальное интервью приобретает решающее значение. И поскольку начальному интервью уже не придают сомнительной функции точного определения пригодности пациента для психоанализа, то появляется

## 248 Начальное интервью

возможность приобщиться к духу новаторства и удовольствию от экспериментирования, которые были свойственны Фрейду.

Мы рассматриваем начальное интервью как первую возможность для психоаналитического метода приспособиться к специфическим особенностям отдельного пациента. Первые встречи очень ответственны. Информация, которую можно получить всего за несколько встреч, будет неполной и ненадежной. В принципе только в абсолютно ясных случаях можно с определенностью утверждать, что данному пациенту психоанализ *не может* помочь, поскольку психоаналитический метод базируется на установлении особых отношений с пациентом как с личностью, способной использовать благотворное терапевтическое воздействие на нарушения, симптомы и болезнь, которые являются полностью или частично *психическими* по своему происхождению. Поэтому мы употребляем несколько претенциозное слово и говорим о *встрече*. В этом слове воплощены все технические правила и специальные термины.

Необходимо выйти за пределы простого обобщения. Чем более разработаны и детализированы терапевтические методы и техники, тем более отчетливо они связаны с теорией происхождения данного заболевания и тем точнее можно предсказать их эффективность. Чем лучше известны обстоятельства, вызвавшие данное состояние, и чем более понятен механизм действия лечебного средства, тем более точными будут и прогностические заключения. Таким образом, в медицине стандартизация и возможность распространения техники — ее применимость к типичным случаям, наряду с гибкостью, позволяющей адаптировать ее к отдельному пациенту, — представляют научный и практический идеал. При таком подходе ошибки в лечебной технике могут быть описаны как отклонения от установленной нормы. В полной мере уместность подобного подхода очевидна при рассмотрении случаев преступной небрежности врача в лечении больного.

Можно ли применить этот идеал к психоанализу и можем ли мы ожидать, что начальное интервью даст необходимую нам информацию для установления показания в пользу лечения? Это означало бы, что показания и прогноз взаимосвязаны напрямую, как в вопросах, которые задает каждый пациент: «Каковы у меня шансы на улучшение или излечение благодаря психоанализу? Будет ли лечение более успешным, если я стану

приходить только два раза в неделю?» Такие вопросы затруднительны для любого аналитика. И по этой причине мы открыто признаем, что и сами были бы рады работать в стандартизованных условиях, в ситуации, когда диагноз свидетельствует о ясном психогенезе, так что можно было бы обосновать и показания, и прогноз.

Проблема 249

Если бы отбор пациентов, пригодных для стандартной психоаналитической техники, был единственной важной задачей в начальном интервью, то мы могли бы непосредственно перейти к терапии, то есть к психоаналитическому процессу, в ходе которого определяется прогноз. Но внешняя сторона обманчива: технические стандарты, созданные для так называемого пригодного случая, — это формальные критерии, и как таковые они остаются внешними по отношению к сути и содержанию процесса и, может быть, даже служат для него препятствием. Именно по этой причине, говоря о начальном интервью, мы должны принимать во внимание так много различных факторов. И это множество необходимо рассматривать в контексте задач, которые нужно решить. Мы бы хотели, проследивая несколько линий развития, расширить обзор и, пользуясь психоаналитической установкой, под различными углами зрения рассмотреть начальное интервью. Мы придаем особое значение *установке* психоаналитика, например вниманию, которое он уделяет переносу, контрпереносу и сопротивлению. В строгом смысле, психоаналитические приемы часто нельзя использовать, поэтому установка аналитика и то, как он обходится с сообщениями, исходящими от пациента, имеют огромное значение. Итак, разработка специфической техники психоаналитического интервью запоздала, хотя влияние психоанализа быстро сказалось на психиатрическом интервью в США и на составлении истории болезни в психосоматической медицине в Германии.

В данной главе мы ставим своей целью уделить должное внимание как общим требованиям интервьюирования, так и специфическим характеристикам психоаналитического интервью. Поэтому мы должны познакомить читателя с широким спектром взглядов, так как, хотя стандартная техника психоанализа и переняла медицинскую модель определения показаний к лечению, едва ли какой-нибудь аналитик, за исключением редких совершенно ясных случаев, о которых говорилось выше, в состоянии сформировать определенное мнение на основе всего нескольких встреч с пациентом,

Неудивительно, что в тех случаях, когда аналитику представляется, что даже первая встреча уже может быть проведена в манере, приближенной к образцу базовой техники, пациенты оказываются пригодными для анализа в стандартных условиях. Действительно важно, как, например, пациент реагирует на пробные интерпретации, так как по вполне понятным причинам это может отражать его способность к инсайту и осознанию конфликтов. Еще более важно, что реакции пациента на пробные интерпретации и иные специальные приемы психоаналитической техники, как показывает опыт, зависят от множества детерминант, например от временной приуроченности.

250 Начальное интервью

Довольно много факторов влияют на длительность того периода, который необходим пациенту для такого привыкания к организованному данным аналитиком (а спектр индивидуальностей широк) психоаналитическому диалогу, чтобы он смог уловить смысл пробных интерпретаций. При прочих равных условиях то же самое верно и для всех других критериев. В заключение заметим, что форма, которую принимает начальное интервью, должна быть приспособлена к индивидуальным обстоятельствам каждого отдельного пациента.

## 6.2 Диагноз

Диагностические обследования у Фрейда служили задаче исключить соматические заболевания и психозы. Казалось, что ограничения психоаналитического метода гораздо больше определялись его стремлением к амбулаторному, а не стационарному лечению, нежели ограничениями самой техники. Фрейд, который никогда не колебался брать серьезно больных пациентов, рассматривал временно необходимое стационарное лечение как средство значительно расширить применимость психоаналитического метода (Freud, 1905a). Как только выполнялись элементарные предварительные условия, решался вопрос оплаты, и устанавливалось время встреч, пациенту сразу же объяснялось основное правило, и анализ начинался. В то время, как и сейчас, такие общие психосоциальные факторы, как образование, возраст и мотивация, имели большое значение. До начала первой фазы лечения Фрейд не собирал детальной истории; его предварительное интервью, как можно увидеть в случае Человека-Крысы (Freud, 1909d, p. 158), было кратким.

У Фрейда все пациенты находились «в анализе». После того как он перестал прибегать к гипнозу, он не делал различий между разными формами психоаналитической терапии — это был просто его психоаналитический метод. В основном Фрейд имел дело с серьезными случаями и лечил пациентов, которые не могли справиться с жизнью. Вместе с ними и для них была разработана психоаналитическая терапия (Freud, 1905a, p. 263).

Проблема отбора пациентов для анализа впервые возникла, когда спрос на психоанализ начал обгонять предложение. Так, Фенихель сообщал о клинике Берлинского института;

Разрыв между общим числом обращений за консультациями и числом пациентов, с которыми можно было провести анализ, привел к необходимости неприятного процесса отсеивания. Само собой разумеется, что первоначальными критериями были показания к анализу, но, кроме того, Институт выдвинул еще два условия принятия пациента на психоаналитиче-

Диагноз 251

ское лечение: случай должен быть пригоден для научного исследования и для обучения (Fenichel, 1930, p. 13).

Отношение числа консультаций к числу принятых на лечение к этому времени составляло примерно 2,5:1. В Берлинском институте к принятию на психоаналитическое лечение относились с энтузиазмом экспериментирования, и это показывает высокий процент (241 из 721) случаев преждевременного прерывания анализа.

Относительно большое число случаев прекращения анализа после короткого периода работы вполне объяснимо. В большинстве этих случаев пригодность пациентов для анализа была сомнительной с самого начала, но тем не менее они подверглись «пробному анализу», в конце которого аналитик вынужден был рекомендовать прекратить анализ (Fenichel, 1930, p.14).

Пробный анализ помогал более четко определить показания и был с самого начала уязвим для вопроса пациента: «Если в конце пробного анализа окажется, что я не годюсь для психоанализа, для какого типа лечения я пригоден?» Такой очевидный вопрос подрывает самые основы существования пациента. Может показаться, что этой проблемы легко было бы избежать, если не давать явного согласия на пробный анализ — например, аналитик соглашается на пробный анализ, не сообщая об этом пациенту. Но это оказалось бы несовместимым с психоаналитической установкой. Более того, пробный анализ может быть валидным в качестве теста на пригодность только в контексте стандартной техники, которую будет использовать позже тот же аналитик. Поведение пациента во время пробного анализа

должно, таким образом, рассматриваться с учетом того, что сегодня немногие пациенты, обратившиеся за консультацией в амбулаторные психосоматические пункты, могут быть признаны пригодными для лечения в ходе пробного анализа, проводимого в соответствии с моделью базовой техники. Понятно, почему от пробного анализа отказались: отвержение в конце может быть очень болезненным для пациента, если на него просто вешается ярлык «непригоден для психоанализа» и не предлагается ничего в качестве альтернативного лечения.

Конечно, отказ от пробного анализа не решал проблему, а просто перемещал ее на начальное интервью. Как мы покажем далее, это бремя нельзя облегчить до сносного для обоих участников или конструктивно решаемого уровня до тех пор, пока адаптация индивидуальных показаний не станет фундаментальным аспектом диагностики и терапии. Однако в первую очередь мы хотели бы подчеркнуть, что проблемы, которые вынуждены были решать во время начального интервью в старом Берлинском психоаналитическом институте, все еще встречаются во

## 252 Начальное интервью

всех больших клиниках; частная практика не затронута этим в такой же степени. По этой причине большинство публикаций на тему начального интервью основываются на опыте, накопленном их авторами в институтах. К тому же лишь немногие учебные психоаналитические центры специально обучают технике интервью. Могут быть выделены следующие основные линии развития. В общей диагностике психоанализ с годами принял от психиатрии ее нозологическую систему. Диагностические модели психосоматической медицины были и остаются ориентированными вокруг физической симптоматологии. Психоаналитическое начальное интервью является относительно более поздним достижением, которое было разработано в основном в больших амбулаторных клиниках.

Психоаналитическая установка и психоаналитическое мышление оказали огромное влияние на технику психиатрического исследования. Здесь, как и везде в истории, могут быть периоды асинхронии, продолжающиеся десятилетиями, и междисциплинарные влияния могут долго не замечаться. Но нет никакого сомнения, что после того, как Блойлер (Bleuler, 1910) усвоил психоаналитическое мышление, психиатрическая диагностика претерпела изменения. Брилл, Патнэм и другие психиатры ознакомились с психоаналитической техникой благодаря школе Блойлера в Бургхольцли и способствовали ее распространению среди психиатров в США, где еще до этого почва была подготовлена идеями Майера по социальной гигиене и психотерапии. Влияния психодинамического мышления стали ощутимы уже в 1930-е годы. Отдельные шаги отметили Гилл и его коллеги (Gill et al., 1954), важнейшим вкладом которых стало определение техники психодинамического интервью. Они противопоставили традиционному психиатрическому исследованию «динамическое интервью», которое преследует три цели:

Первая цель — это установление *rapпорта* (тесных отношений) между двумя посторонними, человеком-профессионалом и человеком, который страдает психологически и часто заставляет страдать других. Независимо от того, кем являются терапевт и пациент, должна быть предпринята попытка понять пациента, достичь человеческого контакта и определенного взаимного уважения. Все авторы, пишущие об интервьюировании, подчеркивают это, и мы полностью согласны с ними в этом вопросе. Вторая цель — *оценка* психологического статуса пациента. Третьей целью является *укрепление* желания пациента продолжить терапию, если для нее есть показания, и планирование с ним следующего шага в данном направлении (Gill et al., 1954, pp. 87—88).

Психиатрический диагноз опирается на оценку всей ситуации в целом и соответствует предложенному Балинтом понятию тотального диагноза. Включение Гиллом и его коллегами идей развития и поддержки пациента в задачи начального интервью представляет собой, по нашему мнению, важный шаг, уводящий

от чисто диагностического интервью в направлении терапевтического действия.

«Интерперсональная теория психиатрии» Салливана (Sullivan, 1953) уделила значительное внимание аспекту взаимоотношений. Остается нерешенным вопрос, основал ли Салливан на самом деле настоящую интерперсональную психотерапию, как утверждают Гринберг и Митчелл (Grinberg, Mitchell, 1983), или он вернулся к преимущественно интрапсихически ориентированному подходу (Wachtel, 1982). Прояснение данного вопроса зависит от того, каким образом роль аналитика как участвующего наблюдателя реализуется на практике.

В 1950-е годы психоаналитиками, работающими в рамках динамической психиатрии, было разработано множество разнообразных психодинамически ориентированных стратегий интервью. Именно в этот период Дейч в контексте своей преподавательской деятельности описал «ассоциативный анамнез»:

Метод, названный «ассоциативным анамнезом», заключается в записи не только того, что пациент говорит, но и того, как он подает информацию. Здесь важно не только то, что пациент рассказывает о своих жалобах, но также и то, на каком этапе интервью и в какой связи он представляет свои идеи, жалобы и воспоминания о своих соматических и эмоциональных нарушениях (Deutsch, Murphy, 1955, т. 1, р. 19).

Подход, направленный на изучение и описание психопатологии, сменился наблюдением за динамикой происходящего, без слишком большой концентрации на компоненте взаимоотношений. Этот компонент использовался скорее для создания благоприятной для исследования ситуации. Весьма полезно рассмотреть эту интеграцию психиатрии и психоанализа — к которой стремились, например, Редлих и Фридман (Redlich, Freedman, 1966) — с точки зрения разнообразных сочетаний описательной психопатологии и признания важности возникающих взаимоотношений.

«Структурное интервью» Кернберга (Kernberg, 1977, 1981) — хороший образец психоаналитически ориентированного психиатрического начального интервью. Кернберг пытается связать персональную историю заболевания пациента и его общее психическое функционирование напрямую с взаимодействием пациента и диагноста. Технически Кернберг рекомендует применять циркулярный процесс. С одной стороны, возвращение вновь и вновь к проблемам и симптомам пациента определяет его психопатологический статус; с другой — внимание сосредоточивается на взаимодействии (в психоаналитическом смысле) между пациентом и терапевтом, и интерпретации, включая интерпретацию переноса, даются в ситуации «здесь-и-теперь». Главной целью является проявление интеграции Эго-идентичности и диффузии идентичности, качества защитных ме-

## 254 Начальное интервью

ханизмов и наличия или отсутствия способности проверки реальности. Это позволяет провести дифференциацию личностной структуры на невроз, пограничную личность, функциональные (эндогенные) психозы и психозы, детерминированные органическими причинами. Интервьюер пускает в ход проявление, конфронтацию и интерпретацию, чтобы собрать материал, который принесет важную в прогностическом и терапевтическом плане информацию. Его особенно беспокоят оценка мотивации пациента, его способность к самонаблюдению и работе вместе с терапевтом, его потенциал для «отыгрывания» (acting out) и опасность психотической декомпенсации.

Время от времени в качестве интерпретаций невротическому пациенту предлагаются бессознательные связки или пограничному пациенту сообщается о расщеплениях в его репрезентациях себя. Из реакций пациента можно делать выводы, облегчающие принятие

терапевтом решения относительно дальнейших диагностических и терапевтических мер.

Структурированная классификация дифференциального диагноза следует за нозологической системой психиатрии, выделяющей три главные категории — эндогенные и экзогенные психозы и неврозы. Кернберг в качестве четвертой категории добавляет пограничные нарушения. Несмотря на циркулярную форму диалога, основная тема интервью Кернберга, которую он делает более конкретной при помощи особых вопросов в начальной, средней и завершающей фазах, соответствует психиатрической феноменологической идее, согласно которой в первую очередь идет поиск психозов, обусловленных церебральными расстройствами, во вторую — функциональных психозов, и лишь затем пограничных нарушений и неврозов. Самим употреблением таких терминов, как «симптомы», «обследование» и «кардинальные симптомы», Кернберг демонстрирует, что одной ногой он крепко стоит в области описательной психиатрии. Структурирующая деятельность интервьюера, естественно, оказывает влияние на взаимодействие. Чтобы получить информацию, необходимую для дифференциального диагноза, применяется определенное ограничение свободы в способах взаимоотношений, которые начинают формироваться между пациентом и терапевтом. Тем не менее, структурное интервью представляет собой сбалансированное сочетание психопатологического описания и анализа взаимоотношений, которое отвечает диагностическим, терапевтическим и прогностическим требованиям, предъявляемым к первичной консультации. Такое интервью также охватывает широкий спектр заболеваний, которые только и встречаются, в частной ли практике или в институтах, при отсутствии ограничительных процессов предварительного отбора, гарантирующих, что аналитик лечит почти исключительно невро-

## Диагноз 255

зы. По нашему мнению, Кернбергу удалось достичь хорошего синтеза разнообразных функций первой встречи. Если учесть, что почти все американские психоаналитики получили сначала психиатрическое образование, то становится понятнее, почему в учебных планах американских психоаналитических институтов не слишком подчеркивается важность начального интервью (Redlich, Freedman, 1966).

С большим упрощением можно было бы сказать, что психоаналитическая установка и психоаналитическое мышление повлияли на технику психодинамического интервью и оно, в свою очередь, оказало воздействие на психоаналитическую практику. В структуре этих обоюдных влияний есть своеобразные узловые пункты, которые характеризуют главные задачи начального интервью. Мы вполне осознаем, что подчеркивание нами при нижеследующем описании определенных аспектов несколько преувеличивает различия.

Сначала мы обратимся к биографическому анамнезу, поскольку вопрос о связи между историей жизни пациента и его нынешними симптомами поднимается в каждом начальном интервью. Если нам необходимо перейти от запускающей ситуации — в психосоматической терминологии, от ситуации искушения и фрустрации — к объяснению психогенеза в смысле дополняющих серий у Фрейда, то необходимо узнать кое-что о детстве пациента. Однако, чтобы уловить потенциальную эмоциональную релевантность этой информации, необходимо включить ее в психопатологию конфликта или, в более широком смысле, — в теорию личности. В этой связи необходимо отметить уже на этом этапе, что психоаналитическое начальное интервью коренится отчасти в попытках систематизации теории терапии, предпринятых в 1920-е и 1930-е годы. Наконец, мы подходим к интеракционной модели интервью, которая была разработана в Тавистокской клинике Балинтом, находившимся под влиянием психологии объектных отношений и признававшим важность взаимообмена между доктором и пациентом в ситуации «здесь-и-теперь».

Возникшая в Гейдельберге после войны психосоматическая медицина с самого начала испытала на себе сильное влияние вопроса фон Вайцзэкера (von Weizsäcker, 1943): «Почему болезнь появилась *теперь* и почему она проявляется именно *здесь*, в данном органе или

системе?» Развитие ассоциативной техники интервью («биографический анамнез») и ее эволюционирование в «систематический сбор истории болезни» были описаны Томэ:

Основная цель «биографического анамнеза» (см.: Ruffler, 1957) состоит в использовании вопросов, для того чтобы пролить свет на жизненную ситуацию пациента во время первого возникновения симптомов и затем дать точное описание этой ситуации... «Биографический анамнез» не пре-

## 256 Начальное интервью

следовал в первую очередь терапевтической цели, то есть достижения изменения, а был сосредоточен на диагностике прошлого. Отношения доктор — пациент или их специфическое выражение в переносе или контрпереносе специально не рассматривались (Thomä, 1978, p. 254).

Временные связи между текущей ситуацией пациента, предшествующими событиями в его жизни, происхождением его симптомов и изменением их интенсивности естественным образом формируют отправной пункт для многих более или менее систематизированных техник интервью. Триада — «утрата объекта, безнадежность, беспомощность» (Engel, Schmale, 1967), — которую можно наблюдать при различных заболеваниях, создает теоретическую почву для формы диалога, которую предложил Энгел (Engel, 1962). Адлер (Adler, 1979, p. 329) описывает метод Энгела как технику сбора истории болезни, которая дает возможность доктору, благодаря его знанию психологии развития и теории неврозов, интегрировать психические, социальные и соматические данные, а также определять их значение.

В общем верным является то, что терапевтическая уместность этой техники поиска информации и обеспечения инсайта при структурировании интервью во многом определяется способом ее применения. Если психоаналитику удастся использовать типичные конфликты в жизни пациента, чтобы продемонстрировать ему со всей *ad oculos*<sup>1</sup> нечто из латентной динамики и скрытых связей, то данный метод облегчит подход особенно к тем пациентам, которые не могут иначе прямо и беспрепятственно достичь инсайта относительно психогенеза своих симптомов.

В данной технике диагноз опирался на более или менее прочную теорию неврозов, а ведение диалога на практике было ориентировано на психоаналитическую технику лечения в том виде, в каком она была систематизирована в 1920-е и 1930-е годы. Опыт, полученный в амбулаторных психоаналитических клиниках, был в этом отношении решающим. Особенно большой упор на диагностические возможности делался в амбулаторной клинике старого Берлинского психоаналитического института, и появилась необходимость сравнить полученные данные. Таким образом, преподавание и исследования способствовали систематизации. Ранняя работа Александра дает тому превосходный пример. Его более позднее исследование, посвященное специфичности психосоматической медицины в Чикагском психоаналитическом институте, было бы невозможно без модели диагностического интервью (Alexander, 1950).

«Целенаправленный анамнез» Шульц-Хенке (Schultz-Hencke, 1951), ориентированный на диагностику ситуаций искушения и

## Диагноз 257

фрустрации, являющихся симптомо-пусковыми, игнорировал в начальном интервью аспект взаимоотношений и переноса. Шульц-Хенке связывал эти ситуации, которые были введены в

---

<sup>1</sup> Наглядность (*лат.*).

психоаналитическую терминологию и практику Фрейдом, со своей собственной теорией конфликта и структуры. Эта техника, получившая позднее развитие, была названа «биографическим анамнезом» и подробно описана Дюрссеном (Dührssen, 1972, 1981),

За последние годы не оправдались ожидания получить возможность устанавливать типичные, особо характерные констелляции конфликтов, на что надеялись Александер и Френч (Alexander, French, 1946), выдвигая специфические гипотезы. Разнообразие психодинамических конфликтных паттернов и гибкость их связи с клинической картиной, иными словами, их «неспецифичность» (Thomä, 1980), сделали диагностический компонент начального интервью относительно малым.

Тавистокская модель, тесно связанная с работой Балинта, делает акцент на терапевтических отношениях в ситуации «здесь-и-теперь», то есть на функциональном единстве переноса и контрпереноса. В конце 1950-х годов Митчерлих представил эту модель в Психосоматической клинике Гейдельбергского университета, где она оказалась весьма продуктивной, так как с самого начала диалога фиксировала внимание аналитика на протекающих процессах обмена между ним и пациентом (Künzler, Zimmermann, 1965). Ниже приведены некоторые важные моменты, которые требуют специального рассмотрения при составлении письменного заключения о диалоге.

#### *Развитие отношений «доктор — пациент»*

1. Как пациент обращается с доктором? Наблюдаются ли какие-либо изменения в этом отношении? Связаны ли они с привычным поведением или с болезнью?
2. Как доктор обращается с пациентом? Происходят ли какие-нибудь изменения в ходе интервью?
  - а) Был ли доктор заинтересован проблемами пациента?
  - б) Было ли у аналитика чувство, что он что-то может сделать для него?
  - в) Заметил ли доктор какие-нибудь человеческие качества у пациента, которые ему понравились, несмотря на все его недостатки?

#### *Важные элементы интервью*

Здесь в фокусе внимания находится развитие событий внутри интервью, то есть результаты переноса и контрпереноса.

1. Неожиданные утверждения или проявления эмоций со стороны пациента, произвольные ошибочные действия (parapraxes) и

#### 258 Начальное интервью

т.д., очевидное исключение определенных периодов в его жизни или каких-то людей из окружения и т.д.

2. Какие интерпретации были даны в ходе интервью, и каковы реакции пациента на них?

#### *Полученные данные и их оценка*

1. Каким образом нарушение проявляется в жизни пациента (перечень симптомов, обнаруженных в интервью, включая и те, в отношении которых на данный момент у аналитика есть лишь неясные подозрения).
2. Предполагаемое значение нарушения, выраженное в психодинамических терминах.
3. Выбор терапии:
  - а) пригодность к краткосрочной терапии (фокусированная психотерапия); обоснование;
  - б) потенциальные аргументы против;
  - в) пригодность для психоанализа; обоснование;
  - г) отказ от какой-либо формы терапии; обоснования;
  - д) другие подходящие формы лечения.
4. Ближайшие задачи. Что доктор считает ключевым симптомом, за который он хотел бы

взяться в первую очередь? Как может лечение этого симптома повлиять на другие симптомы? Идеи относительно частоты и длительности лечения.

Из следующего раздела станет яснее, как дух балинтовской модели повлиял на представление о начальном интервью в его терапевтическом аспекте. Данная модель (в своей оригинальной форме (M. Balint, A. Balint, 1961 pp. 69—70; Balint et al, 1972, pp. 19—20) или модифицированная), хотя далеко не все знают о ее происхождении, во многих местах стала основой построения терапевтической концепции начального интервью.

### 6.3 Терапевтические аспекты

Появление тавистокской модели изменило концепцию начального интервью: психоанализ вошел в интервью как терапевтический метод, и диагноз оказался подчинен терапии. Выражаясь осторожнее, можно сказать, что теперь диагностическая и терапевтическая функции первой консультации стали рассматриваться как равные по значению. Мы основываем свое суждение об этом качественном изменении на работе Балинта. Хотя, конечно, и многие другие аналитики повлияли на то, чтобы терапевтической функции начального интервью было отведено полноправное место при первой встрече аналитика и пациента. У нас есть основательные причины сосредоточить свое внима-

Терапевтические аспекты 259

ние на Балинте, поскольку он повлиял на немецкий психоанализ особенно сильно именно в отношении структуры начального интервью. Акцент на терапевтической задаче создает именно ту гибкость, которую мы считаем чрезвычайно важной, если хотим добиться адаптивной, учитывающей конкретного пациента, оценки показаний. Тот факт, что данный стиль интервью был первоначально разработан для особой формы терапии, а именно фокусированной (focal) терапии, не снижает возможностей его применения для психоанализа в целом. Напротив, получение настоящих решений проблем за такое короткое время является мощнейшим показателем того, что в ходе длительного анализа также можно затронуть с пользой более широкие и глубокие конфликты.

Действительно, едва ли что-либо другое оказало столь же сильное влияние на способ ведения аналитического диалога, как техника интервью, разработанная в рамках фокусированной терапии. Идеи Балинта часто одинаково применимы как для врача общего профиля, так и для психоаналитика. Этим подчеркивается интеракционная природа интервью широкого охвата; его использование может быть распространено и на многие другие ситуации. Центральным, однако, является наблюдение за биперсональным процессом, на котором, в силу его важности для понимания жизненной истории пациента, акцентировал свое внимание Балинт. Концепция биперсональной психологии подразумевает, что аналитик устанавливает соотношение между тем, что говорит пациент, и тем, как он себя ведет в аналитической ситуации, а затем использует это соотношение в диагностическом и терапевтическом планах. Соответственно, результат исследования зависит от того, как ведет себя аналитик в данном профессиональном взаимоотношении и что он узнает из него. В конечном счете, при постановке диагноза может использоваться только то, что привносит пациент. Но то, что он привносит, должно пониматься как «общая сумма реакций пациента на конкретного доктора, в конкретный момент, в конкретной обстановке» (M. Balint, A. Balint, 1961, p. 167). Это ставит врача или психоаналитика в теоретически интересную, но на практике трудноразрешимую ситуацию. Дифференцирование функции и задач приводит к такому одностороннему варианту взаимодействия. В лечебной технике развивающиеся объектные отношения рассматриваются как преимущественно детерминированные внут-

ренной потребностью пациента в таких отношениях (см.: Beckmann, 1974).

Суть работ Балинта, адресованных терапевтам в целом, подхвачена также психоаналитиками и свидетельствует о необходимости пытаться использовать «потенциал пациента к развитию и поддержанию человеческих взаимоотношений» (M. Balint,

## 260 Начальное интервью

A. Balint, 1961, p. 183) в качестве критерия для принятия решений. Признание идей Балинта способствовало широкому распространению внутри психоанализа разнообразных вариаций начального интервью и его применению во многих различных областях (Junker, Waßner, 1984). Новое видение параметров интервью, необходимых в каждом индивидуальном случае, одновременно открыло возможности для инноваций, игравших свою роль в разработке разных типов и форм первой встречи (домашний визит, консультация с семейным врачом; психоаналитическое консультирование и т.д.).

Интервью без предварительной договоренности, которые были введены в Институте Зигмунда Фрейда первоначально по чисто практическим соображениям, создали новые, непредвиденные до этого формы, которые продемонстрировали, насколько сильно содержание интервью определяется условиями, в которых оно происходит (Argelander et al., 1973). Такой тип интервью отвечал ожиданиям пациента, находящегося в состоянии острого страдания. В свою очередь аналитик наблюдает пациента во время кризиса, в течение которого терапевтические возможности сильно ограничены. Необычной, но, может быть, поэтому важной для аналитика и для врача общего профиля является возможность оказания немедленной кратковременной терапевтической поддержки и создания с ее помощью атмосферы доверия, способствующей последующему анализу. Всякий раз, когда аналитики находят время для срочных консультаций в частной практике или, что более обычно, в институтах, возникают широкие новые перспективы. Пациенты, с которыми проводятся подобные интервью, в большинстве своем не вписываются в жесткие рамки аналитической практики и, таким образом, обогащают опыт аналитика.

Чем дольше пациенты должны ждать начального психоаналитического интервью, тем больший отбор среди пациентов в конечном итоге осуществляет аналитик. Здесь работают два психодинамических фактора. С одной стороны, пациент, предпринимающий шаг, чтобы назначить встречу, уже находится в терапевтической ситуации. В сознательных и бессознательных фантазиях он репетирует еще не существующие паттерны переноса на аналитика, хотя они еще не произошли в реальности. С другой стороны, его бессознательное сопротивление с неизбежностью усиливается фрустрацией ожидания.

Опросники и тесты перед начальным интервью ставят пациента в стрессовую ситуацию и также, что понятно, пробуждают в нем какие-то ожидания. Когда затем приходит время интервью, он чувствует напряжение и часто ожидает большего, чем аналитик может дать. Различные ожидания, возникающие из-за

## Терапевтические аспекты 261

разнообразия обстановки в институтах и кабинетах частных аналитиков, должны быть темой обсуждения на ранней стадии.

Дополнительные различия в ожиданиях относительно начального интервью определяются диапазоном доступных видов лечения, который неодинаков в разных местах и осведомленность пациента о котором часто бывает неполной. Чтобы избежать разочарования, соответствующая подготовка относительно целей интервью является на вступительном этапе первым важным шагом (*рекомендация 1*). Интервью представляет собой непривычную для пациентов ситуацию, и большинство ошибочных заключений появляется из-за их поведения, обусловленного неадекватной подготовкой. Кремериус

описывает подобный яркий пример в своей критике ситуационной структуры техники интервью, применяемой французской психосоматической школой психоанализа (Cremerius, 1977a).

Предварительные знания о психоанализе у образованных и необразованных пациентов настолько различаются (Cremerius, 1977a), что соответственно должен быть приспособлен и метод ведения диалога. Поразительный пример предварительной установки пациента и ее ошибочной интерпретации аналитиком приводится, вероятно, неумышленно, Шрётером в его эссе о специфических реакциях на лечебный процесс и о социальной дистанции по отношению к терапевту: «Тем не менее, представляется, что для пациентов из низших слоев общества типична более высокая, по сравнению с другими, степень раздражения по поводу отдельных черт психоаналитического диалога» (Schröter, 1980, p. 60).

У нас же вызывает раздражение то, что социологически подготовленный автор постулирует при этом существование некоей формы психоаналитического диалога, которая не делает никаких скидок на различие условий, в которых происходит повседневное общение у разных пациентов. Мы не можем позволить такой ригидности (как будто доступ к бессознательному открывается только через ориентированный на стандарты верхушки среднего класса способ психоаналитического диалога) оставаться вне критики, особенно когда у нас появились хорошие модели проведения интервью в соответствии с потенциалом пациента (Deutsch, Murphy, 1955).

Представляется полезным рассмотреть рекомендации Балинтов относительно необходимых условий интервью (M. Balint, A. Balint, pp. 187—188), которые мы и хотели бы теперь суммировать. *Рекомендация 1* (см. выше) подчеркивает важность должного и адекватного предваряющего вступления к встрече, особенно учитывающего специфику социального компонента в ожиданиях пациента. *Рекомендация 2* советует создать и поддерживать подходящую атмосферу, в которой пациент мог бы

## 262 Начальное интервью

раскрыться достаточно полно, чтобы дать возможность терапевту понять его. Это является проверкой способностей интервьюера к активной эмпатии и приспособления к каждому новому пациенту. Трудности здесь неизбежны, необходим непрерывный контроль за тем, что привносит аналитик в диалог. Балинты подчеркивали это, указывая, что врач, успокаивающий пациента, находящегося в стрессовом состоянии, получает материал, отличающийся по своей природе от материала, собранного врачом, только пассивно слушающим и позволяющим пациенту самому «барахтаться» в интервью.

Утверждения о пациенте поэтому всегда должны включать информацию о созданных интервьюером ситуационных параметрах, действующих на пациента в качестве «стимулов» — в балинтовском смысле слова (*рекомендация 3*).

Очень важно, чтобы у аналитика была некоторая идея о будущем направлении взаимоотношений до того, как он начал формировать их в интервью. Конкретный план интервью (*рекомендация 4*) зависит от того, может ли аналитик ожидать, что взаимоотношения в ходе интервью разовьются в терапевтические отношения, или изначально ясно, что отношения прервутся хотя бы на время после этой одной встречи, поскольку пациент будет либо занесен в список ожидающих, либо направлен коллеге.

Длительность интервью является другим параметром, детерминированным одновременно как практически внешними соображениями, так и сложностями взаимодействия. С одной стороны, терапевт обладает эмоциональной и научной любознательностью, с другой — его потребность в безопасности тоже отражается на форме, которую принимает интервью.

Другая практическая проблема, часто упускаемая из виду, — это отсутствие у пациента информации о длительности интервью. Начальное интервью часто следует за серией в большинстве своем разочаровывающих и в основном коротких консультаций с врачами. Откуда пациенту знать, что теперь он может рассчитывать по крайней мере на отрезок

времени в 45 минут и на чувство безопасности, которое с этим связано? Другой момент, требующий рассмотрения, — это вопрос о том, надо ли информировать пациента о возможности второй встречи непосредственно в начале интервью или это необходимо решить в конце на основе обсужденного в интервью материала.

Напротив, мы убеждены в жизненно важном значении того, чтобы начинающие аналитики, в частности, сами устанавливали вполне определенные рамки для начального интервью и уклонялись при этом от неограниченного числа сеансов, отвечающих лишь степени их собственной небезопасности (*рекомендация 5*).

Терапевтические аспекты 263

Все эти эмоционально обсуждаемые детали принадлежат области, которую Балинты стремились охватить концепцией *эластичной техники интервью*. Аналитик должен реагировать по-разному на разных пациентов и не ограничивать себя стереотипами, такими, как традиционное понимание контрпереноса (*рекомендация 6*). Можно говорить о способности к контрпереносу, когда аналитик осознает контрперенос и может использовать его с хорошим диагностическим эффектом (см.: Dantlgraber, 1982). Решающим является вопрос: в каком отношении ценна такая гибкость? Здесь Балинты также напрямую подходят к проблемам, для которых нет универсальных ответов и которые должны решаться на индивидуальной основе: «Является ли целесообразным и желательным, чтобы консультация не означала ничего большего, чем диагностическое обследование, или она должна содержать определенный вид терапии, например некоторую сильно облегченную форму психоанализа?» (M. Balint, A. Balint, 1961, p. 195). По нашему мнению, во время начального интервью пациент должен понять, какое значение может иметь для него лечение; это психотерапевтично само по себе. Но взгляд на начальное интервью как на модель терапии выдвигает невыполнимое требование. Интервью должно проводиться в форме, представляющей пациенту основания для решения, желает ли он подвергнуться психотерапевтическому лечению и способен ли он приняться за проблемы, неизбежно связанные с реализацией этого замысла. Такой подход не дает пациенту возможности играть пассивную роль. Хотя определенная исследовательская диагностическая работа имеет важнейшее значение и не должна фобически избегаться, цель психоаналитического интервью — обнаружить то, что происходит или происходило внутри пациента, и каким образом он сам повлиял на свою судьбу. Такая цель может достигаться средствами соответствующей техники, как это со всей ясностью и эмпатией описал Розенкёттер:

Когда пациент приходит к психотерапевту с невротической симптоматикой или другими проблемами психического происхождения, то первый контакт между ними принципиально не отличается от контакта во время других медицинских консультаций. Пациент сообщает о своих проблемах, и терапевт пытается выяснить как можно больше об их возникновении и истории жизни пациента в целом, чтобы получить материал, на котором необходимо сделать заключение, касающееся показаний и прогноза. Опыт терапевта и его способность к эмпатии играют важную роль. Терапевт должен предоставить пациенту достаточно времени, чтобы тот смог спонтанно и по своей собственной воле вступить в диалог; любые вопросы, сопровождающие и дополняющие сообщения пациента, необходимо задавать в предусмотренной манере, и терапевт должен занимать благожелательную, нейтрально сдержанную позицию. Ему следует избегать специальных вопросов, определенных утверждений и инструкций, побуждающих пациента

264 Начальное интервью

к принятию установки пассивного и магического ожидания по отношению к врачу (Rosenkötter, 1973, p. 989).

Рассуждения Балинтов о начальном интервью, представляющие интерес, как для аналитика, так и для психотерапии в медицинской практике, были подхвачены Аргеландером (Argelander, 1966, 1967, 1970; Argelander et al, 1973), посвятившим серию своих публикаций взаимодействию между пациентом и исследователем:

Для опытного психотерапевта утверждение Балинта означает, что каждое интервью понимается также и как аналитическая ситуация, высвечивающая специфические моменты переноса на данного интервьюера и на данное окружение в данное время. Самые разнообразные сообщения, исходящие от пациента — вербальная информация, его поведение, вызванные им у интервьюера мысли и тому подобное, — группируются или, точнее, кристаллизуются вокруг межличностных отношений, являющихся, по словам Балинта, сердцевинной обследованности. Из этого центра действия они и получают директиву, ведущую к проблемам пациента, которые особым образом открываются взору данного исследователя (Argelander, 1966, p. 40).

В последующих публикациях Аргеландер видоизменяет и развивает эти темы. Доводя тезисы Балинтов до их логического завершения, он описывает интервью как «аналитическую ситуацию, в которой мы используем наш психоаналитический инструментальный также и в диагностических целях» (Argelander, 1966, p. 42). Даже если признать справедливость того, что аналитик приспосабливает свой психоаналитический инструментальный к особой внешней структуре этой изначально ограниченной аналитической ситуации (а ситуация эта должна гармонизировать с текущей реальностью и с относящимся к Эго процессом), требования данной техники интервью часто превышают возможности аналитика и пациента. Аргеландер (Argelander, 1966, 1967) выделяет две сферы опыта, которые пытается увязать вместе в интервью: регистрацию объективных фактов и развитие субъективного переживания.

Соединение этих двух форм опыта (причем объективное подчиняется субъективному) представляет собой специфический психоаналитический подход. В этой концепции можно выделить три важных рабочих момента: наблюдение за поведением, поиск с помощью вопросов «объективной» информации и специфическое восприятие, приобретающее форму эмпатического понимания бессознательных объектных отношений. Третья функция представляет собой именно такое понимание рабочего процесса, которое возникает при длительном анализе:

Из психоаналитического опыта мы знаем, что в объектных отношениях внутренние психические процессы проецируются вовне и могут быть восприняты и пережиты субъективно. По этой причине мы даем пациенту

Терапевтические аспекты 265

шанс установить в начальном интервью объектное отношение, форма, содержание и динамика которого определяются его собственной индивидуальностью. Полностью сохраняется спонтанность пациента. Наша внешность, возраст, пол, характер, темперамент и т.д. служат конкретными ситуационными факторами, стимулирующими обследуемого к переносу на исследователя предшествующих внутренних чувств, ожиданий, конфликтов, идей и фантазий (Argelander, 1967, p. 431).

Данная «теория переноса» в начальном интервью обязана своей бесспорной привлекательностью тому обстоятельству, что болезненные, медленно развивающиеся в психоаналитической работе процессы, взаимное понимание и коммуникации выявляются уже при первой попытке, во время самой первой встречи.

Уточняя эту позицию, Аргеландер выделяет три источника информации, которые он называет объективным, субъективным и сценическим. Такое несколько произвольное, по его словам, разделение весьма полезно на практике. «Сценическая информация наполнена

переживаниями ситуации со всеми ее эмоциональными стимулами и идеациональными процессами» (Argelander, 1970, p. 14). Достижение специфического понимания средствами сценического познания отрабатывалось и структурировалось в работе группы Балинта и при обсуждении отдельных случаев (Argelander et al., 1973). Накопленный Аргеландером и его коллегами опыт свидетельствует о том, что в интервью относительно быстро набирается материал, «чтобы поставить аналитическое восприятие и мышление на операциональную основу» (Argelander et al., 1973, p. 1004). Опыт группы Балинта подтвердился в этом контексте, который (хотя и был иным) обладал схожей структурой в силу такой же краткости интервью. Несмотря на весьма позитивную реакцию среди немецкоязычных аналитиков на модель начального интервью Аргеландера, не получили должного внимания его собственные замечания и самокритичные комментарии: «Упражнения в сценическом понимании должны служить еще более сильному акцентированию предсознательных процессов восприятия и мышления и мобилизации этим путем естественного творческого потенциала аналитика» (Argelander et al., 1973, p. 1009). Способность к восприятию предсознательных процессов можно развить благодаря обучению.

Без такого обучения нельзя ожидать ничего, кроме экстравагантных фантазий и диких спекуляций... Повторять это можно сколь угодно, так как наша специальность особенно повинна в его игнорировании. Неудачи при этом поспешно возлагаются на безнадежно преувеличенный субъективный фактор, и в конечном итоге дискредитируется весь метод (Argelander et al., 1973, p. 1010).

Нашу оценку данного стиля интервью можно соотнести с ограничениями, сделанными самим Аргеландером. Одно дело, если

#### 266 Начальное интервью

он применяется к группе, руководимой особо одаренным психоаналитиком, в которой разрабатывается высокодифференцированный стиль интервью, и совсем другое дело — насколько хорошо эта процедура может быть преподана и усвоена. Кроме того, мы сомневаемся, что данный метод, когда его используют в наиболее очищенном виде, дает ожидаемые от него результаты, а именно селекцию специфических терапевтических процедур, «ориентированных на присущую пациенту ситуацию внутреннего конфликта (то есть короткая терапия) или на текущую диспозицию его переноса, а также на потребности, конфликты и способы выражения этого переноса (то есть групповая терапия)» (Argelander, 1966, p. 41). Показания для конкретных процедур лечения не могут полностью базироваться на диагностике констелляций бессознательных конфликтов, как это покажет дальше обсуждение проблем, связанных с этими показаниями. За последние годы становится все более ясным, что, хотя начальное интервью вполне адекватно для субъективной оценки (Dantlgraber, 1982), более дифференцированные показания требуют учета дополнительных факторов. Оценка пригодности пациента для анализа на основе субъективного впечатления недостаточна.

## 6.4 Процесс решения

До сих пор мы были сосредоточены на критическом разборе старых и современных представлений о начальном интервью, которое является и диагностическим и терапевтическим событием одновременно. В предшествующем разделе мы столкнулись с вопросом о тех заключениях относительно показаний, которые можно сделать, исходя из любой техники. Как мы сейчас продемонстрируем, упомянутые нами опасения подтверждаются почти полным отсутствием убедительных доказательств в обширной клинической литературе.

Критерии показаний, предложенные Фрейдом, были, по сути, критериями исключения — исключали тех, у кого не было соответствующего уровня образования и вызывающего доверие характера, а также тех, кто сам не чувствует необходимости подвергнуться лечению в силу своих проблем и сделает это лишь под нажимом со стороны семьи. «Для полной безопасности необходимо ограничить свой выбор пациентами, обладающими нормальными умственными способностями, поскольку в психоаналитическом методе они используются как точка опоры для приобретения контроля над патологическими проявлениями» (1905а, р. 264). Другими ограничительными критериями, применявшимися Фрейдом, были возраст и необходимость незамедли-

Процесс решения 267

тельного исключения угрожающих симптомов, таких, например, как при нервной анорексии.

Мы придаем куда большее значение указанному тоже Фрейдом, но гораздо менее известному позитивному критерию показания для психоанализа: «Психоаналитическая терапия была создана в процессе и для лечения пациентов, хронически неприспособленных к жизни» (1905а, р. 263; курсив наш). Помимо оговоренного и описанного выше наличия «нормальных умственных способностей», Фрейд не признает серьезности заболевания как ограничительного условия. Эта точка зрения радикально отличается от вывода, полученного в ходе обсуждений на многочисленных «круглых столах», посвященных проблеме анализируемости (например: Waldhorn, 1960). Описание пригодного для анализа пациента можно резюмировать следующим образом: «Достаточно больной, чтобы в этом нуждаться, и достаточно здоровый, чтобы это вынести», отсюда видно, насколько далеко неоклассический стиль техники лечения отошел от первоначальной концепции Фрейда.

Сегодня мы все еще должны исходить из допущения, что показания к психоанализу могут лишь редко, если вообще могут, выводиться из природы заболевания. Хотя уже давно установлено различие между трансферентными неврозами, которые считаются излечимыми, и нарциссическими неврозами, однако никуда не деться от того факта, что диагноз «невроз переноса» в действительности говорит относительно мало о возможностях лечения. Прежде чем мы продолжим запутанную историю о развитии критериев показания к аналитическому лечению, о возникновении в течение десятилетий разнообразных терминов, вроде пригодности, доступности и анализируемости, мы бы хотели отметить, что, делая это, описываем линию мысли, которая родилась не из практики самого Фрейда.

Мы полагаем, что обсуждать этот комплекс проблем с позиций, очерченных Тайсоном и Сандлером (Tyson, Sandler, 1971), то есть в свете проблем, связанных с отбором пациентов для анализа, означало бы делать ошибку в выборе исходной позиции, в основе которой правильная общая идея, но все превращается в танец вокруг золотого тельца — техники базовой модели (см. гл. 1).

Суть многочисленных дискуссий, касающихся отбора пациентов для психоаналитического лечения, сводилась к тем высоким требованиям в отношении личного обязательства, денег и времени, которые интенсивный анализ накладывает как на пациента, так и на аналитика. Недаром психоанализ сравнивали с экспедицией, участников которой нужно подбирать очень осмотрительно. Тогда создается впечатление, что метод не является удачным для всех «пациентов, хронически неприспособлен-

268 Начальное интервью

ных к жизни», для которых, как с самого начала заявил Фрейд, психоанализ и был создан, и поэтому в интересах как врача, так и пациента заранее определить его пригодность в каждом отдельном случае. Это необходимо иметь в виду во время чтения последующего материала, посвященного проблематичности показаний в пользу применения психоанализа в его

стандартной технике с высокой частотой сеансов.

Фрейд с энтузиазмом рассматривал в качестве потенциальных кандидатов для применения своего нового метода пациентов со всеми вариантами тяжелых и осложненных неврозов, которые не могли быть вылечены при помощи наиболее доступных тогда средств (Freud, 1905, p. 262). Однако Джонс (Jones, 1920) вынес на рассмотрение свои представления о связи диагноза и прогноза, Его каталог показаний включал в себя следующие диагнозы: 1) истерия, 2) истерия тревожности, 3) невроз навязчивости, 4) ипохондрия, 5) фиксационная истерия. Группы 4 и 5 рассматривались как наихудшие в отношении прогноза.

Фенихель подхватил идею о связи прогноза и тяжести невроза:

Следовательно, в целом трудность анализа соответствует глубине патогенной регрессии. Таким образом, используя аналитическое знание о глубине решающих пунктов фиксации при соответствующих неврозах, можно классифицировать неврозы в целом на основании их доступности для анализа... (Fenichel, 1945, p. 574)

Суть метода, уже установившегося к этому времени, воплощается в словах «доступность для анализа». Фенихель подчеркивал, однако, что,

для того чтобы сделать прогноз, необходимо принять в расчет много других обстоятельств: общую динамику взаимоотношений между сопротивлениями и желанием выздороветь, вторичные выгоды, общую гибкость личности (p. 575).

Гловер (Glover, 1955), принимая идею отзывчивости на анализ, ставит диагноз в соответствии с одной из трех категорий: «доступный», «умеренно доступный» и «трудноподдающийся».

Тайсон и Сандлер (Tyson, Sandler, 1971) утверждают, что симпозиум «Расширяющиеся горизонты психоанализа» переместил внимание с диагностических критериев на критерии пригодности.

Как отметила А. Фрейд (A. Freud, 1954b), нет никакой гарантии, что два человека с одинаковыми симптомами будут идентично реагировать на одно и то же техническое вмешательство. Это обстоятельство выбивает из-под ног почву у любого нозологически ориентированного обсуждения показаний для психоаналитического лечения. Однако потребовалось длительное вре-

Процесс решения 269

мя, прежде чем осознание невозможности предсказать для данного пациента результат лечения привело к выводу о том, что аналитик должен искать факторы, которые обладают позитивным влиянием на развитие психоаналитического процесса. Проблема продолжала сводиться к известной формуле «усмотреть структуру невроза». Идея Фрейда (1913c) о пробном анализе была доработана Фенихелем (1945), однако в действительности она никогда не была общепринятой. Вместо этого в начальное интервью в изобилии включаются элементы пробного анализа с намерением испытать способность пациента справляться с интерпретациями (Alexander, French, 1946, p. 98). Хотя результаты иногда впечатляют, тем не менее есть опасения, что подобная ситуация может создать чрезмерное напряжение и потенциально помешать принятию верного решения относительно показаний.

Митчерлих сформулировал минимальное требование, которое должно было сделать психоаналитическое лечение более доступным для многих пациентов: «Способность (пациента) аффективно реагировать на предложенное истолкование представляет для нас наиболее точный прогностический индикатор того, что... симптом не является тем лучшим результатом, которого пациент может достигнуть» (Mitscherlich, 1967, p. 149). Здесь подразумевается также и способность терапевта «предлагать истолкование». Проблема начального интервью и связанные с ней проблемы показаний усложняют технический

вопрос о том, каким образом можно убедить пациента следовать «направлению задаваемых нами вопросов» (Mitscherlich, 1967, p. 141). Однако, поскольку мы не хотим оборвать свое описание этих проблем на традиционном противопоставлении стандартной техники и аналитически ориентированных форм психотерапии, недостаточно и простого утверждения, что сотрудничество пациента в начальном интервью завоевывается средствами предполагаемого истолкования. Для каких целей оно завоевывается? В таком свете мы теперь можем ближе подойти к выдвинутым Тайсоном и Сандлером (Tyson, Sandler, 1971) критериям пригодности, которые, с нашей точки зрения, предполагают существование процессов достижения согласия в отношении целей.

Мы предлагаем в беседе, прежде всего, исходить из обширного круга лечебных задач. Психоанализ только в том случае может соответствовать своей честолюбивой претензии на то, чтобы считаться тропой к лучшему самопознанию, если приобретенное самопознание приводит к снижению тревоги, а также к изменению точки зрения и модификации поведения по линии большей свободы в выборе целей. Утверждение Фрейда (1909b, p. 121) о том, что «терапевтический успех, однако, не является нашей первостепенной задачей, скорее мы стараемся

## 270 Начальное интервью

помочь пациенту приобрести сознательное понимание его бессознательных желаний», содержит в себе постулат изменений, который лишь искусственным образом может быть разведен с медицинскими критериями успеха в их узком определении. Психоаналитическая теория постулирует, что устранение вытеснения и сознательное признание до этого неосознаваемых желаний с необходимостью вызывают изменения в психических процессах. Таким образом, обсуждение показаний в пользу различных форм психоаналитического лечения фактически сводится к обсуждению различных целей. Решение рекомендовать пациенту работать в режиме нескольких сеансов в неделю подразумевает предположение, что он может достичь таких глубоких изменений в своих психических процессах, которые окажут разнообразное влияние на самые разные сферы его жизни. При постановке цели вполне оправданным является критическое обсуждение предварительных условий для процесса такого изменения. Мотивация пациента, его личностная направленность, его любознательность в отношении психологии и его способность к использованию объектных отношений стоят в ряду факторов, играющих определяющую роль в текущем обсуждении показаний для классического психоанализа.

Куипер (Kuiper, 1968) открыто признает обоснованность ограничительного подхода в установлении показаний и довольно верно указывает на то, что энтузиазм молодых аналитиков относительно стандартной техники ведет их к ее некритическому использованию. Например, крайне неблагоприятные последствия могут быть в случае, если аналитик считает молчание и избегание ответов на вопросы незаменимыми компонентами стандартной техники и применяет их к пациентам, для которых данная техника непригодна. Заметьте, что мы называем непригодной технику, а не пациента. Таким образом, мы согласны с Куипером в том, что возможности применения стандартной техники весьма ограничены, однако мы настаиваем на необходимости ее модификации и адаптации для каждого отдельного пациента. Куипер точно указал на мотив, стоящий за тенденцией к чрезмерному злоупотреблению приемами стандартной техники: аналитики вложили много энергии, времени и денег, чтобы научиться этому, и теперь они хотят использовать это со всей интенсивностью на максимально возможном числе пациентов. Неизбежные при этом разочарования через реактивное образование ведут к отказу от других, «неаналитических» средств (Kuiper, 1968, p. 261). В то же время идеализация стандартной техники затушевывает собственные сомнения аналитика в ней; вместо того чтобы думать о модификации своей техники, он обвиняет пациента в том, что тот оказался неподходящим для анализа.

Слишком часто оказывается, что описать характеристики, необходимые или адекватные для принятия отзывчивого или способного к анализу пациента на классическое психоаналитическое лечение, — это то же самое, что сформулировать цели лечебного процесса:

Пациент должен обладать достаточным интеллектуальным уровнем, способностью переносить болезненные аффекты, а также быть способным к сублимации. Его объектные отношения являются относительно зрелыми, а способность к осознанию реальности — более или менее устойчивой. Его жизнь не сосредоточена вокруг анализа так, чтобы он стал чрезмерно зависимым от него; моральные черты его характера и достижения в образовании гарантируют ему хорошее жизненное положение с адекватным вознаграждением. Похоже, что мы можем оказаться в парадоксальном положении, обнаружив, что пациент, который является идеально подходящим для анализа, не нуждается в нем (Tyson, Sandler, 1971, p. 225).

Вместо того чтобы прийти к выводу, что необходимо примириться с незначительными отклонениями от этого идеала, мы предпочитаем рассмотреть эти характеристики в их взаимодействии. Формулировка «достаточно здоровы, чтобы вынести это», в конце концов, имеет в виду психоаналитическую ситуацию, которую пациент и аналитик должны создать и поддерживать. Куипер убежден, что вопрос «кто кого, каким образом и с какой целью анализирует?» не может восприниматься достаточно серьезно. Если определить то, что может сделать аналитик, чтобы в каждом индивидуальном случае создать аналитический процесс, это должно положить конец непрекращающимся дебатам по проблеме анализируемости. Рассматривая трудности в отношении анализируемости, Бахрах (Bachrach, 1983, pp. 199—200) сводит проблему к выделению трех групп пациентов:

1. «Рефлексирующие люди с надежным в своей основе Эго, которые способны приспособиться к ожидаемому спектру различий среди аналитиков и с наибольшей продуктивностью использовать их аналитические возможности».
2. Пациенты со слабым Эго, которые обнаруживают инфантильный характер и «неспособны к участию в аналитической работе».
3. Пациенты, отнесенные Бахрахом к «пограничным» случаям (не в диагностическом смысле), «для которых судьба аналитической работы чаще всего находится в наибольшей зависимости от человеческих качеств и особых талантов аналитика».

Понятно, что пытается выразить Бахрах словами «надежное в своей основе Эго», но мы считаем более предпочтительным и стратегически более верным исследовать форму взаимодействия в каждой терапевтической ситуации. Базовая надежность, о которой говорит Бахрах, является фикцией в той же степени, как

## 272 Начальное интервью

«усредненное ожидаемое окружение» у Хартманна, которое завело в тупик эгопсихологию (Fürstenau, 1964). Важность способности аналитика изменять свой подход в зависимости от индивидуальных потребностей и конфликтов каждого отдельного пациента выросла в той же мере, в какой основные симптомы сместились от четко ограниченных нарушений к диффузным личностным проблемам (Thomä, Kähele, 1976). Существование двух взаимно дополняющих техник, которые были по чисто дидактическим причинам охарактеризованы Кремериусом (Kremerius, 1979) как противоположные полюса, является выражением того факта, что «границы анализируемости — это не границы пациента и его патологии, как утверждал Фрейд (1937с), а границы аналитика» (Kremerius, 1979, p. 587). Мы полагаем, что понятие «анализируемость» до конца утратило свою специфичность и может быть с пользой заменено понятием «излечимость». Если понятие «анализируемость» обращено к тому, что

аналитик может сделать и выдержать, то показания к анализу могут стать предметом исследования и обсуждения только в контексте биперсональной основы терапевтического процесса.

Концепция показаний в начальном интервью, таким образом, из *прогностической* (статической) трансформируется в *адаптационную* (динамическую), напрямую соотносящую пациента и аналитика друг с другом (Baumann, von Wedel, 1981). Пример успешности такого подхода дает С.Х. Шапиро (S.H. Shapiro, 1984), который предлагает истинно психоаналитический подход в установлении наиболее подходящего лечебного метода. Вместо пробного анализа, который мы также считаем по ряду причин неуместным, Шапиро вводил фазу исследования, в ходе которой рассказывал пациенту о методе свободных ассоциаций. Мы согласны с его оценкой потенциальных возможностей *диагностической фазы терапии*, которая в отличие от пробного анализа в общепринятом смысле, завершающегося решением относительно пригодности, имеет целью выяснить, каких изменений и при каких терапевтических условиях можно достичь. Обширный спектр форм психоаналитической терапии оставляет достаточно места для множества идей, которые нет необходимости ограничивать сферой психоанализа в более строгом смысле.

Если мы используем рекомендации Балинта для врачей-терапевтов применительно к психоаналитическому начальному интервью и разработаем концепцию более длительных, выходящих за рамки единственной встречи, взаимоотношений с пациентом, тогда широкие возможности ориентированного на пациента подхода в установлении показаний открывают различные пути к изменению, по которым пациент может пойти сразу или позже (Hohage et al., 1981).

## Процесс решения 273

Многоаспектный анализ проблемы показания должен включать как осознание субъективных элементов в решении (Leuzinger, 1981, 1984; Dantlgraber, 1982), так и рассмотрение институциональных факторов, влияющих на психоаналитическую деятельность. Их взаимодействие часто трудно распознать, поскольку они легко маскируются со стороны используемыми аналитиком для оправдания своего подхода стратегиями.

Влияние теоретических взглядов на решение о показаниях огромно, однако еще бо́льшую роль играют практические условия, которые сегодня, так же как и во времена Фрейда, влияют на определение показаний. Изменение таких условий, например включение психодинамически ориентированной и аналитической терапии в реестр услуг, покрываемых за счет медицинской страховки, увеличивает круг пациентов, могущих подвергнуться лечению. Тем не менее, специфические классовые факторы, как показывают все эмпирические исследования по данной теме, продолжают играть важную роль в решении относительно терапевтических показаний. За критериями пригодности скрывается пристрастность в отборе, которая, таким образом, накладывает многочисленные ятрогенные ограничения амплитуды возможностей психоанализа.

Социальные изменения и покрытие расходов на лечение за счет системы медицинского страхования вплотную подводят нас к задаче привлечения на основе гибкого структурирования начального интервью широкого (в социальном и нозологическом отношении) круга пациентов. Довольно легко начать анализ с высокомотивированным индивидом, даже если лечение оказывается тяжелым; искусство начального интервью заключается в пробуждении еще слабого интереса пациента к терапии, в которой он остро нуждается. Развитие многообразных форм психоаналитической терапии, специально приспособленных к индивидуальности пациента, означает, что метафора Фрейда о золоте и меди требует корректировки. Сегодня терапия может планироваться и структурироваться так, чтобы отвечать нуждам отдельного пациента. Это и подводит нас к центральной проблеме начального интервью. Мы находимся в ситуации, в которой должны принять

решения относительно пациента, не определяемые больше старой привычной дихотомией: психоанализ против аналитической психотерапии. Мы должны обдумать, каким образом могут быть созданы наиболее благоприятные для развития пациента условия, и какой аналитик лучше всего подходит для этой задачи. В конце первой встречи, если не раньше, аналитик должен столкнуться с вопросами: «Что сейчас происходит?», «Какие внешние условия должны соблюдаться, если начнется лечение?», «Каким образом терапию мож-

## 274 Начальное интервью

но гармонизировать с личной и профессиональной жизнью пациента?»).

Соответствующий сегодняшнему уровню наших знаний адаптивный подход к показаниям применения психоанализа не снижает огромной ответственности, связанной с принятием пациента на терапию, независимо от ее частоты и длительности. Однако он позволяет избежать определенных натяжек, возникающих в связи с необходимостью выполнения обязательств в отношении времени, денег и оценки анализируемости. Мы полагаем также, что во время обсуждения соглашений об анализе с самого начала необходимо руководствоваться соображениями о приоритетности и достижимости целей, а не о количестве лет и сеансов. Это снижает депрессирующий эффект информированности о длительности анализа, и пациент может надеяться на улучшение своего состояния или излечение за более короткие сроки, чем, например, за год, два или более лет. Поскольку ухудшение, улучшение и лечение, то есть аналитический процесс во всей своей полноте, зависят от профессиональной компетентности аналитика, то и длительность лечения также является диадически детерминированной величиной, зависящей от многих факторов.

Аналитик должен также принимать в расчет то, что пациент может в любой момент прервать или завершить лечение. Это заставляет сосредоточить внимание на суггестивных оттенках высказываний о частоте и длительности сеансов. С другой стороны, оба участника знают, что в реальности идеальная свобода выбора ограничена внешними условиями, самообманами на основе бессознательной мотивации, а также присущими аналитическому процессу отношениями и трансферентными конфликтами. Таким образом, существует много факторов, определяющих, какой должна быть длительность лечения в идеале и какой она будет в действительности.

При переходе от начального интервью к терапии важно оставить как можно больше места для гибкости и создать атмосферу свободы, укрепляющей надежду (Luborsky, 1984). В то же время необходимо очертить рамки, которые обеспечивают хорошие рабочие условия. У этой проблемы нет простого решения. Однако, как свидетельствует наш на первый взгляд банальный опыт, пациент продолжает приходить на сеансы до тех пор, пока существует позитивный баланс между вложением и отдачей. Таким образом, личная оценка пациентом эффективности вложения и отдачи и принимаемые им соответствующие решения имеют большое значение. Идеальные возможности развития начинают хотя бы вырисовываться, однако на практике они трудноосуществимы. Вопрос никогда не сводится к субъективному взвешиванию «за» и «против». Даже мультимиллионер,

## Процесс решения 275

уединившийся, подобно Робинзону Крузо, на необитаемом острове со своим аналитиком доктором Пятницей, чтобы подвергнуться бесконечному анализу, должен будет считаться с мнением своего аналитика, который иначе, чем он, оценивает соотношение вложения и отдачи. Нет необходимости фантазировать на эту тему, поскольку нигде в мире пациент не обладает единоличным контролем над вложением и отдачей, а также над частотой и длительностью лечения. Право на оценку имеет также аналитик, и, кроме того, свое мнение прямо или косвенно выражают незримо присутствующие представители третьих сторон, что

особенно ощутимо в ситуации, когда третья сторона оплачивает лечение.

Возможны большие различия в оценке того, что мы для краткости обозначили как вложения и отдачу. Существует слишком много разнообразных комбинаций, которые сложно рассматривать отдельно. Наш выбор экономической терминологии является вполне умышленным, хотя мы осознаем, что это может оттолкнуть читателя. Мы не можем позволить восторгу от освобождающегося во многих случаях действия психоанализа отвлечь нас от проблем участия семьи пациента в его лечении, а также использования денег и времени. Клаубер (Klauber, 1972b, p. 99) делает особый упор на затратах времени и денег, а также на участии скрыто присутствующих третьих сторон, например семьи пациента.

В Германии в подавляющем большинстве случаев психоанализ полностью оплачивается государственными компаниями медицинского страхования. Даже многие так называемые частные пациенты (те, кто не пользуется услугами государственных страховых структур) получают поддержку третьей стороны в лице частных страховых компаний или государства. Лишь будущие аналитики, проходящие обучающий анализ, действительно платят за него из собственного кармана. Поскольку свыше 90 процентов населения имеет гарантированное обеспечение со стороны государственных страховых компаний, большинство пациентов, подвергающихся психоаналитической терапии, в результате не испытывают из-за этого финансовых затруднений. Пациенты приходят на первичное интервью с сертификатом на лечение, гарантирующим, что расходы будут покрыты страховой компанией. Мы вернемся позже к этой теме в разделе 6.6. Сначала необходимо обсудить родственников пациента, которые всегда скрытно присутствуют в начальном интервью, а нередко присутствуют и реально. Установка аналитика на семью пациента окрашивает способ ведения диалога и служит еще одним фактором, который может оказывать часто почти полностью незамечаемое влияние на направление анализа.

276 Начальное интервью

## 6.5 Семья пациента

Фрейд (1940a, p. 145) охарактеризовал первые попытки в психоанализе как исследование «индивидуального развития человека». Следуя традициям Просвещения, он пытался изучать связи между разнообразными действиями пациента, его внутренним страданием и стремлением к достижению излечения через самоосознание, Фрейд добивался расширения сознания индивида, помогая ему достичь понимания собственной бессознательной психической жизни, усматривая в этом существенный вклад в просвещение со стороны психоанализа,

Запрос на психоаналитическое лечение должен исходить от самого пациента. Любое соглашение между терапевтом и пациентом имеет этический и юридический подтекст. Предусмотрительность и профессиональная конфиденциальность способствуют установлению базового доверия между двумя сторонами. При рассмотрении вопроса о том, в каких случаях и следует ли вообще консультироваться с членами семьи, мы должны помнить о благополучии пациента. Только при крайней необходимости мы можем контактировать с ними без разрешения пациента, например, если пациент не может сообщить анамнестическую информацию, которая позволила бы врачу поставить диагноз и выбрать соответствующую форму лечения. Примером такого экстренного случая являются психотические или суицидальные пациенты, то есть те, кто неспособен контролировать себя. В иных обстоятельствах аналитик должен следовать правилу не предоставлять семье

информацию о пациенте.

Психоаналитический метод в целом считает вовлечение семьи пациента излишним. Психоаналитик полагается на то, что он наблюдает во время сеанса с пациентом. Предполагается, что подвергающийся анализу пациент обнаруживает в отношениях с аналитиком те же самые конфликты, которые присущи его отношениям с супругом, ближайшими друзьями и родственниками. Аналитик не нуждается в прямом контакте с семьей пациента, поскольку по мере развития трансферентного невроза, если не раньше, он может испытать на себе, каким образом ведет себя пациент со своими близкими и как он бессознательно провоцирует позитивные и негативные действия и отношения в свой адрес.

Понимая взаимодействия переноса и контрпереноса, аналитик может, с одной стороны, проникнуть в способ видения вещей пациентом, а с другой — понять поведение родственников, реакции которых могут нести в себе схожие с его собственным контрпереносом черты. К этим двум измерениям может быть добавлено, по крайней мере, еще одно, а именно профессиональное знание аналитиком человеческих взаимодействий.

## Семья пациента 277

Психоаналитический метод поднимает специфические вопросы о способе взаимодействия аналитика с родственниками пациента. Этот метод основан на диадическом взаимоотношении. Технически эта модель напоминает стерильность при хирургической операции, где реальное присутствие третьего лица осложняет ситуацию. Участие в биперсональных отношениях влечет за собой дифференциацию внутренних и внешних взаимоотношений. Психоаналитический метод представляет собой диаду, однако более верно было бы представлять его как «триаду минус один», поскольку в некотором смысле третья сторона всегда присутствует, даже если реально ни один из членов семьи не принимает участия в лечении. Такое сочетание реального отсутствия и скрытого присутствия третьей стороны имеет для всех заинтересованных лиц глубокие последствия.

Проведенный Гловером опрос 29 британских психоаналитиков (Glover, 1955) содержал вопросы о том, каким образом они решают проблему взаимоотношений с родственниками пациента. Он спрашивал, например, контактируют ли они с родственниками и если да, то с ведома или без ведома пациента: «Все говорят с членами семьи, большинство — неохотно и по просьбе пациента. За редкими исключениями (выраженные психозы, дети), интервью устраивалось с ведома пациента» (Glover, 1955, p. 322).

В более поздней литературе мало внимания уделяется техническому решению данной проблемы, несмотря на ее большое клиническое значение. В действительности это играет огромную роль в любой терапии и затрагивает даже обучающие анализы, где в большинстве случаев семьи анализируемых не имеют прямых контактов с обучающим аналитиком или институтом, хотя и внутренне и внешне они являются глубоко вовлеченными. Нередки случаи, когда сами партнеры тоже подвергаются терапии или образуют собственные дискуссионные группы.

Фрейд писал, что он оказался «в крайнем затруднении» перед лицом проблемы, как обращаться с родственниками пациента. Его совет звучит следующим образом:

Я должен сделать серьезное предостережение против какой-либо попытки завоевать доверие или 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 (той оппозиции, которая обязательно возникнет рано или поздно), так что лечение может так и не начаться.

Позвольте мне выразить надежду, что растущий опыт психоаналитиков скоро приведет к соглашению относительно вопросов техники и наиболее эффективного метода лечения неврастенических пациентов. Что же касается лечения их родственников, то я должен признать здесь свое крайнее затруднение и что в целом я мало доверяю какому-либо их индивидуальному лечению

(Freud, 1912e, p. 120).

## 278 Начальное интервью

Как мы знаем, позже Фрейд ожидал от своих анализируемых знакомства с его работами, однако он не желал давать доступ к этой же информации их родственникам. Он смирился с «естественной оппозицией родственников к лечению». Его оптимизм не очень вырос к 1917 году:

Психоаналитическое лечение можно сравнить с хирургической операцией, и оно также требует обстановки, благоприятствующей успеху. Вам известны применяемые хирургом меры предосторожности: подходящее помещение, хорошее освещение, исключение присутствия родственников пациента и тому подобное. Теперь спросите себя сами, сколько таких операций оказались бы успешными, если бы они проходили в присутствии всех членов семьи пациента, сующих свой нос в оперируемую зону и выражающих недоумение вслух по поводу каждого надреза. В психоаналитическом лечении вмешательство родственников, несомненно, представляет собой опасность, и такую опасность, на которую неизвестно как реагировать (Freud, 1916/17, p. 459).

Эти замечания отчасти должны восприниматься на фоне техники, применявшейся в то время Фрейдом, которая была сосредоточена на изучении бессознательного и инфантильной сексуальности. Сравнение психоаналитической ситуации с чистой асептической оперируемой зоной логически вело к рассмотрению родственников в качестве источника опасности. Идеал чистой зоны получил эксплицитное выражение в описании параметров, предложенном Эисслером (Eissler, 1953). Для него вторжение члена семьи в диадическую ситуацию представляет отклонение от модели базовой техники. Эта техника рассматривает родственников в качестве запутывающего и мешающего фактора в идеальном, по-видимому, пространстве между врачом и пациентом.

В состоявшемся ранее обсуждении проблемы родственников пациента (H. Thomä, B. Thomä, 1968) мы высказали точку зрения, что существуют две причины «нежелания» аналитиков вовлекать их; одна причина общего, а другая — специального характера. Мы усматриваем *общую* причину в желании защитить «рабочий альянс» (Greenson, 1967) с пациентом. «Рабочая команда», состоящая из врача и пациента (Heimann, 1966, pp. 333—343), может функционировать только при условии ограниченного вмешательства со стороны родственников. Чтобы гарантировать пациенту свободу поведения и завоевать его доверие, аналитик отодвигает семью далеко на периферию. Рихтер высказывает следующие аргументы в пользу строгой приверженности биперсональным отношениям:

Психотерапевты знают, что индивидуальное лечение человека является в общем менее трудным, нежели работа с роящимися проблемами целой семейной группы. Легче постигнуть трудности отдельного пациента, нежели клубок взаимодействующих конфликтов, затрагивающих нескольких членов семьи. Кроме того, легче работать над переносом одного паци-

## Семья пациента 279

ента, чем над сложным сплетением эмоций целой группы людей, находящихся во власти невротических тисков (Richter, p. 122).

Пациенты чувствуют «нежелание» аналитика менять это положение, что в свою очередь влечет за собой специфические проявления переноса/контрпереноса. При этом родственники ощущают все большую исключенность и их недоверие нарастает. Они склонны к реакциям идеализации или, наоборот, полного отвержения аналитика. Это в свою очередь находится в

зависимости от того, что сообщает пациент об анализе, а что он оставляет невысказанным. Поскольку развитие трансферентного невроза в значительной мере связано с аналитической техникой, то весьма вероятно, что пациент будет со всей интенсивностью отыгрываться вне аналитических отношений и что люди, испытавшие на себе его поступки, будут предпринимать контрмеры. Последовательная профессиональная установка дистанцирует аналитика от родственников пациента и может быть воспринята как нежелание иметь с ними дело.

### 6.5.1 *Время для семьи*

Ханс Томэ (Hans Thomaе, 1968, р. 89) подчеркнул, что для Фрейда и его последователей присущий индивиду способ действовать и чувствовать обусловлен прежде всего сочетанием потребности и специфической констелляции средовых факторов, сложившимся в более или менее ограниченной критической возрастной фазе. Связь между личной судьбой пациента и ее влиянием на окружение отражается в напряжении между пациентом и его семьей. Психоаналитическое лечение воздействует также и на родственников пациента. Однако эти последствия психоаналитического процесса нельзя не принимать всерьез.

Лечение пациента вызывает большой интерес в семье. Ничего не может быть естественнее, чем желание увидеть аналитика и познакомиться с ним или, по крайней мере, кое-что разузнать о нем. На ранней стадии анализа некоторые пациенты без предварительного уведомления и с заметными колебаниями приводят с собой близкого родственника (обычно супруга), чтобы осуществить хотя бы поверхностное знакомство. Возможно, гораздо больше родственников, чем мы предполагаем, видели терапевта или слышали что-нибудь о нем.

Интерес родственников к аналитику и лечению возрастет после того, как они поймут, что изменения претерпевает не только жизнь пациента, но и их собственная. Некоторые родственники пытаются избежать перемен, заявляя, что проблемы полностью принадлежат пациенту, которого «они передали в руки терапевта». Однако большинство из них замечает, что процессы развития индивида также оказывают воздействие и на

### 280 Начальное интервью

окружающих его людей, изменяя взаимоотношения между ними. Грунбергер (Grunberger, 1958) показывает эти связи на примере переструктурирования Супер-Эго пациента. Неизбежные в течение психоаналитического процесса модификации Супер-Эго нарушают существующий порядок регуляции внутрисемейной жизни.

Лидз со своими коллегами (Lidz et al., 1965; Lidz, Fleck, 1985) убедительно показали, насколько тесно переплетены психические конфликты пациентов с выраженными расстройствами и психическими проблемами их родственников. Верно также и то, что когда родственники пациента сами имеют эмоциональные нарушения или, по крайней мере, способствуют сохранению невроза пациента, то их бессознательные мотивы позволяют им оказывать лечению только частичную поддержку. В таких случаях терапевту необходимо решить, должен ли становиться терапевтической мишенью межличностный конфликт. Хотя вслед за этим возникает вопрос, должны ли члены семьи вовлекаться только в течение одной определенной фазы терапии или имеются показания для лечения пары или всей семьи, когда необходимо отказаться от терапевтической ситуации, включающей лишь два лица.

Часто важные решения пациентов, касающиеся их профессиональной и личной жизни, основываются на том, что они узнали о самих себе в ходе анализа. Когда это происходит, очень важно, чтобы аналитик дал возможность родственникам пациента понять, что он осознает, какой груз ложится на них, и он видит, что психоаналитический процесс отражается и на них тоже. С нашей точки зрения, следует не только размышлять об интрапсихическом конфликте, но также учитывать и взаимоотношения пациента с другими

людьми. Это позволяет установить баланс между внешним и внутренним, между межличностными отношениями и внутриспсихическими объектными отношениями. Позитивные изменения в отношениях психоаналитика к семье пациента и окружающей его ситуации видоизменили подход к этой проблеме в направлении, которое мы только что описали.

Было опубликовано несколько эмпирических исследований того, какие изменения переживают супруги или другие члены семьи во время или после психотерапевтического лечения. В своем обследовании 39 госпитализированных пациентов с серьезными психическими нарушениями Коль (Kohl, 1962) показал, что все супруги пациентов также страдали от того или иного психического заболевания и представляли опасность для проведения успешной терапии. Болк-Вайшедель (Bolk-Weischedel, 1978) доказала относительность данного утверждения. В полуструктурированном долговременном обследовании супругов 50 пациентов (15 женщин и 35 мужчин), находившихся на амбу-

Семья пациента 281

латорном лечении, она обнаружила, что 13 человек, у которых до этого имелись симптомы, освободились от них и испытывали позитивные структурные изменения во время лечения своих партнеров. У 11 супругов, ранее не имевших симптомов, эти симптомы появились, притом у шести из них с последующим позитивным структурным развитием. Десять супругов настолько сильно страдали во время лечения, что сами обратились за советом или прибегли к терапии. Десять пациентов в ходе лечения решили расстаться или развестись. Это соответствовало уровню разводов во время терапевтического лечения, проводимого Сейгером и коллегами (Sager et al., 1968). Большинство из них не сожалело об этом шаге. Болк-Вайшедель интерпретирует появление и изменение симптомов как показатель лабильности, вызванной лечением, которая, прежде всего, делает возможным прогрессивное развитие.

### 6.5.2 Типичные ситуации

Взаимодействие с родственниками пациента требует большой чуткости. Здесь всегда лейтмотивом является создание такой терапевтической ситуации, которая вселяет в пациента веру в лечение и в аналитика. Иными словами, принимая решения, что бы мы ни делали, главное — это создать для пациента «наилучшие из возможных психологические условия для функций Эго» (Freud, 1937, p. 250). В некоторых случаях привлечение одного или нескольких членов семьи пациента помогает преодолеть застой и продвинуть психоаналитический процесс. Это вопрос не только расширения базы для наблюдения и получения большей информации; присутствие родственников позволяет глубже сосредоточиться на межличностных отношениях пациента с ними. Наблюдение за этими взаимодействиями служит диагностическим целям (например, должна быть произведена оценка реальной зависимости), однако оно может оказать и терапевтическое влияние.

Существуют три основные ситуации, когда приходится решать, вступать или не вступать в прямой контакт с семьей пациента: 1) во время начального интервью; 2) в экстренных ситуациях (несчастный случай, риск суицида, необходимость госпитализации); 3) в ходе лечения.

Хорошо известно, что *начальное интервью* может принимать различные формы. Существенным элементом в определении состояния пациента выступает поведение его родственников: появляются ли они вообще; остаются ли в тени (ожидают на улице, в приемной и т.д.) или приходят в кабинет вместе с пациентом. В зависимости от подхода аналитика может происходить разное. Родственники, которые держатся на заднем пла-

не и не решаются приблизиться к аналитику, могут бессознательно утвердиться в своей позиции недоверия; те же, кто появляется неожиданно, иногда пугаются нейтральности и дистанцированности аналитика. В результате исчезает возможность выявить и проанализировать с точки зрения эксперта динамику межличностных отношений. По ряду причин вести себя естественным образом довольно трудно (Heimann, 1978).

Общеизвестно, что во время психоаналитического лечения некоторые пациенты принимают решение расстаться или развестись со своими партнерами. Поскольку потенциальные пациенты и их партнеры знают, что их супружеская жизнь может оказаться под угрозой, они часто ищут терапевта, у которого, по словам рекомендовавших его друзей, достаточно прочен собственный брак. И наоборот, пациенты, имеющие внебрачные связи, склонны выбирать терапевта с похожим стилем жизни, так как полагают, что такой аналитик лучше поймет их. Во время начального интервью пациент и партнер могут поднимать самые острые вопросы на эту тему.

В начальном интервью мы получаем сведения об отношениях пациента, разделяя их на прошлые и настоящие. В начале терапии полезно обратить внимание на то, как реагируют на нее близкие пациенту люди. Сообщения друзей и родственников об их лечении в прошлом имеют решающее значение для первоначального отношения пациента к своей собственной терапии. Аналитик может ответить на многие животрепещущие вопросы, предоставляя информацию о психоаналитическом лечении.

*Экстренные ситуации* составляют исключение из обычного правила: «Каждый контакт с родственником должен обязательно обсуждаться с пациентом». Такие ситуации могут выявиться во время начального интервью или впервые обнаружиться в ходе самого лечения. Например, суицидальные тенденции при психотическом эпизоде требуют быстрых действий, часто вызывающих необходимость кооперации с семьей пациента. Не принято помещать пациента в психиатрическую клинику вопреки его воле; обычно мы получаем его согласие, хотя часто это удается сделать лишь с помощью его семьи.

Партнер пациента может включиться в *терапевтическую ситуацию* как по просьбе пациента или аналитика, так и по своему собственному желанию. Вопрос о том, что (кроме экстренных ситуаций) делает необходимым взаимодействие с родственниками, подводит нас к определению идеального пациента как лица, способного и готового включить невротический элемент своих нарушенных отношений в свой перенос так, что его конфликты вновь проигрываются и могут быть решены, или, иными словами, как лица, которое страдает, но прорабатывает свои конфликты в анализе. Реакция семьи, очевидно, зависит от того,

## Семья пациента 283

каким образом он рассказывает о своих переживаниях в анализе. Психоаналитический метод требует со стороны пациента и его семьи повышенной способности к интроспекции. Однако часто не все включенные в процесс стороны с самого начала обладают этой способностью. Прогресс в лечении может даже затронуть что-то у партнера пациента так, что они оба не смогут с этим примириться; тогда кто-нибудь из них просит аналитика помочь в разрешении этой проблемы.

При любом рассмотрении того, какую помощь может оказать психоаналитик, следует помнить, что как у пациента, так и у его родственников терапевтическая ситуация оживляет паттерны инфантильного поведения. Это заставляет нас очень тщательно взвешивать, как много и что именно следует сообщать каждому привлеченному члену семьи. Если беседа с родственником проводится наедине, то каждое слово и каждый элемент информации будут переданы пациенту в субъективной форме. Если по каким-то особым причинам совместный сеанс с пациентом и его родственником не представляется желательным, мы рекомендуем

сообщать пациенту о том, что было сказано его родственнику. Меннингер и Хольцман (Menninger, Holzman, 1958) являются сторонниками того, чтобы заранее сообщать пациенту, что будет сказано его родственнику, однако возможно, что это не окажет решающего воздействия на реакцию пациента. Важнее определить, есть ли возможность говорить с ними одновременно. Это снижает риск передачи информации в искаженном виде, однако может усиливать искушение относиться к описаниям взаимоотношений пациента так, будто они объективны, Гринэкр дает по этому поводу следующий комментарий:

Хотя, несомненно, верно то, что видение аналитиком целостной ситуации может быть в отдельных пунктах серьезно нарушено в силу необходимости придерживаться микроскопического подхода в своей работе или в силу его сверхидентификации с пациентом, все же представляется, что в конечном итоге это видение остается менее искаженным... чем то, когда аналитик поддается давлению внешней информации, которая иногда ни в малейшей степени не является объективной (Greenacre, 1954, p. 682).

Гринэкр никогда не сообщает и не просит сообщить специальной информации о пациенте без ведома и согласия последнего и делает это только по просьбе пациента.

Теперь мы обсудим подходы к рассмотрению этого вопроса. Общение с родственниками создает для психоаналитической техники два рода осложнений, первые идут изнутри наружу, вторые — извне внутрь.

Если конфликты пациента не включены в его перенос, то они могут проявляться вне переноса во всей его деятельности и взаимоотношениях. Это навязчивое повторение вне терапевтической ситуации замещает собой импульс к воспоминанию и

## 284 Начальное интервью

главным образом разыгрывается внутри семьи. В таком случае аналитик должен попытаться определить, избегает ли ведущий себя подобным образом пациент проработки своих конфликтов в отношениях «врач—пациент», используя в качестве подмены своих родственников, или это «отыгрывание вовне» (acting out) настолько эгосинтонично, что он не в состоянии включить свои страдания в трансферентные отношения. В последнем случае терапевтическое воздействие затруднительно. Добиться ясности в этом вопросе часто бывает нелегко. Даже если мы определим «отыгрывание вовне» (acting out) просто как формы поведения вне лечебных сеансов, которые замещают собой припоминание и проработку во время анализа — повторение на уровне действий, на отношениях пациента с партнером будет отчасти отражаться, например, то, насколько подробно он рассказывает об анализе своим родственникам. Предоставление партнеру адекватной информации гарантирует конфиденциальность отношений пациента с аналитиком и одновременно укрепляет его лояльность по отношению к партнеру. Если пациенты рассказывают об анализе слишком много, то их родственники могут испытывать тревогу и искушение вмешаться. С другой стороны, родственники, которым о ходе лечения сообщается слишком мало, чувствуют себя отстраненными, и тогда у них усиливается скептицизм по отношению к аналитику. Эти «отыгрывания вовне» должны быть проинтерпретированы, если мы хотим вызвать изменения в поведении пациента.

Беспокойство пациента по поводу того, что он изменится, а его партнер — нет, часто бывает настолько сильным, что прогресс становится невозможным. В этом случае аналитик должен согласиться с желанием пациента и помочь ему объясниться с партнером. Такой разговор может быть весьма полезен в ситуации, когда пациент ощущает на себе тот груз чувства отстраненности, которое испытывает его партнер.

Здесь также важно различать, привлечен ли родственник по желанию пациента или собственная тревога заставляет его искать контакта с аналитиком. Если пациент целиком уходит в анализ и мало что сообщает о нем членам своей семьи, то его поведение может вызвать обиду тем, что их игнорируют, и желание противодействовать. Эти осложнения

весьма деликатны: с одной стороны, мы должны сохранить регрессию пациента, а с другой — слишком сильный уход в инфантильную диadu может свидетельствовать о преувеличенной регрессивной тенденции. Аналитик должен осторожно разъяснять пациенту степень его готовности исключить внешнюю реальность, а иногда и пресекать чрезмерные регрессивные тенденции путем технической интервенции (например, сталкивая пациента с реальностью). Если это не удастся и родственник вмешивается в терапевтиче-

Семья пациента 285

ский процесс извне, тогда напряжение может снять совместное обсуждение. Однако иногда важнее сохранить отношения между двумя участниками; в таких случаях необходимо выдерживать возникающее напряжение.

Особое внимание следует уделять желанию или требованию со стороны партнера или пациента, чтобы партнер также прошел терапию. Если это требование исходит от пациента, то оно может основываться на чувстве вины, а если от партнера, то на чувствах ревности, беспомощности или стремлении взять реванш. Однако для прогресса пациента в процессе лечения необходимо пробудить в партнере его собственное подавленное ранее желание получить терапевтическую помощь, к которому нужно относиться очень серьезно. Временами аналитику приходится рассматривать вопрос о расширении терапии, чтобы включить в нее партнера. В подобных случаях интрапсихические конфликты будут оттеснены на задний план интерперсональными отношениями. Большинство терапий такого рода в действительности является прямым продолжением случаев индивидуальной терапии (Bolk-Weischedel, 1978). Можно предложить партнеру отдельное лечение или даже направить его к другому аналитику. Последнее предпочтительнее, если пара подумывает о том, чтобы расстаться.

Хотя проблема родственников не получила достаточного освещения в литературе, наметилась тенденция к включению членов семьи пациента в терапевтический план. Отчасти это является результатом расширения спектра показаний для психоанализа. Все больше обращаются за лечением люди с проблемами развития, нарциссические личности, пограничные пациенты или психотики. У многих из них проблемы с алкоголем и наркотиками, а также трудности в браке со всеми вытекающими последствиями. Обзор за 1976 год, сделанный Американской психоаналитической ассоциацией, выявил растущее число случаев подключения в психоаналитически ориентированные терапии партнеров и других членов семьи.

Включение родственников является необходимым не только при лечении детей, психотиков и пациентов с неадекватной Эго-структурой, но также в отдельных случаях компульсивного невроза. Друг или партнер, например, могут служить в качестве «дополнительного Эго» (см.: Freud, 1909d, p. 175). За последние годы претерпела изменения и позиция аналитиков и стала все более ориентироваться на пациента, а не на метод; теперь они уделяют больше внимания семье и окружению. Обзор Палвера (Pulver, 1978) характеризуется большой гибкостью. Изменение клиентуры требует изменений и методов лечения: гораздо больший упор должен делаться на межличностные отношения.

286 Начальное интервью

## **6.6 Оплата третьей стороной**

### **6.6.1 Психоанализ и система страхования здоровья в Германии**

В Федеративной Республике Германии почти все пациенты, консультирующиеся у психоаналитика, имеют медицинскую страховку; 90 процентов населения являются членами обязательных страховых программ. Закон не заставляет страховать людей, ежегодно зарабатывающих свыше 50 000 марок (около 20 000 долларов США), однако они могут это делать добровольно. На момент начального интервью большинство пациентов не имеют четкого, ясного представления, согласится ли и в какой степени возьмется оплачивать расходы их страховая компания. Только некоторые предусмотрительные люди, планирующие все заранее и уже некоторое время вынашивавшие идею возможного обращения к психоаналитику, предварительно выяснили это и имеют реалистическое представление об оплате. Те, кто является членом различных общественных организаций страхования здоровья, в большинстве случаев бывают официально направлены своим семейным врачом и полагают, что им не придется платить. Они знают, что обладают основополагающим правом на бесплатное лечение у врача по своему выбору, но большинство имеет весьма смутное представление о психиатрии и психоанализе.

Многие пациенты не знают, что психодинамически ориентированная и аналитическая психотерапия страховыми компаниями признается и что аналитик, таким образом, получит в соответствии с определенной шкалой расценок вознаграждение за свой труд. Соответственно велика их неуверенность, порождающая весьма широкий спектр сопутствующих реакций. Люди депрессивного склада склонны предполагать, что аналитическая терапия не будет покрываться за счет страховки и что они не смогут сами оплачивать гонорар аналитика. Другие считают само собой разумеющимся, что получают бесплатное лечение в связи со своими супружескими и другими проблемами, даже если последние не подходят под категорию болезни. Пациенты, направленные в амбулаторную психоаналитическую клинику, спрашивают у регистратора об оплате за счет страховой компании. Из своих предыдущих визитов к врачу все включенные в систему общественного страхования здоровья знают, что официальное направление гарантирует бесплатное лечение. Врачу не разрешается брать с этих пациентов дополнительную мзду сверх оплаты со стороны страховой компании.

При согласии на терапию, а возможно и до этого, пациента необходимо проинформировать о правилах оплаты психоанализа, включая оплату в рамках общественного или частного стра-

#### Оплата третьей стороной 287

хования здоровья. Поскольку этот вопрос является весьма сложным и поскольку он незамедлительно осложняется субъективным и бессознательным смыслом, который придает ему пациент, аналитику не следует ограничиваться предоставлением лишь краткой информации. Прежде всего, он сам должен хорошо знать, каким именно образом психотерапевтическая помощь включена в систему страхования здоровья в Германии. Мы считаем целесообразным информировать читателя о существующих сейчас правилах, хотя они и создают всего лишь внешние рамки терапии. В случаях, когда платит третья сторона, чрезвычайно важно, чтобы и аналитик, и пациент были полностью информированы о роли, которую эта третья сторона играет, с тем чтобы быть в состоянии понять как бессознательный смысл этой ситуации, так и взаимодействие внутренней и внешней сторон. Пренебрежение этой информацией и постоянными ее интерпретациями ведет к путанице, которая ставит под угрозу аналитический процесс.

Следует познакомить читателя с банальными фактами о характере оплаты и правилах, регулирующих применение аналитической психотерапии в страховой системе Германии. Чем меньше пациент и аналитик знают о законодательстве и его историческом развитии, тем труднее анализировать связанные с оплатой третьей стороной многочисленные и разнообразные бессознательные смыслы.

Всякая оплата со стороны, будь то страховая компания или семья пациента, создает проблемы, имеющие внешние и внутренние — материальные и психологические — аспекты.

Мы говорим о ситуации в Германии, но обращаемся не только к немецкому читателю. Признание психоанализа как действенного способа лечения душевных расстройств привело во многих странах к тому, что компании страхового здравоохранения стали его оплачивать. Это нашло свое отражение в международном употреблении таких английских терминов, как «third-party payment» (оплата третьей стороной) и «peer report» (заключение коллеги). Организация оплаты через систему страхового здравоохранения, включающая заявление лечащего аналитика и параллельное заключение другого аналитика, действующего от лица страховой компании, весьма различна в разных странах, но мы полагаем, что некоторые типичные проблемы носят всеобщий характер. Поэтому читатели из разных стран в этом разделе могут найти полезными советы по технике лечения. Наше знакомство с положением во многих других странах убедило нас также в том, что Германия, для истории которой не слишком типично успешное использование компромиссов, создала весьма эффективную и гибкую для индивидуальных случаев систему оплаты аналитической терапии третьей стороной, то есть через страховое здра-

## 288 Начальное интервью

воохранение. Оплата третьей стороной и система сделанных коллегой параллельных заключений, хорошо зарекомендовавшие себя в Германии за последнее десятилетие, представляют в настоящее время интерес для многих других стран, и поэтому наш опыт заслуживает международного внимания.

Критики из других стран, такие, как Парин (Parin, 1978), Парин-Маттхей (Parin-Matthèy, 1983b) и Маннони (Mannoni, 1979), не взяли на себя труд детально изучить западногерманскую систему, прежде чем осудить ее. Лохманн (Lohmann, 1980) — ни в коей мере не поклонник институализированного психоанализа — опроверг утверждение Маннони (из школы Лакана), что существует связь между социализацией и оплатой, и назвал многие обвинения Маннони невежественными и смехотворными. Аргументы Лохманна, как это ни забавно, относятся также к идеологическим предрассудкам Парина (Parin, 1978) относительно психоанализа, в том виде, как он проводится в рамках системы страхового здравоохранения Западной Германии. Де Боор и Мерш (de Boor, Moersch, 1978) также выдвинули соответствующие аргументы против точки зрения Парина. Споры между представителями различных европейских психоаналитических ассоциаций в последние годы показывают, как трудно собирать информацию и рассеивать предрассудки. Гроен-Праккен (Groen-Prakken, 1984) подвела итог этим дебатам. Она подчеркивает неоспоримое преимущество, которым обладают теперь пациенты в некоторых странах, могущие получить психоаналитическое лечение независимо от их материальных средств, хотя в общем и целом это перевешивается страхом вмешательства со стороны тех, кто предоставляет финансовую помощь.

«Вмешательство», а не «помощь», — вот слово, наиболее часто встречающееся в этих обсуждениях. Поскольку оплата со стороны может быть предоставлена различными организациями — страховыми компаниями, государством и национальной системой здравоохранения, — в разных странах существуют различные партнеры по контракту, однако можно предположить, что в западном мире демократические правительства и страховые компании, служащие общему благу, не заинтересованы во вмешательстве в личную сферу и будут уважать установленные законом и профессиональной этикой условия конфиденциальности. Таким образом, представляется важным найти решения, которые, с одной стороны, гарантировали бы права личности, а с другой — соответствовали бы установленной законом ответственности страховых компаний. Идущие в настоящий момент международные дебаты по поводу оплаты третьей стороной напоминают споры, предшествовавшие введению нынешней системы в Западной Германии. Благодаря усилиям некоторых врачей, в том числе аналитиков, оказалось возможным достичь

соглашения между больничными кассами Федерального объединения (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) — национальная корпоративная организация врачей, регулирующая вопросы общественного здравоохранения и оплаты в области медицины) и страховыми компаниями в области здравоохранения. Соглашения содержали ясные положения, исключающие возможность манипулятивного вмешательства и делающие аналитическую психотерапию доступной для застрахованных пациентов в непредставимой прежде степени. Вплоть до 1960-х годов, следуя примеру Берлинского психоаналитического института (1920—1933), психоаналитики лечили значительную часть своих пациентов за небольшую плату, исходя из чувства социальной ответственности (de Boor, Künzler, 1963).

Сначала мы обсудим внешние рамки системы оплаты третьей стороной — общественными страховыми компаниями здравоохранения. Застрахованный пациент не вносит платы сам; аналитик получает гонорар в своем отделении KBV. Однако эти финансовые операции затрагивают денежные интересы пациента, поскольку он платит значительную часть заработка своей здравоохранительной страховой компании для обеспечения общего медицинского обслуживания, включая возможность лечения заболевания, цена которого слишком высока, чтобы средний человек смог оплатить ее сам. Обычно лицо, застрахованное в одной из этих общественных компаний, платит около 5000 марок (примерно 2000 долларов) ежегодно. Никаких доплат во время лечения не производится. Следует подчеркнуть, что пациент имеет право обращаться с юридическими претензиями не к государству, а к здравоохранительной компании — это порядок, существующий со времен Бисмарка. Германская система социального страхования находится под наблюдением государства, но это не национальная система здравоохранения в том смысле, как, например, в Соединенном Королевстве.

Пациент знает, какая часть его заработка или жалованья уходит на оплату медицинского страхования, и он может высчитать, сколько он выплатил за годы и как часто он обращался за медицинской помощью. У него есть право выбрать себе врача. Так как общественные страховые компании по здравоохранению вместе представляют собой корпоративное образование, почти все врачи являются членами KBV.

Оплата услуг врачей согласовывается двумя корпоративными организациями. Проще говоря, это означает следующее; страховые компании обязаны платить региональным организациям врачей, образующим KBV. Врачи в свою очередь обязаны предоставлять медицинское обслуживание членам общественных страховых компаний, то есть более чем 90 процентов населения. Региональные отделения KBV защищают интересы врачей

## 290 Начальное интервью

в финансовых переговорах со страховыми компаниями. Соглашения по поводу стоимости медицинского обслуживания представляют собой компромисс, в котором играют роль политические факторы и должно быть учтено общее экономическое положение. Особые положения, касающиеся психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии, включая основные положения об оплате, во многих отношениях являют собой такой компромисс.

Большинство аналитиков неохотно занимаются вопросом оплаты по страхованию, и, естественно, чем меньше вникать в него, тем сложнее он кажется. Латентное присутствие третьей стороны, оплачивающей лечение, рассматривается как источник вмешательства в психоаналитический процесс, который в идеале представляется как чисто двусторонний. Поэтому неудивительно, что при финансировании третьей стороной растет ностальгия по добрым старым временам, когда определение гонорара было исключительно личным делом.

Однако преимущества старой системы преувеличены. Реальное положение вещей можно увидеть, если взглянуть на ситуацию в тех странах, где аналитическая психотерапия все еще

не охватывается страховкой. Что касается психоаналитической помощи, то «добрые старые времена» были добрыми для очень незначительной части психически больных. Для большинства же это были недобрые старые времена. И в тех странах, где страховые компании по здравоохранению ничего не платят или недостаточно оплачивают психоаналитическое лечение, положение дел по-прежнему таково, что только очень обеспеченные люди могут позволить себе пройти психоанализ. Преобладают те же самые условия, о которых сокрушался Фрейд в своем знаменитом выступлении в Будапеште в конце первой мировой войны: широкие слои населения страдают от сильнейших неврозов, и не принимается никаких мер для их излечения. В то же время он предсказывал, что «рано или поздно общественная совесть пробудится и напомним о том, что бедный человек должен иметь такое же право на помощь его душе, какую в настоящее время ему предлагает хирургия для спасения его жизни» (Freud, 1919a, p. 167).

В некоторых западных странах предсказание Фрейда хотя бы частично сбылось и оплата третьей стороной, как это показали споры, имевшие место в последние десятилетия, превратилась в горячо обсуждаемый аспект терапевтической техники. Удивительно, что оплата третьей стороной только теперь превратилась в проблему; серьезно больные, замужние женщины, подростки и дети, не получившие наследства или не имеющие высоких доходов, всегда зависимы от третьей стороны. Самой большой и наиболее зависимой от третьей стороны группой яв-

#### Оплата третьей стороной 291

ляются дети и подростки. В этом разделе, как и во всей книге, мы ограничиваемся рассмотрением вопросов о лечении взрослых людей, но хотелось бы подчеркнуть важность того факта, что в соглашение между германскими страховыми компаниями по здравоохранению и организациями врачей включена аналитическая психотерапия детей и подростков. Лечение финансово зависимых детей обеспечивается выделением необходимых фондов. Раннее лечение кризисов, типичных для определенных фаз развития и невротических проявлений, стало возможным благодаря включению психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии в область медицинского обслуживания, покрываемого страховкой. Ясно, что лечение детских неврозов в момент их возникновения имеет огромное психосоциальное значение.

Сложности, возникающие в результате зависимости от супруга, других родственников или состоятельных знакомых, даже если они по закону обязаны оказывать финансовую поддержку, рассматриваются в разделе 6.6.2. Другие проблемы лечебной техники могут возникнуть, если финансово независимые пациенты платят из своего кармана деньгами, которые заработали не сами. Человек-Волк Фрейда служит тому хорошим примером. Сначала он был очень богат, но разорился из-за революции в России; тем не менее, Фрейд продолжал его лечить бесплатно и даже косвенно поддерживал его. Мы убеждены, что большинство пациентов, а также и их аналитики всегда зависели, прямо или косвенно, от финансовой помощи третьей стороны.

По понятным причинам самостоятельная оплата со стороны меньшинства идеализировалась. Те, кто действительно финансирует собственное лечение, избегают многих осложнений, которые неизбежно сопутствуют финансовой зависимости от третьей стороны. Таким образом, возникло представление об идеальном (бесконечном) аналитическом процессе, где пациент, чьи успехи на профессиональном поприще демонстрируют хорошее — хотя и ограниченное неврозом — функционирование его Эго, в состоянии вознаграждать аналитика в должной мере из собственных средств. В настоящее время даже финансово независимый пациент претендует как на само собой разумеющуюся оплату (частичную) третьей стороной, которая ему положена. Как показал Кремериус со своими коллегами (Cremerius et al., 1979), проблемы, возникающие в ходе психоаналитического лечения богатых и высокопоставленных граждан, гораздо более серьезные, чем можно

представить в идеализированной картине, рисующей пациента, который сам оплачивает лечение. Почти всегда даже очень состоятельные люди имеют частную страховку здоровья и ожидают, вполне оправданно, что их заявление о хотя бы частичной оплате расходов, сопровождаемое

## 292 Начальное интервью

отчетом аналитика, будет удовлетворено. Медицинское обслуживание гражданских служащих субсидируется в размере около 60 процентов.

Примерно через пятьдесят лет после будапештского обращения Фрейда (Freud, 1919a) общественные страховые компании Западной Германии признали, что неврозы — это болезнь. Слишком мало внимания было уделено тому факту, что путь к широкому применению психоанализа проложен трудами амбулаторной клиники Берлинского психоаналитического института, где неимущие пациенты проходили лечение за незначительную плату, которая даже не покрывала расходов на него и выплачивалась клинике, а не терапевту. Первый в мире институт подобного рода мог продолжать свое существование не только благодаря великодушию его покровителя Макса Айтингона, но также благодаря энтузиазму его членов и практикантов, которые часто работали без оплаты. Клиника была не очень велика, но лечение сравнительно небольшого числа пациентов продолжалось. Это ослабило опасение, которое Фрейд выразил в своем будапештском обращении. Хотя он верил, что наиболее важные и эффективные элементы строго беспристрастного психоанализа будут применяться в психотерапии для широких масс, он опасался, что «чистое золото анализа» придется широко смешать с «медью прямого внушения» (Freud, 1919a, p. 168). В этой будущей, осуществляемой на широкой основе психотерапии нашли бы свое место и гипноз, и даже интеграция психической и материальной поддержки.

Сделанное Фрейдом ясное различие между строгим беспристрастным психоанализом и массовым применением этого метода, выраженное им в метафоре о разительном контрасте между чистым золотом анализа и медью внушения, оставило глубокий след, сохранившийся до наших дней. Поэтому особенно важно напомнить о данных, полученных в результате десятилетней работы Берлинского психоаналитического института (Rado et al., 1930) и свидетельствующих, что широкое, хотя ни в коей мере не массовое, применение психоанализа не ведет к его превращению в просто внушение. В предисловии Фрейда к этому докладу (Freud, 1930b) подчеркивалось тройное значение института как обучающего, исследовательского и лечебного центра. Зиммель (Simmel, 1930, p. 11) подчеркивал, что амбулаторное лечение представителей рабочего класса и застрахованных пациентов ни в коей мере не отличается от лечения состоятельных и самостоятельно оплачивающих его пациентов.

В 1946 году среди руин послевоенного Берлина Кемпер и Шульц-Хенке проложили новые пути, основав Центральный институт психогенных заболеваний, финансовую помощь которому оказывало местное страховое общество, позже ставшее служ-

## Оплата третьей стороной 293

бой Общего коммунального страхования здоровья (Allgemeine Ortskrankenkasse). Баумейер {Baumeier, 1971} и Дрэггер (Dräger, 1971) справедливо подчеркивали большое общественное значение передового начинания: «Это был первый шаг в признании общественным институтом в Германии невроза как болезни. Впервые один из институтов системы общественного страхования оплатил затраты на психоанализ и другое психотерапевтическое лечение» (Dräger, 1971, p. 267). Впервые застрахованные пациенты смогли получить психодинамически направленное лечение, не оплачивая его непосредственно и в гораздо

более широком масштабе, чем в амбулаторной клинике Берлинского психоаналитического института. Следует воздать должное Дюрссен (Dührssen, 1962) за проведенное ею новаторское исследование 1004 пациентов, прошедших аналитическую психотерапию в Центральном институте, где она показала результативность и эффективность лечения.

Баумейер (Baumeier, 1971, р. 231) правильно подчеркнул, что работа Центрального института психогенных заболеваний внесла значительный вклад в преодоление сопротивления психодинамическому лечению со стороны системы общественного страхования: «Центральный институт психогенных заболеваний предоставил Германскому обществу психотерапии и глубинной психологии многие аргументы, которые после долгих и утомительных переговоров, длившихся годами, в конечном итоге привели к успеху» (то есть к признанию психоанализа страховыми компаниями по здравоохранению).

Признание невротозов в качестве болезней было предпосылкой включения так называемой стандартной психотерапии в программу главных здравоохранительных страховых компаний в 1967 году, за которыми в 1971-м последовали и другие общественные организации (Haarstrick, 1971; Faber, 1981). Общественные и частные здравоохранительные компании создали некоторые ограничения. Система страхового здравоохранения существует для того, чтобы обеспечить при необходимости амбулаторное и стационарное лечение людей из всех слоев общества независимо от их финансового положения. За исключением некоторых особых обстоятельств, пациент платит не более обычного страхового взноса (примерно 14 процентов своего дохода). Таким образом, законодательные ограничения не позволяют компаниям по страхованию здоровья требовать от пациента прямых вложений для оплаты аналитической терапии. Изменится ли это из-за огромного роста стоимости медицинского обслуживания, пока не ясно. Хотелось бы заметить, что социально справедливые правила относительно того, какова должна быть степень участия пациента в непосредственной оплате, повлекут за собой практические проблемы, которые будут чрезвычайно

## 294 Начальное интервью

трудно разрешить. По крайней мере, пока существующее законодательство продолжает действовать, бесплатная психотерапия будет доступна для членов общественных страховых организаций по здравоохранению, чьи заболевания подпадают под существующие установки. Именно к этим указаниям мы теперь и обратимся.

В последнем варианте инструкций по применению психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии (март 1984 г.) определяются методы этих двух форм терапии, а также изложены показания к ним. Вот наиболее важные положения:

Психодинамически ориентированная и аналитическая психотерапия, как она здесь определена, представляет собой типы этиологически ориентированной психотерапии, в которой объектом лечения является бессознательная психодинамика невротических расстройств с ее психическими и/или соматическими манифестациями. Техники психотерапии, которые не соответствуют следующим описаниям Психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии, не подлежат финансированию:

а) *Психодинамически ориентированная психотерапия* включает формы терапии, направленные на лечение активных в данный момент невротических конфликтов, но при этом стремящиеся сконцентрировать терапевтический процесс посредством сужения целей лечения, использования процедур, ориентированных на конфликт, и ограничения регрессивных тенденций.

б) *Аналитическая психотерапия* включает формы терапии, которые занимаются не только невротическими симптомами, но и связанным с невротическим конфликтом материалом и лежащей в его основе невротической структурой пациента. Терапевтический процесс приходит в движение и продолжается при помощи анализа переноса и сопротивления, включая использование регрессивных процессов.

Психодинамически ориентированная психотерапия охватывает определенные виды

краткосрочной фокусированной терапии и динамической психотерапии, обнаруживающие конфликты и работающие с ними. Такие краткосрочные виды терапии, берущие начало от психодинамических производных психоанализа, уже доказали свою полезность (Malan, 1976; Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984). Экспрессивная психотерапия Кернберга (1984), основанная на исследованиях, проведенных Фондом Меннингера (Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986), представляет собой аналог того, что в Германии известно как психодинамически ориентированные, вскрывающие конфликт техники лечения.

Определение метода *аналитической психотерапии* полностью включает факторы, которые Фрейд считал краеугольными камнями психоанализа, а именно: сопротивление, перенос и терапевтическое использование регрессии.

Применение этих двух форм терапии в рамках системы страхового здравоохранения в принципе ограничено теми болез-

Оплата третьей стороной 295

нями, течение которых может быть изменено в лучшую сторону. Психотерапевт должен убедить аналитика, выступающего в качестве оценщика, что лечение, которое он собирается применить, имеет шанс облегчить, улучшить или вылечить данное невротическое или психодинамическое заболевание. В заявке (ее мы процитируем ниже) необходимо указать и обосновать вероятный прогноз лечения. Следует определить условия, придающие симптомам статус болезни, а также факторы, поддерживающие эти симптомы. Решающий фактор в отношении прогноза определяется необходимыми условиями для изменения, которые должны обеспечиваться обеими сторонами — пациентом и аналитиком. Аналитик должен в каждом индивидуальном случае оценить, чего могут достичь он и пациент после того, как он обнадежил пациента, приняв его на лечение и взяв на себя связанную с этим ответственность. В ситуации, которую мы здесь рассматриваем, он должен объяснить прогностические критерии своему коллеге-аналитику, выступающему в качестве параллельного наблюдателя, то есть пояснить, почему он считает улучшение возможным.

В правилах, упомянутых выше, показания для этих двух форм терапии изложены следующим образом:

1. Психореактивные психические расстройства (то есть неврозы тревоги, фобии, невротическая депрессия).
2. Конверсионные неврозы, неврозы различных органов.
3. Автономные функциональные расстройства с установленной психической этиологией.
4. Психические расстройства, вызванные эмоциональным дефицитом в раннем детстве; особенно психические расстройства, связанные с физическими травмами в раннем детстве или пороками развития.
5. Психические расстройства, проистекающие от серьезной хронической болезни, если они дают основание для применения психодинамически ориентированной или аналитической терапии (например, хронический ревматизм, некоторые формы психозов).
6. Психические расстройства, являющиеся следствием экстремальных ситуаций, повлекших серьезные личностные расстройства (например, длительный тюремный приговор, серьезная психическая травма).

Далее определяются показания путем перечисления обстоятельств, при которых страховые компании по здравоохранению не будут оплачивать стоимость психотерапии:

Психодинамически ориентированная и аналитическая психотерапия не покрывается медицинской страховкой, если она неспособна излечить болезнь, улучшить состояние больного или привести к медицинской реабилитации. Это в особенности относится к мерам, направленным исключительно на профессиональную и социальную адаптацию, руководство по воспитанию детей или другие подобные меры.

В области реабилитации следует соблюдать следующие пункты:

## 296 Начальное интервью

Если психодинамически ориентированная или аналитическая психотерапия показана исключительно как средство медицинской реабилитации, она может быть использована при условии, что психодинамические факторы играют существенную роль в психическом расстройстве или в его последствиях, а также при условии, что с помощью психодинамически ориентированной или аналитической психотерапии пациент может быть интегрирован, хотя бы и за длительный срок, в рабочую ситуацию или в общество.

Использование психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии ограничено с разных сторон. Область применения определена на основе метода и нозологической ориентации (показания), но в то же время является достаточно гибкой. Мотивацию каждого отдельного пациента и его пригодность нужно оценивать с точки зрения возможности и вероятности того, что лечение будет успешным. Здесь мы сталкиваемся с триадой: необходимость, эффективность и экономичность, — которая управляет диагностическими и терапевтическими действиями врача в Германии. В рамках этой триады он обязан рассмотреть выбранную им терапию и обосновать ее перед страховой компанией.

Лечащий аналитик аргументирует план лечения данного случая в заявлении, в котором закодированы личные данные пациента. Заявление проверяется по форме и содержанию независимым экспертом, также являющимся аналитиком, который должен решить, выполнены ли вышеупомянутые условия (тип заболевания, показания). Эксперт не оказывает, таким образом, личного влияния на терапевтический процесс или на то, как проводится лечение, но сама его функция означает, что он может оказать существенное воздействие на перенос пациента, особенно во время подачи заявления на продолжение лечения. Так что нельзя более игнорировать тот факт, что аналитическая диада в этом смысле представляет собой триаду, включающую латентную третью сторону.

Если аналитик и анализируемый забудут, что они во многих отношениях являются лишь двумя сторонами треугольника, то за этим неизбежно последуют трудности. Чем меньше прояснена и объяснена роль коллеги-наблюдателя в терапии, тем лучше он служит в качестве проекционного экрана. Нельзя себя вести так, будто наблюдателя нет вовсе; будет продлен курс лечения или нет, зависит от его согласия. Принимая решение, он должен помнить указания по вопросу продолжительности лечения: «Аналитическая психотерапия, как правило, должна достичь удовлетворительных результатов за 160 сеансов, в особых случаях — за 240 сеансов». Продление лечения до 300 сеансов возможно в исключительных случаях, но это должно быть детально аргументировано. Даже 300 сеансов не представляют собой абсолютного предела, и при обсуждении заявок на про-

## Оплата третьей стороной 297

дление мы опишем условия, которым они должны отвечать, чтобы лечение могло быть продолжено в рамках предписанных инструкций. Компромисс относительно психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии, содержащийся в этих предписаниях, имеет, конечно, много различных аспектов. Положительная оценка, которую мы даем этому компромиссу, станет еще яснее в разделе 6.6.2, где рассматриваются последствия контрактных соглашений по психоаналитическому процессу.

Здесь, однако, хотелось бы привлечь внимание к одному из аспектов профессиональной политики. Признание аналитической психотерапии формой лечения, покрываемой системой общественного медицинского страхования, означает, что врачи соответствующей квалификации получают право оказывать специфические психотерапевтические услуги,

упомянутые в инструкциях. Для врачей, занимающихся психоанализом, не типична активная работа в других областях (общая или специальная практика). По контракту с KBV их полномочия ограничены психоанализом и психодинамически ориентированной терапией. Психоаналитическую помощь членам организаций общественной страховой системы оказывают также психоаналитики-немедики, которые по завершении курса академического обучения (в настоящее время необходимым для этого условием является степень по психологии) проходят в течение нескольких лет психоаналитическое обучение в определенном институте. Говорить о таких аналитиках-немедиках как о непрофессионалах — значит вводить людей в заблуждение. Преследование более шестидесяти лет тому назад психолога Райка, прошедшего обучение психоанализу, и обвинение его в шарлатанстве заставили Фрейда опубликовать «Вопрос о непрофессиональном анализе» (Freud, 1926e). Обвинение против Райка было снято, но психоаналитикам-немедикам не было разрешено практиковать в системе Австрийской страховой медицины (Leupold-Löwenthal, 1984). Включение практики аналитиков-немедиков в сеть услуг, оказываемых страховым здравоохранением в Германии, имеет большое значение в истории психоанализа.

После того как неврозы были признаны болезнями, цель психоаналитического лечения стала соответствовать медицинской концепции болезни. Страховые компании по здравоохранению обязаны покрывать стоимость лечения только тогда, когда симптомы конституируют болезнь и удовлетворяют требованиям триады: необходимость, эффективность и экономичность. И при определении диагноза и при лечении врач в Германии должен учитывать эти критерии. Он должен также помнить, что неврозы составляют континуум с расстройствами, обусловленными характерологическими факторами, медицинским страхованием

298 Начальное интервью

не покрываемыми, и что может произойти плавный переход от одного к другому.

### **6.6.2 Воздействие на психоаналитический процесс**

Психоаналитический процесс определяется множеством факторов, которые мы обсудим в восьмой и девятой главах. В настоящий момент мы ограничимся тем, что покажем некоторые типичные последствия оплаты третьей стороной — страховыми компаниями. Мы хотели бы начать с тезиса, выведенного из нашего опыта, связанного с предписаниями с точки зрения лечащего аналитика, пациента и наблюдающего коллеги. *Всякая* оплата третьей стороной типичным образом воздействует на ход лечения, создавая проблемы, которые не возникают, когда анализируемый платит за лечение сам. Однако эти типичные затруднения могут быть разрешены аналитическим способом, то есть средствами интерпретации. Наш опыт подтверждает ожидания Эйсслера (Eissler, 1974): классическую технику можно применять и в тех случаях, когда лечение финансируется медицинской страховкой.

Проработка оральной и анальной тематики, когда оплата не является прямой, более затруднительна, однако она не невозможна. Эбальд (Ehebal, 1978) и Кремериус (Cremerius, 1981a) представили веские возражения против широко распространенной точки зрения, наиболее ясно выраженной Кемпером (Kemper, 1950, p. 213), что прямая оплата является ни много ни мало движущей силой анализа.

Очевидно, что предписания содержат ограничения, и весьма существенно в интерпретациях учитывать социальные параметры. Это позволит увидеть, что финансирование лечения медицинским страхованием, несмотря на ограничения, создает, прежде всего, большую степень свободы для пациента и аналитика в том смысле, что на некоторый период они освобождаются от всех финансовых затруднений. Зависимость от оплаты третьей стороной дает им *свободу*, без которой нельзя обеспечить ни необходимых условий для психоаналитического излечения, ни материального существования аналитика.

Без оплаты со стороны организаций общественного страхования большинство тех, кто нуждается в аналитической психотерапии, не имели бы к ней доступа и психоаналитики зависели бы от небольшого числа пациентов, способных заплатить за себя. Хотелось бы подчеркнуть еще раз, что, начиная с 1967 года, каждый человек, включенный в систему общественного страхования в Западной Германии, с невротическими симптомами, которые можно рассматривать как болезнь, имеет *право* на этиологически ориентированную психотерапию. Пациент, не имеющий собственных средств, более не

#### Оплата третьей стороной 299

находится в зависимости от великодушия состоятельного друга или родственника. Таким образом, анализ не зависит уже от экономических факторов, которые обычно оказывали нежелательно сильное влияние на принятие решений. Недостаточное вознаграждение аналитика за предоставляемые им квалифицированные услуги, поглощающие массу времени, ведет к серьезным затруднениям для обеих сторон. Степень этих затруднений различна по многим причинам. Фрейд рассказывал о неблагоприятном опыте дарового лечения, но, с другой стороны, замечал, что «иногда встречаются достойные люди, которые беспомощны без всякой вины со своей стороны и бесплатное лечение которых не сталкивается ни с какими упомянутыми мной препятствиями и дает результаты» (1913с, р. 133).

Оплата страховыми компаниями делает пациента независимым от доброй воли аналитика. Во многих странах все еще полагаются на самопожертвование со стороны аналитиков. Там бремя социальной ответственности лежит на психоаналитических институтах, проводящих амбулаторное лечение, где молодые аналитики и обучающиеся лечат пациентов за столь низкую плату, что она не покрывает даже их собственных расходов. Во многих местах опытные аналитики, зарабатывающие на жизнь частной практикой, выступают бесплатно как супервизоры. В тех странах, где еще не найдено решения проблемы, подобного западногерманскому, ситуация напоминает ту, что была в старом Берлинском психоаналитическом институте.

Контраст, существующий между ситуацией в Германии и положением в странах, где не практикуется финансирования страховыми компаниями, поразителен. Немецкий аналитик в настоящее время получает 70—80 марок в час и, таким образом, имеет хотя и надежный, но ограниченный доход, особенно с учетом того, что обучение длится долго и стоит дорого.

В целом правила, касающиеся гонорара, все еще недооценивают роль личных услуг, предоставляемых врачом, особенно психоаналитиком, работа которого высокоспециализированна и поглощает много времени. Тенденция к идеализации психотерапии приводит одновременно к ее обесцениванию. С одной стороны, психотерапия возносится на более высокий, нематериальный уровень и окружается ореолом. Она не может быть «осквернена» земными делами и, уж конечно, чем-то таким грязным, как деньги, и поэтому ею не следует заниматься профессионально. С другой стороны, как обыватели, так и врачи по той же причине отмахиваются от психотерапии: «Они ничего не делают, только разговаривают; это не может принести пользы, так что ничего не должно стоить».

Идеализация и обесценивание оказывают свое воздействие и на пациента. Если он не платит аналитику из своего кармана,

#### 300 Начальное интервью

он лишается опыта немедленного символического вознаграждения. Поэтому важно помнить и понимать, что аналитик получает непрямую компенсацию от страховой компании. Третья сторона выполняет важную функцию во взаимодействии пациента и аналитика, которая в ходе анализа должна постоянно разъясняться, чтобы аналитик имел возможность противостоять любым разочарованиям и проекциям компонентов своего собственного Я.

Соединение идеализации, обесценивания и роли оплаты — это лишь один из примеров, которые можно привести. Кремериус (Cremerius, 1981a) провел систематическое исследование многих сторон того влияния, которое оказывает оплата со стороны страховых компаний на отношения между пациентом и аналитиком и на развитие и конфигурацию неврозов переноса. Конечно, признание психоанализа как формы лечения также поднимает социальный статус профессии. Вне всякого сомнения, это оказывает положительное воздействие, как на пациента, так и на аналитика, несмотря на то что доверительные терапевтические отношения в действительности строятся принципиально на другой основе.

Финансирование аналитической терапии страховыми компаниями по здравоохранению сделало аналитика независимым от пациентов, которые способны самостоятельно и пунктуально оплачивать свое лечение. Он может теперь проводить начальное интервью (до 6 сеансов в качестве основы для заявления), ориентируясь исключительно на самого пациента, поскольку его решение о форме используемой психотерапии не зависит больше от наличия средств у пациента (Ehebold, 1978). Аналитик, практикующий сегодня в Германии, не должен больше подводить баланс между числом пациентов, которых он лечит даром или за уменьшенную плату, и желательным уровнем жизни. По этому поводу Фрейд заметил: «Следует помнить... что бесплатное лечение значит гораздо больше для аналитика, чем для врача любой другой специальности; это означает, что он приносит в жертву... существенную часть своего рабочего времени, которое он мог бы использовать, чтобы зарабатывать на жизнь в течение многих месяцев». Лечение еще одного бесплатного пациента наносит аналитику материальный ущерб, «сравнимый с убытком, понесенным в результате серьезного несчастного случая». Затем Фрейд задает вопрос, не будет ли «польза, полученная пациентом, в какой-то мере уравновешивать жертву, принесенную врачом» (Freud, 1913c, p. 132).

Эти слова Фрейда подчеркивают важность выработки решения, приемлемого для обеих сторон. Пациент частично оплачивает лечение сам благодаря своему вкладу в медицинское страхование, и эта оплата расходов через страховку усиливает ощущение, что он является частью общества. В противоположность

Оплата третьей стороной 301

проблемам, которые возникают при бесплатном лечении или лечении за очень низкую плату в амбулаторных клиниках и чрезвычайно трудно поддаются аналитическому решению, осложнения, связанные с тем, что пациент не должен ничего платить непосредственно из своего кармана, можно преодолеть с помощью интерпретаций. Контрперенос аналитика вызывает гораздо меньше беспокойства, если его услуги достаточно вознаграждаются, и в этом отношении источник оплаты не имеет значения.

Однако в совсем другом положении находятся обучающиеся и молодые аналитики, проводящие лечение практически бесплатно в амбулаторных клиниках психоаналитических институтов, иногда даже вынужденные сами платить за супервизию. Серьезные проблемы, с которыми они сталкиваются, часто выступают на поверхность после завершения периода их обучения, за которым часто следует окончание этих анализов. Несмотря на трудности в технике лечения, мы разделяем точку зрения Кремериуса (Cremerius, 1981a), что непрямая оплата не представляет серьезного препятствия для психоаналитического процесса. Осложнения, заложенные в инструкциях, лежат, как мы попытаемся сейчас показать, в другой области.

Проблемы возникают, когда психотерапия привязывается к медицинской *концепции* болезни и вводятся *временные ограничения* на финансирование лечения, определяемые в терминах необходимости, эффективности и экономичности. Предписания отражают компромисс между крайностями психоаналитической терапии и установленными нормами. Постараемся сначала исследовать область *соглашения* между предписаниями и психоаналитической практикой. Разделы 6 и 9 заявки на финансирование терапии выдвигают

следующие требования:

6. Психодинамика невротического состояния. Оценка развития невроза и интрапсихических конфликтов, включая вытекающие из этого невротические компромиссы и симптомы. Должны быть описаны: время появления симптомов, провоцирующие факторы и психодинамическое развитие.

9. Прогноз психотерапии. Оценка мотивации пациента, осознания проблемы, способности к формированию терапевтических отношений, надежности, частичной способности справляться с жизненными проблемами. В особенности оценка способности или тенденции к регрессии, степень фиксации, гибкость, потенциал к развитию, способность к инсайту в отношении болезни...

Предписания требуют от аналитика всего лишь рационального обоснования его терапевтического плана в соответствии с принципами этиологической теории психоанализа. Коллега-наблюдатель опирается на общий уровень знаний, существующий в области психоанализа, и на свой собственный опыт, оценивая *вероятность* психодинамических связей, описанных аналити-

### 302 Начальное интервью

ком. Его основная задача состоит в том, чтобы определить, подходят ли симптомы под понятие болезни. У него также может возникнуть мысль об убедительной связи между невротическим компромиссом, симптомами и лечебными приоритетами аналитика. Коллега-наблюдатель, конечно, не может определять, соответствует ли описание действительности, или лечащий аналитик ориентируется на собственную схему проведения лечения. Тем не менее, у него формируется некоторое впечатление о ходе лечения, так как аналитик в каждом обращении о продлении финансирования лечения еще на 80 сеансов обязан подвести итоги проведенного курса и описать изменение симптомов во взаимосвязи с переносом и сопротивлением. Пересмотренный прогноз о регрессии и фиксации представляет собой наиболее важный пункт в заявлении на продление лечения.

Должно быть, очевидно, что фундаментальные принципы психоаналитической теории содержатся в схеме показаний и курсе лечения, в рамках которых взаимодействуют аналитик и наблюдатель. Без этой общей основы не может функционировать никакая система параллельных заключений. Даже Беланд (Beland, 1978) в своей во многих отношениях критической работе согласился, что система параллельных заключений доказала свою ценность. Функция наблюдателя четко очерчена и не позволяет ему вмешиваться в лечение своего коллеги. Его позиция осложняется, если он не может проследить процессы, описанные в заявлении. От каждого заявления требуется, чтобы оно было убедительным и последовательным, а заявление о продлении лечения должно содержать данные о том, как развивается трансферентный невроз и какие изменения симптомов в результате произошли (улучшение или ухудшение). Система параллельных заключений привела к тому, что сомневающиеся наблюдатели начали беседовать со своими лечащими коллегами, и таким образом интенсифицировался диалог между аналитиками.

Возможно, этих замечаний относительно важных аспектов предписаний уже достаточно для подкрепления следующей точки зрения.

В заявке на начало или продолжение психодинамически ориентированной или аналитической терапии, как и в каждом семинаре по психоаналитической технике, важно продемонстрировать, что психодинамическая оценка и предпринятые для лечения шаги соответствуют друг другу. Реакция пациента на уже проведенную терапию также должна быть описана, так как правильность лечения в конечном итоге подтверждается его прогрессом.

Таким образом, не только по юридическим причинам, но и на основании техники стоит составлять каждую заявку так, чтобы при желании пациент мог прочесть и понять ее. Возможно,

зрелому пациенту будет полезно ознакомиться с размышлениями аналитика, если только они существенно не расходятся с соображениями, высказанными в интерпретациях. Если расхождения между содержанием заявки и тем, как переживает лечение пациент, не могут быть преодолены в процессе диалога по поводу заявки, шансы на *приобретение знания* в диаде весьма слабы. Согласно психоаналитической теории, перспектива добиться излечения в этом случае тоже очень незначительна.

Предписания требуют от лечащего аналитика нечто вроде самосупервизии. Большинство аналитиков согласны, что иногда очень важно интенсивно поразмышлять о ходе лечения в свете аналитических критериев. В случае процедуры с параллельным контролем второй аналитик, имеющий четкую и узко очерченную функцию, выносит свое суждение о результатах этого размышления — между прочим, с правом вето со стороны аналитика, подавшего заявку. Если сама супервизия рассматривается как практическое начало научной работы, процедура контроля может быть даже расценена как расширенная форма самосупервизии. Во многих отношениях заявки на продление лечения представляют собой кладезь знаний, который далеко не исчерпан. Описания, в них содержащиеся, отражают взгляды лечащего аналитика на психоаналитическую практику в рамках психоаналитической схемы, сформулированной в предписаниях.

Общим местом является то, что психоаналитический процесс требует времени, но именно по этой причине заявки на продолжение лечения и ограничение числа сеансов поднимают такие большие проблемы в отношении принципов и техники лечения. Хотелось бы остановиться на этой теме подробнее.

Компромисс заключается в следующем:

1. С одной стороны, согласно первой методологически не вполне верной статистике, собранной в старом Берлинском психоаналитическом институте, было продемонстрировано, что удовлетворительные результаты также могут быть достигнуты психодинамически ориентированной и аналитической психотерапией ограниченной продолжительности.
2. С другой стороны, начиная с 1950-х годов анализ становится все более продолжительным. Предшественниками «супертерапии» (Balint, 1954, p. 158) служат еще более длительные обучающие анализы.
3. Цели этих анализов все больше удаляются от лечения симптомов, превращающихся в болезнь, как она определяется в медицинских терминах, а также от доказательства необходимости, эффективности и экономичности.

Улучшение симптоматики на основе частичных структурных изменений, как правило, сопровождается переходом от невротического расстройства к общему состоянию счастья, хотя и не

#### 304 Начальное интервью

вполне свободного от несчастья и трагедии (Freud, 1895d, p.305). Когда бывает достигнута такая стадия — это вопрос оценки.

Несмотря на ограничения, предписания не устанавливают абсолютного верхнего предела. Однако, как удалось установить одному из нас (Х.Т.) в качестве коллеги-наблюдателя, сравнительно редко заявки на лечение сверх обычной продолжительности обосновываются согласно рекомендации Фрейда об особо углубленном анализе (см. гл. 10). Аргументация, используемая более часто, показывает, что нелегко достичь баланса между временными границами и терапевтическим использованием процессов регрессии. Детально мы рассмотрим это использование регрессии в восьмой главе, здесь же ограничимся тем, что скажем о важности в аналитической психотерапии, следуя предписаниям, всегда иметь в виду социальную и экономическую реальность. Она не допускает регрессии ради себя самой.

Положение страховых компаний и их членов играет свою роль. Это приводит нас еще к одному компоненту компромисса.

4. В ограничении длительности лечения определенную роль сыграли финансовые соображения медицинских страховых организаций, так как страхователи предвидели бесчисленные неразрешимые дилеммы, включая финансовые проблемы, связанные с отклонением от медицинского определения болезни и расширением обязательств по оказанию финансовой помощи для облегчения социальных и семейных проблем или улучшения так называемого качества жизни в целом.

Беланд говорит:

Каждый пациент, каждый аналитик и каждый наблюдатель может понять и принять такое ограничение — оно вполне справедливо и не нуждается в оправдании на основе теории неврозов. Вынужденность страховой компании узаконить ограничение оказываемых услуг, исходя в первую очередь из теории лечения, а не из недостатка средств, отражает жалкое положение вещей с пагубными последствиями для наблюдателя, терапевта и, прежде всего, для пациента. Поэтому желательно, чтобы наблюдатели освободили себя от обязанности оправдывать прерывание лечения после 240 или 300 часов (Beland, 1978, p. 9).

Из сказанного следует, что теория лечения, лежащая в основе предписаний, не устанавливает абсолютных ограничений. Теория основана целиком на психоаналитическом методе, и, таким образом, необходимы эмпирические доказательства, согласно Фрейду (см. гл. 10). Однако, как мы уже заявляли, ограниченные средства (наряду с другими факторами) сыграли свою роль в сокращении услуг. Во-первых, было показано, что во многих случаях стойкое улучшение симптоматики может быть достигнуто в течение 300 сеансов, что вполне может указывать, по крайней мере, на частичное изменение в структуре. В данный

Оплата третьей стороной 305

момент мы не хотим заниматься сложным доказательством, что дело обстоит именно так. Во-вторых, было также продемонстрировано, что значительное число анализов, продолженных далее, вело к обогащению качества жизни, выходящего за рамки медицинских понятий «здоровый» и «больной». Мы рекомендовали бы как лечащему аналитику, так и коллеге-наблюдателю отнестись серьезно к критике Беланда и к нашим рассуждениям. Весьма важно, чтобы при интерпретации невроза переноса учитывалась социальная реальность, а также не забывалась бы гибкость предписаний.

Во время начальных сеансов нет особого смысла говорить о длительности лечения, будь то в связи с ограничениями, заложенными в предписаниях или связанными с бесконечным анализом. Разговор об этом даже может оказаться антитерапевтическим. Однако в интерпретации переноса, связанные с заявлением по поводу продолжения лечения, необходимо включить вопрос о времени и деньгах — и тем самым коснуться роли независимого наблюдателя. Если по истечении срока лечения, финансируемого медицинскими страховыми компаниями, существует опасность самоубийства, аналитику, прежде чем критиковать предписанные ограничения, следует задуматься над тем, как он проводил лечение. К счастью, наш опыт показывает, что большинство пациентов, прошедших курс лечения в рамках предписаний, испытывают благоприятные изменения симптоматики и что акцент перемещается с болезненного состояния на проблему, как справиться с жизненными затруднениями, а Фрейд не рассматривал это как невроз. Предписания даже разрешают длительный анализ для серьезно больных пациентов при условии разумного прогноза.

В целом большинство психодинамически ориентированных и аналитических психотерапий могут быть закончены в рамках, установленных предписаниями, то есть за 50 (иногда продленных до 80) или 240 (300) сеансов соответственно. Конечно, было бы весьма полезно знать результаты лечения и, что касается оплаты третьей стороной, причины, по которым пациенты решают сами оплачивать продление лечения; однако в обоих случаях мы

должны полагаться на имеющиеся оценки. Результаты исследований указывают на вероятность того, что около 2/3 пациентов завершают психотерапию вылеченными или со значительным улучшением симптоматики, а оставшаяся треть — не испытывает улучшения.

Остается нерешенным вопрос, может ли состояние этих оставшихся пациентов улучшиться и могут ли они вылечиться, продолжая лечение при тех же самых условиях (тот же аналитик, оплата третьей стороной) или при изменении условий (например, самостоятельная оплата лечения) без смены или модифика-

## 306 Начальное интервью

ции метода или замены аналитика. Тем не менее, мы полагаем, что можно достаточно надежно определить обстоятельства, при которых пациенты готовы продолжать лечение за собственный счет по прекращении оплаты третьей стороной. Необходимо обратиться к началу лечения и исследовать общее влияние, которое психоаналитический процесс оказывает на мышление и переживания. Первоначально все пациенты надеются и ожидают, что станут здоровыми и будут вести полноценную жизнь, поэтому они интересуются эффективностью аналитической терапии. Растущее понимание конфликтов во взаимоотношениях и их связь с флуктуациями в симптомах могут, конечно, привести к ожиданиям, имеющим мало общего с медицинской концепцией здоровья и болезни или с предписаниями, основанными на этой концепции.

Жизненные трудности и ожидания, развивающиеся у анализируемых в ходе лечения, часто имеют лишь косвенное отношение к концепции болезни и здоровья. Фабер (Faber, 1981) указывает, что при всем уважении к утопическому элементу желания познать себя с помощью анализа эти иллюзорные утопические элементы в аналитических целях должны пониматься как явления переноса и контрпереноса. Он считает, что следует здраво и упорно вырабатывать правомерные психоаналитические утопии. «Это деятельность культуры — что-то вроде осушения озера Зюйдер» (Freud, 1933a, p. 80).

По нашей оценке, 10—20 процентов пациентов в средней психоаналитической практике после прекращения финансирования третьей стороной оплачивают продолжение анализа из собственного кармана. Эта группа весьма разнообразна, и цели пациентов также весьма различны. Одну категорию в этой группе составляют люди, которые стремились пройти анализ в силу выраженности своих симптомов. В свете того, что было сказано, мы полагаем, что научно обоснованные заявки во многих случаях могут помочь обосновать продолжение лечения.

Другая категория людей, самостоятельно оплачивающих лечение, включает тех, кто ожидает, что продолжение анализа придаст их жизни более глубокий смысл независимо от медицинских соображений. Некоторые способны справляться с работой и жизнью только с помощью своих отношений с аналитиком. Во сколько анализируемому обойдется этот более глубокий смысл — зависит от его материального достатка. В конечном итоге состоятельному пациенту и его аналитику легче достичь соглашения о продолжении анализа, чем, к примеру, чиновнику среднего ранга, который живет исключительно на зарплату.

Поэтому переход на самофинансирование часто означает либо необходимость сделать сеансы более редкими, либо снизить гонорар аналитику. В последнем случае вопрос заключается не

## Оплата третьей стороной 307

только в том, сколько может позволить себе пациент, но также в том, какой уровень оплаты все же приемлем для аналитика без неизбежных ограничений и жертв, оказывающих такое большое давление на аналитические взаимоотношения, что страдает терапевтическая работа. Например, даже незначительное понижение гонорара, выплачиваемого пациентом за четыре